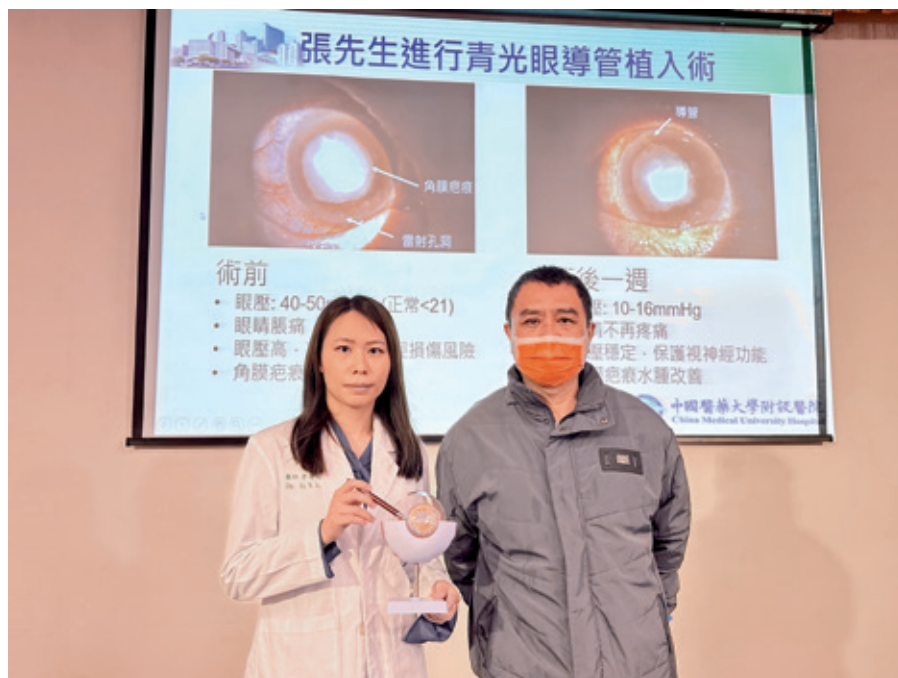


精準搶救視力 眼內OCT定位青光眼導管植入術

文
／
編輯部



本院眼科醫學中心李宥伶醫師（左）與個案張先生合影。（攝影／沈小茵）

案例分享

61歲的張先生兩年前於電腦公司退休，回台中務農享受閒雲野鶴的生活，於110年10月感覺自己眼睛有異物感，原本不在意，但後來實在越來越難受，求診於本院眼科醫學中心李宥伶醫師，確診張先生的眼角膜受黴菌感染嚴重潰瘍，經治療癒合後留下角膜疤痕，出現複雜型青光眼。其中，右眼視力不到0.01，幾乎失明，產生隅角沾黏以及虹膜新生血管等多重後遺症，並使得房水（Aqueous Humor；位於水晶體與角膜之間的液體）引流阻塞，引起眼球脹痛、頭痛等不適症狀，經藥物、雷射治療後眼壓達40-50mmHg仍居高不下（標準眼壓為21mmHg以下）。

為了挽救張先生持續惡化的視神經損傷，李宥伶醫師建議張先生施行「青光眼導管植入術」，並輔以「眼內OCT術中斷層定位」，精準定位後植入極微細的引流導管，以導管使房水自引流管排出，加速排走房水，再集中流到水庫體，從而控制眼壓。張先生術後經過調養，眼睛不再疼痛難耐，眼壓降到10mmHg恢復穩定，歡喜等待未來角膜移植能恢復視力。

李宥伶醫師進一步分析，青光眼是一種不可逆的視神經病變，複雜型青光眼的致盲率甚高，會導致視野缺損，嚴重時會影響中心視力，導致失明。根據衛福部統計，台灣目前已有超過34萬人罹患青光眼，易罹患青光眼的高危險族群，包括有青光眼家族史、糖尿病、高血壓、60歲以上的年長者、高度近視、遠視、自體免疫疾病和心血管疾病患者，以及常低頭看3C而姿勢不動的低頭族也須留意，近年來亦有年輕化趨勢。

青光眼導管植入術引流房水降眼壓

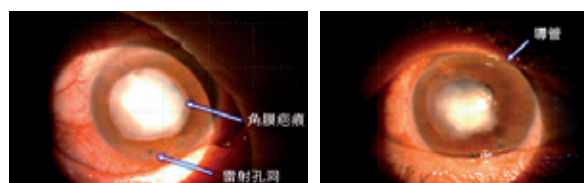
由於眼球分泌的「房水」原是用來維持眼睛的正常生理功能，若是累積太多、無法即時排出，就會造成眼壓上升，傷及眼底的視覺神經，因此「控制眼壓、房水引流」是減緩青光眼患者視神經受損的首要方法。李宥伶醫師解釋，眼壓控制有三個步驟，分別是使用眼藥水、雷射以及手術治療；當眼壓控制不夠穩定或藥物副作用難以承受時，便需要評估青光眼手術來達成更低或更穩定的眼壓控制。

李宥伶醫師表示，傳統型治療青光眼的「小樑切除手術」會因青光眼種類，以及個人體質疤痕癒合的不同而影響成功率，雖然已使用抑制纖維化的藥物控制疤痕癒合，然而，術後幾年間仍可能會有引流通道逐漸不暢通，再度造成眼壓上升的情形，尤其是一些較嚴重的頑固性青光眼，如葡萄膜炎性青光眼、新生血管性青光眼。而「青光眼導管植入術」則能使房水自引流管排出，再集中流到水庫體，對於有急切降壓需求的患者、眼壓波動大的葡萄膜炎性青光眼，以及早期新生血管性青光眼患者，建議選擇含瓣膜的引流裝置；對於眼壓要求較嚴格的患者，則建議選擇不含瓣膜的引流裝置。

「眼內OCT術中斷層定位」精準導航

李宥伶醫師指出，自111年4月健保開始給付第一次傳統手術失敗的青光眼患者進行「青光眼導管植入術」後，本院眼科團隊運用「眼內OCT術中斷層定位；Optical Coherence Tomography，簡稱OCT）進行眼部手術的導航，透過立體解析能高度精準確定導管位置，同時降低出血風險、減少角膜內皮傷害，是手術成功的關鍵。在一項5年TVT臨床試驗研究中，針對18至85歲曾接受小樑切除術的病人，第二次選用青光眼導管植入術的成功率高於小樑切除術。

李宥伶醫師也強調，早期診斷、早期治療是防止青光眼惡化的重要原則，雖然目前的治療僅能延緩青光眼的進展，但若能早期經由專業醫師檢查及評估，選擇適當藥物或手術方式，在全面的醫療照顧下，青光眼患者仍能維持生活品質。🕒



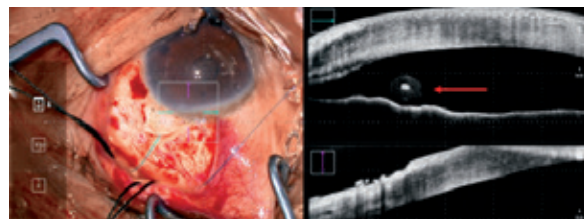
術前

- 眼壓：40-50mmHg（正常<21）
- 眼睛脹痛
- 眼壓高，有高度視神經損傷風險
- 角膜疤痕水腫

術後一週

- 眼壓：10-16mmHg
- 眼睛不再疼痛
- 眼壓穩定，保護視神經功能
- 角膜疤痕水腫改善

個案張先生因角膜感染遺留疤痕等後遺症造成複雜型青光眼，眼壓飆高（圖左），進行「青光眼導管植入術」後眼壓下降穩定（圖右），眼睛不再疼痛，達到保護視神經之目的。



本院運用「眼內OCT術中斷層定位」，精準確認引流導管植入的極細方位（如箭頭位置），以降低病人出血風險、減少角膜內皮傷害，是青光眼導管植入術成功的關鍵。