



康柏西普玻璃体腔注射联合 Ahmed 青光眼阀植入治疗新生血管性青光眼效果分析

王适宜

(邵阳学院附属第一医院 湖南邵阳 422000)

摘要:目的:探究难治性青光眼采用康柏西普玻璃体腔注射联合 Ahmed 青光眼阀植入治疗的效果。方法:将 2013 年 2 月-2016 年 2 月诊断确诊为难治性青光眼患者 20 例(20 只眼)纳入为参研的对象,所选患者均采取康柏西普玻璃体腔注射联合 Ahmed 青光眼阀植入治疗,术后对患者展开为期一年的随访,了解其治疗的效果。结果:所有患者术后眼压与术前比较均有显著性差异, $P < 0.05$, 统计学意义成立;均未出现严重并发症。结论:难治性青光眼采取康柏西普玻璃体腔注射联合 Ahmed 青光眼阀植入治疗效果确切,对降低眼压与提高视力有积极作用。

关键词:青光眼;康柏西普玻璃体腔注射联合 Ahmed 青光眼阀植入;治疗效果

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2017) 22-043-02

难治性青光眼指的是应用药物干预无法有效控制眼压[1]或者采取常规滤过性手术疗效不理想,甚至睫状体破坏手术[2]、联合最大耐受量抗青光眼药物干预,依然无法将眼压控制在正常范围内的青光眼,还可称之为顽固性青光眼。若难治性青光眼患者未接受有效积极的治疗,将会使病情进展,持续且严重损害视功能,最终导致失明。现探析 2013 年 2 月到 2016 年 2 月收治的 20 例难治性青光眼患者采取康柏西普玻璃体腔注射联合 Ahmed 青光眼阀植入治疗的可行性,将全部内容整理后总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究选取的 20 例患者均明确为难治性青光眼,均为单眼患病,入选研究的时间在 2013 年 2 月至 2016 年 2 月,其中女性 6 例,年龄均值 (47.58 ± 10.69) 岁;男性 14 例,年龄均值 (46.98 ± 10.40) 岁。11 例新生血管性青光眼,1 例原发性闭角型青光眼,1 例外伤性继发性青光眼以及 7 例高度近视术后继发性青光眼。9 例伴白内障,7 例无晶状体,4 例人工晶状体。经裂隙灯显微镜、视力等联合检查发现 30 例患者中 17 例视力低于 0.05,1 例在 0.08-0.05,2 例不低于 0.1。

纳入标准:①经联合诊断全部确诊为难治性青光眼,给予最大剂量的降压药物联合治疗后患者眼压依旧 $>40\text{mmHg}$;②无法长期接受药物控制或者耐受药物的患者;③对研究治疗方式无禁忌证且依从性佳;④获得知情权,自愿签署同意书。

排除标准:①小儿性青光眼、原发性青光眼;②前房内能见色素细胞或房水闪辉的葡萄膜炎;③精神疾病、严重肾、心、肺与肝等器质性病变者;④治疗依从性较差者。

1.2 方法

所有患者行玻璃体腔注射康柏西普 $0.5\text{mg}/0.05\text{ml}$,待虹膜新生血管消退或萎缩后,行青光眼阀植入术。

按照患者眼别和术眼具体情况确定合适的手术区域,通常为鼻上象限或者颞上象限,在两直肌之间作一个结膜瓣,基底为穹窿,对结膜下组织进行分离一直到赤道部。将丝裂霉素 $0.4\text{g}/\text{L}$ 置于结膜下持续 5 分钟同时选择平衡盐液 60ml 实施冲洗。在对应象限做大小为 $5\text{mm} \times 4\text{mm}$ 的二分之一全厚巩膜瓣,基底选择角膜缘,经显微镜隧道选择平衡盐液对 AGV 引流管进行冲洗将阀门打开。在两条直肌之间防止

AGV 引流盘,注意放置不能有明显阻力,通过 8-0 缝线在浅层巩膜上进行固定,前方与角膜缘相距必须在 8mm 以上。在巩膜瓣下角膜缘选择 23G 针头于对应处实施前房穿刺,将针头慢慢后退,使房水适量放出,帮助眼压得以下降,接着将适量黏弹剂注入到前房中,保证穿刺方向平行于虹膜面[3]。剪断引流管前端,斜面保持向上,将前房从穿刺口送入,引流管向前房深入 $2-3\text{cm}$ 左右,尽可能保证平行于虹膜面,同时不能接触到周围组织。在深层巩膜上固定引流管,完成结膜瓣、巩膜瓣的缝合。

所选患者术后均采取常规护眼措施,以便瞳孔活动,防止虹膜粘连;若患者术后出现眼压升高的表现可依照实际情况给予降眼压药物局部使用,包括依照患者术后眼压变化决定是否给予适量的降眼压药物。若患者手术治疗后两个月眼压控制效果依旧不理想可再次施行 ECP 治疗。

1.3 效果评价(观察)

术后对患者展开为期一年的随访,了解患者手术治疗的效果,主要内容为眼压变化情况;对术中术后并发症(前房积血、眼内炎、视网膜脱离、眼球萎缩等)发生情况进行观察记录。

1.4 统计学方法

收集与整理实验数据,纳入统计学软件 SPSS20.0 数据包中展开处理,计量资料则通过 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间差异经 t 值检验,各組间数据对比后获得的 P 值小于 0.05 时,表明统计学意义成立。

2 结果

2.1 患者随访情况分析

患者术前眼压在 40mmHg 至 51mmHg ,均值为 $(45.79 \pm 5.38)\text{mmHg}$,经治疗后随访得知,其眼压控制在 8mmHg 至 27mmHg ,均值为 $(18.27 \pm 5.30)\text{mmHg}$ 。治疗前后眼压对比差异性明显,有统计学意义(t 值 $=15.1122$, $P=0.0000$)。

2.2 患者手术并发症发生情况分析

所选患者术中均无角膜穿孔以及悬韧带断裂等并发症。1 例患者术后 3d 内出现轻微前房积血,未行特殊干预于一周内自行吸收。3 例患者术后瞳孔区有轻度或者重度纤维素样渗出,采取抗感染措施后吸收完全。随访了解到 1 例患者术后一年中中度前房积血。至随访结束,均未发现眼球萎缩、眼压过低、眼内炎、人工晶状体脱位以及交感性眼炎等严重并发症。



·论 著·

3 讨论

通常对难治性青光眼患者治疗时首选滤过性手术,并结合术中术后抗代谢性药物干预,若患者不满足滤过性手术治疗的标准[4]或者治疗后失败,可采取植入物引流术,若上述治疗依旧无法达到令人满意的效果。经查阅文献获知,先天性青光眼治疗时可首选小梁切开结合切除术,对于合并晶状体半脱位的患者来说,考虑到术中会增加晶状体脱位的范围进而坠入到玻璃体腔,因此不建议采取此种手术。研究指出,先天性白内障患者术后因玻璃体疝导致青光眼,原因在于早期晶状体囊摘除后患者玻璃体前膜破裂促使玻璃体进入到前房中,最终造成前房流通不畅。

AGV 是 Ahmed 博士发明得到的,其引流盘中存在一单向阀门,开放眼压控制在 8-12mmHg,这种方法治疗或不需要实施分期手术治疗,也不需要结扎引流管,就能够实现眼压的有效控制。与其他类型房水引流植入物相比,术后基本不会出现低眼压,研究显示 Ahmed 青光眼阀植入治疗的术后低眼压发生率在 3%-12%之间,证实这一植入物具有较高稳定性[5]。

研究结果显示联合治疗后患者眼压下降显著,由治疗前的 (43.79 ± 5.38) mmHg 降低至治疗后的 (18.27 ± 5.30) mmHg,提示联合治疗能够使难治性青光眼患者术后眼压改善明显。此外,本组患者术后无严重并发症,提示联合治疗的安全性较高,能够降低并发症发生率,

推动术后康复进程。尽管联合治疗的优点诸多,但因设备价格昂贵,操作者需不断进行动物训练至能够适应双眼立体图像操作,此外,还要掌握工作距离与放大倍数之间的关系。

总之,康柏西普玻璃体腔注射联合 Ahmed 青光眼阀植入治疗难治性青光眼的疗效显著,不失为一种安全有效的治疗方式,值得借鉴。

参考文献:

- [1]宿星杰,张凤,任永波,齐艳秀. Ahmed 青光眼阀植入联合雷珠单抗玻璃体腔注射联合视网膜光凝治疗新生血管性青光眼[J]. 黑龙江医药科学,2017,40(03):139-140.
- [2]张晓峰,董辉,路航,戚峰,宋先德,赵越. 康柏西普玻璃体腔注射联合青光眼阀及全视网膜光凝治疗新生血管性青光眼[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2015,36(21):3132-3133.
- [3]付劲松,谢程阳,李岚,闻琛. 玻璃体腔注射 Lucentis 联合引流阀手术治疗新生血管性青光眼的疗效观察[J]. 江西医药,2014,49(11):1291-1293.
- [4]洪薇. 玻璃体腔注射雷珠单抗联合青光眼阀植入治疗新生血管性青光眼的护理[J]. 中国医药指南,2014,12(24):356-357.
- [5]吕炳健,王瑞夫,董晓云,吉秀祥,刘毅. Ahmed 引流阀植入联合玻璃体腔注射 Bevacizumab 治疗 NVG[J]. 国际眼科杂志,2014,14(08):1447-1449.

(上接第 42 页)

效治疗手段,往往仅能起到缓解临床症状的效果,治愈效果较差,必须要长期接受药物干预,可能会带来极大的副作用,同时还需要定期接受血尿检验和肝肾功能检验。所以患者往往耐受性较差,最终只能停止治疗。而相对的,中医药干预凭借自身较为独特的干预措施发挥出了非常重要的作用,其给药方式大多使用的是内外结合的方式,结合标本兼治思维,根据患者的症状行以加减用药,临床治愈率比较理想。在临床和科学研究当中,中医保留灌肠已经有了非常丰富的经验和参考,它指的是把中药汤剂进行浓缩之后,通过直肠滴注进行给药。可以依照患者的病情情况在早晚或者睡前灌肠,需要注意的是在灌肠之前需要进行大便排空,灌肠之后需要为患者进行体位变换,进而保证药物均匀分布于病变位置(温度在 38 摄氏度左右)。人体直肠吸收能力比较差,药物经过灌肠黏膜吸收之后,经过其直肠的静脉丛以及淋巴系统进入到血液当中,令病变位置的血药浓度实现直接药物口服的效果,以起到良好的治疗效果。中药方当中的半夏成分,性辛温且燥滑,起到良好的散结消痞的效果;干姜成分,性温阳,散阴寒;黄芩和黄连成分,苦寒,清热和胃;炙甘草、人参、大枣,辛开苦降,和胃消痞。根据现代医学所述,半夏泻心汤能够对人体的胃肠运动功能起到良好的双向调节效果,能够很好的抑制胃肠亢进,恢复良好的胃肠蠕动效果,拥有保护胃粘膜和调节尾部分泌的作用,还能够调节

胃粘膜循环,抵抗幽门螺杆菌[4]。对于炎症性的腹泻反应起到良好的抗缺氧和止泻效果,除此之外,还有良好的免疫调节和镇静效果。保留灌肠方起到缓解肠道炎症反应,抑制腹泻和抑菌效果,修复并保护肠胃黏膜,局部血液运行改善,保证肠道溃疡面得以保护,令炎症和溃疡尽快恢复。

结语:

总的来说,临床中针对溃疡性结肠炎的患者,使用半夏泻心汤联合保留灌肠的治疗方案,能够获得比较理想的临床价值,有效提升患者的舒适度和满意度,因此值得在临床当中进行更加广泛的实际应用以及推广研究。

参考文献:

- [1]徐庆,吕波,朱源北. 半夏泻心汤加减配合中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床效果探讨[J]. 中医临床研究,2016,08(32):52-53.
- [2]易安. 半夏泻心汤加减配合中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的疗效观察[J]. 实用医技杂志,2017,24(04):436-437.
- [3]王革. 半夏泻心汤加减配合中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 当代医学,2013,01-06(19):153-154.
- [4]王华. 半夏泻心汤加减配合中药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床效果分析[J]. 中国医药指南,2015, 13(05):224-225.