

外伤性房角后退型青光眼手术治疗观察

何昌炬

云南省文山州中医医院 663099

〔摘要〕目的 研究分析外伤性房角后退型青光眼手术治疗效果。方法 选择 2015 年 11 月-2018 年 2 月间收治的 52 例外伤性房角后退型青光眼患者进行此次研究治疗, 所有患者均接受手术治疗, 对患者的治疗情况进行分析。结果 52 例患者治疗后 50 例眼压恢复正常, 96.2%。48 例视力水平得到明显提高, 92.3%。52 例患者中 14 例实施了复合式小梁切除术治疗、38 例实施了小梁切除术治疗。结论 对外伤性房角后退型青光眼患者实施手术治疗可得到理想的治疗效果, 有助于患者的眼压恢复, 改善患者的视力水平。

〔关键词〕外伤性房角后退型青光眼; 手术治疗; 临床效果

〔中图分类号〕R779.6 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2018) 05-0039-02

房角后退型青光眼是眼部遭受外伤后出现的一种较为常见的并发症, 其治愈难度相对较高, 预后康复效果相对较差, 对患者的身体健康以及正常生活均会造成严重不良影响。一般而言对于采取药物治疗一段时间后仍未达到理想疗效的外伤性房角后退型青光眼会推荐实施手术治疗, 以便提高临床治疗效果, 改善患者的视力水平^[1]。此次研究将选择 2015 年 11 月-2018 年 2 月间收治的 52 例外伤性房角后退型青光眼患者进行此次研究治疗, 通过分析 52 例患者的临床治疗资料探析外伤性房角后退型青光眼手术治疗最佳时机、手术方式的选择以及手术实施效果, 现将结果做下述分析报道。

1 资料与方法

1.1 病例资料

选择 2015 年 11 月-2018 年 2 月间收治的 52 例外伤性房角后退型青光眼患者进行此次研究治疗, 所有患者均经临床检查确诊为单侧外伤性房角后退型青光眼, 均无其他重要脏器严重疾病, 均符合手术治疗指证, 均无青光眼家族病史, 均经药物治疗后眼压仍然持续高于正常值, 房角后退范围均 $\geq 180^\circ$ 。52 例患者中 30 例为男性, 22 例为女性。患者年龄: 21-63 岁, 平均年龄为 (45.4 \pm 6.2) 岁。致伤原因: 24 例为车祸、15 例为硬物击伤、13 例为跌倒碰伤。参与此次研究的所有患者均知晓研究目的, 并经慎重考虑自愿参与。

1.2 方法

52 例患者均在药物治疗 15d 且眼压未能得到有效改善的患者则要依据患者具体情况的不同选择合适手术方式进行治疗, 具体如下: ①复合式小梁切除术: 在为患者进行常规小梁切除术的基础上, 对巩膜瓣下小梁组织深层巩膜条进行切除处理, 切除范围控制在 1.5mm \times 2mm, 形成巩膜池进而增加房水引流作用。术眼包扎 1d, 术后为患者使用皮质类固醇以及抗生素, 在手术第 2d 为患者使用复方托吡卡胺滴眼液 (生产厂家: 长春迪瑞制药有限公司; 批准文号: 国药准字 H20103127), 滴入结膜囊, 一次 1 滴, 间隔 5 分钟再滴第 2 次。妥布霉素地塞米松滴眼液 (生产厂家: 成都恒瑞制药有限公司; 批准文号: 国药准字 H20093842) 进行治疗, 每 4-6h 用药 1 次,

每次 1-2 滴滴入结膜囊内, 治疗 2-3 周。②小梁切除术: 以上方或颞上象限作以穹窿为基底的结膜瓣, 适当分离暴露巩膜, 做矩形板层巩膜瓣, 以角巩缘作为基底, 大小为 4mm \times 4mm。将角膜、小梁组织切除, 并切除大于小梁切口的虹膜, 对巩膜瓣两个角进行缝合, 各缝合 1 针。最后缝合球结膜。从前房穿刺口注入平衡盐溶液, 术后 1-3d 为患者全身使用皮质类固醇, 对术眼要包扎 1d。术眼在术后第 2 日使用妥布霉素地塞米松滴眼液以及复方托吡卡胺滴眼液治疗, 治疗时间在 2-3 周。

2 结果

52 例患者治疗后 50 例眼压恢复正常, 96.2%。48 例视力水平得到明显提高, 92.3%。52 例患者中 14 例实施了复合式小梁切除术治疗, 34 例实施了小梁切除术治疗。52 例患者中有 5 例出现早期浅前房, 发生率为 9.6%, 其中包含 1 例复合式小梁切除术患者, 4 例小梁切除术患者。5 例患者均经散瞳、加压包扎后治疗 15d 后前房恢复正常。

3 讨论

外伤性房角后退型青光眼是一种较为特殊的开角型青光眼。该疾病应在患者入院后为患者立即进行病因诊疗并使用相关药物进行干预治疗, 在患者接受药物治疗 15d 后眼压若仍然未能有效降低, 治疗效果不佳时应考虑为患者实施手术治疗, 并在手术治疗前为患者做好各项检查工作, 对患者的病情病况进行评估, 以便选择最佳手术治疗时机。同时依据患者房角后退以及眼压情况的不同选择合理的手术方案, 以便提高临床治疗效果及治疗安全性^[2-3]。另外对于部分患者未能严格定期进行随诊导致治疗时机延误, 出现视野缺损的也需要进行手术治疗。小梁切除术是临床常用治疗术式, 但因为术中需要穿通前房, 因此可能会引发一定的并发症, 如浅前房、低眼压等等。复合式小梁切除术则有助于降低并发症的发生激烈, 利于保护患者的术前视力, 避免眼压骤然降低而出现的小视野患者丧失中心视力的情况。在此次研究中 52 例患者均首选最大安全药物进行了积极治疗, 结果眼压未能得到有效控制, 38 例实施单纯小梁切除术的患者均为早发型外伤性房角后退型青光眼, 眼压均在 25-30mmHg 之间, 视力水平则在 0.2-0.5 之间。术后眼压均维持在 10-20mmHg 之间,

(下转第 42 页)

作者简介: 何昌炬 (1973.2-), 籍贯: 文山州西畴县, 民族: 壮族, 职称: 主治医师, 学历: 大学本科, 主要从事: 耳鼻咽喉临床研究。

无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2.3 两组并发症情况对比

A 组尿便感、肛缘水肿、尿潴留发生率分别为 3.45%、5.17%、3.45%，B 组分别为 15.52%、20.69%、6.90%。A 组肛缘水肿、尿便感发生率低于 B 组，两组比较有显著差异 ($P < 0.05$)。见表 3

表 3: 两组并发症率比较 (n/%)

组别	例数	尿便感	肛缘水肿	尿潴留
A 组	58	2 (3.45%)	3 (5.17%)	2 (3.45%)
B 组	58	9 (15.52%)	12 (20.69%)	4 (6.90%)
χ^2	/	4.921	6.202	0.703
P	/	0.027	0.013	0.402

3 讨论

主环状混合痔治疗难度大，目前，临床对该病研究越来越深入，在治疗方法上也有所创新。RPH 源于传统胶圈套扎术，它是对传统术式的改进，将胶圈于内痔根部套入，通过弹性促使机械性缩窄形成，将痔核血运阻断，从而致使痔体组织脱落、坏死，达到治疗目的^[5-6]。

胡响当、李帅军等人^[7]认为，与 PPH 术相较，RPH 术具备更多优势，它可将病变肛垫组织去除，纠正痔体出血症状，在套扎时可防止肛垫丢失、肛管狭窄等不良事件发生，术后能使肛门保持控便能力。另外，RPH 术具有适用范围广、套扎灵活等特点，能有效控制术中出血量，手术时间短，价格低廉，安全性高^[8]。本院研究显示，A 组予以 RPH 术治疗后，总有效率高达 98.28%，与 B 组 (96.55%) 相较无差异，不过 A 组术

中出血量、治疗费用、手术时间小于 B 组，证明 RPH 术能降低术中出血量，缩短手术时间，价格低廉。另外，A 组肛缘水肿、尿便感发生率低于 B 组，表明 RPH 术安全性高。

综上所述，RPH 术在主环状混合痔治疗中应用价值较高，能减少术中出血量，降低治疗费用，将住院时间缩短，并发症率低，值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 项慧, 马驱. RPH 联合保留齿线术治疗 III、IV 期混合痔的临床观察 [J]. 结直肠肛门外科, 2015, 21(1):50-52.
- [2] 井晓峰, 秦煥. RPH 与 PPH 治疗内痔为主环状混合痔: 附 210 例分析 [J]. 中国现代手术学杂志, 2016, 20(1):11-15.
- [3] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组. 痔临床诊治指南 (2006 版) [J]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5):461-463.
- [4] 徐廷翰. 中国痔瘡诊疗学 (精) [M]. 四川科技出版社, 2008.
- [5] 李香琼, 龙陈艳, 谭立新, 等. RPH 串联套扎法治疗中重度混合痔与同期 PPH 治疗中重度混合痔的比较 [J]. 结直肠肛门外科, 2015, 21(3):213-214.
- [6] 唐茂山. 自动痔疮套扎术与外剥内扎术治疗 III、IV 期混合痔的对照研究 [J]. 中华全科医学, 2016, 14(3):397-398.
- [7] 胡响当, 李帅军, 罗敏, 等. 自动痔疮套扎术 (RPH) 结合剪刀结扎术治疗混合痔的临床研究 [J]. 中国中医急症, 2016, 25(3):403-404.
- [8] 赖蕾, 陈敏, 黄德铨, 等. RPH 联合外剥内扎术治疗混合痔的临床疗效观察 [J]. 西部医学, 2016, 28(9):1211-1213.

(上接第 39 页)

视力水平得到有效提高。14 例采取复合式小梁切除术患者均为迟发型外伤性房角后退型青光眼，眼压均在 30-39mmHg 之间，视力水平则均在 0.08-0.2 之间。术后眼压均控制在 10-20mmHg 之间，除 2 例因视神经萎缩，视力水平未有改善外，其余患者视力水平得到有效提高。另外研究发现外伤性房角后退型青光眼患者也有可能同时存在其他损伤，如晶状体损伤、瞳孔括约肌损伤等等，若对如上患者使用小梁切除术进行治疗可能会导致患者损伤加重，引发术中前房积血的问题，术后也可能引发较为严重的炎症反应，因此对该类型患者推荐实施复合式小梁切除术进行治疗。

(上接第 40 页)

于人体内的一种生物活性物质，在使用过程中，能够针对患者血液动力学进行相应的改变，并提升患者血管平滑肌细胞中的 CAMP 含量。这种药理作用能发挥空胀血管作用，并改善患者血管外周阻力情况。患者在用药后，肾小球微循环水平得到改善，相应的增加肾血流量，强化其过滤水平，最终保证患者肾功能。因此本次研究中，观察组患者接受联合治疗方法，在服用贝那普利后，同时静脉滴注前列地尔，其临床治疗效果明显优于对照组。

从本次研究结果来看，在对两组患者进行不同的治疗干预后，两组患者的临床治疗总有效率存在明显差异。从表 1 资料可知，观察组患者在接受联合用药后，其 24h 尿蛋白含量的参数水平为 1.32 ± 0.19 ，明显高于对照组的 1.95 ± 0.68 ，两组数据差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。同时，两组患者的 24h 尿微白蛋白排泄量在经过治疗后均得到改善，治疗后优于治疗前，但观察组患者的 24h 尿微白蛋白排泄量数据

综上所述，对外伤性房角后退型青光眼患者实施手术治疗的效果较为理想，依据不同患者具体的不同选择手术治疗方法有助于降低患者眼压，改善患者的视力水平，提高患者的预后康复效果。

[参考文献]

- [1] 黄荔. 外伤性房角后退型青光眼手术治疗观察 [J]. 中外医学研究, 2016, 14(22):109-110.
- [2] 韩禹华. 外伤性房角后退型青光眼手术方法选择及其疗效探析 [J]. 中国医疗器械信息, 2017, 23(14):54-55.
- [3] 金靖宇. 外伤性房角后退型青光眼的手术治疗 [J]. 中国处方药, 2015, 13(12):115-116.

水平明显优于对照组 ($P < 0.05$)，进一步论证了联合用药方法在当前临床治疗中具有良好的应用前景。

综上所述，前列地尔联合贝那普利在治疗糖尿病肾病蛋白尿中发挥着重要作用，其疗效稳定，安全性高，能在较短时间内改善患者临床症状，应该成为临床治疗的首选方法。

[参考文献]

- [1] 谢翠莹. 前列地尔联合贝那普利治疗 2 型糖尿病肾病蛋白尿的疗效观察 [J]. 临床医学研究与实践, 2016, 01 (03):22+37.
- [2] 庄端蓉. 前列地尔联合贝那普利治疗糖尿病肾病蛋白尿的效果探讨 [J]. 中外医学研究, 2016, 14 (21):42-43.
- [3] 孙树果. 前列地尔联合贝那普利治疗糖尿病肾病蛋白尿的疗效分析 [J]. 糖尿病新世界, 2016, 19 (16):3-4.
- [4] 李斯毅, 刘滢, 黄仲良. 前列地尔联合贝那普利治疗糖尿病肾病蛋白尿的临床效果观察 [J]. 泰山医学院学报, 2015, 36 (05):571-572.