

玻璃体腔内注射雷珠单抗联合小梁切除术及全视网膜光凝治疗新生血管性青光眼的效果评价

唐金萍 张映萍 谢梅芬

湘潭市中心医院 湖南湘潭 411100

【摘要】目的 评价玻璃体腔内注射雷珠单抗联合小梁切除术及全视网膜光凝治疗新生血管性青光眼的手术效果。**方法** 选取2016年7月到2017年7月我院收治的新生血管性青光眼患者60例,采用玻璃体腔内注射雷珠单抗联合小梁切除术以及全视网膜光凝治疗,对比手术前后视力以及眼压指标,了解成功率。**结果** 在手术后的视力与眼压优于手术前,数据比较存在统计学意义($p<0.05$)。手术成功率为98.3.0%。**结论** 在新生血管性青光眼手术治疗的过程中,采用玻璃体腔内注射雷珠单抗联合小梁切除术与全视网膜光凝治疗,能够有效的控制眼压及解决病人痛苦,尽可能的保留视力。

【关键词】 玻璃体腔内; 雷珠单抗; 小梁切除术; 全视网膜光凝; 新生血管性青光眼

【中图分类号】 R779.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2018) 11-75-01

新生血管性青光眼属于临床诊疗中较为常见的难治性青光眼,主要发病机理就是虹膜与小梁表面出现了很多新生血管以及纤维组织,导致虹膜前粘连,房角关闭,房水流不出,眼压逐渐升高,患者出现视力进一步下降,头痛,眼痛等症状。曾我院治疗新生血管性青光眼采用睫状体冷凝,患者术后出现视力下降,眼球萎缩的并发症。为了更好的解决病人痛苦和保留患者的视力,应探索更好的治疗措施。针对于此,下文分析我院2016年7月到2017年7月收治的60例新生血管性青光眼患者,评价玻璃体腔内注射雷珠单抗联合小梁切除术及全视网膜光凝在其中的应用效果。

1 基本资料与方法

1.1 基本资料

于2016年7月到2017年7月我院收治的新生血管性青光眼患者中,选取60例作为本次的研究对象。年龄最大的为66岁,最小的为32岁,中位年龄(44.1±1.2)岁。28例为男性,32例为女性。有40例为糖尿病视网膜病变,有20例为视网膜中央静脉阻塞。中位眼压为(47.1±1.2)mmHG。纳入标准:经过检查符合新生血管性青光眼的诊断标准;对本次研究知情并签署了参与研究的同意书;视力在光感到0.06之间。排除标准:在入院之前已行抗青光眼手术,严重白内障及玻璃体体积影响视网膜光凝术;对本次研究所采用的药物过敏。

1.2 方法

1.2.1 玻璃体腔注射雷珠单抗

术前一天滴用抗生素眼水,常规消毒睫毛,眼睑及眼周皮肤三遍,铺无菌单,表麻后,冲洗结膜囊,先行前房穿刺,缓慢放出房水约0.05ml,然后在角膜缘4毫米的位置,对准眼球中心进针,进针深度约6-8mm,缓慢注射雷珠单抗(英文名称:Lei Zhu McAb 批准文号:国药准字S20160002,2005-05-27 生产单位:瑞士/Novartis Pharma Stein AG),0.05毫升,拔针后适当加压眼球^[1]。术后两小时典必殊眼水点眼。

1.2.2 在注药后三天到七天进行复合式小梁切除术

常规消毒铺巾,采用以穹隆为基底的结膜瓣,做1/2厚度的巩膜瓣,根据患者年龄,筋膜厚度采取个体化的放置原液氟尿嘧啶的时间抗疤痕化,250ml 林格氏液冲洗巩膜瓣及结膜囊,切除小梁,做虹膜周切,巩膜瓣做调整缝线,缝合球结膜。在手术之后还需进行动态的观察眼压,前房深度。小梁术后第三天患者眼压控制,采用分次全视网膜光凝治疗,封闭无灌注区及新生血管,尽量解决视网膜缺血缺氧的问题^[2]。

1.3 判定指标

记录手术前后眼压以及视力指标;对比手术成功率。

1.4 统计学分析

所有患者数据均进行准确核对和录入,采用SPSS17.0 for windows 软件进行统计学处理。随后选择有统计学意义项目进行分析。

2 结果

2.1 手术前后视力以及眼压分析

对比手术前后视力以及眼压指标,术后优于术前,数据比较存在统计学意义($p<0.05$)。详见表1。

表1: 手术前后视力与眼压对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	视力	眼压 (mmHG)
手术前	60	0.02±0.01	47.1±1.2
手术后	60	0.12±0.08	15.6±1.5
t		9.6076	127.0202
p		0.0000	0.0000

2.2 治疗成功率

60例患者59例在六个月痊愈,为98.3%。

3 讨论

新生血管性青光眼属于目前临床较为常见的难治性病症,如若不能及时有效的进行治疗,将会视力丧失,出现剧烈的眼痛,头痛等不适,很多患者痛不欲生,以致生活质量明显下降。目前在治疗过程中主要采用手术的方式,有睫状体冷凝,房水引流装置或阀门,小梁切除术等,但是,总体效果较差^[3]。

上文研究中分析了玻璃体腔内注射雷珠单抗联合小梁切除术及全视网膜光凝治疗新生血管性青光眼的方案,术后的相关指标优于术前。雷珠单抗抗VEGF药物,具有一定的新生血管退化作用,虹膜及小梁表面的新生血管消退之后,进行小梁的切除手术,能够预防前房出血问题,再及时完成全视网膜光凝治疗,封闭视网膜无灌注区及新生血管。术后根据个体化拆除巩膜调整缝线,滤过泡按摩,结膜下注射氟尿嘧啶抗疤痕等,维持滤过道的通畅,控制眼压。对于全视网膜光凝法,通过激光治疗,对无灌注区及新生血管进行封闭,尽可能的保护黄斑区的视网膜,提高视力,保障治疗效果^[4]。

综上所述,在新生血管性青光眼治疗的过程中,采用玻璃体腔内注射雷珠单抗联合小梁切除术及视网膜光凝术治疗,在虹膜及小梁的新生血管退化之后,切除小梁,提高小梁切除术的成功率,再利用视网膜光凝法治疗眼底的原发病,由于操作无需特殊设备,基层医院具有较高的推广优势^[5]。

参考文献

- [1] 周哲, 胡佳丽, 葛草茸, 等. 玻璃体腔内注射雷珠单抗联合小梁切除术及视网膜光凝术治疗新生血管性青光眼[J]. 实用医学杂志, 2017(2):249-252.
- [2] 周林, 李芳芳, 冯军. 不同方法联合治疗新生血管性青光眼的临床观察[J]. 国际眼科杂志, 2017(5):954-957.
- [3] 张桂, 刘军, 李中凯. 全视网膜激光光凝联合玻璃体腔注射雷珠单抗治疗新生血管性青光眼效果观察[J]. 中国实用医刊, 2017(23):64-66.
- [4] 师留坤, 杨瑾, 林锦镛. 康柏西普辅助治疗新生血管性青光眼手术的临床疗效及组织病理学观察[J]. 中华实验眼科杂志, 2017(11):1019-1024.
- [5] 胡军平. 雷珠单抗眼内注射联合抗青光眼手术治疗新生血管性青光眼的系统评价[J]. 内蒙古医学杂志, 2017(4):451-453.