



·论 著·

新生血管性青光眼联合治疗效果观察

兰 图

(自贡市第一人民医院眼科 643000)

摘要：目的：探讨新生血管性青光眼联合治疗效果。方法：2016年1月-2018年1月，随机选取我院收治的新生血管性青光眼患者64例(74眼)作为研究对象，根据其入院序号奇偶数按比例(1:1)划分为对照组和观察组，每组患者32例(37眼)，对照组给予广泛性视网膜光凝治疗，观察组实施注药+Amhed青光眼阀植入术+广泛性视网膜光凝联合治疗，观察对比两组患者治疗前后眼压和视力情况。结果：两组患者治疗前眼压组间差异无统计学意义， $P>0.05$ ，治疗3个月后眼压明显升高，且观察组高于对照组， $P<0.05$ ；治疗3个月后，观察组视力0.01-0.09比率高于对照组， $P<0.05$ 。结论：在新生血管性青光眼治疗中，联合治疗效果理想，可促进患者眼压、视力恢复，推荐推广。

关键词：新生血管性青光眼；联合治疗；眼压；视力

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 08-098-01

新生血管性青光眼是一种难治性青光眼类型，其难治性主要源于眼压控制困难，且患者伴有角膜水肿情况，患者新生血管很难消退，常规小梁切除手术中存在出血情况，治疗成功率较低，而睫状体冷冻术若控制不佳，会诱发眼球萎缩，临床治疗效果不理想[1]。随着医疗水平发展，近年来临床日渐主张开展联合治疗，利用抗新生血管性青光眼药物消退新生血管，为手术治疗提供良好时机，随后开展Ahmed青光眼阀植入和视网膜激光光凝治疗，切实改善患者眼压和视力。本次研究基于上述背景，探讨了新生血管性青光眼联合治疗效果，现详述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2016年1月-2018年1月，随机选取我院收治的新生血管性青光眼患者64例(74眼)作为研究对象，根据其入院序号奇偶数按比例(1:1)划分为对照组和观察组，每组患者32例(37眼)。对照组男17例，女15例，年龄39~68岁，平均(54.73±2.09)岁，病因：眼缺血综合征12例，糖尿病视网膜病变9例，视网膜静脉阻塞11例；观察组男18例，女14例，年龄38~68岁，平均(53.19±2.11)岁，病因：眼缺血综合征11例，糖尿病视网膜病变10例，视网膜静脉阻塞11例。本次研究经由我院伦理委员会批准通过，全部患者知情并自愿参与，上述资料组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)，均衡性良好可进行比较研究。

1.2 治疗方法

观察组实施注药+Amhed青光眼阀植入术+广泛性视网膜光凝联合治疗，受限给予患者康柏西普玻璃体腔注射治疗，表面麻醉，取角膜缘后4mm位置，确定与巩膜垂直的面，注入康柏西普，用量为0.05ml，随后行前房穿刺；注药7d后，给予患者Ahmed植入治疗，行常规球后阻滞麻醉，以穹隆部为基底，在颞上象限做结膜瓣，随后确定上直肌、外直肌位置，在其间做以角膜缘为基底的巩膜瓣，待Ahmed阀冲洗通畅后，在上直肌、外直肌间赤道部巩膜面设置引流盘，确定正中巩膜瓣下角缘位置，在此处穿刺，并在引流管前段涂粘弹剂，随后将其经由穿刺点置入前房，缝合巩膜瓣，结膜下注射地塞米松；待患者屈光介质清楚后，可及时进行广泛性视网膜光凝治疗，治疗时先对周边进行光凝，随后对后极部进行光凝，务必保证避开出血区。对照组直接进行广泛性视网膜光凝治疗，操作同观察组。

1.3 观察指标

两组患者治疗前后眼压比较；两组患者治疗后视力水平比较。

1.4 统计学处理

采用SPSS24.0统计软件对本次数据进行分析处理，计数资料以例数(率)表示，卡方检验，计量资料以均数±标准差表示，t检验。对比有统计学意义参照 $P<0.05$ 。

2 结果

两组患者治疗前眼压组间差异无统计学意义， $P>0.05$ ，治疗3个月后眼压明显升高，且观察组高于对照组， $P<0.05$ ，详见表1。

表1 两组患者治疗前后眼压比较($\bar{x} \pm s$)

组别	眼数	治疗前	治疗后
观察组	37	11.21±1.15	12.89±0.45*
对照组	37	11.34±1.84	11.97±0.42*
t	—	0.364	9.091
P	—	0.717	0.000

注：与治疗前相比具有统计学意义， $P<0.05$ 。

治疗3个月后，观察组视力0.01-0.09比率高于对照组， $P<0.05$ ，详见表2。

表2 两组患者治疗3个月后视力水平比较[n(%)]

组别	眼数	0.01-0.09	≥0.10
观察组	37	21 (56.76)	16 (43.24)
对照组	37	11 (29.73)	26 (70.27)
X ²	—	5.506	5.506
P	—	0.019	0.019

3.讨论

新生血管性青光眼是一类青光眼类型，由多种眼部缺血性疾病所致，导致患者虹膜、房角出现新生血管，伴有房角关闭情况，患者眼压较高，临床治疗难度较大，具体治疗应以控制眼压、消除新生血管病因和保护神经为主[2-3]。

本次研究结果显示：观察组患者治疗后眼压低于对照组，视力水平优于对照组， $P<0.05$ ，具体分析如下：广泛性视网膜光凝治疗机制尚未清楚，其主要参考新生血管性青光眼患者伴有视网膜缺血情况，其能够消除血管生长因子，但无法彻底抑制新生血管生成，临床疗效有限[4]。而联合治疗注重开展药物灌注和Ahmed青光眼阀植入治疗，玻璃体腔注射可与广泛性视网膜光凝治疗产生协同作用，可促进新生血管消退，并有效抑制眼压，而Ahmed青光眼阀植入过程中需使用抗代谢药物，能够有效保护滤过泡引流盘，保证其被纤维包裹，可有效降低眼压，待患者角膜恢复后进行广泛性视网膜光凝处理，可更为有效地改善视网膜缺血情况，进而达到良好的治疗效果。

综上，在新生血管性青光眼治疗中，联合治疗效果理想，可促进患者眼压、视力恢复，推荐推广。

参考文献：

- [1]赵明威. 新生血管性青光眼治疗面临的临床问题与思考[J]. 中华实验眼科杂志, 2016, 34(7):577-579.
- [2]仪立群, 鞠林芳, 仲苏鄂,等. 新生血管性青光眼治疗方法和策略的研究进展[J]. 国际眼科杂志, 2016, 16(3):462-465.
- [3]张司, 李一壮. 抗 VEGF 药物联合 Ahmed 青光眼引流阀治疗新生血管性青光眼疗效观察[J]. 实用老年医学, 2017,32(2):168-170.
- [4]洪颖, 胡运韬, 张纯,等. 新生血管性青光眼三联序贯治疗效果观察[J]. 眼科新进展, 2017, 37(4):372-375.