

类桃形巩膜瓣下反矩形小梁切除术治疗青光眼

钟春风

作者单位:(225700)中国江苏省兴化市人民医院眼科
作者简介:钟春风,女,毕业于苏州大学医学院,副主任医师,研究方向:青光眼、白内障。
通讯作者:钟春风. xxw9xsw@163.com
收稿日期:2012-08-29 修回日期:2012-12-19

Peach-shaped reverse rectangular trabeculectomy under scleral flap for treatment of glaucoma

Chun-Feng Zhong

Department of Ophthalmology, Xinghua People's Hospital, Xinghua 225700, Jiangsu Province, China

Correspondence to:Chun-Feng Zhong. Department of Ophthalmology, Xinghua People's Hospital, Xinghua 225700, Jiangsu Province, China. xxw9xsw@163.com

Received:2012-08-29 Accepted:2012-12-19

Abstract

- **AIM:** To study the effect of peach-shaped reverse rectangular trabeculectomy for treatment of glaucoma.
- **METHODS:** From January 1, 2004 to December 31, 2011, 96 cases 100 eyes with glaucoma were collected and grouped according to time. There were 48 cases 50 eyes in experimental group, who underwent the use of peach shaped reverse rectangular trabeculectomy, the rest 50 patients were assigned to the control group, with conventional treatment.
- **RESULTS:** The effect of use of peach-shaped reverse rectangular trabeculectomy was better than the conventional surgical treatment.
- **CONCLUSION:** Peach-shaped reverse rectangular trabeculectomy has obvious effect for the treatment of glaucoma, it is worth spreading.
- **KEYWORDS:** peach-shaped reverse rectangular trabeculectomy; glaucoma; clinical observation

Citation: Zhong CF. Peach-shaped reverse rectangular trabeculectomy under scleral flap for treatment of glaucoma. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2013;13(1):99-100

摘要

目的: 针对临床上类桃形巩膜瓣下反矩形小梁切除术治疗青光眼进行研究。

方法: 选取2004-01-01/2011-12-31 我院进行治疗的青光眼患者96例100眼,按照住院时间进行分组,实验组48例50眼,采用类桃形巩膜瓣下反矩形小梁切除术;对照组48例50眼,采用常规治疗(梯形巩膜瓣下矩形小梁切除)。

结果: 采用类桃形巩膜瓣下反矩形小梁切除术的疗效比运用常规手术治疗效果更好。

结论: 类桃形巩膜瓣下反矩形小梁切除术对于青光眼的治疗效果显著,值得推广应用。

关键词: 类桃形巩膜瓣下反矩形小梁切除术;青光眼;临床观察

DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2013.01.26

引用: 钟春风. 类桃形巩膜瓣下反矩形小梁切除术治疗青光眼. 国际眼科杂志 2013;13(1):99-100

0 引言

青光眼是一种比较常见而难治的眼病,其病情由于发展迅速,并且对于眼睛的危害性极大,如果不能得以及时的治疗,随时可以导致失明^[1]。类桃形巩膜瓣下反矩形小梁切除术主要是滤过性手术,虽然常规治疗青光眼也是运用滤过性手术,但有可能造成眼压降低、脉络膜及浅前房的脱离、黄斑病变^[2]。所以我们对类桃形巩膜瓣下反矩形小梁切除术进行相应的临床观察,报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 选取2004-01-01/2011-12-31 本院青光眼患者96例100眼,按照住院时间进行分组,实验组48例50眼,采用类桃形巩膜瓣下反矩形小梁切除术;对照组48例50眼,采用常规治疗(梯形巩膜瓣下矩形小梁切除)。所有患者中,男43例45眼,女53例55眼,平均年龄67岁,其中急性闭眼型青光眼76例78眼,慢性开角型青光眼13例15眼,继发性青光眼7例7眼,入院时均给予降眼压治疗。

1.2 方法 实验组:采用类桃形巩膜瓣下反矩形小梁切除术法进行治疗,首先制作结膜瓣,在手术显微镜下12:00~3:00的位置上作以角膜缘为基底的结膜瓣,反转结膜瓣后再作以角膜缘为基底、1:30位为中点的类桃形巩膜瓣,大小为3mm×3mm,厚度大约为巩膜的1/2,要求在巩膜瓣下可以看见巩膜突和滤帘区以及透明角膜。运用隧道刀对以角膜透明区止端为前界的巩膜瓣深层组织进行切除,切除的组织大小为1mm×2mm,再进行虹膜的周边切除。最后进行切口缝合:首先从11:00近穹隆部位的结膜进针,穿过类桃形巩膜瓣顶端缝合于巩膜,调节缝线进行固定,然后对位缝合结膜瓣,手术结束。术后在球结膜下端进行地塞米松注射,药量为2.5mg,结束以后进行眼部的包扎。在滤过泡形成的过程中,主要观察滤过泡是否扁平,眼压是否控制在15mmHg以上,眼部前房是否形成良好。如果符合标准,则术后6d进行拆除,并且调节缝线;如果眼压较高,则进行眼球辅助按摩,眼压如果仍偏高,就要进行拆线;如果眼压偏低,则推迟拆线(大约4wk以后)。对照组:运用常规、传统的手术方法(梯形巩膜瓣下矩形小梁切除)进行手术治疗。术后随访1a以上,观察患

者眼压的变化、视力的提高程度、视野的变化、是否形成过
滤泡以及术后是否出现不同程度的反应等。

2 结果

实验组:48例患者中,眼压 ≤ 20.55 mmHg者45例47
眼, >20.55 mmHg者3例3眼;视力提高者41例43眼,无
变化者7例7眼;视野扩大者41例43眼,无变化者5例5
眼,视野缩小者2例2眼;有过滤泡者46例48眼,没有过
滤泡者2例2眼;术后14例15眼患者出现反应性虹膜炎,
但经过局部用药后恢复,并没有出现严重的并发症。
对照组:48例患者中,眼压 ≤ 20.55 mmHg者30例32
眼, >20.55 mmHg者18例18眼;视力提高者33例33眼;
视野扩大者30例32眼,视野没有变化者15例15眼,视
野缩小者3例3眼;有过滤泡者33例35眼,没有过滤泡
者15例15眼;术后20例20眼患者出现反应性虹膜炎,
并且出现前房出血、低眼压、黄斑水肿等严重并发症。

3 讨论

青光眼是眼部常见疾病,且很容易导致眼部失明。以
往的青光眼手术很容易导致相关的并发症,对于青光眼的
治疗较为不利^[3-5]。本院主要针对类桃形巩膜瓣下反矩
形小梁切除术对青光眼进行治疗,其主要切除小梁以及
Schlemm管,使房水直接进入管腔,利于房水的排除,从而
有效地降低患者的眼压。

传统的滤过性手术经常会出现巩膜瓣以及切口的粘
连,较容易在一定程度上造成手术失败。而类桃形巩膜瓣下
反矩形小梁切除术在一定程度上确保了小梁网以及
Schlemm管在内的小梁组织,有利于房水从通道中流出,
起到了内引流的作用。同时在进行手术的过程中,要确保

切除部位的准确以及减少正常组织的损伤,保持切面的光
洁,避免在手术部位形成瘢痕,使切口愈合的速度加快^[6,7]。

通过本院的临床研究,实验组患者在眼压的变化程
度、视力的提高程度、视野的变化、是否形成过滤泡以及手
术之后是否出现不同程度的反应等方面,其治疗效果明显
优于治疗组,可在临床广泛推广使用。

参考文献

- 1 董海莲,周伶俐,高博,等.青光眼合并白内障患者超声乳化人工晶
状体植入联合小梁切除术术后眼压及房角变化分析.眼科新进展
2011;31(9):867-869
- 2 Goldenfeld M, Melamed S, Simon G, *et al*. Titanium; sapphire laser
trabeculoplasty versus argon laser trabeculoplasty in patients with open-
angle glaucoma. *Ophthalmic Surg Laser Imaging* 2009;40(3):264-269
- 3 Frenkel RE, Noecker RJ, Craven ER, *et al*. Evaluation of circadian
control of intraocular pressure after a single drop of bimatoprost 0.03% or
travoprost 0.004%. *Curr Med Res Opin* 2008;24(4):919-923
- 4 Scuderi GL, Pasquale N. Laser therapies for glaucoma: new frontiers.
Prog Brain Res 2008;173:225-236
- 5 Geffen N, Carrillo MM, Jin Y, *et al*. Effect of local anesthesia on
trabeculectomy success. *J Glaucoma* 2008;17(8):658-661
- 6 Aptel F, Cucherat M, Denis P, *et al*. Efficacy and tolerability of
prostaglandin analogs: a meta-analysis of randomized controlled clinical
trials. *J Glaucoma* 2008;17(8):667-673
- 7 Hatanaka M, Grigera DE, Barbosa WL, *et al*. An eight-week,
multicentric, randomized, interventional, open-label, phase 4, parallel
comparison of the efficacy and tolerability of the fixed combination of
timolol maleate 0.5%/brimonidine tartrate 0.2% versus fixed
combination of timolol maleate 0.5%/dorzolamide 2% in patients with
elevated intraocular pressure. *J Glaucoma* 2008;17(8):674-679