

2.2 两组术后并发症情况比较 两组术后并发症发生率比较无明显差异 ($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后并发症情况比较				
组别	眼数	虹膜炎症(例)	角膜水肿(例)	合计[例(%)]
观察组	28	2	1	3(10.71)
对照组	29	2	2	4(13.79)
χ^2				0.125
P				0.723

3 讨论

青光眼与白内障均是常见的致盲性眼病,随着人口老龄化问题的加剧,这两种疾病常合并出现。瞳孔阻滞、虹膜高褶、晶体因素均是闭角型青光眼的常见致病因素,晶体较厚且位置靠前,浅前房及窄房角是闭角型青光眼的独特解剖学特征。白内障在发展过程中,可出现晶体膨胀,晶状体虹膜隔前移加重瞳孔阻滞,导致房角关闭,故摘除白内障能从根本上避免发生闭角型青光眼。近年来,伴随白内障超声乳化术的逐渐成熟,该术式的适应症逐步扩大,对闭角型青光眼合并白内障患者,在有效控制眼压的情况下,采用白内障超声乳化术能迅速提高视力^[3]。

闭角型青光眼的产生与眼前段异常的解剖结构密切相关,其中晶状体在其发病过程中起着重要作用,且随着患者年龄的不断增长以及晶状体厚度的不断增加,使得前房变浅,增加了瞳孔阻滞严重程度。此外,因晶状体悬韧带松弛导致晶状体位置缺乏良好的稳定性,引起晶状体前移,造成瞳孔阻滞程度进一步增加,最终引起房角关闭、眼压升高。采用白内障超声乳化联合人工晶状体植入术则能有效增加

前房容积,进一步加深中央与周边前房,导致瞳孔缘和晶状体解除平面发生后移,对瞳孔的阻滞产生影响,解除闭角型青光眼治疗过程中的解剖因素^[4]。另外,白内障超声乳化术联合人工晶状体植入术治疗可一次性解决增视力与降眼压两个问题,故避免了二次手术的伤害。本研究结果显示,白内障超声乳化联合人工晶状体植入术治疗闭角型青光眼合并白内障与小切口白内障摘除术联合人工晶状体植入术均能有效提高患者的视力,但前者在降低眼压方面效果更为突出。两组术后并发症发生率比较则无统计学差异。本研究结果与张艳红等^[5]的研究基本一致。综上所述,白内障超声乳化联合人工晶状体植入术治疗闭角型青光眼合并白内障疗效显著,可显著改善患者视力、降低眼压,且无明显并发症,安全性高,可作为治疗闭角型青光眼合并白内障的有效手术方式进行推广。

参考文献

[1]邓德勇,于丹丹,彭涛,等.超声乳化联合人工晶状体植入治疗急性闭角型青光眼[J].国际眼科杂志,2014,14(1):83-85
[2]李晓鹏,高建伟,王爽,等.白内障超声乳化联合人工晶状体植入术治疗原发性闭角型青光眼合并白内障临床疗效观察[J].新乡医学院学报,2015,32(2):169-170
[3]黄晓燕,叶亲颖,黄玉银.超声乳化联合人工晶状体植入术治疗原发性房角关闭或原发性闭角型青光眼合并白内障的疗效观察[J].眼科新进展,2014,34(6):572-574
[4]冯希敏,祁颖,张凤妍,等.超声乳化人工晶状体植入联合房角分离术治疗急性原发性闭角型青光眼合并年龄相关性白内障患者的疗效分析[J].眼科新进展,2016,36(8):767-769
[5]张艳红,曾果,刘晖.超声乳化白内障吸除术联合人工晶状体植入对青光眼合并白内障患者临床疗效[J].医学综述,2016,22(16):3299-3301
(收稿日期:2017-01-10)

闭角型青光眼相关白内障手术治疗研究

周武营

(河南省巩义市阳光医院 巩义 451200)

摘要:目的:研究闭角型青光眼相关白内障手术治疗效果。方法:选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的闭角型青光眼相关白内障患者 76 例,随机分为治疗 A 组和治疗 B 组各 38 例。治疗 A 组采用的治疗方法为晶状体超声乳化吸出十人工晶状体植入十房角分离手术,治疗 B 组采用的治疗方法为晶状体超声乳化吸出十人工晶状体植入十小梁切除手术。比较两组患者术前和术后眼压水平、视力水平,术后视力改善情况和并发症发生情况。结果:两组患者视力改善情况、并发症发生情况比较无显著性差异, $P>0.05$;术前两组患者眼压水平、视力水平比较无显著差异, $P>0.05$;术后两组患者眼压水平、视力水平均显著改善, $P<0.05$,差异具有统计学意义。结论:闭角型青光眼相关白内障采用超声乳化吸出十人工晶状体植入十小梁切除手术或房角分离手术均有显著的临床治疗效果,可有效改善患者视力,降低眼压,且无严重并发症发生,安全有效,值得推广。

关键词:闭角型青光眼;相关白内障;治疗效果

中图分类号:R775

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.025

闭角型青光眼是临床常见的一类青光眼,白内障为晶状体变性疾病,二者相互影响,多数闭角型青光眼患者可合并白内障^[1]。传统对于闭角型青光眼相关白内障患者多需进行 2 次手术治疗,容易导致眼部损伤,出现较多并发症^[2]。为探讨更有效的手术

治疗方式,本研究对闭角型青光眼相关白内障手术治疗效果进行分析。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的闭角型青光眼相关白内障患者 76 例,随机

分为治疗 A 组和治疗 B 组。所有患者均符合闭角型青光眼相关白内障诊断标准,均为单眼发病。治疗 A 组男 22 例,女 16 例;年龄 42~73 岁,平均年龄(56.26± 2.21)岁;急性闭角型青光眼有 33 例,慢性闭角型青光眼有 5 例。治疗 B 组男 23 例,女 15 例;年龄 43~73 岁,平均年龄(56.31± 2.77)岁;急性闭角型青光眼有 32 例,慢性闭角型青光眼有 6 例。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗 A 组 采用的治疗方法为晶状体超声乳化吸出+人工晶状体植入+房角分离手术。常规进行术前散瞳,并用 1%爱尔凯因滴眼液进行表面麻醉,在角膜上透明边缘作一 3 mm 切口,通过超声乳化将晶状体吸出,植入后房晶体,采用黏弹剂钝性分离房角,并向中间进行虹膜牵引^[3]。

1.2.2 治疗 B 组 采用的治疗方法为晶状体超声乳化吸出+人工晶状体植入+小梁切除手术。常规进行术前散瞳,并用 1%爱尔凯因滴眼液进行表面麻醉,在角膜上透明边缘作一 3 mm 切口,通过超声乳化将晶状体吸出,植入后房晶体,不吸除黏弹剂,以角膜缘为基底作 4 mm 巩膜瓣,在底层巩膜切除 1~2 cm 小梁组织,以促进巩膜瓣复位;将前房黏弹剂置换为灌注液,并从虹膜根部注入黏弹剂,分离房角,缝合巩膜切口。术后两组均将地塞米松等药物注射至结膜囊,包扎术眼。术后 1 周开始用妥布霉素地米滴眼液滴眼至第五周^[4]。

1.3 观察指标 比较两组患者术前和术后眼压水平、视力水平,术后视力改善情况和并发症发生情况。

1.4 统计学处理方法 采用 SPSS18.0 统计软件进行数据处理,计数资料进行 χ^2 检验。计量资料进行 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者视力改善情况比较 两组患者视力均有明显改善,且两组比较无显著差异, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者视力改善率比较[例(%)]		
组别	n	视力改善
治疗 A 组	38	35 (92.11)
治疗 B 组	38	36 (94.74)
χ^2		0.331
P		>0.05

2.2 两组患者术前和术后眼压水平、视力水平比较 术前两组患者眼压水平、视力水平比较无显著差异, $P>0.05$;术后两组眼压水平、视力水平均显著改善,

$P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者术前和术后眼压水平、视力水平比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	时间	眼压水平(mm Hg)	视力水平
治疗 B 组	38	术前	31.37± 4.72	0.34± 0.13
		术后	13.18± 1.21*	0.65± 0.29*
治疗 A 组	38	术前	31.35± 4.76	0.34± 0.13
		术后	13.01± 1.59*	0.65± 0.28*

注:与术前比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组患者术后并发症发生情况比较 两组患者术后并发症发生情况比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者手术并发症发生率比较[例(%)]			
组别	n	浅前房	发生率
治疗 A 组	38	1 (2.63)	2 (5.26)
治疗 B 组	38	1 (2.63)	3 (7.89)
χ^2			0.000
P			>0.05

3 讨论

闭角型青光眼的发生和晶状体异常导致瞳孔阻滞相关,可带来严重并发症。采取人工晶状体植入法,可用厚度不足 1 mm 的人工晶体替代病变晶体,促使晶状体和瞳孔缘接触平面前移,减轻闭角型青光眼患者瞳孔阻滞状态。闭角型青光眼合并白内障的发病率较高,在治疗时需兼顾两种眼病的治疗^[5-6]。

晶状体超声乳化吸出+人工晶状体植入+房角分离手术可用黏弹剂钝性分离房角,促进房角增宽和再度开放。术后可通过牵引对小梁网孔进行牵拉,促进小梁通透性的增加,不断增加房水流出量。另外,在治疗时还要保持前房深度,及时补充黏弹剂。通过分离房角可有效防止房角粘连及阻滞,植入人工晶体,抑制高血压对视神经系统的损伤,改善患者视力和生活质量。而小梁切除术则可有效促进眼压水平的恢复,改善患者视力水平^[7-8]。

本研究中,治疗 A 组采用的治疗方法为晶状体超声乳化吸出+人工晶状体植入+房角分离手术,治疗 B 组采用的治疗方法为晶状体超声乳化吸出+人工晶状体植入+小梁切除手术,两种手术方式下,患者视力水平和眼压均明显改善和恢复,且无严重并发症发生。说明闭角型青光眼相关白内障采用超声乳化吸出+人工晶状体植入+小梁切除手术或房角分离手术临床治疗效果显著,可有效改善患者视力,降低眼压,安全有效,值得推广。

参考文献

[1]成磊,刘杏,钟毅敏,等.显微超声乳化白内障吸除联合人工晶状体植入术治疗晶状体悬韧带异常继发性闭角型青光眼疗效分析[J].中华显微外科杂志,2016,39(4):404-407
[2]裴锦云,林羽,杨海燕.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分析[J].天津医药,2016,44(7):906-909

法用量与对照组一致。两组均持续治疗 3 个月。

1.3 观察指标 (1)比较两组患者治疗前、治疗 3 个月后 ET-1、NO 水平。(2)比较两组患者临床治疗疗效。无效为治疗后心悸、头痛、头晕、易疲劳等临床症状无明显缓解,舒张压、收缩压未显著降低;有效为临床症状改善,血压有所降低,但收缩压降低<20 mm Hg,舒张压降低<15 mm Hg;显效为临床症状显著改善,舒张压、收缩压恢复到正常水平。总有效=有效+显效^[3]。(3)比较两组患者生活质量,采用生活质量评估量表(SF-36)进行评估,得分越高说明生活质量越高。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 18.0 统计软件对数据进行处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者血管内皮功能指标比较 治疗后,两组患者血管内皮功能指标均显著改善,观察组 ET-1 水平较对照组下降,NO 水平较对照组升高,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者血管内皮功能指标比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	时间	ET-1 (pg/L)	NO (mmol/L)
观察组	41	治疗前	8.76± 3.19	0.10± 0.09
对照组	41		8.54± 3.68	0.09± 0.07
<i>t</i>			0.289	0.562
<i>P</i>			>0.05	>0.05
观察组	41	治疗后	3.02± 1.54	0.22± 0.14
对照组	41		5.29± 2.36	0.13± 0.08
<i>t</i>			5.158	3.574
<i>P</i>			<0.05	<0.05

2.2 两组患者临床疗效比较 治疗 3 个月后,观察组治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者临床疗效比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	无效	有效	显效	总有效率
观察组	41	5 (12.20)	12 (29.27)	24 (58.54)	36 (87.80)*
对照组	41	13 (31.71)	13 (31.71)	15 (36.59)	28 (68.29)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组患者生活质量比较 两组患者治疗前生活质量比较无显著性差异, $P>0.05$;治疗后,观察组生活质量评分明显高于对照组,差异有统计学意义,

(上接第 43 页)

[3]冷仲禹,徐文双,崔婵.房角分离手术结合超声乳化对原发性闭角型青光眼合并白内障的治疗价值[J].中外医疗,2016,35(9):64-65

[4]徐武平,洪卫,朱建刚.不同房角关闭状态闭角型青光眼合并白内障的手术方式探讨[J].国际眼科杂志,2016,16(6):1099-1101

[5]秦剑鸾,顾育红,张作仁.闭角型青光眼合并白内障的手术治疗分析[J].中医眼耳鼻喉杂志,2016,6(2):87-90

$P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者生活质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)			
组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
观察组	41	63.85± 7.42	79.67± 8.29
对照组	41	64.59± 7.16	71.38± 8.04
<i>t</i>		0.460	4.597
<i>P</i>		>0.05	<0.05

3 讨论

原发性高血压为内科常见慢性疾病,随临床研究的不断深入,发现除交感神经系统亢进、肾性水钠潴留与胰岛素抵抗等因素可导致患者血压升高外,血管活性物质(缓激肽、ET-1、NO 等)亦对血压有显著影响,若 ET-1、NO 分泌异常可打破血管舒张因子与收缩因子间的平衡,引起血压升高^[4]。因此,改善患者血管内皮功能对有效控制血压尤为重要。

β -受体阻滞剂、利尿剂与钙通道阻滞剂均为临床常用的降压药物。缬沙坦是血管紧张素 II 受体阻滞剂,能有效抑制血管紧张素 II 与受体结合,抑制血管收缩和醛固酮释放,达到降压作用,同时能减少内皮素分泌,促进缓激肽、NO 合成与释放,有助于保障内皮细胞功能及结构完整性。阿托伐他汀钙属羟甲戊二酰辅酶 A 还原酶抑制剂,通过抑制肝脏内 HMG-CoA 还原酶和胆固醇的合成,降低血浆中胆固醇和脂蛋白水平,发挥良好的抗动脉粥样硬化与调脂作用,且能减少血管壁炎症反应,降低血压。本研究结果显示,观察组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$),ET-1 水平及 NO 水平均改善明显,与魏晓娟等^[5]研究结果一致。说明缬沙坦与阿托伐他汀钙联合应用可有效控制血压,维持血压稳定性,改善血管内皮功能,提高患者生活质量,具有重要的临床价值。

参考文献

[1]王其虎,桂树杰.苯磺酸氨氯地平联合缬沙坦治疗原发性高血压临床效果观察[J].国际老年医学杂志,2013,34(2):60-63

[2]葛均波,徐永健.内科学[M].第 8 版.北京:人民卫生出版社,2013.257

[3]朱清,夏璐.缬沙坦联合氨氯地平治疗高龄老年高血压疗效及肾脏保护作用[J].中国老年学杂志,2013,33(19):4833-4834

[4]梁德贤,李庆军,陈康荣.氨氯地平联合缬沙坦对老年高血压患者内皮素 -1、一氧化氮及血管弹性功能的影响[J].疑难病杂志,2014,13(5):469-471

[5]魏晓娟,常荣,苏晓灵,等.阿托伐他汀钙联合缬沙坦治疗原发性高血压的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2016,32(12):1069-1071

[6]吴怡怡,秦常军.超声乳化联合房角分离术治疗闭角型青光眼合并白内障疗效分析[J].中国实用眼科杂志,2016,34(5):433-435

[7]孙进峰.青光眼白内障联合手术中改良小梁切除与经典小梁切除效果比较[J].河南医学研究,2016,25(5):925-926

[8]王涛.治疗合并白内障的闭角型青光眼联合手术应注意的问题[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2016,16(3):174-178

(收稿日期: 2017-02-21)

(收稿日期: 2017-02-22)