

· 论 著 ·

晚期青光眼合并老年性过熟期白内障的术后观察

林华

【摘要】 目的 探讨晚期青光眼合并老年性过熟期白内障的手术治疗效果。**方法** 对进行传统青白联合术的 16 例病人 18 眼（其中 10 例为独眼），抗青光眼术后合并白内障 19 例 22 眼，进行巩膜隧道切口白内障超声乳化摘除并植入折叠式人工晶体。术前观察视力、眼压。**结果** 术后术眼眼压均较术前明显降低，视力较术前提高。**结论** 对晚期青光眼合并过熟期老年性白内障，手术治疗仍为较好方法，且能明显降低眼压和改善视力。

【关键词】 晚期青光眼合并过熟期老年性白内障；手术；眼压；视力

本文总结本地区多家医院，1999 年 1 月至 2006 年 6 月对进行传统青白联合术的 16 例病人 18 只眼（其中 10 例为独眼），抗青光眼术后合并白内障 19 例 22 只眼，进行巩膜隧道切口白内障超声乳化摘除并植入折叠式人工晶体的手术结果。与术前视力及眼压进行对比分析。

资料与方法

1. 一般资料：本组共 35 例 40 眼晚期青光眼合并过熟期老年性白内障患者，其中男性 21 例 24 眼，女性 14 例 16 眼，年龄 45 岁~85 岁，平均 65 岁。其中原发性青光眼 32 眼，继发性青光眼 7 眼，恶性青光眼 1 眼。晶体核硬度按 Loos II 分级：Ⅲ级有 13 眼，Ⅳ级以上有 27 眼。术前视力：光感~数指，33 眼，0.01~0.1：5 眼，0.12~0.3：2 眼。术前眼压（15.7~8.0）mmHg，平均（45 ± 6.5）mmHg，术前眼压 ≥ 30mmHg 22 眼；≥ 21mmHg 13 眼；<21mmHg 5 眼。术前病程 ≥ 5 年：18 眼；1 年~5 年：12 眼；<1 年：10 眼。术前视野检查：能配合检查者共 7 眼，视野检查均为 5~10 度管状视野或颞侧岛视。光定位检查：9 眼 5 个以上方位光定位不准。

2. 术前准备：所有患者常规检查角膜曲率和 A/B 超，并将结果用 SRK II 公式计算出人工晶体度数。根据患者术前眼压情况，常规口服醋氮酰

胺、甘油合剂及静脉给予 20% 甘露醇 250ml。术前迪可罗（氧氟沙星）眼液（沈阳兴齐制药公司生产）点眼 3d 以上，术前 30min 美多丽眼液充分扩瞳。

3. 手术方法：传统青白联合（加人工晶体植入）术：2% 利多卡因 2ml + 0.75% 布比卡因 2ml，行球后阻滞麻醉。上直肌牵引缝线，作以穹隆为基底的结膜瓣 10~2 点剪开球结膜，烧灼止血。作一 4mm × 5mm 的半层巩膜瓣，向前剥离至角巩缘前方，0.4% mg/ml 丝裂霉素棉片瓣下放置 3min，林格氏液 300ml 局部冲洗。穿刺后向前房注入透明质酸钠，对有虹膜粘连者边注粘弹剂边用针头或调位钩分离粘连带。开罐式截囊或环形撕囊，扩大角巩缘切口 10:30~1:30，娩出晶体核后关闭前房，世可灌注液（沈阳兴齐制药公司生产）灌注前房并抽吸干净皮质，透明质酸钠支撑前房后植入 PMM 人工晶体，切除 1.5mm × 2mm 小梁组织，切口对应处作一虹膜周切孔，将巩膜瓣两后脚处各缝一针，关闭结膜切口。

白内障超乳摘除加人工晶体植入术：作颞侧巩膜隧道切口，长约 3.2mm，前房注入透明质酸钠，环形撕开前囊膜，水分离后碎核，完全吸除晶体核及皮质。植入折叠式人工晶体，吸净粘弹剂，不需缝合切口自行关闭。

4. 术后用药：常规给予典必殊眼液（美国爱尔康公司生产）和迪非眼液（沈阳兴齐制药公司生产）交替点眼，6 次/d。对术后虹膜炎症反应重者，酌情散瞳和皮质类固醇激素结膜下注射。

结 果

1. 术前、术后视力如列表 1;

表 1 40 眼手术前后视力比较 (眼)

时间	组别	视力			
		光感~数指	0.01~0.1	0.12~0.3	≥0.3
术前	联合组	16	2	0	0
	超乳组	11	9	2	0
术后	联合组	7	7	4	0
	5 天超乳组	3	0	13	6
6 个月	联合组	3	9	6	0
	超乳组	2	1	11	8

2. 前房炎性反应: 根据葡萄膜炎眼部检查记录标准^[3], 结果见表 2

表 2 二组术后虹膜炎反应比较 (眼)

	重度 (眼)	中度 (眼)	轻度 (眼)
联合组	10	6	2
超乳组	0	12	10

3. 术后眼压: 传统青白联合组 7.1mmHg~15mmHg, 平均(11 ± 3.05) mmHg; 超乳组: 6.9mmHg~27.8 mmHg, 平均(17 ± 4.35) mmHg, 手术完全成功: 6mmHg ≤ 眼压 ≤ 21mmHg 不用抗青光眼药; 37 眼。部分成功: 21mmHg ≤ 眼压 ≤ 30mmHg 3 眼, 加用抗青光眼药后, 眼压可稳定在正常范围^[1]。

4. 手术并发症: 角膜水肿 38 眼, 前房积血 3 眼, 术后一过性高眼压 4 例, 未出现后囊破裂、晶体脱位及其它严重并发症。

讨 论

随着人口的老龄化, 白内障合并青光眼的病人越来越多^[4]。本组病例采取不同的手术方式, 均取得较好临床疗效。

本组病人的特点是年龄偏大, 晶体核偏硬, 由于长时间的高眼压对角膜内皮、虹膜均有损害。加之浅前房、虹膜粘连及独眼病人占比例较大, 使手术难度增加。现已明确, 眼压越高视野损害越大。若初检病人已经存在青光眼视野损害, 其进一步损害的危险性也越大。眼内压是唯一可治疗的危险因素, 因此仍是目前治疗重点。许多证据表明降低眼内压可以延缓视盘和视神经损害。眼压降低 1mmHg, 青光眼的进行性损害大约下降 10%^[5]。

在成熟期和过熟期白内障, 晶状体皮质溢出晶体前囊膜外, 液化的晶体蛋白进入前房, 引起前房炎性反应, 小梁网水肿, 晶体蛋白阻塞于小梁网^[5]。晶状体皮质颗粒或吞噬了晶状体皮质的巨噬细胞在前房积聚, 堵塞小梁网^[6]。由于晶状体悬韧带常发生退行

性变, 容易出现晶状体脱位, 若脱位的晶状体核堵塞瞳孔区^[6]。上述原因均能加重眼压升高。

病人的年龄越大, 预期寿命越长, 所需靶眼压越低。如果有其他危险因素的存在, 则需要更低的靶眼压。眼压越高, 原有青光眼视功能损害越重^[1]。本组患者在青光眼的基础上, 加上过熟期老年性白内障, 加重了视功能的损害。且术前病程长, 眼压控制差, 故视功能损害严重。

比较如下二种手术方式: ①抗青光眼小梁切除术后, 白内障超声乳化加折叠式人工晶体植入, 虽然不再象传统的青白联合术那样, 制作大的结膜瓣和巩膜瓣, 减少了眼部创面范围。手术切口尽量选在远离前次手术部位, 从而最大限度的减少了功能性滤过泡的损害^[7]。由于切口小, 手术在近似闭合状态下完成, 术中不需娩出晶体核, 减少了虹膜脱出的机会, 从而减少了术后炎性反应^[7]。由于切口小不需缝合或缝线少, 减少了手术散光和疤痕形成。但由于手术分两次进行, 患者需承担两次手术费用和精神压力。凡内眼术后角膜内皮细胞均有不同程度的损伤^[4]。加之超乳对角膜内皮细胞损伤较大, 术后角膜水肿较普遍。②传统的青白联合术方法, 尽管存在不少缺陷, 大切口的制作加大了手术风险及术中、术后并发症的发生^[7], 术后反应及术后视力恢复均较超乳组差, 但其有效减低了眼压, 最终患者视力均有不同程度好转, 且能较长时间维持。由于其不需要昂贵的超乳设备投入, 减少了患者负担, 对技术的要求相对较低易掌握。适合基层医院开展。

许多证据表明, 晶体因素在闭角型青光眼的发病中所起的作用最大, 解决晶体因素的影响可以从发病机制上有效阻断闭角型青光眼的发展。闭角型青光眼患者行超声乳化白内障摘除后房型折叠式人工晶体植入。术后前房加深, 房角开放, 增加房水外流, 眼压下降, 还可恢复患者视功能。

参考文献

- 1 孙世珉主编: 葡萄膜病学.《北京医科大学出版社》, 2002.
- 2 陈伟蓉, 陈玉冰, 宋志杰, 等. 抗青光眼术后并发白内障的超声乳化摘除术. 中国实用眼科杂志, 2001, 19: 542-544.
- 3 赵桂秋主译: 眼科学总论.《人民卫生出版社》, 2006: 421-425.
- 4 朱承华主编. 眼科查房手册. 江苏科技出版社, 2004: 157.
- 5 刘奕志, 葛坚, 程冰. 抗青光眼滤过术后超声乳化白内障吸除术的临床观察. 中华眼科杂志, 2000, 36(6): 435-437.
- 6 牛俊波, 王文玲, 姬亚洲, 等. 白内障超声乳化吸出联合青光眼小梁切除的临床探讨. 中国实用眼科杂志, 2001, 19: 544-545.
- 7 宋雪玲, 王文清, 杨冠. 小切口小梁切除联合超声乳化白内障吸除术治疗青光眼合并白内障. 中华眼科杂志, 2000, 36(6): 431-434.

(收稿时间: 2007-07)