

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临床疗效分析

贺 玮

梧州市工人医院 广西 梧州 543001

摘要:目的:研究白内障超声乳化(Phaco)联合房角分离术对青光眼合并白内障患者的作用,为临床提供参考。方法:选取我院2021年4月至2023年2月收治的40例原发性急性闭角型青光眼(房角狭窄伴不同程度粘连,眼压升高,视神经尚未受损,可用2种或以下降眼压眼水控制眼压)合并白内障患者为研究组患者眼压比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。术后,房角分离组患者并发症发生率低于小梁切除组($P<0.05$)。结论:Phaco联合房角分离术对视神经尚未受损,切能用双降眼压眼药水控制眼压的急性闭角型青光眼合并白内障患者视力、眼压改善均有一定良好的效果,尤其是在降低散光度、并发症发生风险等方面效果更佳,值得临床应用。

关键词:青光眼;白内障;超声乳化手术;房角分离术

原发性急性闭角型青光眼为常见的致盲性眼病,临床上分为6期,随着病情的发展,房角进一步粘连可导致眼压升高,导致急性发作,多次发作后房角逐渐关闭,眼压升高无法缓解导致视神经进行性损害。以往,急性闭角型青光眼的手术方式以预防急性发作的虹膜周切与降低眼压的滤过手术为主。对于不同分期的急性闭角型青光眼同时合并白内障的患者,手术的选择具有一定的争议性。急性闭角型青光眼患者具有眼前节结构拥挤、晶体厚度较厚的眼部解剖特征。随着患者年龄的增长,白内障发生率增高,且晶体膨胀成熟过程中,因体积增大,推挤虹膜,使得原本狭窄的房角更加狭窄,促进了青光眼急性发作的发生。如何对伴有白内障的青光眼病人进行有效的治疗,是目前眼科医生迫切需要解决的问题。有关研究显示,小梁切除术是目前最常用的一种手术方法。但是,这是一个非常复杂的过程,病人术后可能会有一些并发症,从而使恢复时间变得更长。近年来,越来越多的研究表明,Phaco联合分离角术是针对某些分期的原发性急性闭角型青光眼的一种术式,备受关注。此方法操作简单,能有效地降低眼压,减少术后并发症。但迄今为止,尚无充分的实验依据。因此,本文对晶状体前房及晶状体前房切除术的疗效进行研究,以期对白内障合并青光眼患者的手术选择提供理论依据。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在2021年四月至2023年二月期间,本院共收治了40例

同时患有白内障和青光眼的病人。为了进行研究,我们采用了随机数表法将这40例病人平均分为两组,即每组各20例。其中,分离角组由12名男性和8名女性构成,他们的年龄在55至70岁之间,平均年龄为(60.01±5.90)岁。根据白内障的分级标准,该组中有13例为II级,7例为III级。另一组为小梁切除组,由10名男性和10名女性组成,年龄在53至72岁之间,平均年龄为(60.12±5.84)岁。该组中,白内障的核硬程度分为II级的有8例,III级的有12例。经过对两组病人的一般资料进行比较,我们发现两组之间在统计学上并无显著性差异($P>0.05$),这表明两组病人的资料具有很高的可比性。此项研究是由本院伦理委员会通过,患者和患者家属都已知悉并签字。排除标准:①既往患有眼部疾病的患者或曾接受过眼科手术的患者;②患有其它眼部疾病者;③患有重大传染性疾病或免疫缺陷者;④有精神病史的患者。

1.2 研究方法

小梁切除组采用小梁切除和Phaco两种术式治疗。一般进行消毒,盖布,麻醉,在距离角膜缘后8mm处行结膜及筋膜囊分层剪开,向前分离至角膜缘,作12:00处3.5*3.5mm大小、1/2巩膜厚度的正方形巩膜瓣,向前剖切至角膜透明缘前1.0mm部位,作前房穿刺口,随后前房内注入透明质酸钠(国械注准20183161671,规格:1.0mL:15mg/ml),行Phaco后植入人工晶状体,清除干净粘弹剂后予前房植入折叠人工晶体一枚,再往前房内注入卡米可林缩瞳,切除12:00浅层巩膜

瓣下方的部分小梁组织,约1.5*1.5mm大小,再行虹膜周期,回复虹膜后密闭缝合浅层巩膜瓣,形成前房后,分层缝合筋膜及结膜组织。对房角分离组患者则开展 Phaco 联合房角分离术治疗。常规消毒、铺巾及麻醉,选择受试者眼球11点钟作阶梯状角膜切口,前房注入粘弹剂后,行环形撕囊,行 Phaco 手术,继而植入人工晶体,卡米可林缩瞳后,施行房角术,移除玻璃酸钠,再以水合封闭切口。所有参与者接受6个月的后续治疗,随访方式为来院复查等。随访频率为第一个月每周1次,第二个月及第三个月每2周1次,第四个月、第五个月、第六个月每月一次。

1.3 观察指标

(1) 对两组病人的视力进行对比分析。评价视力的方法是使用视力检查表,若视力改善在2行以上,则视为视力提高;若在0~2行之间则视为视力无变化;若视力下降则未达到以上标准。

(2) 对两组病人眼压、散光情况进行对比分析。采用瑞士 HAAG 公司生产的无接触眼压仪(型号:STREIT)测定眼压,分别于术前一日及术后六月进行测量。

(3) 对两组术后并发症进行对比分析。术后可能出现的并发症包括手术散光、干眼症及薄壁滤泡等。并发症的发生率计算公式为:并发症的总数量/患者总数×100%。

1.4 统计学分析

研究结果采用 SPSS 22.0 软件包进行统计分析。计量资料以独立样本 t 检验进行组间比较,以成对样本 t 检验进行组内比较;计数资料以 [例 (%)] 来表达,以 χ^2 检验进行组间比较,等级资料比较采用秩和检验。经统计学处理, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者视力比较

从表1可以看出,两组之间的视力没有明显差别($P > 0.05$)。

表1 两组患者视力比较 [例 (%)]

组别	例数	视力改善	视力无变化	视力下降
房角分离组	20	18(18.00)	2(2.00)	0(0.00)
小梁切除组	20	16(79.00)	2(2.00)	1(1.00)
z 值			0.955	
P 值			0.340	

2.2 两组患者眼压比较

两组手术前眼压无显著性差异($P > 0.05$);两组手术后的眼内压较术前降低。从表2可以看出,两组间眼压无统计学意义($P > 0.05$)

表2 两组患者眼压比较 (x)

组别	例数	眼压 (mmHg)	
		术前	术后
房角分离组	20	35.12±8.59	14.58±4.10*
小梁切除组	20	35.44±8.62	15.52±4.23*
t 值		0.240	1.325
P 值		0.039	0.028

注:与同组术前比较,* $P < 0.05$ 。1mmHg=0.133kPa

2.3 两组患者并发症发生情况比较

经过统计学分析,我们发现房角分离组的患者在并发症发生率上明显低于小梁切除组,这一差异具有显著的统计学意义(P 值小于0.05)。见表3。

表3 两组患者并发症发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	滤过泡粘连	术源性干眼	术后散光度增大	总发生
房角分离组	20	0(0.00)	2(2.00)	0(0.00)	2(0.00)
小梁切除组	20	4(4.00)	3(3.00)	2(2.00)	9(9.00)
χ^2 值					5.701
P 值					0.017

3 讨论

伴有白内障的急性闭角型青光眼是一种常见的致盲性眼病。对于这种眼病,外科手术是一种有效的治疗手段。传统的外科治疗方法包括在青光眼术后进行白内障手术,或者采用青光眼与白内障的联合手术治疗。目前,主要的手术方式有小梁切除联合 Phaco 手术和 Phaco 联合角区切开术。

在临床上,对于青光眼伴有白内障的病人,主要的处理方法是:先将眼压控制好,然后再行小梁切除术。但这种方法存在滤过泡粘连、角膜散光增加、手术干眼等并发症的风险。近年来,Phaco 联合角区切开术已经在青光眼及白内障的治疗中得到应用,对降低眼压、提高视力有一定的帮助。本研究将通过对比 Phaco 联合角区切开术和小梁切除术两种不同术式的疗效,探讨其优劣,为提高手术疗效提供新的思路。结果显示,应用 Phaco 与角区分隔术联合应用,可使眼压恢复正常,达到较好的眼压控制效果。这也是本研究结论的有力佐证。总之,该方法能准确、安全、有效地将角膜缘粘连分离开来,使房水经小梁网通道排出,从而降低眼压,减少散光。

结果表明,与单纯小梁切除组相比,角分离组术后并发症明显减少。这说明,在青光眼及白内障病人中,Phaco 联合角分离术对降低术后并发症具有显著疗效。对其原因进行了分析,认为角分离术无需切除小梁组织,这可能是其减少并发症的关键因素,切口较小梁切除小,对角膜散光造成

的影响相对较轻,且该术式无小梁切除术因无滤过泡对上方角膜的压迫、巩膜切口及巩膜瓣缝线角膜散光的影响,也使得该组患者术后的散光率低于小梁切除联合超声乳化白内障吸除术后患者。且该手术术后无滤过泡的影响使泪膜分布不均加重术源性干眼症、故此术后并发症发生风险较低,安全性更高。

参考文献:

[1] 王振华,张秀艳,席桂荣.分析白内障超声乳化联合房角分离术治疗原发性闭角型青光眼合并白内障的临床效果[J].中外医疗,2023,42(08):45-48.

[2] 李维娜,李成茂,吴晓玉.超声乳化联合房角镜直视下房角分离术治疗原发性慢性闭角型青光眼合并白内障的临床疗效[J].临床眼科杂志,2023,31(01):40-43.

[3] 李洪生.超声乳化联合房角分离术治疗原发性急性闭角型青光眼合并白内障的疗效观察[J].中国冶金工业医学杂志,2022,39(04):451-452.

[4] 刘倩.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效果[J].华夏医学,2021,34(06):92-95.

[5] 平丽,田秀红,姚帮桃.超声乳化联合房角分离术治疗原发性闭角型青光眼合并白内障的临床疗效观察[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2021,21(05):379-382.

[6] 范世超,崔建军,张宏霞等.超声乳化联合房角分离术治疗原发性闭角型青光眼合并白内障的临床疗效分析[J].中国社区医师,2021,37(14):33-34.

[7] 李磊,黄发明.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临床研究[J].系统医学,2020,5(23):29-30+54.

[8] 邓水凤,庞柏林.超声乳化联合房角分离术治疗闭角型青光眼合并白内障的临床效果及生活质量评价[J].黑龙江中医药,2020,49(04):8-9.

[9] 孔蕾,戴敏,郑志坤等.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[J].昆明医科大学学报,2020,41(07):49-53.

[10] 宋清瑞.糖尿病性视网膜病变对超声乳化术后角膜内皮变化的影响[D].承德医学院,2023.

[11] 苏比努尔·玉买尔,穆塔里甫.白内障超声乳化术后干眼的研究进展[J].中国现代医生,2023,61(17):133-136.

作者简介:

贺玮(1979.2-)女,本科,广西梧州市,副主任医师,眼科,主研方向:眼部整形、白内障。