

- (5) 董博, 胡海石, 王德景, 等. 健肝乐颗粒联合异甘草酸镁治疗慢性乙型病毒性肝炎临床研究 (J). 中国药业, 2019, 28(1): 57-59.
- (6) 张卫兵, 陈鹏帅, 黄庆科. 异甘草酸镁治疗病毒性肝炎疗效与安全性的 Meta 分析 (J). 医药导报, 2018, 37(3): 361-367.
- (7) 卓婷婷. 异甘草酸镁治疗慢性病毒性肝炎的临床效果 (J). 中国临床药理学杂志, 2019, 28(3): 180-183.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)04-0155-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.04.076

# 手术治疗对 PACG 术后眼压及最佳矫正视力的影响

谢 坦

(商丘市中心医院, 河南 商丘 476000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨改良半隧道切口复合小梁切除术治疗原发性闭角型青光眼 (PACG) 患者的效果。**方法:** 选取商丘市中心医院于 2018 年 3 月至 2019 年 10 月收治的 PACG 患者 89 例, 按手术方式不同分为对照组和观察组, 对照组 44 例行三角形巩膜瓣复合小梁切除术治疗, 观察组 45 例行改良半隧道切口复合小梁切除术治疗。比较两组患者浅前房的发生情况及术前、术后 3 个月的最佳矫正视力、眼压。**结果:** 与对照组比较, 术后 3 个月, 观察组的最佳矫正视力较高, 眼压较低, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患者浅前房的发生率比较, 观察组 (2.22%) 低于对照组 (18.18%), 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 改良半隧道切口复合小梁切除术能显著降低 PACG 患者眼压, 减少浅前房发生, 改善视力。

〔关键词〕 原发性闭角型青光眼; 改良半隧道切口复合小梁切除术; 矫正视力

〔中图分类号〕 R 779.6      〔文献标识码〕 B

原发性闭角型青光眼 (primary angle closure glaucoma, PACG) 是由于房角关闭影响房水流出, 导致眼压升高, 进而引发眼部充血、疼痛、虹膜萎缩、视力下降等症状的疾病, 严重影响患者的生活质量<sup>[1]</sup>。小梁切除术为治疗 PACG 的有效手段, 可引流房水到球结膜下间隙, 促进房水被毛细血管、结膜淋巴管吸收, 从而降低眼压, 缓解临床症状。但不同小梁切除术, 临床疗效有明显差异, 基于此, 本研究选取 PACG 患者 89 例, 旨在探讨改良半隧道切口复合小梁切除术的效果, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院于 2018 年 3 月至 2019 年 10 月收治的 PACG 患者 89 例, 其中行三角形巩膜瓣复合小梁切除术治疗的 44 例为对照组, 行改良半隧道切口复合小梁切除术治疗的 45 例为观察组。对照组女 28 例, 男 16 例, 年龄 43~68 岁, 平均 (55.24 ± 6.02) 岁; 观察组女 27 例, 男 18 例, 年龄 45~67 岁, 平均 (56.38 ± 5.25) 岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 符合《中国原发性闭角型青光眼诊治方案专家共识》<sup>[2]</sup> 标准, 单眼发病; 知情同意本研究。

1.2.2 排除标准 小眼球、瞳孔强直、小角膜者; 患眼手术史、伴有外伤者。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 行三角形巩膜瓣复合小梁切除术, 滴入盐酸丙美卡因滴眼液 (南京瑞年百思特制药有限公司, 国药准字 H20103352) 行 2 次表面麻醉, 2 滴·次<sup>-1</sup>, 以 5 mL 注射器注入 1.5~2.0 mL 2% 利多卡因 (万邦德制药集团有限公司, 国药准字 H13022621) 局部浸润上方球结膜; 做结膜瓣, 基底选取为穹窿部, 巩膜瓣大小: 4.0 cm × 4.0 cm × 4.0 cm; 厚度为 1/2 巩膜; 向前剖入巩膜瓣至透明角膜约 1.5 mm, 置入棉片 (丝裂霉素 C 浸湿) 至板层巩膜瓣下, 3 min 左右后取出, 以乳酸钠林格注射液 (河南双鹤华利药业有限公司, 国药准字 H41020707) 行巩膜床、结膜囊、角膜表面清洗; 做前房穿刺口于平虹膜方向、角膜缘中约 1.0 mm 位置, 巩膜瓣下行宽基底附近虹膜 (1.0 mm × 2.0 mm) 切除, 以 10-0 线缝合巩膜瓣 3~4 针, 注入乳酸林格液至前房穿刺口,

〔收稿日期〕 2020-11-19

〔作者简介〕 谢坦, 男, 主治医师, 主要研究方向是眼科学。

观察有无渗漏；前房深度较佳，间断缝合球结膜分层，注入地塞米松（江苏恒沣药业有限公司，国药准字 H32020225）1 mg 至下方球结膜，以金霉素眼膏（浙江盛基药业有限公司，国药准字 H20066205）涂抹术眼，纱布包盖。

1.3.2 观察组 行改良半隧道切口复合小梁切除术，表面麻醉，以角膜缘、穹窿部为基底，做 2 结膜瓣，厚度 1/2 巩膜；边长 4 mm；夹角 60°，巩膜瓣 2 侧至角膜缘部位灰蓝色小梁网带，沿弧形隧道向前剖入约 2 mm 透明角膜，棉片（丝裂霉素 C 浸湿）置于扇形巩膜瓣，2~3 min 左右取出，清洗角膜表面、巩膜床、结膜囊，平虹膜方向、颞侧角膜缘内约 1.0 mm 做前房穿刺口，巩膜瓣下行宽基底附近虹膜切除（1.0 mm×2.0 mm），以 10-0 线缝合扇形巩膜瓣顶端 1 针，形成可拆除、调节缝线；余下操作同对照组。

#### 1.4 观察指标

比较两组术前及术后 3 个月的最佳矫正视力、眼压；比较两组的浅前房发生情况。

#### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者术前术后最佳矫正视力、眼压比较

术前两组最佳矫正视力、眼压比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；术后 3 个月两组最佳矫正视力提高，眼压降低，且观察组最佳矫正视力高于对照组，眼压低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者术前术后最佳矫正视力、眼压比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

| 组别  | n  | 时间      | 最佳矫正视力                    | 眼压 /mmHg                   |
|-----|----|---------|---------------------------|----------------------------|
| 对照组 | 44 | 术前      | 0.20 ± 0.05               | 34.28 ± 3.57               |
|     |    | 术后 3 个月 | 0.38 ± 0.09 <sup>a</sup>  | 19.05 ± 2.73 <sup>a</sup>  |
| 观察组 | 45 | 术前      | 0.21 ± 0.07               | 33.65 ± 3.42               |
|     |    | 术后 3 个月 | 0.54 ± 0.11 <sup>ab</sup> | 13.69 ± 2.14 <sup>ab</sup> |

与同组术前比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ ；与对照组术后 3 个月比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$

### 2.2 两组患者浅前房发生情况比较

观察组出现 1 例浅前房，对照组出现 8 例浅前房。观察组浅前房发生率为 2.22%，低于对照组的 18.18%，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

## 3 讨论

PACG 为老年人多发病，若未及时治疗，视神经退行性改变可导致不可逆性眼盲，统计指出，PACG 致盲率约为 37.5%~75.0%，严重危害老年人身心健康<sup>[3]</sup>。故临床应及时治疗，选择合理的手术方案，控制病情进展，改善预后。

小梁切除术为 PACG 常规治疗术式，可切除局部巩膜小梁组织，制作 1 个痿管，以引流房水到球结膜下间隙，促使毛细血管、结膜淋巴管吸收房水，从而降低眼压。但长期临床实践指出，其手术成功率 < 90%，并且对巩膜瓣精密度有较高要求，对合较紧时会导致房水流出阻力增加，易引发滤过泡瘢痕化；而对合较松时，会造成房水滤过过强，引发前房形成延缓，不利于预后<sup>[4]</sup>。与常规小梁切除术相比，改良半隧道切口复合小梁切除术通过做半隧道切口于扇形巩膜瓣既可引流房水，又能通过扇形瓣顶端单针调控缝线，以控制引流量，平稳降低眼压，避免影响前房形成。另外，由于其缝线少，有利于生成功能滤过泡，术后若出现滤过泡扁平，可轻压切口，以增加引流，加速生成功能性滤过泡，促进术后恢复<sup>[5]</sup>。本研究结果显示，观察组浅前房发生率为 2.22%，低于对照组的 18.18%，术后 3 个月最佳矫正视力高于对照组，眼压低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），可见改良半隧道切口复合小梁切除术有利于降低 PACG 患者眼压，预防浅前房发生，提高视力。同时行改良半隧道切口复合小梁切除术应注意结扎可调整缝线前注入平衡液，有利于维持前房深度，预防恶性青光眼。

综上所述，PACG 患者以改良半隧道切口复合小梁切除术治疗可显著降低眼压，减少浅前房发生，改善视力。

## 〔参考文献〕

- 沈丽芳, 吴伯乐, 胡夏云, 等. 改良复合式小梁切除术治疗原发性闭角型青光眼的效果观察 (J). 浙江临床医学, 2018, 20(6): 1101-1102.
- 中华医学会眼科学分会青光眼学组. 中国原发性闭角型青光眼诊治方案专家共识 (2019 年) (J). 中华眼科杂志, 2019, 55(5): 325-328.
- 刘燕琼. 改良复合式小梁切除术治疗原发性闭角型青光眼的效果 (J). 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(12): 121-122.
- 李蕾, 姜红, 邱红, 等. 改良半隧道切口小梁切除术治疗原发性闭角型青光眼的临床疗效观察 (J). 中国实用医药, 2017, 12(18): 85-86.
- 李延江, 葛丽花. 改良半隧道切口复合小梁切除术治疗原发性闭角型青光眼的效果 (J). 河南外科学杂志, 2019, 25(4): 89-90.