



• 论 著 •

恶性青光眼预防和处理方法研究

谭美迪

(南华大学附属第一医院 湖南衡阳 421001)

摘要：目的：研究与分析恶性青光眼预防和处理方法。方法：选取我院收治的恶性青光眼患者50例（50患眼）为对象进行研究，通过对其全部的临床资料进行回顾性分析，所有患者均采取综合药物和手术治疗，手术治疗包括玻璃体切除术、晶状体摘除术、再滤过术；前房重建术联合经睫状体扁平部单纯玻璃体穿刺抽液等。结果：50例（50患眼）患者中，采取玻璃体前部切除、玻璃体的前界膜以及晶状体超声乳化或囊外摘除联合人工晶状体植入治愈29眼；采用玻璃体滤过术联合晶状体的后囊膜部分切除术治愈11眼；采用前房重建术联合玻璃体穿刺抽吸治愈5眼；采用单纯玻璃体抽吸治愈4眼。经治疗后随访，50例患者视力得以保持，前房深度完全恢复且稳定，术后眼压均值为 (14.8 ± 3.3) mmHg，且无任何严重并发症发生。结论：采用综合综合药物治疗恶性青光眼患者若疗效欠佳，则需及时改为手术治疗，前房重建术联合经睫状体扁平部单纯玻璃体穿刺抽液可促使患者早期病情获得有效改善，以防发生各种并发症，而部分晶状体切除、人工植入晶状体、晶状体超声乳化、再滤过等多种手术联合，则可促使患者有效治愈，因此临床需予以重视。

关键词：恶性青光眼；预防；处理方法；研究

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 03-152-01

在临床上，当房水向前排除受阻，并向玻璃体腔逆流，导致眼压升高，且前房变浅的青光眼即为恶性青光眼【1】。目前针对此类患者，临床处理方式主要包括两种，即药物治疗和手术治疗，其中较为成熟的为药物治疗，而手术治疗的方法也相对较多【2】。因此本文选取我院收治的恶性青光眼患者50例（50患眼）为对象进行研究，通过对其全部的临床资料进行回顾性分析，即对恶性青光眼预防和处理方法进行了研究与分析，现具体报道如下：

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取我院收治的恶性青光眼患者50例（50患眼）为对象进行研究，通过对其全部的临床资料进行回顾性分析，其中男性患者30例（30眼），女性患者20例（20眼），患者年龄为48-69岁，平均年龄为 (50.23 ± 7.58) 岁。恶性青光眼发生原因：其中21眼于内眼手术后出现；9眼在对慢性闭角青光眼实施人工晶状体植入术以及白内障超声乳化术后出现；20眼于施行巩膜下的小梁切除术出现。50眼患眼中，21眼术前视力 ≤ 0.3 ，29例为0.4-0.8，术前平均眼压为 (36.8 ± 7.2) mmHg。

1.2 方法

所有患者均采取综合药物和手术治疗，手术治疗包括玻璃体切除术、晶状体摘除术、再滤过术；前房重建术联合经睫状体扁平部单纯玻璃体穿刺抽液等。具体为：在对内眼进行手术后，若患者发生眼压升高或前房变浅，则需考虑为恶性青光眼。此时首先采取综合药物治疗的方式，即静脉滴注甘露醇，口服碳酸氢钠、乙酰唑胺等；采用阿托品滴眼液局部滴眼；同时使用皮质醇类以及降眼压的眼药水。若患者经3d治疗后仍无效，且病情加重并恶化，则需根据其实际情况实施手术治疗，即采取部分晶状体摘除术（摘除前部玻璃体、后囊膜切开）、前房重建术联合玻璃体抽吸、单纯玻璃体抽吸治疗等。

2. 结果

本组50例（50患眼）患者中，采取玻璃体前部切除、玻璃体的前界膜以及晶状体超声乳化或囊外摘除联合人工晶状体植入治愈29眼，治愈率58.0%（19/50）；采用玻璃体滤过术联合晶状体的后囊膜部分切除术治愈11眼，治愈率22.0%（11/50）；采用前房重建术联合玻璃体穿刺抽吸治愈5眼，治愈率10.0%（5/50）；采用单纯玻璃体抽吸治愈4眼，治愈率8.0%（4/50）。经治疗后随访，50例患者视力得以保持，前房深度完全恢复且稳定，术后眼压均值为 (14.8 ± 3.3) mmHg，且无任何严重并发症发生。

3. 讨论

目前临床对于恶性青光眼的发病机制尚未明确，有观点认为其与前部玻璃体、晶状体、睫状体之间的解剖关系存在一定相关性【3】。当各种原因使得房水向前排出受阻，并向玻璃体腔逆流，从而造成眼压升高、前房变浅，进而发展为恶性青光眼，而前期手术是预防恶性青光眼的关健，即采用手术治疗眼部疾病的过程中，需定时检测相关指标，以便及早治疗和预防。一般而言，导致恶性青光眼发病的关键病因为青光眼滤过性相关手术。因此术前需注意确保眼压充分降低，同时需对房水进行缓慢释放，注意缝合巩膜瓣时需牢固。术后为减少睫状体水肿，则需采用适量糖皮质激素加以治疗【4】。而在处理恶性青光眼的过程中，主要的方法为手术治疗和药物治疗。采用药物进行综合治疗时，主要采用新福林、阿托品等滴眼，这些药物具有高渗透性，且可浓缩玻璃体，而口服碳酸酐酶抑制剂，则可减少房水生成，因而在治疗早期恶性青光眼方面效果显著。如果患者经综合药物治疗无效，则需根据其实际情况实施手术。手术治疗降低眼内压，实现房水引流，并能解除阻滞，从而提升患者的治愈效果【5】。

本文的研究中，经治疗后随访，50例患者视力得以保持，前房深度完全恢复且稳定，术后眼压均值为 (14.8 ± 3.3) mmHg，且无任何严重并发症发生。因此可以看出，根据患者实际情况合理采取手术治疗具有十分重要的临床价值和意义。

综上所述，采用综合综合药物治疗恶性青光眼患者若疗效欠佳，则需及时改为手术治疗，前房重建术联合经睫状体扁平部单纯玻璃体穿刺抽液可促使患者早期病情获得有效改善，以防发生各种并发症，而部分晶状体切除、人工植入晶状体、晶状体超声乳化、再滤过等多种手术联合，则可促使患者有效治愈，因此临床需予以重视。

参考文献：

- 【1】农作宝. 青光眼滤过术后浅前房形成的常见原因及处理方法[J]. 中国医学工程, 2013, 21(11): 156-158.
- 【2】胡杨, 赵鸣, 丁洁. 抗青光眼术后浅前房的形成原因及临床治疗[J]. 当代医学, 2014, 20(02): 37-39.
- 【3】葛红卫. 青光眼滤过术后浅前房原因处理及预防[J]. 中外医疗, 2016, 35(26): 85-87.
- 【4】赵崑, 付发祥. 青光眼滤过术中并发恶性青光眼的临床观察[J]. 北方药学, 2011, 8(07): 64.
- 【5】丁锦. 青光眼小梁切除术后发生浅前房的原因分析及处理体会[J]. 皖南医学院学报, 2012, 31(04): 307-309.