

复合式小梁切除术治疗青光眼临床疗效观察

李艳梅

吉林市舒兰市第二人民医院 吉林吉林 132602

摘要:目的: 分析青光眼患者的手术治疗方案, 重点结合复合式小梁切除术的使用安全性, 以及手术成功率。方法: 2020年2月-2022年1月本科接诊青光眼病人76名, 随机均分2组。试验组为复合式小梁切除术, 对照组行传统小梁切除术。对比手术期间的相关指标变化。结果: 从手术成功率上看, 试验组94.74%, 和对照组68.42%相比更低 ($P < 0.05$)。从并发症上看, 试验组发生率5.26%, 和对照组26.32%相比更低 ($P < 0.05$)。从眼压上看, 术后: 试验组 (15.21 ± 2.04) mmHg, 和对照组 (18.52 ± 2.97) mmHg相比更低 ($P < 0.05$)。结论: 对于青光眼患者, 可采用不同手术形式进行疾病的治疗, 其中复合式小梁切除术具有较好的应用效果, 可保障手术具有较高的成功率, 并且降低并发症发生率, 眼压改善也更加明显。

关键词: 青光眼; 并发症; 复合式小梁切除术; 效果

医院眼科中, 青光眼十分常见, 若不积极干预, 将有可能致盲, 危害性极大。很多因素都会导致青光眼的出现, 以患者房角结构发育不正常为例, 这属于先天性的类型之一, 房水的引流通道具有障碍等, 都是容易导致青光眼的因素。此外, 如果过量使用激素, 例如口服激素或是使用了激素类眼药水、眼药膏等, 也极易出现青光眼症状。如果病人本身有色素膜炎或是出现眼外伤, 导致晶状体脱位或是出现前房积血, 此时容易出现继发性青光眼。因此可知, 青光眼的发病因素众多, 出现青光眼后, 一定要积极进行治疗, 将眼压控制到正常范围之内, 这样才能有效延缓视神经萎缩与视野恶化。过去, 医院会采取传统小梁切除术来对青光眼病人进行干预, 但多年临床实践表明, 传统小梁切除术在青光眼中的运用并不能取得较为显著的疗效^[1]。本文选取76名青光眼病人(2020年2月-2022年1月), 着重分析复合式小梁切除术用于青光眼的价值, 如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2020年2月-2022年1月针对前来本院就诊的青光眼患者进行疾病检查和手术方案的确认, 共计76人符合本次调研要求, 将其随机分为2组, 试验组女性17人, 男性21人, 年纪在35-80岁之间, 平均 (49.36 ± 5.28) 岁。对照组女性18人, 男性20人, 年纪在34-79岁之间, 平均 (49.97 ± 5.43) 岁。病人资料完整, 意识清楚, 无药敏史。所有病人一般资料无显著差异, 实验具有可行性, $P > 0.05$ 具有可比性。病人入院后对病情有基础认识, 并对治疗方式、药物无过敏反馈, 患者及其家属知情同

意后, 并签署告知书, 本次实验已通过伦理委员会审核。

1.2 排除标准^[2]

(1) 急性传染性疾病者。(2) 孕妇。(3) 有其它眼部疾病者。(4) 血液系统疾病者。(5) 过敏体质者。(6) 神经系统疾病者。(7) 肝肾功能不全者。

1.3 方法

试验组采取复合式小梁切除术: 应当做好麻醉准备, 包括对眼球周围的局部麻醉和表面麻醉, 随后实施对结膜瓣与梯形巩膜瓣进行制作。具体方式, 则需要结合患者的结膜检查情况、是否有眼部手术史, 年纪等因素进行判断, 选择适合的位置防止棉片。在棉片取出后, 则需要使用生理盐水进行冲洗, 并且将巩膜瓣缝合固定。要观察患者是否存在漏情况, 并在另一侧调节缝线, 确保无渗漏。再手术期价, 也要注意患者的眼球结膜瓣的缝合工作。可使用妥布霉素注射液对结膜瓣进行彻底的冲洗, 最后, 在患眼包扎之前, 则需要涂沫布雷素地塞米松眼膏。

对照组行传统小梁切除术治疗: 应当做好麻醉准备, 包括对眼球周围的局部麻醉和表面麻醉, 随后实施对结膜瓣与梯形巩膜瓣进行制作。随后则需要针对浅层巩膜实施烧结止血, 剥离清亮角膜, 做角膜缘切口, 针对小梁组织, 以及周围虹膜进行规范切除。再缝合巩膜瓣与结膜组织, 随后的工作与试验组相同。

1.4 评价指标

1.4.1 若患眼眼压低于21mmHg, 即可判定为手术成功。

1.4.2 统计2组并发症(黄斑水肿, 及浅前房等)发

生者例数。

1.4.3 检测2组手术前/后眼压。

1.5 统计学分析

用EXCEL 2007 for windows建立数据库, 患者的信息确认无误后, 所有数据导入SPSS 22.0 for windows做统计描述以及统计分析。计数单位采用%进行表示, 计量数据采用($\bar{x} \pm s$)来进行表示。

2 结果

2.1 手术成功率分析

统计结果显示, 对于手术成功者, 试验组36人, 占94.74%; 对照组26人, 占68.42%。对比可知, 试验组手术成功率更高($P < 0.05$)。

2.2 并发症分析

从并发症上看, 试验组发生率5.26%, 和对照组26.32%相比更低($P < 0.05$)。如表1。

表1 并发症统计结果表[n, (%)]

组别	例数	黄斑水肿	低眼压	浅前房	发生率
试验组	38	0 (0.0)	1 (2.63)	1 (2.63)	5.26
对照组	38	3 (7.89)	4 (10.53)	3 (7.89)	26.32
X^2					7.1396
P					0.0253

2.3 眼压分析

从眼压上看, 术前: 试验组(27.96 ± 3.45) mmHg, 对照组(28.05 ± 3.69) mmHg, 组间对比无显著差异($t=0.2893, P > 0.05$); 术后: 试验组(15.21 ± 2.04) mmHg, 对照组(18.52 ± 2.97) mmHg, 对比可知, 试验组眼压更低($t=6.9231, P < 0.05$)。

3 讨论

青光眼属于极为常见的眼科疾病, 且治疗起来较为困难, 该病的主要发作原因为眼内压间断升高或持续升高, 一旦发作, 病情进展迅速、对病人的危害性较高。由于受到高眼压的干扰, 所以患病之后病人眼球的各部分组织、视神经等都会造成一系列较重的伤害, 长此以往, 会使病人的视神经萎缩、造成视野缩小、视力衰退, 甚至失明的现象。日常生活中, 可通过以下几方面, 来初步判断自己是否患有青光眼症状: 第一, 在看日光灯等光源的时候, 如果在灯光的周围出现光环和彩虹般的圆圈, 可能是因为青光眼高眼压而导致的角膜水肿第二, 如果出现突然的眼睛变红, 有可能是因为眼压升高而导致结膜充血。第三, 出现突发性的眼睛疼痛及同侧头疼, 突然出现恶心、呕吐, 有时还会伴有鼻根部酸胀, 有可能是因为急性闭角型青光眼发作。一旦出现以上症状,

需要及时去医院就诊。

临床上, 以手术作为治疗青光眼主要方式, 但此类手术属于有创手术, 因此手术安全成为了当前临床主要研究的课题之一。社会的进步推动了医疗技术的发展与更新, 复合式小梁切除术, 因其效果好、恢复快等明显的临床优势, 渐渐代替了其他治疗方式, 俨然成为了临床治疗青光眼的第一选择。青光眼患者的主要病理特征在于视力下降、视野受到的最大, 有所缺损, 可引起眼胀、视力锐减、头痛、流泪和畏光等症状。不同类型的青光眼, 先兆表现也有所不同, 以闭角型青光眼为例, 发作前常常有视觉疲劳、眼胀、虹视、眉弓酸胀等症状, 特别是在情绪波动和昏暗环境下, 症状会更加明显。除此以外, 还有继发性青光眼而言, 其先兆表现为眼部疼痛、恶心、畏光、视力下降、睫状充血等。对于先天性青光眼和婴幼儿, 其先兆表现为畏光、流泪等, 原发性青光眼病人, 部分会有家族史。青光眼会使病人的视力下降, 视野出现缺损, 有一定的几率会对病人的性格造成些许改变。早期青光眼, 会逐渐使病人的视野缩小, 以面前有堵墙为例, 青光眼病人在初期会看到一面完整的墙, 随着病情的发展, 那么之后看到的墙面积就会逐渐缩小, 直至变成一个洞, 而当这个洞还在逐渐缩小的时候, 病人就会出现失明症状。青光眼病人必须要服用多种药物, 才能阻碍病情不断进展, 而长期服药, 会使青光眼病人的性格逐渐发生改变, 且频繁的生气、抑郁、暴怒, 也会增加青光眼的发生概率。部分患者在得知自己可能会出现青光眼后, 内心会变得非常复杂, 几乎每天都会沉浸在可能会失明的恐惧当中, 从而治疗丧失信心, 不配合治疗。但是, 大部分的青光眼患者都是可以经药物或是手术治疗, 在一定程度上控制住病情得, 数据统计也表明, 很多患者经治疗后, 视力良好且并无病情反复。所以患有青光眼的病人不应该悲观, 要尽量保持一个良好的心态。预防急性发作, 对单眼发病的青光眼患者尤为重要, 青光眼的视神经损害, 除与高眼压密切相关外, 还和糖尿病、低血压等疾病有着紧密的联系, 因此治疗青光眼时, 要透过疾病本身, 找到潜在的致病因素, 如此方能进一步保护视力。若不积极干预, 则会增加患者有心脑血管病变、高血压等其他疾病的几率^[1]。

受基本国情影响, 人口老龄化现象的逐渐严重, 也使得出现青光眼的概率直线上升。青光眼会使视力减弱、视野缩小, 进而严重影响其正常生活。临床治疗青光眼的传统术式为小梁切除术, 虽然近些年的这种方式的使

用范围较广泛,但病人在术后出现并发症的概率较高,不但治疗效果达不到临床理想状态,甚至还有一定的几率会加重病情。临床对青光眼疾病进行治疗时,容易诱发其他类型的并发症,使得前房形成缓慢,危险性较高。除此以外,单一形式的小梁切除术,缝合难度也较高,加之尼龙线缝合,十分考验主刀医师的技术水平,一旦缝合期间出现干扰因素,不仅患者的恢复进程会受到影响,生存质量也会大幅度降低。且小梁切除手术后,有患者会出现经常流泪的现象,这是由于传统的小梁切除术的主要目的是为了缓解眼压过高现象,所以要做这种手术,必须要对眼睛有一个切口。有切口就会刺激眼睛的泪腺,导致病人在手术过后会出现经常流泪的现象。因此为降低术后并发症,提升青光眼病人的治疗效果,复合式小梁切除术逐渐走进大众视野,复合式小梁切除术乃比较新型的一种治疗术式,能够主动调整巩膜瓣缝线,减少防水滤过、浅前房与早期低眼压等问题的发生。且随着医疗技术的逐渐成熟,复合式小梁切除术凭借着成功率高、并发症少,俨然成为了现阶段治疗青光眼疾病的首选术式。复合式小梁切除术,通过优化、改良传统小梁切除术,联合使用了小梁切除术与抗纤维增生药物,在术中结合病人的实际病情进行实时调整,可以让病人的治疗效果更上一层楼,受到损伤的视觉神经功能也会得到缓解,病人视力恢复的好,在围术期出现并发症的概率就会大幅度地降低。另外,在手术结束后,也能根据病人的滤过泡大小、前房形态与眼压等,对缝线进行适当的调节,或者拆除,以提高手术疗效^[4]。对于此项研究,分析手术成功率,试验组更高,同时在并发症的统计中,试验组较低。在眼压对比分析中,术后以试验组更低($P < 0.05$)。

总的来讲,现阶段青光眼的治疗患者属于医疗领域的一大难题,临床治疗秉持着降低眼压、改善视盘血流

量、促进血液循环的基本原则,改善视神经的代谢药物可以作为治疗青光眼的辅助治疗手段。治疗方法包括非手术治疗和手术治疗。非手术治疗,主要应用降眼压药物及改善视盘血液供应的药,降压药物的效果虽然不明确,但至少能够缓解青光眼病人的视功能丧失速度,而改善视盘血液供应,手术治疗,则以本次实验提到的复合式小梁切除术为最佳选择。

综上,对于青光眼患者,可采用不同手术形式进行疾病的治疗,其中复合式小梁切除术具有较好的应用效果,可保障手术具有较高的成功率,并且降低并发症发生率,眼压改善也更加明显,值得推广。

参考文献:

- [1]党文慧.复合式小梁切除术治疗闭角型青光眼的临床疗效[J].中国实用医药,2021,16(2):108-109.
- [2]张灵波.康柏西普玻璃体注射后行复合式小梁切除术对新生血管性青光眼的近远期疗效观察[J].药品评价,2021,18(8):498-501.
- [3]郑玮,王冰.复合式小梁切除术在急性闭角型青光眼中的应用[J].浙江创伤外科,2021,26(4):634-635.
- [4]许雪玲.复合式小梁切除术治疗青光眼患者的效果及不良反应分析[J].中外医疗,2021,40(23):61-63.
- [5]季瑛,刘世龙,郭倩.玻璃体腔注射雷珠单抗联合复合式小梁切除术及全视网膜光凝治疗新生血管性青光眼的临床疗效[J].河北医学,2020,26(02):325-329.
- [6]白艳丽.复合式小梁切除术治疗青光眼临床疗效分析[J].首都食品与医药,2018,25(04):31-32.
- [7]赵树伦.复合式小梁切除术和单纯小梁切除术治疗青光眼的临床疗效探析[J].临床医学工程,2017,24(01):63-64.