



# 显微镜下小梁切除联合周边虹膜切除术治疗急性闭角型青光眼的临床观察

石磊 (宿迁市洋河人民医院眼科 江苏宿迁 223800)

**摘要:** **目的** 对于急性闭角型青光眼的患者实施显微镜下小梁切除联合周边虹膜切除术治疗, 观察其临床效果, 为临床治疗急性闭角型青光眼提供理论参考。**方法** 将92例急性闭角型青光眼的患者以不同的手术方式均分为两组, 给予显微镜下小梁切除联合周边虹膜切除术(甲组)和单纯周边虹膜切除术治疗(乙组), 分析治疗后的并发症的发生率、患者眼压和视力情况。**结果** 经治疗, 甲组患者的眼压情况和视力情况均好于乙组, 组间观察指标相比差异显著  $P < 0.05$ , 甲组患者并发症的发生率也较对照组小, 组间数据相比差异显著  $P < 0.05$ 。**结论** 急性闭角型青光眼可以导致患者失明, 而采用显微镜下小梁切除联合周边虹膜切除术治疗则可以有效降低患者的眼压, 术后并发症少, 安全性高, 效果显著, 值得临床推广。

**关键词:** 小梁切除联合周边虹膜切除术 急性闭角型青光眼 临床效果

**中图分类号:** R779.63 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 08-095-01

青光眼是一种临床常见的眼科疾病, 中老年人多见, 具有较高的致盲性, 位居全球导致失明眼病的第2位, 给患者带来较大的伤害, 对患者的生活影响较大。引起急性闭角型青光眼的主要病因为眼部解剖结构的改变, 主要表现为急性房角关闭和快速眼压升高。随着年龄的增长, 晶状体厚度的增加, 使得前房变浅, 加重了瞳孔的阻滞, 对视力功能有较为严重的损害, 一旦发病, 则对视力有不同程度的损害。本文选取92例急性闭角型青光眼的患者作为研究对象, 给予不同的治疗方法, 研究内容如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 基础资料

选取92例急性闭角型青光眼的患者作为研究对象, 本次研究的时间段为2015年5月-2016年10月, 以不同的治疗方法将其分为两组治疗, 各组46例, 护理组患者男性和女性分别为25例, 21例, 年龄范围57-73岁, 平均年龄(63.5±1.5)岁, 病程范围2-3年, 平均病程(1.5±0.5)年。对照组男性和女性分别为22例, 24例, 年龄范围59-82岁, 平均年龄(69.5±1.5)岁, 病程2-5年, 平均病程(2.5±1.5)年。分析两组基础资料显示, 资料数据可以进行统计学比较  $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

甲组患者给予显微镜下小梁切除联合周边虹膜切除术治疗, 首先对患者行眼压测量, 裂隙灯下观察角膜水肿情况以及周边前房深度及瞳孔大小, 患者取平卧位, 常规消毒、铺巾, 给予盐酸丙美卡因滴眼液(美国爱尔康生产)表面麻醉联合2%利多卡因注射液球结膜下浸润麻醉, 在手术显微镜下选择鼻上方以穹窿为基底的结膜瓣, 巩膜表面电凝止血, 用月形巩膜隧道刀做角膜缘为基底的1/2巩膜厚度的巩膜瓣, 大小约4mm×3mm, 直至进入角膜的透明区约1mm, 在巩膜床的角巩膜缘的半透明区垂直切开进入前房, 切除约2mm×1mm的小梁组织, 然后将虹膜根部轻轻提出于小梁切除口平行于角膜缘剪除宽基底的周边, 周边虹膜剪除孔应超过小梁滤过口范围, 将巩膜瓣复位, 用10-0尼龙线将两侧尖端各缝合一针, 观察前房深度及瞳孔是否居中, 结膜瓣行筋膜与结膜分层密闭缝合, 术眼包扎。乙组单纯行虹膜周边切除术, 手术部位也可以选择鼻上限, 做一个较小以穹窿为基底的结膜瓣, 在角巩膜缘做一个长约3mm垂直全层切口, 轻压切口后唇, 虹膜根部自切口膨出时, 给予全层剪除, 适当按摩观察前房深度及瞳孔是否居中, 角巩膜切口可以不需缝合, 结膜瓣缝合1~2针, 术眼包扎。给予常规抗生素静滴, 次日换药, 复查眼压, 裂隙灯下观察滤过泡有无渗漏及角膜水肿是否减轻及前房深度、瞳孔大小等情况, 局部给予妥布霉素地塞米松滴眼液(典必殊)每日四次, 给予复方托吡卡胺滴眼液活动瞳孔一次。

### 1.3 观察指标

分析治疗后的并发症的发生率、患者眼压和视力情况。

### 1.4 统计学方法

以统计学软件SPSS20.0对观察指标进行计算, 并发症的发生率和视力情况为计数资料, 用“%”表示, 用卡方值检验, 眼压为计量资料, 以“±”表示, 行t检验, 计算后若两组观察指标差异显著, 则采用

$P < 0.05$  表示, 具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 对治疗后并发症的发生情况进行分析, 如表1。

表1: 分析两组患者并发症的发生情况 (n/%)

| 组别       | n  | 前房出血 | 玻璃体脱出 | 其他 | 发生率   |
|----------|----|------|-------|----|-------|
| 甲组       | 46 | 1    | 1     | 0  | 4.35  |
| 乙组       | 46 | 4    | 3     | 1  | 17.39 |
| $\chi^2$ | -  | -    | -     | -  | 4.039 |
| P        | -  | -    | -     | -  | <0.05 |

注: 组间观察指标的数据相比存在明显的差异  $P < 0.05$ 。

2.2 分析治疗后患者的视力情况, 如表2。

表2: 分析治疗后患者的视力情况 (n/%)

| 组别 | n  | 视力 > 0.8 | 0.3 ≤ 视力 ≤ 0.8 | 视力 < 0.3 |
|----|----|----------|----------------|----------|
| 甲组 | 46 | 19       | 24             | 3        |
| 乙组 | 46 | 15       | 21             | 10       |

注: 组间观察指标的数据相比存在明显的差异  $P < 0.05$ 。

2.3 分析治疗后患者的眼压情况, 结果甲组患者的眼压在术后1周为(14.52±2.43)mmHg, 乙组患者为(13.89±2.16)mmHg, 组间数据相比差异明显  $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

急性闭角型青光眼是眼科一种常见的急性眼病, 当患者出现青光眼症状时, 患者的视力急剧下降同时伴眼痛及头痛, 对患者的心理和生活质量均具有较大的影响, 因此要及时发现, 尽早治疗<sup>[3]</sup>。青光眼是由于房水通道受阻导致眼压升高引起的, 一般在晚上发病率较高, 夜间休息后眼压逐渐上升, 至清醒前最高, 因此在日常生活中要学会正确用眼, 并及时给眼睛按摩, 以防止眼压升高。当患者出现原发性青光眼时, 在早期, 患者会出现患病侧的头部剧烈疼痛, 眼球出现充血, 视力下降, 恶心、呕吐、出汗等症状, 晚期的时候患者会出现视野缩小, 在夜间行动不便, 影响患者生活<sup>[4]</sup>。

显微镜下小梁切除联合周边虹膜切除术对患者的急性闭角型青光眼具有较好的效果, 经显微镜下手术治疗能够将角巩膜的解剖结构放大, 使解剖层次清晰, 而且对小梁组织结构部位能够进行精准切除, 减轻对角膜组织不必要的创伤, 有效降低患者的眼压<sup>[5]</sup>。

综上所述, 对急性闭角型青光眼采用显微镜下小梁切除联合周边虹膜切除术治疗效果明显, 值得临床推广。

## 参考文献

- [1] 程鹤, 邹月兰. 白内障超声乳化联合房角分离术治疗原发性慢性闭角型青光眼[J]. 国际眼科杂志, 2013, 13(3):517-518.
- [2] 石磊, 郑茜, 张海燕, 等. 超声乳化吸除白内障联合房角粘连分离术治疗急性闭角型青光眼[J]. 国际眼科杂志, 2011, 11(2):326-327.
- [3] 岳江, 岳辉, 周清, 等. 白内障超声乳化吸除联合房角分离术治疗闭角型青光眼的临床观察[J]. 临床眼科杂志, 2013, 21(5):416-418.
- [4] 刘丹. 外路小梁切开术联合虹膜周边切除治疗原发性闭角型青光眼36例[J]. 中国临床新医学, 2015, 08(02):157-159.