

青光眼合并白内障 60 例不同手术方式的治疗效果比较

福建医科大学附属南平市第一医院眼科（南平 353000） 林 琥

【摘 要】 目的 探讨抗青光眼手术中单纯白内障超声乳化术与白内障超声乳化联合小梁切除术降眼压效果的差别。
方法 选取青光眼合并白内障患者 60 例作为研究对象，随机分为观察组和对照组各 30 例，对照组单纯给予白内障超声乳化手术，观察组给予白内障超声乳化联合小梁切除术。比较两组患者术前及手术后 7、30 d 眼压、视力恢复情况、角膜中心厚度，统计术后并发症发生率。**结果** 观察组术后 7、30 d 眼压下降情况明显优于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；两组术后 30 d 视力与术前相比，均有显著提高（ $P < 0.05$ ），但观察组在术后 30 d 视力恢复效果比对照组更佳，差异有统计学

意义 ($P < 0.05$)。两组术后 7 d 角膜中心厚度与术前比较, 均明显增厚, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 但两组术后 30 d 角膜中心厚度比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 青光眼合并白内障患者在接受白内障超声乳化联合小梁切除术后, 降眼压效果明显, 且视力会有较大幅度的提高。

【关键词】白内障; 超声乳化; 小梁切除术; 眼压

【中图分类号】R775 【文献标识码】B 【文章编号】1002-2600(2018)06-0075-04

青光眼是致使人类失明的三大致盲眼病之一, 发病率高达 2.6%^[1]。由于青光眼患者以老年人居多, 都有一定程度的白内障症状, 抗青光眼手术后会使得晶状体代谢发生变化, 导致这些症状加速发展, 最终形成白内障, 还需要再做一次手术, 增加患者心里负担和经济负担, 同时也加重对患者眼球的损伤。并且白内障手术本身对降低青光眼的眼压有着不可低估的作用, 因此, 临床上在进行青光眼手术时, 会同时给予白内障超声乳化术一次性完成患者的青光眼并白内障手术。但有研究表明, 在抗青光眼手术中单纯给予患者白内障超声乳化术后, 患者的视力恢复情况并不乐观, 术后并发症的发生率也很大^[3]。然而, 抗青光眼手术中给予白内障超声乳化联合小梁切除术也可以降低患者眼压, 并且可显著提高术后患者的视力水平, 降低术后并发症的发生率。朱晓宇等^[4]研究表明白内障超声乳化联合小梁切除术降眼压效果良好。本文选择青光眼合并白内障患者 60 例, 对在抗青光眼手术中单纯白内障超声乳化或白内障超声乳化联合小梁切除术后眼压水平、视力水平等指标分析, 以探讨两种手术方式的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选取 2016 年 1 月至 2017 年 12 月药物已不能控制的青光眼患者 60 例, 随机分为观察组和对照组各 30 例。观察组中, 男 16 例, 女 14 例, 年龄 43~62 岁, 平均 (46.32 ± 3.54) 岁; 患者的术前眼压 17.62~36.52 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 平均 (32.15 ± 5.15) mm Hg; 视力 4.0~4.6, 平均 4.2 ± 0.2 ; 角膜中心厚度 510~530 μm , 平均 (515.32 ± 3.56) μm 。对照组中, 男 16 例, 女 14 例, 年龄 42~63 岁, 平均 (46.46 ± 3.37) 岁; 患者的术前眼压 17.36~35.62 mm Hg, 平均 (31.98 ± 5.22) mm Hg; 视力 4.0~4.5, 平均 4.1 ± 0.3 , 角膜中心厚度 511~525 μm , 平均 (516.25 ± 3.25) μm 。两组性别、年龄等一般资料具有可比性。入选标准: 1) 诊断为原发性和闭角性青光眼并白内障患者; 2) 患者术前均未给予降眼压药物治疗; 3) 患者无心肺功能疾病, 且肝肾功能正常; 4) 患者全身无高血压症状。排

除标准: 1) 糖尿病和其他免疫疾病的患者; 2) 严重血液、循环、消化及呼吸系统疾病者; 3) 角膜炎、结膜炎和其他眼底疾病患者。

1.2 方法:

1.2.1 手术方法: 术前 3 d 均使用左氧氟沙星滴眼液水滴术眼, 3~5 次/d, 每次 1~2 滴, 手术前停止缩瞳药的使用。1) 对照组: 在抗青光眼手术中单纯运用白内障超声乳化术。患者术前充分散瞳, 取仰卧位, 铺消毒巾, 使用开睑器开睑, 眼部表面麻醉后于角膜边缘 3 点钟位作角膜作辅助切口, 将透明角膜切开注入黏弹剂, 完成水分离、超声乳化后吸出浑浊晶体, 再植入人工晶体, 闭合切口。2) 观察组: 在抗青光眼手术中给予白内障超声乳化联合小梁切除术。在观察组术式步骤结束后, 增加小梁切除术。切除 2.0 mm × 1.0 mm 小梁组织, 并完成相应处行虹膜周边的切除。术后处理: 手术后, 患者均滴妥布霉素滴眼液, 涂抹妥布霉素眼膏及常规换药等; 根据医嘱给予两组患者合适的抗菌滴眼液治疗, 对于局部炎症反应较为严重的患者可联合双氯芬酸钠眼液与地塞米松 4~9 mg 静脉滴注 3~4 d。

1.2.2 观察指标: 1) 使用眼压测量仪监测两组研究对象手术前, 手术后 7、30 d 眼内压的变化情况; 2) 运用视力表检法检查患者手术前, 手术后 7、30 d 视力的变化情况; 3) 术前及术后 7、30 d 采用德国进口非接触光学传感器测量患者角膜中心厚度; 4) 观察两组研究对象手术后出现不良反应的概率。

1.3 统计学分析: 采用 SPSS 18.0 统计软件进行分析。计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料以均数 ± 标准差表示, 同组不同时间段的比较采用重复方差检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术前后眼内压的变化情况: 两组手术前眼内压比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 两组在术后 7、30 d 眼压较术前比较均有大幅降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组术后 7、30 d 眼压下降情况明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术前后眼内压的变化情况
($n=30$, mm Hg, $\bar{x} \pm s$)

组别	手术前	术后 7 d	术后 30 d
观察组	32.15 \pm 5.15	14.96 \pm 2.06 *	13.95 \pm 1.67 *
对照组	31.98 \pm 5.22	19.95 \pm 3.35 *	16.56 \pm 2.81 *
t 值	0.127	6.949	4.373
P 值	0.899	<0.01	<0.01

注：与手术前比较，* $P < 0.05$ 。

2.2 两组手术前后视力的变化情况：两组手术前视力比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；两组术后 30 d 视力与术前比较，均有显著提高 ($P < 0.05$)，但观察组术后患者视力改善情况明显优于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组手术前后角膜中心厚度的变化情况：两组术前角膜中心厚度比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；两组术后 7 d，角膜中心厚度与术前相比均明显增厚，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。术后 30 d，两组角膜中心厚度比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 3。

表 2 两组手术前后视力变化情况 ($n=30$, $\bar{x} \pm s$)

组别	手术前	术后 7 d	术后 30 d
观察组	4.21 \pm 0.21	4.42 \pm 0.42	5.05 \pm 0.52 *
对照组	4.19 \pm 0.30	4.33 \pm 0.51	4.75 \pm 0.44 *
t 值	0.299	0.746	2.412
P 值	0.766	0.459	0.019

注：与手术前比较，* $P < 0.05$ 。

表 3 两组手术前后角膜中心厚度变化情况
($n=30$, μm , $\bar{x} \pm s$)

组别	手术前	术后 7 d	术后 30 d
观察组	515.32 \pm 3.56	561.45 \pm 6.56 *	514.62 \pm 5.33
对照组	516.25 \pm 3.25	560.32 \pm 5.65 *	515.63 \pm 4.98
t 值	1.057	0.715	0.758
P 值	0.295	0.478	0.451

注：与手术前比较，* $P < 0.05$ 。

2.4 两组术后并发症的发生率比较：观察组无前房出血与前房形成延迟，继发虹膜睫状体炎 1 例，并发症发生率为 3.3% (1/30)；对照组前房出血 3 例，前房形成延迟 2 例，继发虹膜睫状体炎 3 例，并发症发生率为 26.7% (8/30)。两组治疗后并发症比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

据统计有超过 50% 的过熟期和膨胀期白内障患

者会合并青光眼，手术为主要疗法^[4]。在抗青光眼手术中行白内障超声乳化吸除能够可降低患者的眼内压^[5]。白内障超声乳化吸除术的主要操作步骤是根据超声推动的原理，将混浊的晶体和皮质进行粉碎，使其成若干碎块并乳化成糜状后，再使用灌洗抽吸装置抽吸干净，但要求完整保留晶体的囊膜，最后将人工晶体植入囊袋内部。既往研究表明，单纯给予白内障超声乳化吸除的患者术后视力的恢复水平达不到预期的效果，并且术后出现前房出血、前房形成延迟或无前房、继发虹膜睫状体炎等并发症的可能性更大。小梁切除术对眼压控制率为 80% 左右^[6]，不仅具有远期降压效果，而且可减少因抗青光眼手术带来的并发症。因此，白内障超声乳化术联合小梁切除术恰好可以弥补患者术后视力恢复达不到预期及多并发症的现状。故本文旨在探讨抗青光眼手术中单纯白内障超声乳化与白内障超声乳化联合小梁切除术降眼压效果的区别。

结合本文，抗青光眼手术中单纯白内障超声乳化与白内障超声乳化联合小梁切除术均能降低患者的眼压，但行白内障超声乳化联合小梁切除术的患者，在术后 30 d 眼压下降情况更为明显，效果更好。裴世林^[7]研究指出在抗青光眼手术中施行白内障超声乳化联合小梁切除术可有效降低患者的眼压。

综上所述，在抗青光眼手术中使用白内障超声乳化联合小梁切除术在降低青光眼并白内障患者眼内压效果更好，且能有效降低患者术后的不良反应。在临床手术时，需让有眼科医生从资格证并且技术娴熟的医师进行操作。本文仅跟踪了患者术后 30 d 的眼压、视力恢复等情况，后续可跟踪患者在术后 1~2 年的眼压波动和视力恢复情况。

参考文献

- [1] 苟文军, 杨旭, 方晏红, 等. 超声乳化联合小梁切除术或房角分离术治疗合并白内障的慢性原发性闭角型青光眼 [J]. 眼科新进展, 2015, 35 (9): 884-886.
- [2] 孔祥梅, 许欢, 张谦, 等. 青光眼患者心理状况和视觉相关生活质量调查及其影响因素分析 [J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2015, 15 (2): 84-89.
- [3] 苟文军, 杨旭, 方晏红, 等. 超声乳化联合小梁切除术或房角分离术治疗合并白内障的慢性原发性闭角型青光眼 [J]. 眼科新进展, 2015, 35 (9): 884-886.
- [4] 朱晓宇, 杭春玖. 超声乳化白内障吸除联合小梁切除术治疗闭角型青光眼合并白内障 [J]. 国际眼科杂志, 2016, 16 (11): 2148-2149.
- [5] 姜波, 吴章友, 朱子诚. 糖尿病性白内障患者超声乳化术后角膜情况分析 [J]. 安徽医药, 2016, 20 (5): 911-913.

[6] 韩冬, 袁立飞, 李善雨, 等. 青光眼引流器植入联合小梁切除术治疗难治性青光眼的临床观察 [J]. 临床眼科杂志, 2016, 24 (4): 339-341.

[7] 裴世林. 白内障超声乳化术加人工晶状体植入联合小梁切除术治疗白内障合并青光眼的疗效分析 [J]. 临床眼科杂志, 2017, 25 (4): 316-317.