

# 改良小切口白内障摘除及人工晶体植入术联合小梁切除术 治疗开角型青光眼临床研究\*

李永 张梅 姚见玉 刘永民 刘社芽  
(广东省东莞市企石医院五官科 东莞 523500)

**摘要:**目的:探讨改良小切口白内障摘除术+人工晶体植入术+小梁切除术治疗开角型青光眼的临床疗效。方法:将 2013 年 6 月~2014 年 12 月 58 例开角型青光眼患者随机分为试验组和对照组,每组 29 例。对照组应用小梁切除术+人工晶体植入术治疗,试验组采用改良的小切口白内障摘除术+人工晶体植入术+小梁切除术治疗。观察两组患者手术前后的视力、眼压、散光度情况。结果:试验组视力、眼压、散光度分别为(0.76±0.22)、(1.86±0.32) kPa、(1.19±0.98) D,明显优于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:改良的小切口白内障摘除术+人工晶体植入术+小梁切除术治疗开角型青光眼的疗效确切,可改善患者视力,降低眼压与散光度,值得推广应用。

**关键词:**开角型青光眼;小切口白内障摘除术;小梁切除术;人工晶体植入术

中图分类号:R775

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.023

青光眼患者往往合并有白内障,当两种疾病同时存在时会互相协同,加重病情危害,需及时行手术治疗<sup>[1]</sup>。本文旨在探讨改良小切口白内障摘除术+小梁切除术+人工晶体植入术治疗开角型青光眼的临床疗效,对开角型青光眼患者进行了研究分析。现报道如下:

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集 2013 年 6 月~2014 年 12 月我院和东莞光明眼科医院的 58 例开角型青光眼患者资料,所有患者均经常规裂隙灯、眼压和眼底、房角镜检查确诊,随机分为试验组和对照组,每组 29 例。对照组男 18 例,女 11 例;年龄 52~81 岁,平均(68.67±14.35)岁;青光眼病史 1~12 年,平均(5.51±1.39)年;其中 20 例为急性患者,9 例慢性患者。试验组男 17 例,女 12 例;年龄 54~80 岁,平均(68.44±14.24)岁;青光眼病史 1~11 年,平均(5.24±1.42)年;其中 19 例为急性患者,10 例慢性患者。两组患者的年龄、性别、青光眼病史、病情类型等一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 治疗方法** 对照组患者应用小梁切除术+人工晶体植入术治疗,常规对患者实施球后麻醉,之后适当的压迫眼球,降低眼压,一直到角膜清亮时可进行手术操作;手术穿刺点选在颞上方角巩膜缘内 1 mm 处,放出房水,将丝裂霉素(MMC)棉片放入后应用浓度为 0.9%氯化钠溶液冲洗,测量患者的眼压,并按照规定依次完成小梁切除术、巩膜瓣和球结膜缝合、平衡液注入等操作。试验组采用改良的小切口白内障摘除术+人工晶体植入术+小梁切除术治疗,首先利用显微手术刀在距角膜缘 4 mm 的地方做一个巩膜厚度一半深的巩膜板层切口,注意手术切口应平行于角膜缘,并按照两端至角膜缘的

方向垂直切开长度为 2 mm、深度为巩膜一半的切口。通过隧道刀完成巩膜隧道的制作,并按照规范借助前房穿刺刀穿透巩膜隧道内口进入前房,然后将黏弹剂注入前房内,制作一个连续环形撕囊,使晶状体赤道部充分暴露出来,再在晶状体核的后房及前房内注入黏弹剂,常规对晶状体核进行分离及松动,并在前房及囊袋内再次注入黏弹剂,完成 PMMA 人工晶状体的植入,将黏弹剂置换出来,将 BSS 注入,以此形成前房<sup>[2]</sup>。最后适当切除深层巩膜条带及虹膜周边,缝合巩膜完成手术,术后给予患者典必殊滴眼液滴眼。

**1.3 观察指标** 观察患者手术前后的视力、眼压、散光度改善情况。

**1.4 统计学方法** 采用 SPSS16.0 软件进行统计学分析,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,行  $t$  检验,以  $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

### 2 结果

试验组患者的视力、眼压、散光度分别为(0.76±0.22)、(1.86±0.32) kPa、(1.19±0.98) D,明显优于对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 1。

| 表 1 两组患者的视力、眼压、散光度改善对比( $\bar{x} \pm s$ ) |          |     |            |                       |
|-------------------------------------------|----------|-----|------------|-----------------------|
| 组别                                        | <i>n</i> | 时间  | 视力         | 眼压(kPa) 散光度(D)        |
| 对照组                                       | 29       | 治疗前 | 0.07±0.02  | 3.70±0.45 4.62±1.66   |
|                                           |          | 治疗后 | 0.45±0.14  | 2.62±0.37 2.66±1.11   |
| 试验组                                       | 29       | 治疗前 | 0.06±0.01  | 3.78±0.46 4.51±1.48   |
|                                           |          | 治疗后 | 0.76±0.22* | 1.86±0.32* 1.19±0.98* |

注:与对照组治疗后相比,\* $P<0.05$ 。

### 3 讨论

青光眼是临床上的常见病症,根据相关统计资料显示,目前的青光眼发生率大约为 2%,而全世界大约有 4 500 000 人由于青光眼而致盲<sup>[3]</sup>。我国相关统计资料显示,目前我国青光眼的发病率大约为

\*广东省东莞市科研项目(编号:201310515000101)

1%<sup>[4]</sup>,而近年来随着人口老龄化进程的加快,这一数据在不断地升高,并有趋于年轻化的势态。因此,积极采取有效措施改善青光眼患者视力及视觉状态以提高青光眼患者的生活质量一直是临床上不懈努力探索的课题。

根据青光眼的病理特点,目前临床上主要将青光眼分为闭角型青光眼和开角型青光眼,并主要以开角型青光眼为主。对于该类患者的治疗,传统方式主要为小梁切除术联合人工晶体植入术,具有较高的短期效果,患者治疗后眼压、散光度可明显降低,视力可得到提高,但改善效果不够理想,且长期疗效较差,部分患者在手术后加快白内障的形成,最终使患者再次出现严重的视觉障碍而需要再次接受白内障摘除术治疗,不仅增加了患者的痛苦和经济负担,也难以取得良好的疗效<sup>[5]</sup>。

随着近年来医疗水平的提高,临床上通过深入的研究发现,在传统小梁切除术联合人工晶体植入术的基础上同时行白内障摘除术不仅能够获得较好的短期效果和长期效果,同时也可以有效避免二次手术,减轻了患者的痛苦,目前该方式在国内外已得到了广泛的推广<sup>[6]</sup>。需要注意的是,为了提高手术效果,减轻患者痛苦,在手术过程中,操作者必须严格按照手术操作规范,并掌握各项注意事项,比如在实施人工晶状体植入术过程中应注意控制切口的大小,因为切口过小会增加植入的难度,而切口过大会导致切口缝线过深、跨度过大,从而会增加结扎松紧度的控制难度,容易造成角膜曲率变化,最终使患者手术后发生较严重的散光症状。根据研究表明,人工晶体植入术后散光的严重程度与切口大小呈正相关关系<sup>[7]</sup>。

在本次研究中,试验组开角型青光眼患者应用

了改良小切口白内障摘除术+人工晶体植入术+小梁切除术治疗,手术过程中控制受伤切口不超过 6 mm,有效地避免了由于角膜缘切口过大导致切口缝线的深度过深、跨度过大以及结扎松紧度不符合要求等意外情况,大大降低了因等角膜曲率改变而引起的严重散光后果,同时,患者能够在一个创口下开展二项手术操作。研究结果显示,试验组患者的视力、眼压、散光度分别为(0.76± 0.22)、(1.86± 0.32) kPa、(1.19± 0.98) D,均明显优于治疗前和对照组患者( $P<0.05$ ),与代应辉等<sup>[8]</sup>研究结果相符。由此表明,改良小切口白内障摘除术+人工晶体植入术+小梁切除术治疗开角型青光眼具有良好的临床疗效。综上所述,改良的小切口白内障摘除术+人工晶体植入术+小梁切除术治疗开角型青光眼的疗效确切,不仅能明显改善患者视力,还能降低眼压与散光度,值得在临床中推广。

参考文献

[1]张鹏.小切口白内障摘除人工晶体植入术联合小梁切除术治疗青光眼白内障临床分析[J].河北医学,2013,19(7):1018-1021  
[2]潘绍新,范峰,王晓红,等.两种手术方式在青光眼术后硬核白内障摘除术中的对比研究[J].临床眼科杂志,2010,18(6):541-543  
[3]赵艳辉,李莉洋,祖静.小切口白内障摘除及人工晶状体植入联合青光眼小梁切除术治疗白内障合并青光眼的临床疗效观察[J].医学综述,2013,19(10):1889-1890  
[4]古爱平,吴艺.小切口非超声乳化白内障摘除治疗白内障膨胀期继发青光眼[J].广东医学,2010,31(2):195-196  
[5]瑚彩虹.不同小切口结合超声乳化白内障摘除人工晶体植入术的临床对比[J].贵阳中医学院学报,2011,33(5):62-63  
[6]陈宾,马坚.两种术式联合治疗白内障合并青光眼的疗效分析[J].国际眼科杂志,2013,13(2):363-364  
[7]边建军.白内障小切口摘除及人工晶体植入术临床效果观察[J].中国现代医生,2010,48(27):140-140,155  
[8]代应辉,高平,王剑锋,等.小切口白内障摘除治疗膨胀期白内障继发青光眼 31 例疗效观察[J].蚌埠医学院学报,2011,36(1):47-48

(收稿日期: 2015-03-17)

(上接第 37 页) 妇经阴道分娩能够有效降低产后出血、产褥感染及子宫内膜异位的发生率,同时也不会升高新生儿感染、窒息及颅内出血的发生率。阴道试产时,医护人员应密切关注孕妇的产程进展、子宫形状、子宫瘢痕部位压痛情况、生命体征及胎心变化情况,在第二产程应合理采用助产技术缩短产程,禁止加用腹压,胎盘娩出后立即检查子宫瘢痕有无裂伤,并合理使用缩宫素减少出血。综上所述,对于条件允许的瘢痕子宫再次妊娠孕妇应首选经阴道分娩,这样不但不会提高新生儿感染、窒息及颅内出血的发生率,也能够有效降低产后出血、产褥感染及子宫内膜异位的发生率,值得临床推广应用。

参考文献

[1]石书霞.瘢痕子宫再次妊娠不同分娩方式对孕产妇及新生儿的影响研究[J].中国妇幼保健,2014,29(19):3059-3060  
[2]花茂方.150 例瘢痕子宫再度妊娠自然分娩的产科风险评估[J].中国妇幼保健,2013,28(8):1246-1248  
[3]肖忠群,雷秀英.瘢痕子宫再次妊娠 500 例临床分析[J].河北医学,2012,18(9):1240-1242  
[4]吴逢霞,周新娥.瘢痕子宫再次妊娠不同分娩方式的研究[J].现代临床医学,2014,40(3):183-184  
[5]陈诚,常青,王琳.剖宫产术后再次妊娠不同分娩方式的探讨[J].实用妇产科杂志,2012,28(4):278-281  
[6]申恒春.剖宫产术后瘢痕子宫再次妊娠 93 例分娩方式探讨[J].实用妇产科杂志,2013,29(3):234-235

(收稿日期: 2015-01-15)