

复合式小梁切除手术治疗青光眼的临床疗效分析

张胜利 金巍峰

(广东省广州市花都区炭步中心卫生院五官科 广州 510820)

摘要:目的:分析复合式小梁切除手术治疗青光眼的临床疗效。方法:选取 2015 年 5 月~2017 年 5 月我院眼科收治的 80 例青光眼患者,随机分为参考组和研究组,每组 40 例。参考组确诊后行传统小梁切除术;研究组确诊后行复合式小梁切除术。治疗后观察比较两组的疗效。结果:治疗后研究组的视力提高率高于参考组,视力恶化率低于参考组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;研究组的眼压低于手术前和参考组,差异有统计学意义, $P<0.05$;研究组的视野改善率高于参考组,并发症发生率低于参考组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:采用复合式小梁切除手术治疗青光眼可有效改善患者眼压、视力和视野,且安全性更高。

关键词:青光眼;复合式小梁切除术;传统小梁切除术;疗效

中图分类号:R775.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.09.089

青光眼是临床常见的眼科疾病,有资料显示,该病的发病率呈逐年上升的趋势^[1]。临床治疗青光眼的方法较多,其中以小梁切除术较为常见,但实践表明,传统手术方案具有一定的缺陷。随着医疗技术的不断进步,复合式小梁切除术在临床上获得了一定的进展,研究表明该术式可提高疗效^[2]。本研究分析了复合式小梁切除手术治疗青光眼的临床疗效,效果满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 5 月~2017 年 5 月我院眼科收治的 80 例青光眼患者,按照随机双盲法分成参考组和研究组,每组 40 例。参考组中男性 26 例,女性 14 例;年龄 32~63 岁,平均年龄 (46.74 ± 8.31) 岁。研究组中男性 28 例,女性 12 例;年龄 32~65 岁,平均年龄 (47.15 ± 9.28) 岁。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 入组标准 符合青光眼的相关诊断标准者;单眼患者;经相关眼科检查确诊者;满足相关手术指征者;在知情同意书上签字同意者。

1.3 排除标准 合并严重器官性疾病者;合并精神障碍疾病者;不配合本研究者。

1.4 手术方法

1.4.1 参考组 确诊后行传统小梁切除术。常规表麻或球周浸润麻醉,在穹隆基础上作结膜瓣,烧灼巩膜止血;于角膜缘基础上作巩膜瓣,分离至角膜,切除巩膜瓣下小梁组织与四周虹膜组织,再行缝合;术毕后注射地塞米松,用阿托品软膏涂抹切口。

1.4.2 研究组 确诊后行复合式小梁切除术。在参考组的基础上配合前房穿刺、丝裂霉素和巩膜瓣缝线等措施,具体内容包括:术前表麻采用倍诺喜,以利多卡因行结膜下浸润麻醉;先行前房穿刺,注意绕开角膜缘血管,于角膜缘基础上再作结膜瓣,止血后

作巩膜瓣,给予丝裂霉素 C 片置于巩膜瓣下;取出棉片后,以生理盐水清洗术区;释放出房水,将四周虹膜及小梁组织切除;缝合。

1.5 观察指标 观察两组术毕后的视力恢复情况、手术前后的眼压变化、视野改善情况和并发症发生情况。采用 OCULUS Centerfield 视野分析仪对两组术毕后的视野改善情况进行评估分析,视野改善评估标准^[3],视野改善:各视野检测点的光敏感度平均分贝值降低 ≥ 4 ;视野稳定:各视野检测点的光敏感度平均分贝值降低或提高均 < 4 ;视野恶化:各视野检测点的光敏感度平均分贝值提高 ≥ 4 。

1.6 统计学方法 数据处理采用 SPSS20.0 统计学软件,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组视力恢复状况比较 治疗后研究组的视力提高率高于参考组,视力恶化率低于参考组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组视力恢复状况比较[例(%)]

组别	n	视力提高	视力不变	视力恶化
研究组	40	30 (75.00)	8 (20.00)	2 (5.00)
参考组	40	21 (52.50)	9 (22.50)	10 (25.00)
χ^2		10.953 3	0.186 7	15.686 3
P		0.000 9	0.665 6	0.000 0

2.2 两组眼压变化情况比较 手术前两组患者的眼压情况相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;研究组的眼压低于手术前和参考组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组的眼压变化情况比较(mm Hg, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术前	手术后	t	P
研究组	40	27.97 $\pm$ 3.69	13.27 $\pm$ 2.09	21.923 1	0.000 0
参考组	40	27.89 $\pm$ 3.37	18.33 $\pm$ 2.38	14.655 2	0.000 0
t		0.101 2	10.103 6		
P		0.919 6	0.000 0		

2.3 两组视野改善情况比较 术毕后研究组视野

改善 37 例 (92.50%), 参考组视野改善 32 例 (80.00%), 研究组的视野改善率高于参考组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

2.4 两组并发症发生情况比较 术毕后研究组出现 1 例浅前房, 并发症发生率 2.50%; 参考组出现 3 例浅前房, 2 例脉络膜脱离, 并发症发生率为 12.50%; 研究组的并发症发生率低于参考组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

3 讨论

青光眼是临床常见的致盲性疾病, 主要是由于长时间眼压较高造成视神经轴浆运输受阻, 视盘血供缺乏, 神经组织受压, 最终导致视神经纤维萎缩和退化病变, 严重时甚至会出现视神经细胞凋亡, 患者的残余视力常较弱。故临床治疗该病的目标为降低视神经细胞凋亡, 改善患者的视功能。

小梁切除术是临床常用的治疗青光眼的术式, 但实践表明, 传统术式易出现无 / 浅前房、黄斑水肿及低血压等并发症, 影响手术疗效^[4]。复合式小梁切除术是在传统手术的基础上发展而来的一种新兴术式^[5], 联合丝裂霉素、巩膜瓣缝线等措施能够有效减少相关并发症的发生, 其中丝裂霉素可抑制成纤维细胞, 从而改善术后球结膜瓣下功能滤泡的生成; 而

调节巩膜瓣缝线有助于手术的顺利进行, 可增加外引流量, 提高眼压控制效果, 促进术中房水滤过, 改善过度紧密缝合导致的术后滤过不足。

本研究结果显示, 治疗后研究组的视力提高率高于参考组, 视力恶化率低于参考组, 差异均有统计学意义, $P < 0.05$; 研究组的眼压低于手术前和参考组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$; 研究组的视野改善率高于参考组, 并发症发生率低于参考组, 差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。说明该术式的治疗效果更佳, 与相关报道^[6]一致。综上所述, 采用复合式小梁切除术治疗青光眼可有效改善患者眼压、视力和视野, 且安全性更高。

参考文献

- [1] 汤伟, 武志峰. 选择性激光小梁成形术治疗青光眼的研究进展[J]. 中华实验眼科杂志, 2014, 32(2): 178-181
- [2] 汤晓东. 复合式与传统小梁切除术治疗青光眼疗效的比较[J]. 医学综述, 2014, 20(17): 3260-3262
- [3] 王亚丽, 吴青松, 李家璋, 等. Ahmed 青光眼阀植入术与小梁切除术治疗眼外伤继发性青光眼的疗效观察[J]. 广西医科大学学报, 2017, 34(1): 112-114
- [4] 谢九冰. 复合小梁切除及中远期眼球按摩治疗青光眼的临床疗效分析[J]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 2015, 15(47): 4-6
- [5] 叶雷, 刘志才, 完夏冰. 单纯小梁切除与复合性小梁切除治疗青光眼的临床效果观察[J]. 实用防盲技术, 2017, 12(2): 74-77
- [6] 黄继琴. 复合式小梁切除术在青光眼治疗中的应用效果研究[J]. 中国急救医学, 2016, 36(z1): 47-48

(收稿日期: 2017-07-30)

(上接第 136 页)

2.2 两组术中输血情况比较 观察组输血 11 例, 对照组输血 24 例, 观察组的术中输血率为 24.44% (11/45) 低于对照组的 53.33% (24/45), 差异有统计学意义, $\chi^2 = 7.901$, $P = 0.005 < 0.05$ 。

3 讨论

髋关节置换是中老年人常见疾病, 还常合并有心脑血管疾病, 极易出现血栓并发症, 临床常采用常规抗凝药物防止出现静脉血栓栓塞症 (VTE), THA 术中, 需松解髋关节周围软组织并磨挫髋臼, 并大面积剥离切除髋关节囊, 假体安装后髋臼骨面及髓腔内渗血等因素会导致失血骤增, 故术中出血量较大, 术中进入关节腔和外渗到组织间隙中的血液也会在术后大量流出。因此, 减少围手术期失血量对行髋关节置换术的患者具有重要意义^[3]。

人体血液中纤溶酶和纤溶酶原通过分子结构中的赖氨酸结合位点, 特异性地与纤维蛋白结合, 可以裂解纤维蛋白和纤维蛋白原之间的赖氨酸肽链, 产生纤维蛋白降解产物, 造成凝血块溶解出血。而氨甲环酸为人工合成的赖氨酸衍生物, 化学结构与赖氨酸相似, 极易亲和赖氨酸结合位点, 可阻断赖氨酸残基的纤维蛋白与纤溶酶重链间的相互作用, 抑制

纤溶酶原活性, 并减少纤维蛋白分解, 促进出血部位尽快凝血^[4]。有相关资料表明, 氨甲环酸静脉滴注进入血液后, 可迅速作用于关节囊周围组织及关节滑膜内, 促进凝血块稳定, 减少出血量^[5]。

本研究结果表明, 观察组的术中失血量、术后引流量、隐形失血量及术中输血率均低于对照组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。这表明 THA 患者围手术期应用氨甲环酸可有效减少术中失血量、隐形失血量和术中输血发生情况。综上所述, THA 患者围手术期静脉滴注氨甲环酸可有效减少术中失血和隐形失血, 降低术中输血率。

参考文献

- [1] 刘欢欢, 关亚军, 王巧霞, 等. 比较人工股骨头置换术和全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效及对生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(6): 1457-1458
- [2] 朱灿, 储小兵, 章建华. 氨甲环酸 3 种不同应用方法对全髋关节置换术失血量的影响[J]. 江西中医药大学学报, 2016, 28(1): 47-49
- [3] 陈永明. 全髋关节置换术中氨甲环酸的不同用药方式对患者失血量、隐形失血量及输血量的影响[J]. 河南外科学杂志, 2017, 23(2): 146-147
- [4] 岳辰, 谢锦伟, 蔡东峰, 等. 静脉联合局部应用氨甲环酸减少初次全髋关节置换术围手术期失血的有效性及其安全性研究[J]. 中华骨与关节外科杂志, 2015, 8(1): 44-48
- [5] 侯振扬, 孙义玲. 氨甲环酸两种不同用药方式对全髋关节置换围手术期失血量的影响: 前瞻性、开放性、随机对照临床试验[J]. 中国组织工程研究, 2017, 21(15): 2314-2319

(收稿日期: 2017-06-27)