

# 青光眼伴白内障同期行联合手术的临床疗效

春树

(内蒙古兴安盟科右前旗人民医院 137400)

**摘要:**目的: 研究分析青光眼和白内障合并症患者在采用同期联合手术治疗时的效果与作用。方法: 选取 2020 年 1 月到 2021 年 5 月我院接受手术治疗的青光眼合并白内障患者 50 例开展研究分析。结合手术治疗的方式进行分组, 常规组应用青光眼滤过术结合 1 月后超声乳化术的治疗方式, 实验组采取滤过术和超声乳化同期联合手术。分析对比治疗效果以及手术后患者的眼部功能、手术相关并发症发生率。结果: 实验组患者治疗有效率显著高于常规组, 在手术后实验组患者的眼部功能测定结果均优于常规组,  $P < 0.05$ 。实验组并发症的发生率明显低于常规组,  $P < 0.05$ 。结论: 青光眼合并白内障患者在临床中采用同期联合手术的效果更加明显, 不仅更有利于视力的恢复以及眼压的控制, 还能够规避面对两次手术时的心理压力与经济压力, 更有利提高患者的临床认可度, 值得推广。

**关键词:**青光眼; 白内障; 同期联合手术; 临床疗效

伴随着近些年老龄化社会持续发展, 人体营养代谢障碍病症的发生率也在随之提升, 对于眼科病症而言, 晶状体浑浊属于老年患者比较常见的病症, 其主要是因为眼内的组织器官存在一定程度的老化, 这也是老年群体白内障疾病发生率相对较高的主要原因<sup>[1-2]</sup>。白内障主要是指眼睛出现的晶状体浑浊病症, 无论是哪一种原因引发的浑浊都被定义为白内障<sup>[3-4]</sup>。临床中白内障的合并症比较多, 其中青光眼属于比较常见的一种合并症。白内障合并青光眼的疾病发生率与年龄有直接关联, 同时原发性闭角型青光眼普遍发生在老年群体, 属于眼科较为常见且不可逆的致盲病症<sup>[5]</sup>。随着近些年青光眼和白内障合并症患者数量不断增加, 如何改进与优化手术方式成为了临床研究的重要话题, 近些年随着微创理念的提出, 关于青光眼和白内障合并症患者的治疗研究中提出了同期联合手术的治疗方式。对此, 为了进一步提高青光眼合并白内障患者的手术效果, 本文基于论著研究方式探讨不同手术形式及效果。详细研究如下。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月到 2021 年 5 月我院接受手术治疗的青光眼合并白内障患者 50 例开展研究分析。结合手术治疗的方式进行分组。分组后一般资料的数据对比无统计学价值,  $P > 0.05$ 。两组患者详细一般资料见表 1。

表 1 一般资料对比

组别	男 (%)	女 (%)	年龄 (岁)	原发性开角 型 (%)	
				原发	闭角
实验组 (n=25)	13 (52.00%)	12 (48.00%)	64.55 ± 6.41	14 (56.00%)	11 (44.00%)
常规组 (n=25)	14 (56.00%)	11 (44.00%)	64.56 ± 6.88	15 (60.00%)	10 (40.00%)
2x/T	1.201	1.333	0.984	1.244	1.225
P 值	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

入选标准: 通过临床诊断与检查被判断为青光眼合并白内障<sup>[6]</sup>; 眼压提升达到 20mmHg, 部分患者不带有青光眼性视野或视盘改变表现; 存在合并白内障病症; 满足手术基本指征。

排除标准: 存在眼部病史; 合并眼部外伤或熟期白内障; 存在严重心肝肾等脏器疾病; 存在葡萄膜炎或年龄黄斑变性病症。

### 1.2 方法

所有患者在手术之前均接受全面检查。在手术开始之前 3 天采用左氧氟沙星眼液进行滴眼, 每天用药治疗 4 次, 严格控制患者手术前眼压水平, 尽可能维持在 25mmHg 以内。采用复方托吡卡胺滴眼液对术眼进行干预, 达到理想散瞳效果。麻醉期间先基于表面麻醉和局部结膜之下的浸润麻醉。

常规组应用青光眼过滤手术, 在完成治疗之后 1 月时采用白内障超声乳化手术。

实验组则采用同期联合手术方式。

手术方式的具体操作方法如下: 1、超声乳化手术。在眼部表面麻醉处理之后进行手术, 在手术期间基于 12 点方向以角巩膜缘作为基础, 基于 12 点方向以穹隆位置作为基底构建结膜瓣。应用板层巩膜瓣保障透明角膜达到 1mm, 在刺入前方后注入粘弹剂。应用超声乳化针对参与皮质处理, 通过人工晶状体置入囊袋, 在缩瞳之后切除小梁组织, 同时对于少量的巩膜根部, 应用两针缝合, 手术完成后实行常规感染预防处理, 在手术之后 4 天提供皮质类固醇用药; 2、青光眼滤过术。在麻醉完成后, 分别制作结膜瓣、巩膜瓣, 针对结膜囊通过撕裂霉菌进行贴敷。在彻底冲洗结膜囊、巩膜床、角膜表面以及结膜表现之后, 如果患者手术之前存在高眼压且无法控制的问题, 可以线基于前房开展穿刺放液, 在处理完成之后切除巩膜床小梁组织和周边的巩膜, 之后缝合巩膜瓣。针对穿刺口位置前房注入平衡液, 并重建正常前房的深度, 判断滤过量同时针对球结膜水密性缝合处理。在完成手术后基于结膜囊注入地塞米松。

### 1.3 观察指标

分析对比治疗效果、术后眼部功能以及手术治疗安全性。

治疗效果结合手术后 3 月时进行统计分析, 在术后 3 月内眼压均维持在 10 到 21mmHg, 同时手术后 3 月不需要使用眼压控制药物则定义为显效, 在手术后眼压控制在 6 到 10mmHg, 但手术后 3 月内需要采用眼压药物才可以达到 10 至 21mmHg 的标准则定义为有效。其他患者均定义为无效。

### 1.4 统计学方法

本次研究中一般资料、观察指标均应用 SPSS24.0 软件完成统计学分析。  $P < 0.05$  证明参加对比数据有统计学差异。

## 2. 结果

### 2.1 治疗效果对比

实验组疗效高于常规组,  $P < 0.05$ 。详细数据见表 2。

表 2 治疗效果对比

组别	显效	有效	无效	总有效率
实验组 (n=25)	12	12	1	96.00%
常规组 (n=25)	6	15	4	84.00%
x <sup>2</sup>	-	-	-	15.204
P 值	-	-	-	< 0.05

### 2.2 眼部功能指标对比

在手术治疗后两组患者的眼部功能测定结果均优于术前并且术后实验组有明显数据优势,  $P < 0.05$ 。详细数据见表 3。

### 2.3 并发症发生率对比

实验组手术相关并发症显著低于常规组,  $P < 0.05$ 。详细数据见表 3。

表 3 眼部功能指标对比

组别	Schirmer 试验 (mm)		BUT 值 (s)		眼压 (mmHg)		房角 (°)		前房深度 (mm)		视力	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 (n=25)	3.13 ± 0.20	9.56 ± 1.28	5.56 ± 1.43	13.35 ± 2.35	22.24 ± 2.64	13.25 ± 3.21	196.54 ± 12.21	68.25 ± 6.55	2.12 ± 0.35	3.25 ± 0.25	0.51 ± 0.23	0.78 ± 0.21
	3.54 ± 0.34	7.20 ± 1.11	6.13 ± 1.54	9.35 ± 2.54	21.31 ± 2.45	18.25 ± 2.22	195.66 ± 11.98	143.54 ± 9.25	2.22 ± 0.13	2.89 ± 0.31	0.52 ± 0.31	0.61 ± 0.13
T 值	1.201	9.341	2.230	9.401	0.891	9.514	1.330	8.719	1.309	11.521	1.309	10.202
P 值	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

表 3 并发症发生率对比

组别	角膜水肿	前房炎症	短期高眼压	前房Shallow	脉络膜脱离	结膜滤过泡渗漏	其他	发生率
实验组 (n=25)	1	0	0	0	0	0	0	1 (4.00%)
常规组 (n=25)	1	1	0	1	1	0	0	4 (16.00%)
x <sup>2</sup>	-	-	-	-	-	-	-	13.552
P 值	-	-	-	-	-	-	-	< 0.05

3.讨论

青光眼合并白内障的高发与老龄社会持续发展有着密切的关联性，同时这也是导致老年患者视力不断下降的重要原因。青光眼患者往往存在眼部解剖结构异常的病症表现，例如晶状体厚度增加、眼轴较短以及房角狭窄等病症问题，同时膨胀期白内障患者的晶状体体积会存在明显的增厚表现，同时还带有前房变浅以及房角狭窄的病症<sup>[7]</sup>。有研究发现，青光眼的疾病发生过程中晶状体位置普遍存在一定程度的前移，而瞳孔存在明显的阻滞表现，导致房角关闭从而提升眼压<sup>[8-9]</sup>。眼压的提升会导致眼部的各个组织器官出现异常，从而引发视物模糊的症状。如果没有及时干预，此时视觉功能问题会不断的加重，最终发展成为不可逆的眼部疾病。临床中对于青光眼合并白内障患者的治疗，其主要是通过青光眼滤过术与白内障超声乳化手术两种方式为主，不同手术在手术时机、手术效果方面存在明显的差异，所以需要准确的掌握手术适应症，明确最佳的手术时机<sup>[10-11]</sup>。以往手术治疗青光眼合并白内障患者时，主要是基于青光眼滤过术方式进行治疗，在手术成功之后再结合患者的病情择期采用白内障手术。但是对于青光眼的治疗而言，特别是闭角型青光眼患者如果第一次手术后视力恢复效果比较差，此时手术会对眼部形成一定的影响，例如屈光度的变化，同时青光眼手术本身也会加快白内障的发展，此时二次手术有可能会各种并发症，从而间接影响患者的视力功能恢复，降低患者的生活质量。

伴随着微创理念在临床中的推行与普及，显微与微创技术的持续发展对于青光眼和白内障疾病机制的研究进行了进一步的解释，在手术经验方面青光眼和白内障患者可以基于一次手术方式达到理想的治疗效果，对于患者的视功能恢复有一定的支持。基于青光眼滤过术与白内障超声乳化术两种手术的同期开展，能够有效降低患者的眼部压力，在疾病症状的改善和视力功能的恢复方面有着比较明显的作用和价值，同期手术本身可以有效降低二次手术所存在的并发症风险问题，可以一定程度的提高患者生活质量，对于患者的远期康复有一定的促进效果。

本研究结果显示，实验组患者治疗有效率显著高于常规组，在手术后实验组患者的眼部功能测定结果均优于常规组，P < 0.05。实

验组并发症的发生率明显低于常规组，P < 0.05。研究结果与赵永、黄超<sup>[12]</sup>的“联合手术治疗高龄闭角型青光眼合并白内障疗效观察”研究结果高度一致。研究结果证明青光眼和白内障合并症患者在临床治疗期间可以采用超声乳化与青光眼滤过术的同期联合手术方式进行治疗，整个手术治疗效果明显，可以有效降低患者的眼部压力，同时对于术后远期眼部功能有一定的维护作用，可以促使患者顺利康复，可以作为常规手术形式。

综上所述，青光眼合并白内障患者在临床中采用同期联合手术的效果更加明显，不仅更有利于视力的恢复以及眼压的控制，还能够规避面对两次手术时的心理压力与经济压力，更有利提高患者的临床认可度，值得推广。

参考文献:

[1]杨璐舟, 王刚, 钱玖林.探讨 23G 微创前段玻璃体切割及青光眼白内障联合手术对恶性青光眼患者眼压及前房结构的影响[J].临床和实验医学杂志, 2022, 21(19):2103-2107.

[2]史萌萌.青光眼合并白内障给予白内障超声乳化吸出并小梁切开术的临床效果及胰岛素抵抗水平研究[J].数理医药学杂志, 2022, 35(06):825-827.

[3]雷蕊莲, 赵军梅.青光眼-白内障联合术后患者屈光误差及其与术前眼生物学参数的相关性[J].眼科新进展, 2022, 42(06):480-484.

[4]孙娜, 高鸽, 于敬妮, 刘建荣.青光眼白内障联合手术在急性闭角型青光眼患者持续高血压状态下的应用效果[J].临床医学研究与实践, 2022, 7(14):47-50+66.

[5]李艾家.青光眼合并白内障术后的屈光改变: meta 分析[D].导师: 李鸿.重庆医科大学, 2022.

[6]曲圣家, 宫学武.联合手术对原发性闭角型青光眼合并老年性白内障的临床疗效分析[J].系统医学, 2022, 7(08):1-5+15.

[7]王业玮, 武晓丽, 高科.内窥镜下睫状体光凝联合超声乳化手术治疗白内障合并难治性青光眼的效果[J].临床医学, 2022, 42(02):30-31.

[8]胡甫密.超声乳化联合房角分离手术治疗白内障伴青光眼的临床疗效[J].中国卫生标准管理, 2021, 12(22):45-48.

[9]黄媛媛.老年青光眼合并白内障行联合手术治疗 30 例围术期循证护理分析[J].中外医学研究, 2021, 19(30):95-98.

[10]张文博, 石冰洁, 李宛.青白联合手术与白内障超声乳化术联合房角分离术治疗闭角型青光眼合并白内障的疗效比较[J].中国临床医生杂志, 2021, 49(07):868-872.

[11]徐文生, 麻华忠, 黄少锋.超声乳化联合房角分离与联合小梁切除术治疗高龄急性闭角型青光眼合并白内障的疗效对比[J].右江医学, 2021, 49(06):440-444.

[12]赵永, 黄超.联合手术治疗高龄闭角型青光眼合并白内障疗效观察[J].临床眼科杂志, 2021, 29(03):259-261.