

超声乳化白内障摘除辅助房角分离术治疗合并白内障闭角型青光眼 40 例

徐桂红

(河南省漯河源汇谷氏眼科视光学门诊部 漯河 462099)

摘要:目的:探讨超声乳化白内障摘除辅助房角分离术治疗合并白内障闭角型青光眼的临床效果。方法:选择 2016 年 1~12 月 80 例合并白内障闭角型青光眼患者为研究对象,随机分为对照组和新型手术组,每组 40 例。对照组进行超声乳化白内障摘除联合小梁切除治疗,新型手术组进行超声乳化白内障摘除辅助房角分离术治疗。比较两组临床疗效、并发症发生率及干预前后患者视力、中央前房、房角深度、眼压水平。结果:新型手术组治疗总有效率高于对照组, $P<0.05$;新型手术组术后并发症发生率低于对照组, $P<0.05$;干预前两组视力、中央前房、房角深度、眼压水平比较无显著性差异, $P>0.05$;干预后两组视力均明显改善,且组间比较差异不显著, $P>0.05$;新型手术组中央前房、房角深度高于对照组,眼压水平低于对照组, $P<0.05$ 。结论:超声乳化白内障摘除辅助房角分离术治疗合并白内障闭角型青光眼效果肯定,可有效改善患者视力和眼压等情况,且手术并发症少,安全性高。

关键词:白内障;闭角型青光眼;白内障摘除;房角分离术

中图分类号:R779.66

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.040

闭角型青光眼属于常见眼病,由房角关闭影响房水顺利排出导致眼压快速升高而致。合并白内障闭角型青光眼较为常见,两者互相影响,白内障早期晶状体膨胀可导致眼部晶状体和虹膜接触面积变大,引起瞳孔阻滞,影响房水顺利排出而引起青光眼,使病情加重^[1]。本研究旨在观察超声乳化白内障摘除辅助房角分离术治疗合并白内障闭角型青光眼的临床效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 1~12 月 80 例合并白内障闭角型青光眼患者为研究对象,随机分为对照组和新型手术组,每组 40 例。新型手术组男 28 例、女 12 例,年龄 61~80 岁、平均(67.21±2.53)岁。对照组男 29 例、女 11 例,年龄 61~81 岁、平均(67.35±2.51)岁。两组患者一般资料比较差异不显著, $P>0.05$,具有可比性。患眼伴有外科手术史及其他眼部疾病者,存在手术禁忌者。

1.2 方法

1.2.1 新型手术组 进行超声乳化白内障摘除辅助房角分离术治疗。术前进行表面麻醉,给予局部滴眼药降低眼压;于患眼 3 点位置角膜边缘作一切口,将透明质酸钠注入前房内,环形连续撕囊 5 cm 左右,根据核硬度不同,采用不同能量进行超声乳化吸除,将人工晶状体植入囊袋中;于前房虹膜根部注入透明质酸钠,采用抛光针头 360° 轻压虹膜根部,钝性分离前房角,吸除透明质酸钠,恢复前方,调整人工晶状体位置和前方深度,缝合切口,包封患眼。

1.2.2 对照组 进行超声乳化白内障摘除联合小梁切除。超声乳化白内障摘除步骤同新型手术组,于人工晶体植入后,在前房内注入缩瞳药,以角膜缘为基底做巩膜瓣,切除巩膜瓣下小梁组织及周边虹膜,

间断缝合巩膜瓣和结膜瓣,包封患眼。

1.3 观察指标及标准 比较两组临床疗效、并发症发生率及干预前后患者视力、中央前房、房角深度、眼压水平。临床疗效判定标准^[2],显效:视力恢复正常,眼压维持正常,房角开放良好,无明显并发症发生;有效:视力改善,眼压得到控制,房角开放较好,并发症轻微;无效:症状、视力、眼压和房角情况均无改善。(显效+有效)/总例数×100%=治疗总有效率。

1.4 统计学方法 用 SPSS18.0 软件统计分析数据,分别进行 t 检验(计量资料)和 χ^2 检验(计数资料), $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 新型手术组临床治疗总有效率高于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	治疗总有效率(%)
对照组	40	20	10	10	75.00
新型手术组	40	27	12	1	97.50
χ^2					8.538
P					0.003

2.2 两组干预前后视力、中央前房、房角深度、眼压水平比较 干预前两组视力、中央前房、房角深度、眼压水平比较无显著性差异, $P>0.05$;干预后两组视力均明显改善,且组间比较差异不显著, $P>0.05$;新型手术组中央前房、房角深度高于对照组,眼压水平低于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组干预前后视力、中央前房、房角深度、眼压水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	视力	中央前房深度(mm)	房角深度(°)	眼压(mm Hg)
新型手术组	40	干预前	0.24±0.09	1.73±0.21	1.05±0.32	40.15±2.02
		干预后	0.51±0.12 [#]	3.25±0.59 [#]	3.58±0.56 [#]	14.16±0.14 [#]
对照组	40	干预前	0.23±0.08	1.72±0.56	1.04±0.35	40.14±2.13
		干预后	0.49±0.11 [#]	2.75±0.51 [#]	2.20±0.61 [#]	26.21±2.32 [#]

注:与本组干预前比较,[#] $P<0.05$;与对照组干预后比较,^{*} $P<0.05$ 。

随着中医药对甲状腺疾病研究的不断深入,中医治疗亚急性甲状腺炎逐渐受到广大临床工作者重视。中医认为,亚急性甲状腺炎属于“瘰病、瘰痛”等范畴,其发病与外感六淫、内伤七情以及体质因素有关,起病多因风温邪热外侵,侵蚀经络,热毒内壅,最终结于颈前,其治疗原则为疏风清热解毒、散结消肿止痛^[9]。本研究所用中药方剂中,忍冬藤通络止痛、清热疏风;蒲公英、连翘清热解毒、消肿散结;板蓝根凉血利咽;桔梗祛痰利气;延胡索理气活血、行气止痛;僵蚕软坚散结;黄芩消痰利气、定喘嗽;甘草调和诸药。此外,发热者加柴胡、薄荷清热疏风;乏力者加陈皮、姜半夏健脾和胃,诸药合用共奏清热解毒、软坚散结之功。

本研究结果显示,两组临床疗效比较无显著性差异 ($P>0.05$); 观察组疼痛时间、消肿时间均低于

对照组 ($P<0.05$)。说明加用解毒消瘰颗粒剂治疗与传统西药治疗效果基本一致,但患者疼痛时间及消肿时间均明显缩短,效果仍优于传统西药治疗。综上所述,在常规西药治疗基础上加用解毒消瘰颗粒剂治疗亚急性甲状腺炎,可明显缩短患者疼痛时间及消肿时间,疗效确切,值得临床推广应用。

参考文献

[1]韩笑,朴春丽,陈曦.解毒消瘰散联合双氯芬酸二乙胺乳胶剂外敷治疗亚急性甲状腺炎 30 例[J].中医研究,2014,27(9):18-19
 [2]王洪梅,李霞清,陈莲花.强的松片联合解毒消瘰散外敷治疗亚急性甲状腺炎 50 例[J].河南中医,2016,36(6):1044-1045
 [3]舒震,徐新亚.强的松片加用解毒消瘰散外敷治疗亚急性甲状腺炎的临床观察[J].中国中医急症,2015,24(7):1257-1259
 [4]牛亚欧.解毒消瘰法治疗亚急性甲状腺炎临床疗效观察[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(20):73-74
 [5]吕蕾,张维亮,焦云红,等.解毒消瘰颗粒剂治疗亚急性甲状腺炎临床观察[J].光明中医,2016,6(13):1844-1846

(收稿日期: 2017-12-11)

(上接第 69 页)

2.3 两组并发症发生情况比较 新型手术组并发症发生率低于对照组, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组并发症发生情况比较

组别	n	角膜水肿(例)	结膜滤过泡渗漏(例)	虹膜纤维素样渗出(例)	浅前房(例)	发生率 (%)
对照组	40	3	2	2	3	25.00
新型手术组	40	1	1	1	0	7.50
χ^2						6.874
P						0.013

3 讨论

传统手术治疗合并白内障闭角型青光眼多需进行分次手术,增加患者痛苦,且手术步骤多复杂,对眼部损伤较大,容易出现较多的并发症^[3]。近年来,随着眼科技术不断发展,超声乳化白内障摘除辅助房角分离术在合并白内障的闭角型青光眼治疗中的应用不断增多,手术过程中用比较薄的晶状体有效替换结构变厚的病变晶状体,以改善瞳孔阻滞和解除病因^[4-5]。通过房角分离术,又可促进房水循环生理通道重建,提高房角宽度和深度,促进房水排出,从而有助于眼压降低^[6-8]。手术操作简便,对眼部组织损伤小,避免术后并发症的发生^[9]。

本研究结果显示,新型手术组治疗总有效率高于对照组, $P<0.05$; 新型手术组术后并发症发生率低于对照组, $P<0.05$; 干预前两组视力、中央前房、房角深度、眼压水平比较无显著性差异, $P>0.05$; 干预后两组视力均明显改善,且组间比较差异不显著, $P>0.05$; 新型手术组中央前房、房角深度高于对照组,眼压水平低于对照组, $P<0.05$ 。说明,房角分离

手术结合超声乳化白内障摘除治疗合并白内障闭角型青光眼,可有效降低患者眼压、提高前方深度、改善视力,且术后并发症少。与裴锦云等^[10]研究结果相似。综上所述,超声乳化白内障摘除辅助房角分离术治疗合并白内障闭角型青光眼效果肯定,可有效改善患者视力和眼压等情况,且手术并发症少,安全性高。

参考文献

[1]林树燕,邹桂年,吴志群,等.超声乳化白内障摘除辅助房角分离术治疗合并白内障的闭角型青光眼 78 例疗效分析[J].现代诊断与治疗,2016,27(23):4421-4423
 [2]刘旋.白内障超声乳化联合房角分离手术治疗闭角型青光眼合并白内障[J].中国实用眼科杂志,2011,29(10):1088-1090
 [3]Sanchez-Parra Laura,Pardhan Shahina,Buckley Roger J,et al.Diurnal Intraocular Pressure and the Relationship With Swept-Source OCT-Derived Anterior Chamber Dimensions in Angle Closure: The IMPACT Study [J].Investigative Ophthalmology & Visual Science, 2015,56(5):2943-2949
 [4]朱靖,赵伟,邵珊,等.单纯房角分离术和超声乳化联合房角分离术治疗慢性闭角型青光眼远期疗效比较 [J]. 中华实验眼科杂志, 2013,31(10):964-967
 [5]邓里,曾军.超声乳化白内障摘除人工晶状体植入术联合房角分离术治疗闭角型青光眼[J].国际眼科杂志,2017,17(2):335-337
 [6]Man X,Chan N C,Baig N,et al.Anatomical effects of clear lens extraction by phacoemulsification versus trabeculectomy on anterior chamber drainage angle in primary angle-closure glaucoma (PACG) patients[J].Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol,2015,253(5):773-778
 [7]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
 [8]杨怡田,陶黎明.超声乳化联合房角分离术治疗慢性闭角型青光眼临床效果[J].中国实用眼科杂志,2016,34(5):428-432
 [9]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
 [10]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

(收稿日期: 2017-11-28)