则。在与患者积极沟通交流的同时早期发现患者焦虑、抑郁情绪,并给予基本的心理辅导,必要时寻求专业帮助。

3.2 局限性

本研究的糖尿病患者均在入院后行3餐前后,晚9点指端毛细血管血糖监测,但仍可能发生夜间低血糖或未检测到的无症状性低血糖,未来可进一步行动态血糖监测以全面了解患者血糖谱。

综上所述,防治糖尿病低血糖事件已成为妇科常见的护理要点之一,在临床实践中需要根据患者的一般情况、糖尿病并发症以及手术或化疗方案进行个体化治疗与护理,对于特殊类型糖尿病、或者年龄大、糖尿病病程长、手术难度大等临床情况复杂的患者尤其注意使用胰岛素及口服降糖药过程中预防低血糖事件。因此,妇科专科的医护人员必须接受糖尿病相关领域的知识培训,并积极向患者宣教,从而更好地预防低血糖,达到血糖控制的目标,最终保证围手术期及化疗期间的诊疗安全。

参考文献:

[1] Beaglehole R, Bonita R, Horton R, *et al*. Priority actions for the non-communicable disease crisis[J]. Lancet, 2011, 377(9775): 1438-1447.

[2] Yang W, Lu J, Weng J, *et al*. Prevalence of diabetes among men and women in China[J]. N Engl J Med, 2010, 362(12): 1090-1101.

[3] 陈海冰, 包玉倩, 周健, 等. 暴发性1型糖尿病合并心跳骤停抢救成功一例[J]. 上海医学, 2009, 32(2): 172-173.

[4] 王彤, 肖新华. 糖尿病患者围手术期的血糖管理[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2010, 26(6): 527-528.

(**收稿**:2013-05-21;**修回**:2013-05-29)

(编辑 王 红)

文章编号:1000-5404(2013)13-1433-02

经验交流

复合式小梁切除术治疗原发性慢性闭角型青光眼的临床效果

敬 峥,李洪涛,陈燕芯 (835000 新疆 伊宁,解放军第11医院五官科)

[**关键词**] 复合式小梁切除术;原发性慢性闭角型青光眼;临床效果

[**中图法分类号**] R775.205 [**文献标志码**] B

原发性慢性闭角型青光眼(chronic primary angle closure glaucoma,CPACG)致盲率较高。临床上主要采取手术治疗的方法,传统小梁切除术的弊端越来越凸显,而复合式小梁切除术具有手术效果好,并发症少,在临床中的应用越来越广泛[1]。本研究选取2010年2月至2012年2月间于我院接受诊断和治疗的原发性慢性闭角型青光眼患者76例,观察复合式小梁切除术治疗CPACG的临床效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2010年2月至2012年2月间于我院眼科接受诊断和治疗的原发性慢性闭角型青光眼患者76例,分为观察组与对照组,每组38例。纳入标准:所有患者符合原发性慢性闭角型青光眼的诊断标准[2],周边前房浅,虹膜隆起不明显,存在不同程度的粘连,房角狭窄,视盘凹陷,伴有明显的视野缩小。观察组有男性26例,女性12例,年龄33~72(52.1±3.3)岁,眼压32~65(46.5±3.8)mmHg,其中单眼28例,双眼10例。对照组有男性24例,女性14例,年龄32~74(54.3±3.6)岁,眼压31~63(45.8±3.6)mmHg,其中单眼30例,双眼8例。排除标准:排除严重的心肾不全以及肝功能障碍的情况,无其他手术禁忌证。所有患者自愿配合治疗并签署知情同意书,经本院伦理委员会备案同意。2组患者性别、年龄、眼压等情况经χ^2检验以及t检验比较显示结果无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组患者给予传统小梁切除术手术治疗,观察组患者给予复合式小梁切除术手术治疗。

传统小梁切除术:患者给予表面麻醉以及结膜下浸润麻醉。上直肌做缝线牵引固定,以穹窿部为基底做结膜瓣,暴露巩膜,1点处以角膜缘为基底做3 mm×4 mm的1/2厚度的梯形巩膜瓣,于透明角膜缘进行前房穿刺操作,释放少量的房水,切除巩膜瓣下小梁组织1 mm×2.5 mm,虹膜根切约1.5 mm,必要时可注入平衡液重建前房,缝合巩膜瓣和结膜。球结膜下注入地塞米松0.5 mL,结膜囊内涂入复方妥布霉素眼膏,包扎,结束手术操作。患者术后给予滴眼液以及抗生素抗感染治疗。

复合式小梁切除术:观察组患者的麻醉方法与对照组相同,采用与传统小梁切除术相同的方法建立结膜瓣与巩膜瓣,于患者巩膜瓣下放置丝裂霉素(0.2 mg/mL,2 min),然后使用生理盐水冲洗干净。进行前房穿刺操作,放出少量房水,切除巩膜瓣下小梁组织1 mm×2.5 mm,虹膜根切约1.5 mm,缝合巩膜瓣的两侧后缘,并穿出结膜瓣预留结线,缝合结膜瓣,将预留的结线系成可调留置于结膜囊内,术后根据房水渗漏情况可予以调节。必要时可注入平衡液重建前房,余步骤同对照组。

1.3 观察指标

2组患者术后随访6个月,观察比较2组患者视力恢复情况。观察记录2组患者术后眼压控制情况、浅前房发生情况以及术后6个月时滤过泡情况。浅前房按照Spaeth方法进行分类[3],根据患者浅前房的深度,分为Ⅰ、Ⅱ度和Ⅲ度,其中Ⅰ度为轻度浅前房,Ⅱ度为裂隙状浅前房,Ⅲ度为无前房。滤过泡

[**通信作者**] 敬 峥,E-mail:mxjzsm@163.com

[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130428.0820.010.html(2013-04-28)

情况根据 Kronfeld 分型方法进行分型[4]，分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型和Ⅳ型，其中Ⅰ型为微囊状泡，Ⅱ型为平坦弥散泡，Ⅲ型为瘢痕泡，Ⅳ型为包裹性囊状泡，其中Ⅰ型和Ⅱ型属于功能性滤过泡，Ⅲ型和Ⅳ型属于非功能性滤过泡。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据的分析与处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，对计数资料采用 χ^2 检验，计量资料采用 t 检验。

2 结果

2.1 2组患者术后随访结果比较

2组患者术后随访6个月，对2组患者的视力恢复情况进行比较。观察组患者术后视力恢复至术前水平的有35例，占92.1%；对照组患者术后视力恢复至术前水平的有34例，占89.5%。2组术后视力恢复结果之间相互比较无显著性差异（$P>0.05$）。

2.2 2组患者手术前后眼压控制情况

2组患者手术前后眼压控制情况比较结果见表1。2组患者术后1个月和6个月随访结果显示眼压均明显低于术前（$P<0.05$），术后6个月观察组眼压明显低于对照组（$P<0.05$），说明观察组患者眼压控制的长期效果较好。

表1 2组患者手术前后眼压控制情况比较（mmHg，$\bar{x} \pm s$）

组别	例数	术前	术后1个月	术后6个月
对照组	38	45.8±3.6	12.8±1.2[a]	22.4±2.2[a]
观察组	38	46.5±3.8	13.2±1.1[a]	16.9±1.6[a]

a：$P<0.05$，与术前比较；b：$P<0.05$，与对照组比较

2.3 2组患者浅前房发生情况比较

2组患者浅前房发生情况比较结果见表2。观察组患者术后Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ度浅前房的发生率均明显低于对照组（$P<0.05$），观察组浅前房的发生率为10.52%，明显低于对照组的28.95%（$P<0.05$），说明观察组患者的手术效果更佳。

表2 2组患者浅前房发生情况比较[例(%)]

组别	例数	Ⅰ度	Ⅱ度	Ⅲ度
对照组	38	5(13.16)	4(10.53)	2(5.26)
观察组	38	2(5.26)[a]	2(5.26)[a]	0(0.00)[a]

a：$P<0.05$，与对照组比较

2.4 2组患者术后6个月滤过泡情况比较

2组患者术后6个月滤过泡情况比较结果见表3。观察组Ⅰ型和Ⅱ型滤过泡例数均明显多于对照组（$P<0.05$），功能性滤过泡占89.48%，明显高于对照组的71.05%（$P<0.05$）。观察组Ⅲ型和Ⅳ型滤过泡例数均明显多于对照组（$P<0.05$）。

表3 2组患者术后6个月滤过泡情况比较[例(%)]

组别	例数	Ⅰ型	Ⅱ型	Ⅲ型	Ⅳ型
对照组	38	15(39.47)	12(31.58)	8(21.06)	3(7.89)
观察组	38	18(47.37)[a]	16(42.11)[a]	4(10.52)[a]	0(0.00)[a]

a：$P<0.05$，与对照组比较

3 讨论

青光眼如果治疗不及时，会导致患者出现视神经损害，是一种会导致失明的严重疾病。青光眼在临床上主要以眼内压异常升高为主要特征，进而导致患者出现视野缩小、视力减退等不适症状[5]。原发性慢性闭角型青光眼作为其中致盲率较高的一种青光眼的类型，及时有效的手术是影响治疗成功与否的关键因素。

复合式小梁切除术是现阶段临床上主要采用的一种青光眼的治疗方法，该方法相较于传统的小梁切除术，具有缝合线可控，术后并发症少，可明显预防低眼压、浅前房以及滤过口瘢痕化堵塞，显著降低并发症的发病率等优点，被广大患者所接受[6]。复合式小梁切除术建立巩膜瓣后于巩膜瓣下放置丝裂霉素等抗纤维增生药物，可通过抑制纤维细胞的 DNA 复制起到抑制纤维细胞增殖的作用，预防术后瘢痕的形成；但是丝裂霉素的使用要严格按照剂量与时间，避免出现伤口渗漏以及黄斑水肿和脉络膜脱离等并发症。手术缝线采用巩膜瓣可调的方法进行缝合，缝线可于术中或者术后根据房水经过巩膜瓣渗漏的实际情况调节，提供适当的阻力以房水轻度渗漏为度，术中可使缝合线紧密一些，以预防房水过度流出，术后则可根据患者的眼压控制情况进行适度的调节，达到满意的松紧度[7]。

本研究结果显示，采用复合式小梁切除术的患者术后眼压控制情况明显优于采用传统小梁切除术的对照组，且具有长期疗效。观察组术后浅前房的发生率明显低于对照组，观察组功能性滤过泡所占的比例也明显高于对照组。观察组患者术后未见脉络膜脱离以及眼内感染等其他严重并发症的发生，对照组出现1例脉络膜脱离，未见眼内感染等严重并发症。复合式小梁切除术在临床上具有较为明显的优势，在临床使用中，应该优先考虑。在给予患者复合式小梁切除术的过程中，一定要严格按照操作要求和用药剂量进行，其相较于传统小梁切除术，增加了丝裂霉素 C 的使用，同时也增加了其他并发症发生的风险，操作时需要引起注意。

综上所述，复合式小梁切除术治疗原发性慢性闭角型青光眼的临床效果显著，术后眼压控制情况好，并发症少，值得在临床上推广应用。

参考文献：

[1] 潘绍新，赵桂秋，孔庆兰，等. 原发性闭角型青光眼高眼压下的复合式小梁切除术[J]. 中国实用眼科杂志，2009，27(3)：270－272.

[2] 赵堪兴，杨培增. 眼科学[M]. 7版. 北京：人民卫生出版社，2010：157

[3] 赵艳，旷琳，杨蕾蕾，等. 复合式小梁切除术与传统小梁切除术治疗闭角型青光眼的疗效比较[J]. 广东医学，2012，33(12)：1800－1801.

[4] 张丽萍，王芳. 复合式小梁切除术治疗原发性青光眼的临床疗效观察[J]. 广东医学，2011，32(11)：1455－1456.

[5] 王梅，葛坚，林明楷，等. 复合式小梁切除术治疗原发性闭角型青光眼的临床观察[J]. 中华眼科杂志，2009，45(4)：338－343.

[6] 姜中铭. 复合式小梁切除术治疗急性闭角型青光眼54例体会[J]. 山东医药，2011，51(31)：103－104.

[7] 曾祥云，罗瑛，黄倞，等. 晚期青光眼复合式小梁切除术的疗效分析[J]. 中国实用眼科杂志，2009，27(1)：31－33.

（**收稿**：2013-03-12；**修回**：2013-04-04）

（编辑 王 红）