

## 周边虹膜切除术和小梁切开术治疗急性闭角型青光眼的临床研究

夏世刚 彭 华

南华大学附属第二医院眼科 湖南衡阳 421001

**[摘要] 目的** 周边虹膜切除术和小梁切开术治疗急性闭角型青光眼的临床疗效。**方法** 以急性闭角型青光眼并采取周边虹膜切除术联合小梁切开术治疗的患者 46 例为研究对象, 比较治疗前、治疗 4 周及治疗 12 周时患者的房角及眼压情况。**结果** 治疗前患者平均眼压为  $35.71 \pm 10.25$  mmHg, 治疗 4 周及 12 周时患者平均眼压分别为  $17.98 \pm 4.5$  mmHg 及  $18.31 \pm 5.64$  mmHg, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗 12 周后, 患者平均视力为  $0.8 \pm 0.21$ , 明显高于治疗前的  $0.5 \pm 0.12$ , 差异具有显著性 ( $P < 0.05$ ); 治疗前, 5 例患者房角全部闭合, 其余 41 例患者的平均房角闭合度数为  $180-270$  度。治疗 12 周后, 46 眼中 16 眼完全开放, 其余 40 眼平均开放范围约为  $240$  度; 本研究中, 43 例患者治疗成功, 3 例患者治疗失败, 治疗成功率为 93.48%。术后有 4 例出现房角轻微出血并能够于 3 天内自行吸收; 46 眼中, 1 例虹膜后粘连, 5 例患者后弹力降低。**结论** 周边虹膜切除术联合小梁切开术治疗可明显缓解急性闭角型青光眼患者的临床症状, 显著降低患者眼压, 值得临床参考借鉴。

**[关键词]** 虹膜切除术; 小梁切开术; 闭角型青光眼

**[中图分类号]** R779.6

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 1674-9561 (2017) 03-142-02

急性闭角型青光眼 (Acute Angle closure Glaucoma, AACG) 是由于前房角突然关闭而导致眼内压急剧升高而引起的一种眼病, 治疗不当极易引起患者视力丧失<sup>[1]</sup>。AACG 既往治疗多采取小梁切除术治疗, 但是此种治疗方案术后前房浅、黄斑病变及脉络膜渗透等严重并发症<sup>[2]</sup>, 因此寻找一种治疗效果明显且并发症发生率低的治疗方案尤为必要。本研究通过周边虹膜切除术与小梁切开术联合治疗急性闭角型青光眼患者, 现报告如下:

### 1 对象与方法

#### 1.1 研究对象

本研究以在我院就诊并采取周边虹膜切除术联合小梁切开术治疗的患者为研究对象。纳入标准: 年龄  $> 18$  周岁; 符合闭角型青光眼诊断标准<sup>[3]</sup>。排除标准: 不能耐受周边虹膜切除术和小梁切开术患者; 不能配合检查并完成治疗患者; 合并痴呆及精神障碍患者。所有纳入研究患者均资源参与研究并签署知情同意书。本研究征得本单位医学临床伦理管理委员会的审批同意。

研究共纳入符合标准患者 46 例, 其中男 25 例, 女 21 例; 平均年龄为  $35.9 \pm 9.3$  岁。所有纳入研究患者均采用周边虹膜切除术和小梁切开术联合治疗的方式。治疗前后测定患者的房角、眼压及视力情况, 所有患者的检测由同一名医师完成。

#### 1.2 治疗方法

以角膜边缘作为基底的结膜瓣, 明显暴露巩膜在十二点方向, 行巩膜瓣并分离其距角膜内缘约 1 毫米, 以颞侧周围部分分的角膜作为穿刺点。通过显微镜明确角膜部位并沿子午线方向将其切开, 切口约为 1 毫米长, Schlemm 管切开后可见房水外流, 将尼龙线的一端折弯  $45$  至  $90^\circ$ , 另一端伸入切开的 Schlemm 管, 深入距离为 1 厘米。了解管道具体部位后进行小梁切开操作, 整个手术过程应保持前房稳定。完成相应操作后, 进行虹膜切除术并促使前房形成。缝合巩膜及结膜。术后立即给予患者地塞米松及抗菌药眼膏涂抹于切口部位, 术后第二天起, 给予患者毛果芸香碱滴眼液及妥布霉素地塞米松滴眼液滴眼, 3 次/天, 疗程 30 天。

#### 1.3 疗效评价标准

治疗成功: 治疗后眼压介于  $6-21$  mmHg, 无需局部及全身应用降压药物; 治疗失败: 治疗后眼压超过  $21$  mmHg, 仍需要降压药物缓解症状。

#### 1.4 统计学方法

研究数据采用 SPSS20.0 进行统计分析, 分类资料采用百分比 (率) 进行描述, 治疗前后比较采用卡方检验; 连续性资料采用均值  $\pm$  标准差进行描述, 治疗前后的比较采用重复测量方差分析, 检验结果以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义, 所有检验为双侧检验。

### 2 结果

#### 2.1 治疗前后眼压及视力变化情况

治疗前患者平均眼压为  $35.71 \pm 10.25$  mmHg, 治疗 4 周及 12 周时患者平均眼压分别为  $17.98 \pm 4.5$  mmHg 及  $18.31 \pm 5.64$  mmHg, 差异均具

有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗 12 周后, 患者平均视力为  $0.8 \pm 0.21$ , 明显高于治疗前的  $0.5 \pm 0.12$ , 差异具有显著性 ( $P < 0.05$ ), 详见表 1。

表 1: 治疗前、治疗 4 周及治疗 12 周眼压及视力变化情况

时间	例数	眼压 (mmHg)	视力情况
治疗前	46	$35.71 \pm 10.25$	$0.5 \pm 0.12$
治疗 4 周	46	$17.98 \pm 4.5^b$	$0.3 \pm 0.07$
治疗 12 周	46	$18.31 \pm 5.64^b$	$0.8 \pm 0.21^b$
F 值		69.571	13.638
P 值		0.000 <sup>a</sup>	0.000 <sup>a</sup>

注: a: 治疗前、治疗 4 周及治疗 12 周比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ ; b: 治疗 4 周及治疗 12 周与治疗前的比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

#### 2.2 治疗后房角情况

治疗前, 5 例患者房角全部闭合, 其余 41 例患者的平均房角闭合度数为  $180-270$  度。治疗 12 周后, 46 眼中 16 眼完全开放, 其余 40 眼平均开放范围约为  $240$  度, 手术治疗成功。

#### 2.3 治疗成功率及术后并发症情况

本研究中有 43 例患者治疗成功, 3 例患者治疗失败, 治疗成功率为 93.48%。术后有 4 例出现房角轻微出血, 并能够于 3 天内自行吸收; 46 眼中, 1 例虹膜后粘连, 5 例患者后弹力降低。

### 3 讨论

随着人们生活方式改变, 电子产品使用时间的延长及人口老龄化加剧, 急性闭角型青光眼发病有增多趋势<sup>[4]</sup>。此病发病急骤, 多伴有视力降低、偏头疼等临床症状, 若未给予及时治疗, 极易引起视力丧失。

随着医疗技术的进步, 青光眼的临床治疗方案也日趋多样化, 其中小梁切除术曾广泛用于急性闭角型青光眼的救治<sup>[5]</sup>。然而黄斑病变、前房浅等并发症限制了小梁切除术在临床的广泛使用, 寻找一种安全有效的治疗方案成为临床医师十分关注的问题<sup>[6]</sup>。

众所周知, 青光眼是由于房角关闭, 房水外流受阻而导致眼内压急剧升高而引起的一种眼病, 因此, 小梁切开联合虹膜切除术理论上可能具有更高的临床疗效。本研究中, 此种治疗方案治疗后明显改善患者眼压及术后视力情况, 这说明周边虹膜切除术和小梁切开术治疗闭角型青光眼具有明确疗效。此外, 本研究中 46 例患者, 43 例手术治疗成功, 治疗有效率达到 93.48%, 这说明周边虹膜切除术和小梁切开术治疗闭角型青光眼可明显提高患者的治疗成功率, 值得临床借鉴参考。周边虹膜切除术和小梁切开术可能引起前房出血的并发症, 但本研究中前房出血患者仅 4 例, 并很快自行吸收, 因此, 周边虹膜切除术和小梁切开术治疗闭角型青光眼是安全的。

综上所述, 周边虹膜切除术联合小梁切开术治疗可明显缓解急性闭角型青光眼的临床症状, 显著降低患者眼压, 治疗成功率高且并发症轻微, 值得临床推广应用。

#### [参考文献]

- [1] 王亚丽, 吴青松, 李家璋, 等. 两种方法治疗急性闭角型青光眼 (下转第 143 页)

# 重症心肌炎患者采用丙种球蛋白治疗的临床疗效研究

彭卫东

祁东县人民医院 湖南衡阳 421600

**[摘要] 目的** 探究分析重症心肌炎患者采用丙种球蛋白治疗的临床疗效。**方法** 选择我院 2014 年 01 月至 2016 年 07 月收治的重症心肌炎病例 80 例为研究对象, 随机分组为实验组和对照组, 每组 40 例。对照组提供常规综合治疗, 实验组在常规综合治疗基础上增设丙种球蛋白治疗。对比两组所取得的临床疗效。**结果** 实验组 40 例重症心肌炎患者的治疗有效性为 39 例 (97.50%), 对照组所取得的治疗有效性为 32 例 (80.00%), 相比对照组, 实验组疗效更为优越, 且  $\chi^2$  检验后  $\chi^2=6.13$ 、 $P=0.01$ , 差异显著。**结论** 丙种球蛋白和常规综合治疗的联合应用, 可有效优化临床治疗有效性, 丙种球蛋白治疗的临床应用对于重症心肌炎患者而言, 具有较好的疗效价值, 值得推广和继续应用。

**[关键词]** 重症心肌炎; 丙种球蛋白; 治疗

**[中图分类号]** R542.21

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 1674-9561 (2017) 03-143-01

重症心肌炎发病后多有心源性休克、心肌梗死、心力衰竭出现, 并且该种病症不但发病急, 而且发展极为快速, 极易引起猝死, 尤其是急性期致死率高达 10% 至 20%<sup>[1]</sup>。近年来丙种球蛋白逐渐被应用于重症心肌炎的临床治疗, 临床效果显著。现选择我院 2014 年 01 月至 2016 年 07 月收治的重症心肌炎病例 80 例为研究对象, 随机分组为实验组和对照组, 观察丙种球蛋白对临床效果的影响, 报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择我院 2014 年 01 月至 2016 年 07 月收治的重症心肌炎病例 80 例为研究对象, 随机分组为实验组和对照组, 每组 40 例, 所选病例均符合重症心肌炎相关诊断标准。其中对照组男 24 例, 女 16 例, 平均年龄 (31.6±4.5) 岁, 平均病程 (9.5±1.4) d, 急性心力衰竭者 14 例, 心源性休克者 12 例, 阿斯综合症者 6 例, 其他 8 例; 实验组男 25 例, 女 15 例, 平均年龄 (31.4±4.2) 岁, 平均病程 (9.4±1.8) d, 急性心力衰竭者 13 例, 心源性休克者 11 例, 阿斯综合症者 8 例, 其他 8 例。两组重症心肌炎患者一般资料无显著差异 ( $P>0.05$ ), 可对比。

### 1.2 治疗方法

所有患者入院后要卧床休息, 并提供氧气吸入和心电监护护理。对照组提供常规综合治疗, 内容包括: 提供磷酸肌酸钠及抗生素, 针对心律失常症状、心力衰竭症以及血流动力学发生异常的患者进行常规药物治疗, 对血氧饱和度异常以致呼吸困难的患者, 应采用无创呼吸机辅助疗法维持其正常呼吸。实验组则在常规综合治疗基础上, 继续进行丙种球蛋白治疗, 每次给予丙种球蛋白 2g/kg, 于 2~3d 内静脉滴注 1 次。

### 1.3 评价指标

显效: 经过为期 7d 治疗, 患者各项体征、症状完全消失, 患者心电图超、心肌酶谱、心电图检查结果显示基本正常; 有效: 经过为期 7d 治疗, 患者各项体征状况和心电图检查等没有任何改善变化, 至治疗 14d 后, 患者症状、体征大多消失, 而心电图超、心肌酶谱、心电图呈现出改善变化; 无效: 至治疗 14d 后, 患者各项体征、症状未曾发生改变, 心电图无正常恢复性变化, 甚至可能加重。总有效性 = 显效率 + 有效率。

### 1.4 统计学方法

研究使用的统计学分析软件为 SPSS16.0, 其中计量数据用“ $\bar{x}\pm s$ ”来表示, 做 t 检验; 计数数据用百分数 (%) 来表示, 做  $\chi^2$  检验。将  $P<0.05$  作为差异具备统计意义的证明条件。

## 2 结果

如表 1 所示, 实验组治疗总有效性高于对照组, 有统计意义 ( $P<0.05$ )。

表 1: 临床疗效组间对比

组别	例数	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效性 (例)
实验组	40	31 (77.50%)	8 (20.00%)	1 (2.50%)	39 (97.50%)
对照组	40	23 (57.50%)	9 (22.50%)	8 (20.00%)	32 (80.00%)
$\chi^2$					6.13
P					0.01

## 3 讨论

重症心肌炎患者临床表现多样, 病情发展较为迅速, 并且误诊率较高, 如若抢救不及时, 患者极可能在几小时或几天之内死亡, 因此必须通过病原学检查结合前驱病毒感染病史、心电图、临床症状体征特点以及心脏彩超才能予以确诊。但是类似心内膜心肌检查、血清检查等主要病原学检查灵敏度较差, 并且操作复杂、费用较高, 以致当前针对重症心肌炎的临床确诊依然有赖于患者临床表现、常规彩超检查以及心肌损伤检查做参考。丙种球蛋白的静脉滴注属于被动免疫, 它与抗生素的联合对于细菌治疗病毒感染治疗能发挥较好疗效作用。静脉滴注丙种球蛋白的作用机制在于, 将抗体含量较高的免疫球蛋白以静脉滴注方式输入到患者体内, 以增强患者自身免疫功能, 发挥暂时性的保护作用, 在抗原抗体结合、作用期间内, 兼顾细菌病毒灭杀和内毒素中和<sup>[2]</sup>。病毒感染是重症心肌炎病发的主要引起因素, 丙种球蛋白治疗可中和病毒, 有效灭杀病毒, 减少由于病毒造成的心肌细胞损伤。除此之外, 丙种球蛋白还能在一定程度上起到抗炎作用, 可对部分炎性因子实现有效抑制, 并能降低氧化应激反应, 使丙种球蛋白使用患者的机体免疫功能得到增强, 进一步缓解心肌细胞所受到的伤害。本次研究显示, 丙种球蛋白和常规综合治疗的联合应用, 可有效优化临床治疗有效性, 实验组 40 例重症心肌炎患者的治疗有效性为 39 例 (97.50%), 对照组所取得的治疗有效性为 32 例 (80.00%), 相比对照组, 实验组疗效更为优越, 且  $\chi^2$  检验后  $\chi^2=6.13$ 、 $P=0.01$ , 差异显著。由此可见, 丙种球蛋白治疗的临床应用对于重症心肌炎患者而言, 具有较好的疗效价值, 值得推广和继续应用, 此结论同李延召<sup>[3]</sup>研究具有一定一致性。

**结语:** 综上所述, 丙种球蛋白在重症心肌炎治疗中有明显应用价值, 值得推广。

## [参考文献]

- [1] 郭伟民, 韩俊兴. 丙种球蛋白对成人重症心肌炎的治疗效果探讨 [J]. 基层医学论坛, 2016, 20(35):4980-4981.
- [2] 王昱. 探讨丙种球蛋白治疗重症心肌炎的临床疗效 [J]. 临床研究, 2016, 24(6):40.
- [3] 李延召. 丙种球蛋白治疗重症心肌炎的疗效及对心肌损伤指标的影响 [J]. 中外医疗, 2016, 35(19):120-122.

(上接第 142 页)

眼的疗效观察 [J]. 检验医学与临床, 2017, 14(6):861-863.

[2] 廖辉, 伍继光. 改良小梁切除术治疗原发性闭角型青光眼患者的疗效 [J]. 国际眼科杂志, 2016, 16(9):1683-1686.

[3] 刘赢, 何媛. 青光眼视神经保护研究进展 [J]. 眼科新进展, 2015, 35(12):1193-1197.

[4] 李睿, 李倩, 崔红平, 等. 急性闭角型青光眼对侧眼易发作的解剖因素 [J]. 眼科新进展, 2016, 36(8):728-731.

[5] 夏宁. 小梁切除术对急性闭角型青光眼生物解剖结构影响的临床研究 [J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(3):42-43

[6] 刘玉梅, 郭玉峰, 张程芳, 等. 原发性急性闭角型青光眼脉络膜厚度变化及相关影响因素 [J]. 检验医学与临床, 2016, 13(24):3478-3483.