



眼外伤继发性青光眼临床治疗

陈黎珺

苏州市吴江区第一人民医院眼科 江苏苏州 215200

【摘要】目的 探讨眼外伤继发性青光眼的临床治疗措施及治疗效果。**方法** 收集2015年1月-2017年10月我院收治的240例眼外伤继发性青光眼患者作为研究对象,按随机双盲分组法将患者随机分成参照组和观察组各120例,参照组给予维生素B注射,行激光疗法等常规治疗,观察组按照患者的病情选取针对性的治疗措施,比较两组治疗效果,以及视力恢复情况。**结果** 2组患者治疗前的眼压大小、前房深度对比差异不明显($P > 0.05$);2组患者治疗后的眼压大小、前房深度均优于治疗前($P < 0.05$)。观察组患者治疗后的眼压大小、前房深度均优于参照组($P < 0.05$)。2组患者治疗前的视力状况对比差异不明显($P > 0.05$);观察组治疗后的视力情况较治疗前与参照组明显更加优秀($P < 0.05$)。**结论** 眼外伤继发性青光眼患者病情复杂,实施针对性的治疗能够有效改善患者的视力功能,值得临床借鉴推广。

【关键词】 眼外伤;继发性青光眼**【中图分类号】** R775.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 06-064-02

眼外伤会导致眼压增高,患者可能发生神经损害,继发性青光眼属于严重的并发症,是致使患者视力损害的重要原因^[1]。本文选取我院收治的240例患者进行分析,根据患者病情实施针对性的治疗,效果较满意,现总结临床治疗情况及疗效如下:

1 对象及方法**1.1 对象**

收集2015年1月-2017年10月我院收治的240例眼外伤继发性青光眼患者作为研究对象。

入组标准:(1)符合《眼科学》中的诊断标准;(2)均属于单眼受伤致病;(3)均未合并结膜炎、角膜炎;(4)均签署知情同意书。排除标准:(1)排除精神疾病患者;(2)合并其它眼疾患者。

参考随机双盲分组法将患者随机分成2组:参照组共有120例,包含男性71例,女性49例;最低年龄19岁,最高年龄71岁,平均年龄(53.14 ± 6.29)岁;致伤原因:因暴力或划伤致伤者45例,因烟花与鞭炮灼伤致伤者49例,其它损伤致伤者26例。

观察组共有120例,包含男性68例,女性52例;最低年龄21岁,最高年龄73岁,平均年龄(53.75 ± 6.78)岁;致伤原因:因暴力或划伤致伤者46例,因烟花与鞭炮灼伤致伤者52例,其它损伤致伤者22例。

2组患者的以上基线资料对比差异不显著, ($P > 0.05$) 存在可比性。

1.2 方法

参照组患者确诊后施行常规临床治疗措施进行治疗,即

给予维生素B注射,行激光疗法治疗等。

观察组患者则按照患者的病情状况选取针对性的治疗措施进行治疗,主要包括:(1)前房积血者给予止血剂以止血,并给予糖皮质激素与噻吗洛尔滴眼液联合用药,以缓解患者的炎症反应,酌情给予20%浓度的甘露醇经静滴用药治疗,以对患者的眼压进行控制^[2];(2)继发出血者需行前房冲洗处理,如果治疗没有效果再施行小梁切除术;(3)晶状体受损者应先针对患者行保守药物治疗,如果治疗没有效果再行小梁切除术或者激光周边虹膜切除术。急性继发性青光眼与角膜内皮受损者采用晶状体切除术与玻璃体切除术治疗;(4)眼球穿通伤者应施行青光眼及白内障手术治疗,通常选用虹膜周边切除术与小梁切除术。

1.3 观察指标

详细观察治疗前与治疗后2组患者的眼压大小、视力水平、前房深度情况变化,并进行对比分析。

1.4 统计学分析

收集相关数据在SPSS19.0统计软件中进行分析,计数资料经 χ^2 检验法分析,计量资料经t检验法分析, ($P < 0.05$) 代表差异对比有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前、后2组患者的眼压大小、前房深度情况对比分析

2组患者治疗前的眼压大小、前房深度对比差异不明显($P > 0.05$);2组患者治疗后的眼压大小、前房深度均优于较治疗前($P < 0.05$)。观察组患者治疗后的眼压大小、前房深度均优于参照组($P < 0.05$)。如表1:

表1:治疗前、后2组患者的眼压大小、前房深度情况对比分析

组别	例数 (n)	眼压 (mmHg)		t	P	前房深度 (mm)		t	P
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
观察组	120	41.52±4.77	15.27±3.39	49.1384	0.0000	1.90±0.71	3.15±0.53	8.6140	0.0000
参照组	120	41.27±4.92	28.33±4.58	21.0881	0.0000	1.88±0.72	2.46±0.47	5.9471	0.0001
t		0.3996	25.1075			0.4871	3.6744		
P		0.6898	0.0000			0.7485	0.0261		

2.2 治疗前、后2组患者的视力情况变化对比分析

2组患者治疗前的视力状况对比差异不明显($P > 0.05$);观察组治疗后的视力情况较治疗前与参照组明显更加优秀($P < 0.05$),如表2:

3 讨论

眼外伤所致的继发性青光眼主要是指患者的眼部遭到损伤后非常容易产生的一种并发症,临床表现主要为剧烈的眼部疼痛、眼内积血及视力下降等症状,若未及时治疗,甚至会直接造成失明,对患者的日常生活造成严重的影响。

考虑到眼外伤继发性青光眼直接关系到患者的视力功能,



患者发病后要及时进行诊断及治疗^[3]。应当注意的是该疾病的病理机制常存在明显的差异,发病原因以前房积血、眼内炎症、晶状体脱位、房角挫伤等较为常见^[4],故患者的病机可分成以下几个方面:(1)眼内积血造成红细胞和组织碎片堆积于血液中,至一定程度后会导致小梁网受阻,造成眼压上升,从而使患者的视力降低;(2)眼内炎症可导致房水的外流受阻,瞳孔闭锁,从而导致眼压上升;(3)晶状体脱位会导致患者瞳孔四周的虹膜互相贴紧,使瞳孔有阻滞感而引发青光眼;(4)房角挫伤通常会导致房角后退,早期引发小梁组织水肿,炎症介质与组织碎片导致房水循环遭到阻碍,随着患

者的病情迁延,会导致房水的外流通道受阻,进而引发眼压上升。因此,对眼外伤所致继发性青光眼患者进行治疗的关键在于针对患者的发病原因与病情状况采用针对性的治疗措施进行治疗^[5]。本研究结果可见,观察组患者治疗后的眼压、前房深度均优于治疗前和参照组治疗后的眼压、前房深度($P < 0.05$);观察组治疗后的视力情况较治疗前与参照组明显更加优秀($P < 0.05$)。由此可见,眼外伤继发性青光眼患者病情复杂,实施针对性的治疗能够更有效地改善患者的视力功能,为恢复和预后提供有利条件。

表 2: 治疗前、后 2 组患者的视力情况变化对比分析

组别	时间	< 0.05	0.05-0.3	0.3-0.5	> 0.5
观察组 (n=120)	治疗前	31 (25.83)	49 (40.83)	31 (25.83)	9 (7.50)
	治疗后	7 (5.83) **	22 (18.33) **	56 (46.67) **	35 (29.17) **
参照组 (n=120)	治疗前	32 (26.67)	47 (39.17)	33 (27.50)	8 (6.67)
	治疗后	21 (17.50)	39 (32.50)	44 (36.67)	16 (13.33)

注:与治疗前相比, * $P < 0.05$;与参照组相比, ** $P < 0.05$ 。

参考文献:

- [1] 郑涂芳, 金伟. 不同手术方式治疗眼外伤继发性青光眼的临床对比分析[J]. 眼科新进展, 2014, 34(4):380-381, 384.
- [2] 高瑞新, 李朝霞. 外伤性晶状体脱位继发性青光眼不同手术的效果[J]. 中华眼外伤职业眼病杂志, 2015, 37(3):209-211.
- [3] 李建军, 王秀超, 杨洪帅等. 眼外伤继发性青光眼患

者青光眼植入术的临床疗效分析[J]. 广西医科大学学报, 2016, 33(1):110-112.

[4] 赵长影. 眼外伤后继发性青光眼的主要病因、临床表现及治疗方法探讨[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017(33):176.

[5] 费芳琴, 傅玲萍, 秦红英等. Ex-PRESS 引流器植入治疗外伤性青光眼的术后护理[J]. 中华现代护理杂志, 2014, 20(29):3718-3721.

(上接第 63 页)

血管紧张素受体拮抗药物^[4-5]等,缬沙坦属于血管紧张素受体 II 拮抗剂,其降压作用在于选择性阻断 Ang II -1 型生物学效应,发挥降压作用,且对左心室肥厚有逆转作用^[3-4]。而阿托伐他汀钙是常见的他汀类药物,可良好调节脂质代谢,可竞争性抑制羟甲基戊二酸单酰 CoA 还原酶,减少脂蛋白合成减少,抑制心室重构。阿托伐他汀钙有抗炎作用,可改善内皮功能。另外,阿托伐他汀钙可通过降低脂蛋白和降低氧化应激从而有效下调血管紧张素 II 受体水平,降低肾素-血管紧张素系统活性,发挥降压和改善心功能作用^[5-6]。

本研究中,对照组采用缬沙坦进行治疗,联合治疗组采用阿托伐他汀钙联合缬沙坦方案。结果显示,联合治疗组高血压降压效果高于对照组, $P < 0.05$;联合治疗组舒张压水平低于 90mmHg 时间、收缩压水平低于 140mmHg 时间短于对照组, $P < 0.05$;干预前两组血压平均水平相近, $P > 0.05$;干预后联合治疗组血压平均水平优于对照组, $P < 0.05$ 。两组均未出现明显不良反应, $P > 0.05$ 。

综上所述,阿托伐他汀钙联合缬沙坦方案用于高血压治疗的有效性高,可有效控制血压,发挥协同作用,安全性良好,

值得推广。

参考文献:

- [1] 喻明书. 贝那普利联合阿托伐他汀钙治疗原发性高血压伴高血脂的临床观察[J]. 浙江临床医学, 2011, 13(4):371-373.
- [2] 王德臣. 阿托伐他汀钙联合缬沙坦对原发性高血压患者血清 GHRP 及 Hcy 水平的影响[J]. 河南医学研究, 2017, 26(9):1618-1619.
- [3] 陆海娜, 周攀, 李飞静等. 前列腺素 E1 联合阿托伐他汀对老年高血压肾病患者相关指标的影响[J]. 中国药房, 2016, 27(3):321-323.
- [4] 陈展茂, 吴武忠, 蔡瑜彬等. 阿托伐他汀联合缬沙坦和依那普利治疗高血压肾病的临床效果观察[J]. 临床医学, 2017, 37(1):63-64, 65.
- [5] 李向东. 阿托伐他汀对老年性高血压合并高血压肾病的影响分析[J]. 吉林医学, 2016, 37(6):1429-1430.
- [6] 马秀娜. 阿托伐他汀对高血压肾病患者基质金属蛋白酶-2 和尿微量白蛋白/肌酐的影响[J]. 医疗装备, 2016, 29(13):94-94.

·更正声明·

《名医》杂志 2017 年第 8 卷第 5 期第 121 页,医院管理栏目文章“麻醉药品使用管理中存在的问题分析及对策”,作者姓名“庄月圆”更正为“庄月园”,特此说明!