

急性闭角型青光眼临床诊断及治疗

何波文

崇左市复退军人医院 广西南宁 530219

〔摘要〕目的 探讨急性闭角型青光眼的临床诊断与治疗；方法 选取我院 1998 年 1 月至 2018 年 12 月收治的急性闭角型青光眼患者 30 例，通过随机分为两组，对照组 15 例，观察组 15 例；对照组采用传统的小梁切除术对患者进行治疗，观察组采用复合式小梁切除术；结果 观察组术后眼压以及术后并发症发生率均显著优于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；结论 对急性闭角型青光眼患者运用复合式小梁切除术可有效的将患者的眼压控制在正常水平内，降低患者术后并发症发生率。

〔关键词〕急性角型青光眼；临床诊断；并发症

〔中图分类号〕R775.2 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2021) 11-013-02

青光眼是一种具有特征性的视神经萎缩、视野缺损的眼部疾病，当视力发生降低后且无法逆转，疾病的形成、发展和眼压水平密切相关^[1]。眼压持续高水平状态除了在短时间内使视力出现明显下降外，还会导致视神经出现严重不可逆的损伤，并且患者伴有头晕头痛以及眼睛疼痛的症状，对于患者的精神造成极大程度的创伤，需通过手术方式予以治疗干预。本研究通过对青光眼患者采用复合式小梁切除术治疗，具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 1998 年 1 月至 2018 年 12 月收治的急性闭角型青光眼患者 30 例，通过随机分为两组，对照组 15 例，其中男性 8 例，女性 7 例，年龄 28-65 岁，平均 (48.25 ± 3.25) 岁，病变部位：左眼 6 例，右眼 3 例，闭角型青光眼 4 例，开角型青光眼 2 例；观察组 15 例，男性 9 例，女性 6 例，年龄 27-75 岁，平均 (50.05 ± 1.25) 岁，病变部位：左眼 5 例，右眼 6 例，闭角型青光眼 2 例，开角型青光眼 2 例；通过对两组患者的基本资料比较，差异无统计学意义 $P > 0.05$ ，具有可比性；以上患者均自愿签署相关文件以及同意书。

1.2 纳入标准

通过仪器检查均确诊为青光眼患者；均接受手术治疗，符合手术指征；

1.3 排除标准

既往接受过内眼与眼表手术患者；眼部有明显外伤患者；以往患过眼底或者疾病患者；患有心脑血管疾病患者；肾病以及糖尿病等影响预后全身疾病。

1.4 方法

(1) 对照组采用传统小梁切除术对患者进行治疗：予以倍诺喜行表面麻醉，并通过 2% 利卡多因 3ml 行球周麻醉以及结膜下浸润麻醉。制作以上穹隆为基底的球结膜瓣，随后巩膜浅层烧灼止血。制备巩膜瓣时选择角膜缘为基底，大小约 4mm*3mm，厚度约 1/3-1/2，做透明角膜侧切口，行虹膜周切，并切除瓣下 2mm*1mm 小梁组织，整复巩膜瓣，确诊巩膜瓣顶部与切口边缘的位置，缝合巩膜瓣 2 针，角膜侧切口注入前放生理盐水形成前房，观察巩膜瓣房水渗漏情况，缝合结膜 3 针，下穹隆球结膜下注射地塞米松剂量为 3mm^[2]。(2) 观察组采用复合式小梁切除术：抽血以上穹隆为基底的结膜瓣，灼烧止血巩膜面后制备 4mm*3mm 大小、1/3-1/2 厚度的矩形巩

膜瓣，将棉片浸润丝裂霉素后在巩膜瓣下置 3min 后取出（丝裂霉素浓度 0.2-0.4mg/ml），并且对结膜瓣和巩膜瓣下组织彻底清洗，以 2 点或 10 点位置角膜缘行前房穿刺，将房水放出，下调眼压到 T-1，并且将小梁组织切除 2mm*1mm，虹膜根切，将巩膜瓣恢复，同时使用 10-0 缝线将巩膜瓣缝合 2 针并在巩膜瓣切口两侧各缝合 1 针调节缝线，缝合球结膜 3 针，下穹隆球结膜下注射地塞米松针 3mg^[3]。

两组患者术后予以非甾体眼药水以及抗菌、糖皮质激素滴眼液，并对眼压、滤过泡以及前房情况进行观察，视眼压情况将可调节线拆除，同时 2 周后开始指压按摩眼球。

1.5 评价指标

(1) 眼压：分别对两组患者采用降眼压药物后的术前眼压以及术后 1 个月和 3 个月时眼压水平作统计对比。(2) 并发症：统计两组患者术后低眼压、黄斑水肿、前房出血、浅前房出血等并发症发生情况。

1.6 统计学方法

采用 SPSS23.0 统计学软件，计数资料以百分数和倒数表示，比较用 χ^2 检验；计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，比较用 t 检验；以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组与对照组相比，观察组术后 1 个月和 3 个月时眼压均较低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，详情见表 1。

表 1 两组患者术后眼压对比 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	例数	术前	术后 1 个月	术后 3 个月
观察组	15	23.18 $\pm$ 3.15	14.25 $\pm$ 2.14	15.68 $\pm$ 2.36
对照组	15	23.25 $\pm$ 3.05	17.84 $\pm$ 2.85	20.15 $\pm$ 2.15
t		0.702	6.485	6.458
P		0.425	0.000	0.000

通过对两组患者并发症的对比，观察组的并发症总发生率低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，详情见表 2。

表 2 两组患者术后并发症发生情况对比 (n, %)

组别	例数	黄斑水肿	低眼压	浅前房	前房出血	总发生率
观察组	15	1 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.5)
对照组	15	1 (7.0)	12 (7.0)	1 (7.0)	1 (7.0)	4 (26.7)
χ^2						4.257
P						0.024

3 讨论

(下转第 15 页)

体方式在本文中不做赘述。

1.3 观察指标

在手术完成后,医务人员要求记录所有产妇不同时间点的血压状况,评估麻醉质量。

1.4 统计学分析

本次研究中涉及到的实验数据均采用统计学软件 SPSS22.00 for windows 进行处理实验结果应用 P 值进行检验,确认其统计学意义;计量资料选择(均数 ± 标准差)应用 T 值检验,计数资料选择(%)应用卡方值进行检验。

2 结果

在本次研究结果中,显示相较于对照组来说,实验组产妇的麻醉效果明显更优,数据经对比分析差异显著($P < 0.05$)。

表 1 两组产妇个时间点的血压变化状况对比

组别	指标	T ₀	T ₁
实验组(n=20)	MAP (mmHg)	89.5 ± 7.5	87.6 ± 6.1
	DPB (mmHg)	78.3 ± 7.4	67.3 ± 6.2
	SPB (mmHg)	126.2 ± 20.6	112.5 ± 10.1
对照组(n=20)	MAP (mmHg)	86.5 ± 3.5	71.6 ± 4.2
	DPB (mmHg)	75.3 ± 12.4	72.6 ± 9.1
	SPB (mmHg)	120.1 ± 17.5	120.6 ± 12.3

3 讨论

剖宫产在临床上的妇产科内较为常见,随着输血、输液以及手术方式的不断完善,剖腹产已经成为了临床上一项十分重要的手术类型,剖宫产能够有效解决难产以及产科合并症对于产妇的安全分娩来说极为重要。值得注意的是,在进行剖宫产的手术麻醉时,为了保障麻醉效果,医务人员往往需要根据产妇的个体状况作出麻醉方案的调节。由于产妇在日常生活中的个体状况存在差异并且受到妊娠的影响,产妇

的机体状况也存在一定的差异。

腰麻联合硬膜外麻醉剖宫产术麻醉技术,在临床上起效迅速,并且具有腰麻和硬膜外阻滞的双重优势在临床上应用较为广泛,但由于在分娩过程中存在较多的不确定因素,导致患者有可能由剖宫产手术结束妊娠,在开展麻醉时,所选择的硬膜外导管麻醉用药方案如果麻醉效果并不理想啊,麻醉医师需要根据产妇剖宫产的个体状况以及麻醉医师的专长,对麻醉方案进行调整,可直接采用全身麻醉以保障产妇的保健治疗^[4]。为了保障患者的麻醉效果,麻醉医师往往需要做好患者的病情判断,尤其是在完成剖宫产手术的麻醉后,医务人员时刻需要注意产妇的镇痛效果,注意测量产妇的麻醉平面和运动阻滞状况,如果发现镇痛效果不佳,则需要按要

求对其进行处理。

剖宫产手术涉及到的内容较为复杂,在进行麻醉时,选择腰硬联合麻醉方案产生的麻醉效果良好,可在临床上进行进一步的推广应用。

[参考文献]

- [1] 柏耀林, 许克路, 范光洁. 不同剂量盐酸氢吗啡酮应用于剖宫产术后镇痛效果及预后影响[J]. 解放军预防医学杂志, 2019, 37(08):177-178.
- [2] 李娜, 姜爱华. 蛛网膜下腔阻滞联合盐酸吗啡对剖宫产术后镇痛的临床观察[J]. 心理月刊, 2019, 14(09):15-17.
- [3] 陈静. 吗啡经蛛网膜下腔单次给药用于剖宫产术后镇痛的临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(01):128-129.
- [4] 邱灿金. 鞘内注射右美托咪定降低蛛网膜下腔阻滞麻醉剖宫产布比卡因的 ED₉₅[D]. 浙江大学, 2020.
- [5] 张大勇. 在剖腹产手术后分别使用吗啡、芬太尼复合布比卡因进行蛛网膜下腔阻滞的镇痛效果探析[J]. 当代医药论丛, 2015, 13(16):155-156.

(上接第 13 页)

急性闭角型青光眼疾病是由于患者前房角突然关闭所致致眼压骤然上升所致,临床症状有眼部疼痛、视力下降、偏头痛等症状,若不及时进行治疗,短时间内可能会导致失明,极大影响患者的生活质量。

对于急性闭角型青光眼的患者而言,需要尽快降低眼压,当药物治疗效果不明显时,则需要进行手术治疗,避免对视力造成更加严重的损害^[4]。但治疗此疾病的手术方式较多,传统小梁切除术治疗后,虽然能够将眼压控制在正常水平内,但是闭角型青光眼患者的眼前节较为拥挤,晶状体也较厚,所以位置是相对靠前的,因此很容易阻滞瞳孔,小梁切除术后多数会加重前房浅以及前节拥挤症状,导致术后恶性青光眼的发生率增加,并且非常容易增加急性闭角型青光眼术后并发症的发生率,多数患者对于术后滤过泡的管理不到位,容易导致手术失败。复合式小梁切除术为临床基于传统小梁切除术研究出的新型方案,术中运用抗代谢药物以及可调节缝线,术中与术后可对巩膜瓣缝线进行调整,并且术中能够密闭缝合巩膜瓣,避免房水过度滤过,降低术后浅前房与低眼压情况的发生,术后依据患者具体前房形成以及眼压等情况可有效调整,使松紧度达到适当的范围^[5]。术后 2 周内为滤过量调整的重要时期,患者术后如果前房情况较好,且眼压处于 10-14mmHg 范围内,可在术后第 4-14 天进行缝线拆除,同时对房水的放出量进行控制,减少浅前房以及低眼压等并

发症的发生。本研究结果显示,与对照组相比,观察组术后 1 个月和 3 个月时眼压较低,并发症发生率较低,表明通过对青光眼患者采用复合式小梁切除术,患者的眼压得到了有效的控制,并且能够减少并发症的发生,使手术的成功率得到进一步提升。

综上所述,对于青光眼患者采用复合式小梁切除术可有效的将患者的眼压控制在正常水平内,并且并发症较少,临床运用价值较高。

[参考文献]

- [1] 吉宏程. 两种术式治疗老年白内障合并急性闭角型青光眼临床分析[J]. 中外医学研究, 2020, 18(32):131-133.
- [2] 孔伟, 严寒, 余桂国, 冯宇, 江灵. 穴位按摩联合针刺治疗急性闭角型青光眼临床研究[J]. 山东中医杂志, 2020, 39(06):570-574.
- [3] 张新丽. 复合式小梁切除术治疗急性闭角型青光眼临床观察[J]. 实用防盲技术, 2020, 15(01):16-18.
- [4] 杨晓峰. 复合式小梁切除术治疗持续高眼压状态的原发性急性闭角型青光眼临床分析[J]. 河南外科学杂志, 2019, 25(04):161-162.
- [5] 刘青林, 吴伯乐, 叶铎铭, 高和香, 孙龙飞. 闭角型青光眼临床分型诊断及治疗价值分析[J]. 中华全科医学, 2019, 17(05):787-789+880.