

复合式小梁切除术治疗青光眼患者的效果观察

徐晶 詹立辉 夏娣 魏秀华 逯艳娇 侯璐璐

(大庆市人民医院 黑龙江大庆 163316)

摘要:目的:分析青光眼患者实施复合式小梁切除术治疗的临床效果。方法:选择2020年1月至2021年12月期间本院收治的青光眼患者70例,按照随机分组对照研究,其中35例采用传统小梁切除术(对照组),另外35例采用复合式小梁切除术(观察组),分别记录不同阶段患者眼压值,对比两组术后不良反应发生率及术后患者满意度情况。结果:与手术前相比,术后1个月、术后半年、术后一年患者眼压值均差异,且术后半年、术后一年患者眼压值较术前相比差异明显,观察组较对照组更低,组间数据对比差异明显有统计学意义($P<0.05$);观察组不良反应率(5.71%)低于对照组(22.86%),差异明显有统计学意义($P<0.05$);观察组患者治疗满意度(97.14%)高于对照组(85.71%),差异明显有统计学意义($P<0.05$)。结论:青光眼患者实施复合式小梁切除术治疗效果确切,可促进患者康复进程,是一种安全有效的治疗手段。

关键词:青光眼;复合式小梁切除术;眼压;不良反应;满意度;临床效果

青光眼是眼科临床上非常常见的疾病,也是一个重要的致盲性眼病。病理性眼压增高是青光眼的主要危险因素,同时患者还会出现视野缺损以及视神经损害。一般来说,该病症主要的临床表现,包括眼睛胀痛、畏光流泪,甚至还会出现同侧的头疼。如果患者得了青光眼没有及时治疗,会出现不可逆性的视神经损害,严重的患者会出现失明的情况。目前临床上我们最多见的抗青光眼手术就是青光眼小梁切除术,它主要是通过建立一个新的通道来改善眼内压力的方法,达到良好的长期的预后的效果。为更好提升治疗效果⁰。目前复合式小梁切除术的应用越来越广泛,且已经逐渐代替传统小梁切除术,临床疗效显著。本文主要探讨复合式小梁切除术治疗青光眼的效果,现将结果报道如下:

1. 研究资料及方法

1.1 研究资料

选取我院2020年1月至2021年12月期间本院收治的青光眼患者70例,按照随机分组对照研究,对照组患者男15例,女20例;年龄在39-69岁,平均(54.23±3.71)岁。观察组患者男14例,女21例;年龄在41-62岁,平均(51.53±3.82)岁。两组线性资料对比差异不明显($P>0.05$)。

1.2 方法

两组术前常规行心电图、血尿便三大常规、生化全项、凝血及免疫四项检查;同时测定裸眼及矫正视力,前房角、眼压、眼底及视野。根据患者眼压情况,采取局部联合全身药物降眼压,尽可能将眼压降至正常范围内。对于经药物降眼压仍难以控制者,可急诊行前房穿刺术或后巩膜穿刺术放出部分房水,使眼压得到较好控制后再行手术;对于眼外伤继发青光眼者,在降眼压治疗的同时,全身及局部应用皮质类固醇激素抗炎治疗。

对照组进行传统小梁切除术,手前对患者进行麻醉,采用烧灼方式对浅层巩膜进行止血处理。利用角膜缘为基础制作梯形状巩膜瓣,做的切口,放出房水,将巩膜瓣下周围的虹膜、小梁组织切离,于瞳孔恢复后进行切口清理,缝合巩膜瓣与结膜组织,并在下方结膜处注射2.5mg的地塞米松,常规敷料。

观察组患者进行复合式小梁切除术,手术操作与对照组患者一致,主要区别在于完成巩膜瓣后,在其下方置入以0.2mg·ml⁻¹丝裂霉素C棉片,放入3min,取下。然后利用200mL的生理盐水进行手术区冲洗,接着缝合巩膜瓣两端。期间注意两侧切口外应留下可拆缝线,在打结缝线前进行房前重建,在房前良好形成后对缝线进行结扎,手术结束。

两组患者手术结束后医护人员均对患者施以典必殊眼液,并给予患者抗生素药物,以防患者感染,在手术结束3-14d后,根据患者恢复状况进行拆线,嘱其适当进行眼部按摩。

1.3 观察指标及判定标准

测定两组患者术前、术后半年、术后一年患者眼压值,同时对比术

后一年患者不良反应发生情况,包括:低眼压、前房出血、浅前房、黄斑水肿等。

采用满意度调查表进行评定,总分100分,按非常满意(100-90分)、满意(89-70分)、不满意(69分及以下)三个等级分值越高,表明患者满意度越好。总体满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。

1.4 统计学方法

用统计学软件(SPSS23.0版本)分析数据,t检验计量资料,表示为 $\bar{x} \pm s$, χ^2 检验计数资料,表示为%,若 $P<0.05$,则有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者术前、术后半年、术后一年患者眼压值变化比较

本研究结果显示,术前,观察组眼压值(47.16±14.25)mmHg,术后半年眼压值(15.02±5.74)mmHg,术后一年眼压值(14.98±5.26)mmHg;对照组眼压值(48.89±11.23)mmHg,术后半年眼压值(22.78±9.56)mmHg,术后一年眼压值(23.37±7.25)mmHg。其中 t 值=0.564、4.117、5.542, P 值均=0.575、0.001、0.001。可知,术前,两组眼压值组间对比差异不明显无统计学意义($P>0.05$);术后半年、术后一年眼压均有显著改善,且观察组改善更显著,差异明显有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组患者不良反应率比较

本研究结果显示,观察组发生低眼压1例、浅前房1例,不良反应率5.71%;对照组发生低眼压3例、前房出血1例、浅前房3例、黄斑水肿1例,不良反应率22.86%。其中 χ^2 值=10.398, P 值=0.001。可知,观察组患者不良反应率低于对照组,差异明显有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 两组患者治疗满意度比较

本研究结果显示,观察组患者满意度97.14%(34/35);对照组患者满意度85.71%(30/35)。其中 χ^2 值=46.168, P 值=0.001。可知,观察组患者治疗满意度高于对照组,差异明显有统计学意义($P<0.05$)。

3. 讨论

青光眼是一组以视乳头萎缩及凹陷、视野缺损及视力下降为共同特征的眼病。临床上将青光眼可以分为原发性青光眼,继发性青光眼和先天性青光眼三大类。青光眼的危害是非常大,主要有导致患者视力下降、视野缺损、不可逆性眼盲等⁰。如果长期眼压高,最终患者可能需要行角膜移植甚至眼球摘除等治疗。因此青光眼应早发现、早诊断和早治疗以减少眼组织损害,保护视功能。青光眼常规的治疗方法主要有三种,即药物治疗、激光治疗、手术治疗。一般来说,我们要采取对症的治疗,控制好患者的眼压,对减缓视野缺损和视神经损害有重要作用。眼压增高可以导致视功能损害,视盘出现大而深的凹陷,视野可见青光眼性典型改变。眼压增高持续时间愈久,视功能损害愈严重。小梁切除术是在角膜缘建立一个新的房水引入通道,将眼内的房水由通道引流出来,从

前房引流出到球结膜下间隙进行吸收的一种手术方式。目前在临床上已经应用很长时间,是最经典的抗青光手术方式,已成为临床上治疗青光眼的代表术式之一⁰。

本研究通过各项数据的比较,发现观察组患者不同时间点眼压水平不同,且复合式小梁切除术治疗后,患者眼压逐渐降低,与对照组相比,疗效更显著。因为传统小梁切除术早操作中可能存在操作不当导致术后有房水进入角膜板层,提示传统小梁切除术在巩膜瓣下角膜缘组织块切除和虹膜周边切除方面控制能力较低,术后不良反应的风险较高⁰。而复合式小梁切除术则有效的弥补了这一缺陷,术中密闭缝合巩膜瓣,使术后早期前房迅速恢复,减少了术后早期低眼压相关并发症的发生;术后根据眼压拆除缝线,使巩膜瓣重新开放,恢复房水引流,从而提高了手术的成功率⁰。此外,该术式抗瘢痕化的作用良好,易于患者接受。黄汝强⁰的研究中报道,复合组患者视力水平高于传统组,眼压水平低于传统组;且复合组患者前房深度,房角开放距离大于传统组, $P < 0.05$,充分证实了复合式小梁切除术在治疗原发性青光眼方面优于传统小梁切除术,临床应用价值高。与传统小梁切除术相比,复合式小梁切除术的优势在于:①避免术中结膜下腔出血。在切透前房前,做角膜侧切口,沿巩膜平面向前分离结膜和结膜下组织至角膜缘将房水缓慢放出,从而减少眼压骤降可能发生结膜下腔出血现象,增加手术安全,便于手术顺利开展;②有利于眼压的控制和功能性滤过泡的形成。将浸泡有丝裂霉素或氟尿嘧啶的棉片放置于结膜囊—巩膜瓣—巩膜床层间,应用 3min 后,全取出丝裂霉素或氟尿嘧啶棉片后,使用 0.9%生理盐水充分冲洗接触部位。从而有效抑制增殖细胞的 DNA 复制,组织成纤维细胞产生胶原物质,延缓和减少滤过道瘢痕化。③尽快恢复和维持前房深度。术中经角膜穿刺处向前房内注入平衡盐水,同时观察滤过泡是否隆起和隆起后球结膜瓣是否水密,以恢复前房,减少术后不良反应的发生。本研究结果显示,观察组患者眼压改善情况优于对照组,不良反应率低于对照组,且患者对治疗满意度高于对照组 ($P < 0.05$),表明该术式的临床应用效果显著,可充分降低眼压,减少眼部灌注阻力,相应减少不良反应率,提高治疗效果,提升患者对治疗的满意度。此外,季瑛、刘世龙等⁰人还指出不同方法联合治疗青光眼患者能有效地控制眼压,保护视功能。分析原因是因为联合治疗下,不仅有效降低眼压,还可避免很多手术并发症,真正达到了治疗青光眼的目的。并且适应症范围很宽,适合各种类型的青光眼。本研究经验,为进一步规范手术操作,提高手术疗效,减少术后不良反应率,我们对复合式切除术的体会主要有:①加强术者熟悉正常眼的解剖结构知识的学习,了解病理状况下角巩膜缘的变异,对提升医务人员素养,保证手术的安全性有重要意义;②做好青光眼患者术前准备,做好术前眼压的控制及术后目标眼压设定;③根据

患者情况选择适宜的麻醉方法,对于大多患者而言,采取结膜下麻醉安全有效。个别患者可视病情状况进行不同麻醉的选择,包括球后麻醉、球旁麻醉、表面麻醉;④术中或术后应用抗代谢药物,如丝裂霉素 C,能够减少术后瘢痕形成、提高手术成功率。但需要注意的是,丝裂霉素 C,也可能导致滤过泡炎症和低眼压。本研究中,仅有 1 例出现低眼压;⑤丝裂霉素 C 结膜下注射与海绵片放置效果相似。术者可在术中根据个人习惯,选择更熟悉的操作方式来安全地给予抗代谢药物,从而减少不良反应的发生。⑥术中注意保护球结膜瓣,不要使其穿孔。巩膜表层出血点应轻微电凝巩膜表面出血灶,并彻底止住,但不能烧灼过重,以免术后瘢痕增生。周边部虹膜切除的宽度应大于小梁切除的宽度,可防止周边部虹膜嵌顿于深层角巩膜切口;⑦住院期间要观察患者眼部及全身情况,指导患者进行眼部按摩,每天 2-3 次,每次 3min。出院后要定期了解患者视力情况,询问有无眼部不适,并嘱其按时随诊。

综上所述,复合式小梁切除术可有效控制眼压,减少术后各种并发症,手术成功率得到大大的提高。笔者认为复合式小梁切除术是目前治疗青光眼理想的治疗方法。

参考文献:

- [1]孙志高,张有亭. 玻璃体腔内注射雷珠单抗辅助复合式小梁切除术对伴玻璃体积血的新生血管性青光眼的疗效[J]. 河南医学研究, 2021, 30(31):3.
- [2]张平,高涛. 复合式小梁切除术治疗青光眼的临床疗效分析[J]. 中国医药指南, 2020, 18(2):1.
- [3]鄢启林,杨守红. 持续高血压状态下的原发性急性闭角型青光眼患者行复合式小梁切除术的临床疗效分析[J]. 人人健康, 2020, No.517(08):48-49.
- [4]杨顺,王伟献,胡汝平. 康柏西普玻璃体内注射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效果[J]. 河南医学研究, 2020, 29(13):3.
- [5]孙曹毓,刘驰,周晶,王辉. 抗 VEGF 联合复合式小梁切除术治疗新生血管性青光眼[J]. 国际眼科杂志, 2020, 20(9):4.
- [6]陈龙. 改良复合式小梁切除术治疗原发性闭角型青光眼的效果[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(18):3.
- [7]黄汝强. 复合式小梁切除术治疗青光眼患者眼压水平及并发症的影响[J]. 实用防盲技术, 2020, 15(1):4.
- [8]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(2):5.