

青光眼手术时机的选择

吴玲玲

作者单位：100083 北京大学第三医院 北京大学眼科中心 (Email: wllc@mail.hz.zj.cn)

【摘要】 抗青光眼滤过性手术是一种最有效的降眼压治疗方法，但它又有一定的风险和并发症。为了最大程度发挥手术优越性，避免风险和并发症，在临床上需要正确判断青光眼的类型，准确把握病情。本文对各型原发性青光眼手术时机选择的参考因素进行了讨论。(眼科, 2007, 16: 14-16)

【关键词】 青光眼/外科学

The timing of glaucoma surgery WU Ling-ling. Peking University the Third Hospital, Peking University Eye Centre, 100083 Beijing, China.

Corresponding author: WU Ling-ling, Email: wllc@mail.hz.zj.cn

【Abstract】 Although the filtering surgery for glaucoma is the most effective therapy of lowering intraocular pressure, it has risks and complications. To bring its superiority into full play and avoid the risks and complications, we should recognize correctly the type of glaucoma and know accurately the patient's condition. In this article, we discussed the appropriate timing for surgery and other factors that could affect the surgical decisions for patients with primary glaucoma. (Ophthalmol CHN, 2007, 16: 14-16)

【Key Words】 glaucoma/surgery

治疗青光眼的目的是为了阻止视神经病变的进展，但青光眼性视神经病变的发生机制比较复杂，有眼压因素，也有非眼压依赖因素，而目前针对非眼压依赖因素的治疗效果均未得到证实，所以降低眼压仍是治疗青光眼唯一确实有效的方法。

一、青光眼滤过性手术的利与弊

青光眼降眼压治疗的方法有药物、激光和手术，其中以手术降低眼压的幅度最大。为期8年的“进展期青光眼干预性研究 (AGIS)”结果显示：晚期患者眼压稳定在12mmHg左右，视野才能保持稳定^[1]。眼压要降至如此低的水平，药物和激光往往难以奏效，手术是最有效的办法。另外，有研究表明，眼压的昼夜波动幅度大是青光眼视野恶化的危险因素，而成功的滤过性手术能够使眼压波动幅度变小，保持昼夜眼压的稳定；再者，滤过性手术成功降低眼压后就可以停用或者少用抗青光眼的滴眼液，避免长期用药而导致的日后滤过性手术后结膜瘢痕形成，避免或减少药物引起的全身和眼部的副作用，并极大地方便了患者，提高了生活质量。

但是目前以小梁切除术为代表的滤过性手术并不是完美而无并发症的，特别是近年来为了获得理想的眼压长期控制，术中经常联合抗代谢药物的使用，使得手术后并发症的发生率并不低，一旦发生会迅速影响视力，并会造成眼内组织结构的紊乱与损伤，如术后脉络膜脱离、浅前房、薄壁滤过泡、低眼压、甚至眼内炎造成失明。再者，手术后部分患者结膜滤过泡容易形成瘢痕，眼压再复升高，仍然需要长期滴用抗青光眼滴眼液或者再次手术。

二、选择青光眼手术时机的参考因素

(一) 原发性开角型青光眼

对原发性开角型青光眼的治疗就是要把眼压降至今后视野不再恶化的目标眼压 (又称靶眼压) 水平。对于早中期患者，目标眼压一般设定在15~17mmHg或以下^[2]。虽然研究证实

早期手术比长期药物治疗后再手术成功率高,后者会引起术后结膜瘢痕形成的危险,但因为手术存在并发症,是否可以作为首选治疗方法,尚未定论^[3]。而药物治疗一般能够使眼压降至这个水平,所以是首选的治疗方法。但是如果使用两种甚至三种以上的降眼压滴眼液,还达不到目标眼压者,就要考虑采取手术治疗。早期青光眼患者一般视力良好,也无自觉症状,所以要结合患者个体情况,仔细判断视野进展状况^[4],在与患者很好沟通的基础上,慎重而又及时地决定手术治疗。如果药物治疗效果满意,但患者因为各种原因,不能坚持按要求正规用药,也需要积极地考虑手术治疗。常见的情况有:(1)居住在偏远农村地区,或者虽居住在城市,但仍难以保证定期就诊,难以监控青光眼病情者;(2)因为经济问题,难以负担长期药物治疗的费用者;(3)同时患有心血管、呼吸系统疾患,不能使用肾上腺素能 β 受体阻滞剂滴眼液,或者有严重干眼症、药物过敏等,难以长期滴用眼药者;(4)患者本人不愿用药物治疗,积极要求手术治疗者。

对于晚期患者,设定的目标眼压一般在12mmHg或以下,用药物和激光治疗难以达到如此低的眼压水平,所以应该积极地考虑滤过性手术治疗并适时联合使用抗代谢药物。晚期管状视野患者的手术风险是视力丧失、光感消失,但是很多研究表明,要挽救晚期残存的视功能,手术降低眼压是最好的方法。笔者的经验是只要手术中注意操作,如避免球后麻醉、避免术中眼压的大幅度波动等,几乎不会发生手术后黑朦。

(二)原发性闭角型青光眼

原发性闭角型青光眼患者的眼轴一般较短、前房较浅,如果施行滤过性手术,比较容易引起术后浅前房甚至前房消失、恶性青光眼和白内障等并发症,必须引起高度重视,而周边虹膜切除术,特别是虹膜激光切开术是简单而安全的治疗方法。选择治疗方法的重要参考因素是房角的状态。熟练掌握房角检查方法,并密切结合到闭角型青光眼的治疗中去是非常重要的。要避免临床上一碰到眼压高、前房浅的患者,就诊断为闭角型青光眼,并且立即施行滤过性手术,给患者带来不必要的风险和负担。首先要判断患者是否是闭角型青光眼?目前处于何种状态?虹膜激光切开术是否能进行?是否有效?

在有YAG激光治疗设备的医院,对于急性大发作的患者,在采取快速降低眼压消除角膜水肿、缩小瞳孔的措施(如全身及局部用药、前房穿刺降压等)下,尽可能早地施行虹膜激光切开术,以尽快解除瞳孔阻滞,重新开放房角。如果急性期因为角膜水肿、瞳孔不能缩小而不能施行虹膜激光切开术者,继续用药物治疗数天,一旦情况允许,再施行激光虹膜切开,还是有可能全部或者部分开放房角。这样就可以避免施行容易引起并发症的滤过性手术,术后可以根据眼压情况用或不用降眼压滴眼液治疗;对于瞳孔较大激光难以击穿虹膜,并且房角大部分关闭者,可以选择滤过性手术或者虹膜周边切除术联合房角粘连分离术。

在没有激光治疗设备的医院,当药物降低眼压后,如果患者的房角粘连闭合范围累计小于 180° ,可以施行周边虹膜切除术,如果大于 180° ,估计仅做周边虹膜切除术难以开放房角者,可考虑施行滤过性手术^[5]。当药物治疗数天眼压还是不能控制而一直在高水平时,尽管手术风险较大,但是为了避免视功能进一步严重损害,还是应该果断采取滤过性手术治疗。当然手术中应注意技巧,尽量避免并发症的发生^[6]。

除了上述急性闭角型青光眼急性发作期、缓解期以外,尚未发作的对侧眼处于临床前期,应该积极施行虹膜激光切开术或者虹膜周边切除术,以预防其急性发作。对于房角完全关闭、已经出现视神经病变的急性闭角型青光眼慢性期,应尽早施行滤过性手术。

大多数慢性闭角型青光眼患者在早期没有自觉症状,被发现时往往是晚期,房角已经完全关闭、视神经严重损害,必须尽早施行滤过性手术治疗。慢性闭角型青光眼的病因有多种,但大部分均有瞳孔阻滞因素^[7],因此对于早期患眼,房角关闭小于 180° 、视神经尚未出现严重损害,应采用虹膜激光切开术以解除瞳孔阻滞,之后根据房角、虹膜的形态,还可以进一

步施行激光房角成形术,或者术后联合降眼压药物治疗,终身随访观察房角、视神经和视野,如果眼压不能控制,也需要施行滤过性手术或者房角粘连分离手术治疗。

(三) 正常眼压性青光眼

正常眼压性青光眼的目标眼压一般需设定在 12mmHg 以下,但是患者多为高龄者,也无自觉症状,有的患者经药物等治疗后眼压未达到目标眼压水平,如确定施行滤过性手术,术前一定要确认视野有无恶化。相当一部分患者的视野恶化极其缓慢,甚至多年不恶化,对这部分患者不要盲目追求目标眼压而急于施行滤过性手术,以免造成不必要的伤害,特别是抗代谢药物的并发症。但如果患者经多次视野检查、以及其他体征确实证实病情恶化,可根据患者的具体情况,慎重决定手术治疗。

我们在决定为患者施行手术时,也需要考虑患者的年龄。对于较年轻的患者,手术可以相对积极一些;而对于高龄患者,特别是眼压不太高的开角型青光眼和正常眼压性青光眼,应该充分估计以该患者视野恶化的速度,青光眼是否最终会严重影响晚年生活质量,权衡利弊,全面慎重考虑后决定治疗方法。

总之,抗青光眼滤过性手术是一种最有效的降眼压治疗方法,但是它又有一定的风险和并发症。所以在临床上只有正确判断青光眼的类型,准确把握病情,才能在最大程度发挥手术优越性的同时,避免手术带来的风险和并发症。

参 考 文 献

- [1] The AGIS Investigators. The Advanced Glaucoma Intervention Study (AGIS). 7. The relationship between control of intraocular pressure control and visual field deterioration. *Am J Ophthalmol*, 2000, 130: 429-440.
- [2] Lichter PR, Musch DC, Gillespie BW, et al. Interim clinical outcomes in the Collaborative Initial Glaucoma Treatment study comparing initial treatment randomized to medications or surgery. *Ophthalmology*, 2001, 108: 1939-1950.
- [3] Janz NK, Wren PA, Lichter PR, et al. The collaborative Initial Glaucoma Treatment Study: interim quality of life findings after initial medical or surgical treatment of glaucoma. *Ophthalmology*, 2001, 108: 1954-1965.
- [4] 吴玲玲. 利用视野监测青光眼进展需要注意的问题. *眼科*, 2005, 14: 71-72.
- [5] 中华医学会眼科学分会青光眼学组. 《中国青光眼临床工作指南》(2005)公布. *中华眼科杂志*, 2005, 41: 1140-1143.
- [6] 张舒心. 原发性闭角型青光眼急诊高眼压时的手术技巧. *眼科*, 2005, 14: 128.
- [7] 王宁利, 欧阳洁, 周文炳, 等. 中国人闭角型青光眼前房角关闭机制多样性的研究. *中华眼科杂志*, 2000, 36: 46-51.

(收稿日期: 2006-11-20)