

year clinical outcomes after sirolimus-eluting coronary stent implantation in diabetics enrolled in the worldwide e-SELECT registry[J]. Catheter Cardiovasc Interv, 2015, 87(1):52-62.

[8] 贺志华,彭海涛,曾刚,等. 脑外伤患者开颅术后肺部感染病原菌耐药性监测[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(24):5615-5617.

[9] Lan H, Wang Y, Yin T, et al. Progress and prospects of endothelial progenitor cell therapy in coronary stent implantation[J]. J Biomed Mater Res B Appl Biomater, 2015, 8(2):152-157.

[10] 于朝霞,王毅,于湘友. 高血压脑出血微创术后肺部感染

• 临床探讨 •

的病原菌分布及药敏性分析[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(23):6760-6762.

[11] 来孺牛,王亚南,金国萍,等. ICU 患者肺部感染的病原菌分布及耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(1):53-55.

[12] Sasao H, Fujiwara H, Horiuchi N, et al. Comparison of Long-Term clinical outcomes after Drug-Eluting stent implantation in patients with coronary artery disease with and without prior cerebral infarction[J]. Ann Vasc Dis, 2015, 8(2):79-86.

(收稿日期:2016-07-25 修回日期:2016-12-22)

两种方法治疗急性闭角型青光眼的疗效观察

王亚丽,吴青松[△],李家璋,李 拓

(湖北省恩施土家族苗族自治州中心医院眼科中心 445000)

摘要:目的 探讨超声乳化白内障吸除人工晶体植入联合房角分离治疗急性闭角型青光眼合并白内障的临床疗效。**方法** 收集 2014 年 12 月至 2016 年 3 月该院眼科收治的急性闭角型青光眼合并白内障患者 128 例(128 眼),随机分为观察组和对照组各 64 例(64 眼),观察组行超声乳化白内障吸除人工晶体植入联合房角分离术,对照组行复合式小梁切除术,观察术前及术后 3 个月视力、眼压、中央前房深度、前房角开放程度及并发症发生情况。**结果** 术后观察组和对照组视力提高,眼压降低,中央前房深度加深($P < 0.05$),观察组改善程度优于对照组($P < 0.05$)。术后观察组前房角开放程度相比术前明显改善($P < 0.05$),而对照组前房角无明显改善($P > 0.05$)。**结论** 白内障超声乳化吸除人工晶体植入联合房角分离术治疗急性闭角型青光眼合并白内障疗效确切,术后眼压控制良好,视力改善,中央前房深度增加,前房角形态改善,值得临床推广。

关键词:超声乳化吸除术; 青光眼; 人工晶体植入; 白内障

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.06.048 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)06-0861-03

急性闭角型青光眼为一种以眼压急剧升高并伴有相应症状和眼前段组织病理改变为特征的眼病,是患者不可逆性致盲的原因之一^[1],尤其是合并白内障,晶状体厚度增加,前房更浅,瞳孔阻滞加重,视力损伤更重。随着超声乳化白内障手术的成熟,对于急性闭角型青光眼合并白内障的患者,采用白内障超声乳化吸除联合人工晶体植入手术已成为研究热点^[1-2]。而房角分离术通过术中分离粘连的房角,增加小梁网的滤过,从而改善闭角型青光眼的预后^[3]。白内障超声乳化吸除人工晶体植入联合房角分离成为治疗急性闭角型青光眼合并白内障的有效方法。本研究通过对 2014 年 12 月至 2016 年 3 月本院眼科收治的急性闭角型青光眼合并白内障患者 128 例(128 眼)分析,探讨白内障超声乳化吸除人工晶体植入联合房角分离治疗急性闭角型青光眼的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 12 月至 2016 年 3 月本院眼科收治的急性闭角型青光眼合并白内障患者 128 例(128 眼),均为单眼发病,随机分为观察组和对照组,各 64 例(64 眼)。观察组 64 例(64 眼)中,男 35 例,女 29 例,年龄 52~79 岁,平均(65.32±12.48)岁;对照组 64 例(64 眼),男 33 例,女 31 例,年龄 51~81 岁,平均(64.89±13.05)岁。两组患者性别、年龄、术前病情等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具

有可比性。所有患者均符合急性闭角型青光眼合并白内障诊断标准,且应用多种降眼压药物后眼压控制不佳,青光眼仍进展,需要进行手术治疗。

1.2 方法 所有患者术前均给予全身及局部降眼压药物,尽量将术前眼压控制在 15~30 mm Hg,在患眼局部充血症状明显缓解后进行手术。观察组采用白内障超声乳化吸除人工晶体植入联合房角分离术,术前 30 min 复方托吡卡胺滴眼液滴患眼散瞳,然后 0.4% 盐酸奥布卡因滴眼液表面麻醉。于颞侧行 3.2 mm 透明角膜缘切口,2:00 位做辅助侧切口,前房内注入黏弹剂,做连续环形撕囊,直径为 5.5~6.0 mm。于前囊撕囊口及皮质中注入平衡盐液行水分离,然后使用超声乳化仪进行白内障超声乳化,吸除核及皮质,注入黏弹剂,囊袋内植入后房型人工晶体 1 枚。吸除囊袋内黏弹剂,前房内注入卡巴胆碱缩瞳,前房内推注黏弹剂,应用虹膜恢复器对房角进行钝性分离。吸除黏弹剂,水密切口,结膜囊内涂妥布霉素地塞米松眼膏,纱布包盖患眼。对照组采用复合式小梁切除术,应用 0.2% 利多卡因球后麻醉,做上直肌牵引缝线,然后在上方做以角膜缘为基底的结膜瓣。以角膜缘为基底做 3 mm×3 mm 大小 1/2 巩膜厚度的巩膜瓣,3:00 位做前房穿刺口,以浸泡 0.4 g/L 丝裂霉素 C 棉片置于巩膜瓣下,放置 2~4 min,然后用平衡盐液反复冲洗。切除 1.0 mm×2.0 mm 大小的小梁组织,做周边虹膜切除,以 10-0 尼龙缝线缝合巩膜瓣,其顶角 2 针为可调节

[△] 通信作者, E-mail: wuwei0718@sina.com.

缝线,从 3:00 位侧切口注入平衡盐液重建前房,缝合球结膜,纱布包盖患眼。所有手术均由同一位经验丰富的主任医师完成。

1.3 观察指标 所有患者均由同一位经验丰富的技师完成检查。术前检查患者视力、眼压,裂隙灯、IOL master 测量晶体度数,角膜内皮镜、UBM 测量中央前房深度,房角镜观察房角关闭情况。术后随访 3 个月,除观察上述指标外,同时观察并发症发生情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验或秩和检验,计数资料以例数表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者视力情况比较 术前与术后 3 个月最佳矫正视力比较,两组术后视力均较术前有所提高(t 分别为 5.68、4.21, $P < 0.05$);术后 3 个月两组比较,观察组较对照组视力改善更大,差异有统计学意义($t = 3.28, P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者视力情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术前	术后 3 个月
观察组	64	0.24 ± 0.18	0.67 ± 0.32
对照组	64	0.25 ± 0.22	0.43 ± 0.28
<i>t</i>		1.12	3.28
<i>P</i>		>0.05	<0.05

2.2 两组患者眼压比较 术前与术后 3 个月眼压比较,两组术后眼压均较术前降低(t 分别为 8.65、5.32, $P < 0.05$);术后 3 个月两组比较,观察组较对照组眼压下降幅度更大,差异有统计学意义($t = 3.85, P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者眼压比较($\bar{x} \pm s, \text{mm Hg}$)

组别	<i>n</i>	术前	术后 3 个月
观察组	64	24.6 ± 3.2	15.7 ± 2.3
对照组	64	23.1 ± 2.8	18.5 ± 2.6
<i>t</i>		1.86	3.85
<i>P</i>		>0.05	<0.05

2.3 两组患者中央前房深度比较 观察组和对照组患者术前中央前房深度分别为(1.88 ± 0.23)mm 和(1.79 ± 0.26)mm,差异无统计学意义($P > 0.05$)。术后 3 个月与术前相比,中央前房深度均有加深(t 分别为 5.68、5.32, $P < 0.05$),但两组患者术后 3 个月改善程度比较,差异无统计学意义($t = 0.97, P > 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者中央前房深度比较($\bar{x} \pm s, \text{mm}$)

组别	<i>n</i>	术前	术后
观察组	64	1.88 ± 0.23	3.26 ± 0.34
对照组	64	1.79 ± 0.26	3.14 ± 0.42
<i>t</i>		0.86	0.97
<i>P</i>		>0.05	>0.05

2.4 两组患者前房角开放程度比较 经前房角镜检查,两组术前前房角均有不同程度粘连,观察组术后前房角开放程度较

术前改善($P < 0.05$),对照组未见明显改善($P > 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者前房角开放程度比较(*n*)

组别	<i>n</i>	前房角度数			
		<90°	90°~<180°	180°~<270°	270°~360°
观察组					
术前	64	8	24	25	7
术后	64	42	22	0	0
对照组					
术前	64	11	23	24	6
术后	64	13	25	21	5

2.5 两组患者并发症情况比较 观察组术后 6 眼出现短期角膜水肿,3 眼出现短期高眼压,2 眼出现前房纤维素样渗出,给予对症处理后恢复正常,未出现晶体后囊破裂、前房积血、浅前房、脉络膜脱离等并发症。对照组术后 5 眼出现短期角膜水肿,4 眼出现高眼压,2 眼出现前房纤维素样渗出,2 眼出现浅前房,给予对症处理后恢复正常或好转,未出现前房积血、恶性青光眼、脉络膜脱离等并发症。

3 讨 论

急性闭角型青光眼主要病因为瞳孔阻滞、睫状阻滞、玻璃体阻滞等,其中瞳孔阻滞为最常见的类型^[4],因晶体随年龄增长而增厚,致使虹膜-晶体隔前凸,进而发生瞳孔阻滞,因此对于急性闭角型青光眼合并白内障患者,行白内障超声乳化吸除人工晶体植入联合房角分离术,可解除瞳孔阻滞,开放狭窄房角,降低眼压,成为治疗急性闭角型青光眼重要手术方式^[5]。

关于白内障超声乳化吸除人工晶体植入联合房角分离术治疗急性闭角型青光眼合并白内障的机制,国内外学者研究大致如下:(1)以不足 1 mm 厚的人工晶体替代 6 mm 厚晶体,虹膜-晶体隔后移,前房深度加深,解除瞳孔阻滞,利于房角开放;(2)通过手术改变睫状突位置,使其不再与晶体周边部黏附,从而睫状环阻滞不易发生;(3)机械分离前房角及灌注液冲洗使前房角开放,并冲洗前房角的色素颗粒及炎性物质;(4)手术可刺激释放前列腺素、白细胞介素等炎性介质释放,促进小梁网外基质降解,增加房水流出;(5)术中超声震动能量可使小梁网功能增强,通透性增加,进而增加房水排出^[6-9]。

本研究结果显示,观察组和对照组患者,术后患者视力改善,眼压得到控制,中央前房深度加深。观察组 64 例患者,相对对照组行复合式小梁切除术的 64 例患者,视力、眼压、中央前房深度改善程度更加明显,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。通过房角镜检查,观察组手术相对对照组,更能改善患者前房角开放程度,差异有统计学意义($P < 0.05$),而对对照组前房角情况手术前后并未发生明显改变。本研究结果与国内外研究较一致^[10-11]。

综上所述,白内障超声乳化吸除人工晶体植入联合房角分离术治疗急性闭角型青光眼合并白内障有较好疗效,可有效控制眼压,改善视力和房角开放程度,值得临床推广。

参考文献

[1] 李瑛瑛,张友岩,王金桃. 超声乳化白内障吸除联合后房型人工晶状体植入及房角分离术治疗闭角型青光眼合并白内障的临床疗效观察[J/CD]. 中华眼科医学杂志(电子

版), 2014, 22(6): 23-26.

[2] 李乃洋, 赵岐. 超声乳化联合房角分离术治疗急性闭角型青光眼合并白内障的疗效观察[J]. 国际眼科杂志, 2016, 16(2): 290-292.

[3] 周厉, 关娟, 盛豫, 等. 单纯白内障摘除术治疗白内障膨胀期继发性青光眼[J]. 医学临床研究, 2008, 25(4): 621-623.

[4] 禰中宁, 陈洁, 刘晶. 白内障超声乳化吸除联合房角分离术治疗原发性闭角型青光眼的远期疗效观察[J]. 广西医学, 2014, 42(10): 1452-1453.

[5] 袁松涛, 蒋沁, 袁南荣. 青光眼小梁切除术联合白内障吸除治疗原发性闭角型青光眼[J]. 医学临床研究, 2008, 25(10): 1828-1831.

[6] 汪丰, 叶汉元. 超声乳化白内障吸除人工晶状体植入术治疗急性闭角型青光眼[J]. 国际眼科杂志, 2016, 16(1): 141-143.

[7] Trikha S, Perera SA, Husain R, et al. The role of lens extraction in the current management of primary angle-closure glaucoma[J]. Curr Opin Ophthalmol, 2015, 26(2): 128-134.

[8] 艾尼瓦尔·阿布都克里木. 白内障超声乳化吸除、人工晶状体植入联合房角分离术治疗急性闭角型青光眼合并白内障的临床疗效观察[J/CD]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2014, 6(8): 138-141.

[9] Su WW, Chen PY, Hsiao CH, et al. Primary phacoemulsification and intraocular lens implantation for acute primary angle-closure[J]. PLoS One, 2011, 6(5): e20056.

[10] 梁文涛, 万修华, 李航. 白内障超声乳化吸除联合房角分离术治疗急性闭角型青光眼合并白内障 78 例疗效观察[J]. 中国民康医学, 2014, 26(21): 56-57.

[11] White AJ, Orros JM, Healey PR. Outcomes of combined lens extraction and goniosynechialysis in angle closure[J]. Clin Exper Ophthalmol, 2013, 41(8): 746-752.

(收稿日期: 2016-07-15 修回日期: 2016-12-04)

• 临床探讨 •

闭式冲洗留置负压引流对口腔颌面部间隙感染患者疼痛程度及脓肿大小的影响

易 辉, 胡方育

(四川省科学城医院口腔科, 四川绵阳 621900)

摘 要: 目的 探讨闭式冲洗留置负压引流对口腔颌面部间隙感染患者疼痛程度及脓肿大小的影响。方法 随机选取 2013 年 3 月至 2016 年 3 月该院收治的口腔颌面部间隙感染患者 120 例, 依据冲洗引流方法将患者分为两组, 常规冲洗脓肿部位切开引流组(常规组, 60 例)和闭式冲洗留置负压引流组(研究组, 60 例), 对两组患者的临床疗效、疼痛程度及脓肿大小进行统计分析。结果 研究组患者治疗的总有效率为 98.3%(59/60), 显著高于常规组 81.7%(49/60), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后研究组 VAS 评分显著低于常规组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 研究组脓肿直径显著小于常规组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 闭式冲洗留置负压引流能够有效缓解口腔颌面部间隙感染患者疼痛程度, 缩小患者脓肿大小, 值得临床推广。

关键词: 闭式冲洗留置负压引流; 口腔颌面部间隙感染; 疼痛; 脓肿

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.06.049 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)06-0863-03

闭式冲洗留置负压引流对口腔颌面部间隙感染患者疼痛程度及脓肿大小的影响

易 辉, 胡方育

(四川省科学城医院口腔科, 四川绵阳 621900)

摘 要: 目的 探讨闭式冲洗留置负压引流对口腔颌面部间隙感染患者疼痛程度及脓肿大小的影响。方法 随机选取 2013 年 3 月至 2016 年 3 月该院收治的口腔颌面部间隙感染患者 120 例, 依据冲洗引流方法将患者分为两组, 常规冲洗脓肿部位切开引流组(常规组, 60 例)和闭式冲洗留置负压引流组(研究组, 60 例), 对两组患者的临床疗效、疼痛程度及脓肿大小进行统计分析。结果 研究组患者治疗的总有效率为 98.3%(59/60), 显著高于常规组 81.7%(49/60), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后研究组 VAS 评分显著低于常规组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 研究组脓肿直径显著小于常规组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 闭式冲洗留置负压引流能够有效缓解口腔颌面部间隙感染患者疼痛程度, 缩小患者脓肿大小, 值得临床推广。

关键词: 闭式冲洗留置负压引流; 口腔颌面部间隙感染; 疼痛; 脓肿

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.06.049 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)06-0863-03

口腔颌面部感染属于口腔科急危疾病, 在临床极为常见。由于口腔颌面部具有较为疏松的组织、较为复杂的解剖, 各个间隙之间互相影响, 因此感染极易扩散, 还可能引发严重并发症, 如中毒性休克等, 对患者的生命造成严重威胁^[1]。一直以来, 临床医护人员对有效处理口腔颌面部间隙感染, 促进伤口愈合速度, 以及减轻患者都非常重视^[2]。本研究统计分析了 2013 年 3 月至 2016 年 3 月本院收治的口腔颌面部间隙感染患者 120 例的临床资料, 对闭式冲洗留置负压引流对口腔颌面部间隙感染患者疼痛程度及脓肿大小的影响进行了探讨, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2013 年 3 月至 2016 年 3 月本院收治的口腔颌面部间隙感染患者 120 例, 所有患者均知情同意。依据冲洗引流方法将患者分为两组, 常规冲洗脓肿部位切开引流组(常规组, 60 例)和闭式冲洗留置负压引流组(研究组, 60 例)。常规组中男 34 例, 女 26 例; 年龄 20~77 岁, 平均(47.3±5.8)岁; 在间隙感染部位方面, 26 例为颌下, 17 例为眶下, 12 例为颊部, 5 例为翼下颌; 在间隙感染原因方面, 45 例为牙源性感染, 5 例为腺源性脓肿感染, 5 例为面部疖肿感染, 3 例为颌

骨囊肿继发感染, 2 例为损伤性感染。研究组中男 33 例, 女 27 例; 年龄 20~76 岁, 平均(47.1±5.4)岁; 在间隙感染部位方面, 25 例为颌下, 18 例为眶下, 11 例为颊部, 6 例为翼下颌; 在间隙感染原因方面, 44 例为牙源性感染, 6 例为腺源性疖肿感染, 4 例为面部疖肿感染, 4 例为颌骨囊肿继发感染, 2 例为损伤性感染。两组患者的一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

1.2 方法 常规组患者采用常规冲洗脓肿部位切开引流, 首先给予患者静脉输注足量抗菌药物, 然后切开脓肿部位引流, 定期换药冲洗, 每天 1 次; 研究组患者采用闭式冲洗留置负压引流, 通过 B 超或 CT 检查确定脓腔范围、大小等, 然后打开脓腔, 打开过程中严格依据脓肿切开排脓原则, 并对其钝性分离, 尽量完全排除脓液。用生理盐水进行反复冲洗, 对负压封闭引流装置进行修剪, 修剪过程中严格依据创面大小, 向脓腔中塞入, 同时将引流管从切口排出, 间断缝合切口部位。对创口进行严密缝合后擦拭干净周围皮肤, 并将生物透明薄膜粘贴在创口周围皮肤上, 运用系膜法将引流管封闭起来, 使不漏气的真空环境形成于创面和腔隙得到切实有效的保证。持续负压吸引的开始时间为置管后 8 h, 24 h 不间断。如果患者