

原发性开角型青光眼运用无缝线巩膜瓣小梁切除术治疗的效果分析

马建军 康 燕

甘肃省天水市四零七医院 741000

【摘要】目的 探讨原发性开角型青光眼运用无缝线巩膜瓣小梁切除术治疗的效果。**方法** 选择2014年8月至2017年6月期间收治的80例原发性开角型青光眼患者，随机分为对照组与观察组，每组均为40例，对照组采用常规小梁切除术治疗，观察组运用缝线巩膜瓣小梁切除术治疗，分析不同手术后患者眼压、滤过泡、视力情况。**结果** 在眼压控制有效率上，观察组为92.5%，显著高于对照组67.5%，组间对比差异有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在滤过泡Ⅰ~Ⅱ型占比上，观察组为90%，显著多于对照组57.5%，组间对比差异有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在术后视力状况上，两组没有明显的差异，不具有统计学意义（ $p>0.05$ ）。**结论** 原发性开角型青光眼运用无缝线巩膜瓣小梁切除术治疗可以更好的保证治疗疗效，有助于眼压控制，优化滤过泡情况。

【关键词】 原发性开角型青光眼；无缝线巩膜瓣小梁切除术；治疗效果

【中图分类号】 R779.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 05-027-02

原发性开角型青光眼属于眼科常见疾病之一，容易导致患者视力水平下降，甚至引发致盲的危险。一般药物保守治疗不能有效的控制患者眼压，因此小梁切除术属于常用干预方法。然而该手术也有其效果的局限性，因此，近年来不断优化该手术技术，尽可能的保证效果，控制并发症。本文选择2014年8月至2017年6月期间收治的80例原发性开角型青光眼患者，分析运用无缝线巩膜瓣小梁切除术治疗的术后患者眼压、滤过泡、视力情况，内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2014年8月至2017年6月期间收治的80例原发性开角型青光眼患者，随机分为对照组与观察组，每组均为40例，对照组中，男19例，女21例；年龄从42岁至64岁，平均为（54.2±3.9）岁；观察组中，男17例，女23例；年龄从43岁至62岁，平均为（55.8±4.1）岁；所有患者都符合疾病诊断标准，通过了前房角、视野、裂隙灯、眼压与视力等检查，同时排出了曾有过眼部手术史、白内障、眼内炎症，以及先天性、闭角型与继发性开角型等青光眼情况。两组患者的基本年龄、性别等情况不存在明显差异，有对比价值。

1.2 方法

对照组采用常规小梁切除术治疗，做好表面麻醉后运用利多卡因针对结膜下与球周做好浸润麻醉，间歇性的对眼球做按压来达到眼压降低控制，针对上肢肌部进行牵引性缝线处理，将上方进行以穹隆作为基底的结膜瓣组织，让巩膜得到充分的暴露，同时运用双极电凝止血，将角膜缘作为基底，进行5mm×3mm且有1/2巩膜厚度状态的巩膜瓣，对其做剥离一直打到清亮角膜缘内约为1mm位置，将巩膜瓣下部分的小梁组织与对应的巩膜周边做精细化的切除，而后整复巩膜瓣组织，运用尼龙线缝合巩膜瓣顶端，1针缝合便可，球结膜切

口的两边角巩膜也分别做1针缝合。观察组运用缝线巩膜瓣小梁切除术治疗，手术基本麻醉与准备与对照组一致。在上方进行以穹隆为基底结膜瓣，让巩膜得到充分的暴露，同时运用双极电凝止血，进行5mm×3mm且有1/2巩膜厚度状态的巩膜瓣，对其做剥离一直打到清亮角膜缘内约为1mm位置，在前房中进行甲基纤维素的注射用药，将巩膜瓣下部分的小梁组织与对应的巩膜周边做精细化的切除，之后需要让双套管经由角膜切口来发挥平衡盐溶液的前房冲洗来达到清除甲基纤维素的功效。运用8-0微乔缝线角膜做结膜瓣的稳固，之后运用倍他米松与头孢唑林的结膜下注射用药，手术完成后做好术眼的辅料遮盖。

1.3 评估观察

观察患者眼压、滤过泡、术后视力情况。眼压分为显效、有效、无效。显效为眼压在21mmHg内；有效为眼压在21mmHg内，但是需要药物配合使用；无效为即便在药物配合使用下眼压也依旧在21mmHg以上；结膜滤过泡依照Kronfeld分型处理，分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ型等。其中Ⅰ型为呈现微小的囊状；Ⅱ型呈现为弥漫的扁平型，Ⅲ型为呈现出瘢痕型；Ⅳ型呈现为包裹型等。其中Ⅰ~Ⅱ型属于功能性滤过泡的状况，效果相对理想。

1.4 统计学分析

将治疗有关数据通过spss17.0分析，计量资料采用t检验，以 $p<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

在术后视力状况上，两组没有明显的差异，不具有统计学意义（ $p>0.05$ ）。

2.1 各组患者眼压控制情况

见表1，在眼压控制有效率上，观察组为92.5%，显著高于对照组67.5%，组间对比差异有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表1：各组患者眼压控制情况 [n(%)]

分组	显效	有效	无效	总有效率
观察组 (n=40)	26 (65.00)	11 (27.50)	3 (7.50)	92.5%
对照组 (n=40)	15 (37.50)	12 (30.00)	13 (32.50)	67.5%

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 各组患者术后滤过泡情况

见表2，在滤过泡Ⅰ~Ⅱ型占比上，观察组为90%，显

著多于对照组57.5%，组间对比差异有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

3 讨论

（下转第29页）

义 ($P < 0.05$)，筛选为可能因素；对筛选结果进行单因素分析，得出高血压、糖尿病、舒张压和白蛋白为相关因素；多因素分析结果显示，糖尿病和舒张压是 STEMI 患者合并心力衰竭的可能危险因素。STEMI 患者合并心衰受多种因素影响，其中糖尿病和舒张压是可能的危险因素，应给予重视。

综上所述，STEMI 心衰的发生与患者舒张压以及糖尿病密切相关，两者为心力衰竭发生的主要危险因素，因此对合并糖尿病以及高血压的患者需要特别注意，进行有效的预防，以避免心衰的发生，提高患者生活质量。

表 2：单因素回归分析

危险因素	回归系数	标准误	OR 值	95%CI	P 值
高血压	0.591	0.291	1.081	1.023 ~ 3.186	0.043
糖尿病	0.777	0.352	2.173	1.093 ~ 4.323	0.028
舒张压	0.036	0.013	1.037	1.013 ~ 1.061	0.005
白蛋白	0.091	0.035	1.096	1.025 ~ 1.171	0.009

参考文献：

[1] 刘琳, 丁文慧, 赵峰. 急性冠脉综合征合并心力衰竭的影响因素、治疗现状和预后分析 [J]. 中国医刊, 2009, 44(3): 29-34.
[2] 史云桃, 蒋廷波. 急性 ST 段抬高心肌梗死患者合并

心力衰竭的危险因素分析 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2014, 16(2): 151-154.
[3] 王曼, 朱俊, 杨艳敏, 等. 急性 ST 段抬高心肌梗死患者心力衰竭事件分析 [J]. 中国循环杂志, 2011, 8(26): 240-242.

(上接第 26 页)

髂骨侧面水肿较严重^[3]。有关研究显示，强直性脊柱炎患者在早期均会出现骨髓内水肿情况，可作为判定骶髂关节病变的诊断依据。经证实关节水肿程度与 MRI 强化有一定联系，水肿越重强化越明显。CT 和 X 线检查的费用较低，且操作简单，MRI 检查的费用较高，但能排查出 CT 和 X 线检查不出的症状，进而提升病变检出率^[4-5]。

综上所述，对早期强直性脊柱炎骶髂关节病变患者行 MRI 诊断，可将关节炎症和病变情况予以充分鉴别，提升诊断准确率，为临床治疗提供可靠依据。

参考文献：

[1] 梁佐堂, 李继峰, 董乐等. 对比分析 X 线、CT 和 MRI 在早期强直性脊柱炎骶髂关节病变诊断中应用的价值 [J].

中国 CT 和 MRI 杂志, 2015(2):84-87.

[2] 刘志飞, 李亮洁. X 线、CT 和 MRI 在早期强直性脊柱炎骶髂关节病变诊断中的应用价值对比 [J]. 中国急救医学, 2017, 37(21):192-193.
[3] 王警建, 王龙龙, 高延忠等. MRI 与 CT 在诊断早期强直性脊柱炎骶髂关节病变中的效果比较 [J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(19):57-59.
[4] 周辉丽. 早期强直性脊柱炎骶髂关节病变应用 X 线、CT 和 MRI 的诊断价值研究 [J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2016, 14(10):117-120.
[5] 蔡长寿, 冯丰坐, 邱波等. CT 和 MRI 在早期强直性脊柱炎骶髂关节病变中的诊断价值 [J]. 医学影像学杂志, 2016, 26(6):1132-1135.

(上接第 27 页)

原发性开角型青光眼运用小梁切除术属于临床常用手段，其中无缝线巩膜瓣小梁切除术通过运用穹隆为基底结膜瓣，从而降低手术对结膜构成的影响，术区巩膜面不通过烧灼止血，降低组织热灼伤损害，有效控制炎症。结膜切口得严密的缝合，确保组织在结构上的完整状况，减少组织干扰，防控结膜瓣与巩膜组织产生粘连情况，同时防控滤过道出现瘢痕化状况。

在巩膜瓣的处理上更为精细，损伤少，边缘相对整齐，厚度匀称，防控纤维细胞异常增生，防控滤过泡瘢痕化。同时巩膜瓣厚度合适，让房水滤过情况更为理想。不做巩膜瓣的缝合，可以减少缝合线产生的异常反应以及纤维细胞的增殖与移行状况，结膜下引流更为通畅，避免滤过道粘连与滤过泡瘢痕情况。

表 2：各组患者术后滤过泡情况 [n(%)]

分组	I 型	II 型	III 型	IV 型	I ~ II 型率
观察组 (n=40)	25 (62.50)	11 (27.50)	4 (10.00)	0 (0.00)	90%
对照组 (n=40)	13 (32.50)	10 (25.00)	10 (25.00)	7 (17.50)	57.5%

注：两组对比， $p < 0.05$

参考文献：

[1] 刘兴红. 无缝线巩膜瓣小梁切除术治疗原发性开角型青光眼的效果 [J]. 中国医药导报, 2015, (21):102-105.
[2] 贺玮, 于建国, 齐世欣等. 巩膜瓣缝线跨度对小梁切

除术后眼压及功能性滤过泡形成的影响 [J]. 山东医药, 2016, 56(18):72-73.
[3] 杨静, 陈海波, 史贻玉等. 双池效应式小梁切除术联合可调整缝线治疗青光眼 [J]. 实用医学杂志, 2015, 31(14):2294-2296.