维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2002)03-0355-02

眼压失控眼的小梁切除术疗效观察

刘朝晖[1]，莫晓松[2]，游世平[1]

（1. 重庆医科大学临床学院眼科 重庆 400016；2. 四川省华莹市人民医院眼科 四川 638650）

【中国图书分类法分类号】R775 【文献标识码】B

【收稿日期】2001-03-26

一些青光眼患者，眼压很高，疼痛难忍，经常规降眼压药物治疗，眼压仍不能控制。眼压高于6.67kPa(50mmHg)持续24h以上，视神经节细胞及其突起会发生变性坏死，长时间保守治疗，患者视功能将会严重受损，甚至失明。而在高眼压状态下施行手术治疗，风险远高于正常眼压状态下。为了避免并发症产生，保护患者视功能，我们自1999年7月～2000年12月对34例高眼压的青光眼患者采取综合措施进行手术，效果满意，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共34例38只眼，其中男13例16只眼，女21例22只眼。年龄32～78岁，平均61.1岁。其中急性闭角性青光眼27例30只眼，慢性闭角性青光眼 3 例4只眼，晶体半脱位继发性青光眼4例4只眼。该组患者经多种药物治疗3天，眼压仍不能降到3.99kPa（40mmHg）以下。

1.2 术前治疗方法

术前1h口服醋氮酰胺500mg，术前30min 20%甘露醇250ml静脉点滴，0.25%噻吗心胺滴眼，以获得最大降眼压效果。对4例晶体半脱位继发性青光眼患者及3例青光眼近绝对期患者，加用人工冬眠药物:度冷丁50mg、氯丙嗪25mg、，异丙嗪25mg术前30min肌注，并行2%利多卡因1.5ml+0.5%布比卡因1.5ml等量混合后球后麻醉，胶球间歇压迫眼球降压15min。

1.3 手术方法

开睑后，在6点钟位距角膜缘内1.5mm作1mm全层斜行切口，缓慢间断放出少量房水降低眼压，待前房接近扁平后，作以上穹窿部为基底结膜瓣，于11点或1点位作以角膜缘为基底的浅层巩膜瓣4mm × 6mm，厚度为1/2巩膜厚，向前分离至透明角膜区内1mm，切除小梁组织前先用刀尖刺开一小切口，使房水缓慢渗出，逐渐扩大切口，用显微虹膜恢复器从侧切口插入预计切除区的巩膜下轻轻分离虹膜与角巩膜组织进入前房，切除Schlemm's管及小梁组织并作周边虹膜切除，缝合巩膜瓣2～4针，再缝合结膜瓣。若前房未形成，从角膜缘切口注入平衡盐水。对明显浅前房或无前房患者，合并有晶体膨胀者，先采用睫状体平坦部穿刺放液，再行小梁切除。晶体半脱位继发性青光眼4例4只眼先做白内障摘除加前房型人工晶体植入后行小梁组织切除。术毕，结膜下注射庆大霉素2万U+地塞米松2mg。术后常规使用抗生素、激素，每日换药，裂隙灯检查前房深度及滤过泡情况，术后3天测眼压，7天拆除结膜缝线，出院定期门诊随访。

2 结 果

2.1 眼压

术后3天测眼压，38只眼均在0.66～0.95kPa（5～15mmHg）之间，术后1周出院时，眼压均在0.87～0.95kPa（6.5～15mmHg）见表1。随访3个月，眼压在1.47～3.32kPa（11～25mmHg）之间，对超过20mmHg者给予药物治疗，眼压维持在正常范围内。手术前后视力不变者 7 眼，视力有提高者29眼，视力下降者2眼，见表2。无1例手术并发症发生。

3 讨 论

高眼压状态下手术并发症多，是导致成功率低的重要原因，眼压下降后手术风险明显降低[1]。据临床观察，大部分患者在经常规降眼压药物治疗后，眼压会明显下降，而少部分患者眼压难以控制；然而保守治疗等待时机往往是徒劳的，同时存在因长时间大剂量应用甘露醇及醋氮酰胺引起急性肾功能衰竭的可能性[2]。尚有报道甘露醇可诱发精神失常[3]。使用毛果云香碱后会出现头痛、眼疼、结膜炎症状，胃肠道症状以及虹膜萎缩、虹膜囊肿和后粘连，部分患者出现白内障，视网膜脱离。

当眼压>5.34kPa，可引起急性前段缺血性视神经病变或中央视网膜静脉阻塞；当眼压>9.33kPa，数分钟即可引起视网膜动脉萎缩。因此药物治疗降

作者介绍：刘朝晖（1967- ），男，主治医师，硕士。
主要研究方向：青光眼。

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1 青光眼患者术前、术后眼压对照表

	急性闭角性青光眼		慢性闭角性青光眼		继发性青光眼	
	术前	术后7d	术前	术后7d	术前	术后7d
眼压(mmHg)	52.71 ± 12.78	14..23 ± 4.21	42.15 ± 7.23	12..47 ± 5.32	44.46 ± 9.87	18..51 ± 2.36

表2 青光眼患者术前、术后视力对照表

	急性闭角性青光眼		慢性闭角性青光眼		继发性青光眼	
	术前	术后7d	术前	术后7d	术前	术后7d
<数指	11	4	2	2	2	0
数指～0.01	17	8	2	2	2	1
0.02～0.1	2	15	0	0	0	1
>0.1	0	3	0	0	0	2

低眼压无效，应立即手术，目的是保护患者视功能，避免上述药物引起的并发症[4~6]。但高眼压状态下强行手术，却容易发生许多严重并发症，如前房出血、暴发性脉络膜出血、恶性青光眼、葡萄膜炎等。

对药物降压3天无效的患者，我们采取综合措施术前快速降压后，在相对短时间相对低的眼压水平行小梁切除术，降低了手术并发症，取得较好的疗效。

在高眼压下切开前房，前房出血是最常见的并发症，此时眼内压骤然下降，睫状体血管因负压通透性增加，引起毛细血管破裂，导致眼内组织出血。避免眼压骤降是防止高眼压状态下手术并发症发生，保证手术成功的重要措施。两次放房水，降低了眼压骤降对眼内组织的损害。术前使用镇静剂可以稳定患者情绪，为手术顺利进行起着重要作用，压迫按摩眼球可加速眼内液流出，特别是玻璃体内水份的排出，有效地降低眼压。

人工冬眠不仅降低眼压(降低34.1%)[7]，而且使病人安静，疼痛减轻，手术能合作。特别是青光眼近绝对期和晶体半脱位继发性青光眼患者，应用冬眠药物后无1例发生暴发性脉络膜出血，认为对长期高眼压患者和精神紧张焦虑者应使用冬眠药物，可降低眼科这一最严重并发症的发生[8]。

参 考 文 献

[1] 陈彼得. 抗青光眼手术失败包括前房原因分析和再手术问题[J]. 实用眼科杂志，1991;9(9):514-518.

[2] 孔 玲，惠 颖，邱 宁. 青光眼应用大剂量甘露醇引起急性肾功能衰竭的讨论[J]. 中国实用眼科杂志，1997;15(1):63-64.

[3] 栾少明，金发珠. 甘露醇诱发精神失常[J]. 眼科研究，1997;15(1):32.

[4] 龚启荣，胡 楠. 现代青光眼手术学[M]. 第1版，北京：人民军医出版社，1999;201.

[5] 周文炳. 临床青光眼[M]. 第1版，北京：人民卫生出版社，1982;159-160.

[6] 吴乐正，高汝龙. 现代眼科门诊手术指南[M]. 第1版，北京：人民卫生出版社，1995;68-83.

[7] 李国彦，魏厚仁. 青光眼的诊断治疗[M]. 第1版，武汉：湖北科学技术出版社，1988;147.

[8] 刘 新. 冬眠药物在眼科术前应用[J]. 临床眼科杂志，1998;6(6):401-402.

(上接第335页)

病人维持4年多，没有发现严重的毒副作用，这与我们用药剂量偏小有关；而房颤治疗仍然有效，这可能与国人发育状况、还有南方人个子偏小有关。临床医师要根据病人具体情况而定，本实验可供参考。

参 考 文 献

[1] Pritchett RD, Kannel WB. Atrial fibrillation[J]. N Engl J Med 1992;326:1264-1271.

[2] Coplen SE, Antman EM, Berlin JA, et al. Chalmers TC. Efficacy and safety of quinidine therapy for maintenance if sinus rhythm after cardioversion:a meta-analysis of randomized control trials[J]. Circulation, 1990;82:1106-1116.

[3] Flaker gc. Antiarrhythmic drug therapy and cardiac mortality in atrial fibrillation[J]. J Am Cott Cardiol, 1992;20:527-532.