

# 青光眼合并白内障的不同联合手术方式疗效对比分析

林毓妮

(厦门市海沧医院 福建 厦门 361000)

**摘要:** 目的: 对比青光眼合并白内障的不同联合手术的治疗效果。方法: 随机分组, 对照组行白内障囊外摘除人工晶体置入+青光眼小梁切除术治疗, 观察组行白内障超声乳化人工晶体置入+小梁切除术治疗。结果: 观察组有效率 92.86%、术后眼压 (10.59 ± 1.13) mmHg、视力 (0.76 ± 0.10)、角膜水肿率 2.38%、前方出血、房角粘连及感染率均为 0。对照组有效率 73.81%、术后眼压 (32.36 ± 1.52) mmHg、视力 (0.40 ± 0.12)、角膜水肿率 9.52%、前方出血率 7.14、房角粘连率 2.38%、感染率为 0。两组数据对比, 差异显著 (P < 0.05)。结论: 行白内障超声乳化人工晶体置入+小梁切除术治疗青光眼合并白内障, 有效率高, 并发症少, 能够有效降低眼压, 改善视力, 提升患者的生活质量。  
**关键词:** 青光眼; 白内障; 联合手术

青光眼及白内障均为临床常见的眼科疾病, 当白内障处于发展期、成熟期时, 患者罹患青光眼的风险一般较高<sup>[1]</sup>。导致上述现象出现的原因, 与晶体膨胀向前推挤眼内房水外流, 以及混浊晶体成分溢出到眼内诱发炎症性反应有关<sup>[2]</sup>。因此, 部分眼科患者青光眼可与白内障一同发病, 导致治疗难度增加, 致使视力下降, 影响患者的生活质量<sup>[3]</sup>。青光眼合并白内障的治疗术式, 包括白内障囊外摘除人工晶体置入+青光眼小梁切除术、白内障超声乳化人工晶体置入+小梁切除术两种<sup>[4]</sup>。有学者在研究中指出, 根据手术方式的不同, 临床疗效同样不同<sup>[5]</sup>。本文于本院 2017 年 10 月~2018 年 10 月收治的青光眼合并白内障患者中, 随机选取 84 例作为样本, 对比了不同联合手术方式的临床疗效:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

采用随机数字表法分组, 观察组 (n=42) 性别: 男/女=23/19, 年龄 (53.26 ± 5.29) 岁, 病程 (10.55 ± 3.69) 个月。对照组 (n=42) 性别: 男/女=24/18, 年龄 (54.36 ± 6.00) 岁, 病程 (10.55 ± 3.69) 个月。两组患者具有可比性 (P > 0.05)。

### 1.2 纳入与排除标准

(1) 确诊为青光眼合并白内障者纳入。(2) 青光眼为白内障继发性疾病。(3) 符合手术适应症。(4) 两组房角情况均无异常, 对比无差异, 房角无粘连。(5) 术前签署知情同意书。(6) 未确诊者排除。(7) 依从性差者排除。(8) 存在手术禁忌症者排除。

### 1.3 方法

对照组行白内障囊外摘除人工晶体置入+青光眼小梁切除术治疗, 观察组行白内障超声乳化人工晶体置入+小梁切除术治疗。

#### 1.3.1 白内障囊外摘除人工晶体置入

(1) 术前测量眼压、角膜曲率, 采用眼科超声排除致盲性眼底疾病。(2) 计算人工晶体度数, 置入 PMMA 一体型后房型人工晶体 (5.5mm)。(3) 术前 30min 美多丽散瞳, 2%利多卡因球周或球后麻醉。(4) 巩膜做 6~8.5mm 弧形切口, 与角膜缘平行, 平行距离为 1.5~2mm。(5) 做巩膜隧道, 隧道前方采用裂隙刀穿刺, 进入前房, 注入 1%透明质酸钠。(6) 扩大隧道内切口, 给予截囊。水分离囊膜、皮质及核, 使核游离翘起, 核下注入黏弹剂, 使其脱位并

托出, 抛光后囊膜。(7) 前方及囊袋内注射黏弹剂, 于囊袋内置入后房型人工晶体, 撕除多余囊膜。(8) 平衡盐液置换前房内黏弹剂, 检查切口闭合情况。

#### 1.3.2 青光眼小梁切除术

(1) 球周或局部麻醉, 于显微镜下行青光眼小梁切除术治疗疾病。(2) 以角膜缘为基底, 巩膜瓣下放置浸泡丝裂霉素的棉片, 2~4min 后移除, 采用生理盐水冲洗巩膜瓣。(3) 巩膜瓣顶部及一侧各缝合 1 针, 根据前房形成与滤过情况打结, 对松紧度进行控制。(4) 术后根据滤过泡形态、眼压、前房稳定情况等, 于术后 14d 左右表面麻醉下拆除可调整缝线。

#### 1.3.3 白内障超声乳化人工晶体置入术

(1) 术前采用 20g/L 复方托品酰胺散瞳, 采用 BSS 共 500ml+0.5mg 肾上腺素注射液作为灌注液。(2) 0.4%奥布卡因表面麻醉, 于近角膜缘透明角膜 10~11 点位置, 做 3.2mm 宽度切口, 进入前房。(3) 做辅助切口, 前房注入黏弹剂, 使之充盈, 保护角膜内皮。(4) 采用 27 号钝针头抽取 0.5%吲哚青绿溶液 0.1ml, 均匀涂抹于前囊中央直径 6mm 左右的表面, 给予连续环形撕囊, 离核。(5) 根据硬核类型, 行不同碎核乳化技术治疗, 自动注吸清除干净皮质, 前房及囊袋内注入黏弹剂。(6) 囊袋置入人工晶状体, 清除黏弹剂, 于辅助切口注入 BSS 液平衡眼压。

### 1.4 观察指标

观察两组患者的临床疗效 (显效: 眼压正常, 视力基本恢复, 无并发症。有效: 眼压正常, 视力有所恢复, 有并发症但经处理后消失。无效: 眼压与视力未恢复。显效与有效, 均视为治疗有效)、眼压与视力、并发症发生率。

### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件处理数据, 计数资料采用  $\chi^2$  检验, 以 (%) 表示。计量资料采用 t 检验, 以 (均数 ± 标准差) 表示。P < 0.05 视为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 临床疗效对比

观察组有效率 92.86%, 与对照组差异显著 (P < 0.05):

表 1 临床疗效对比

组别	显效 (n/%)	有效 (n/%)	无效 (n/%)	总计 (n/%)
观察组 (n=42)	23 (54.76)	16 (38.10)	3 (7.14)	39 (92.86)
对照组 (n=42)	14 (33.33)	17 (40.48)	11 (26.19)	31 (73.81)
P	< 0.05			

### 2.2 眼压与视力

观察组术后眼压 (10.59 ± 1.13) mmHg、视力 (0.76 ± 0.10), 与对照组差异显著 (P < 0.05), 详见表 2:

表 2 眼压与视力

组别	阶段	眼压 (mmHg)	视力
观察组 (n=42)	术前	43.64 ± 1.01	0.11 ± 0.01
	术后	10.59 ± 1.13	0.76 ± 0.10
对照组 (n=42)	术前	43.74 ± 0.97	0.12 ± 0.01
	术后	32.36 ± 1.52	0.40 ± 0.12

2.3 并发症发生率

观察组角膜水肿率 2.38%，前方出血、房角粘连及感染率均为

0，与对照组差异显著 ( $P < 0.05$ )，详见表 3:

表 3 并发症发生率

组别	角膜水肿 (n/%)	前房出血 (n/%)	房角粘连 (n/%)	感染 (n/%)
观察组 (n=42)	1 (2.38)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
对照组 (n=42)	4 (9.52)	3 (7.14)	1 (2.38)	0 (0)
P	$< 0.05$			

3 讨论

青光眼合并白内障患者，多伴有眼压升高、视力下降症状，日常生活活动能力低，患者痛苦大，如未及早治疗，患者存在失明的风险<sup>[6]</sup>。青光眼合并白内障的常规治疗方法，以外科手术为主，而手术类型则以白内障与青光眼治疗的联合术式为主<sup>[7]</sup>。本文选取“白内障囊外摘除人工晶体置入+青光眼小梁切除术”、“白内障超声乳化人工晶体置入+小梁切除术”两种常用术式作为参考，对两者的临床疗效进行了对比。

青光眼小梁切除术用于治疗青光眼，可有效静促使前房深度恢复，且能够快速降低眼压，减少并发症<sup>[8]</sup>。此外，行该术式治疗疾病期间所应用的丝裂霉素 C，还能够实现对有丝分裂与蛋白质合成的抑制，减少术后瘢痕形成，提高房水流通的畅通性，使术后恢复速度加快<sup>[9]</sup>。采用该术式治疗青光眼，疗效显著。白内障囊外摘除人工晶体置入术，为临床用于治疗白内障的主要术式之一<sup>[10]</sup>。行该术式治疗疾病，可有效减小切口长度，降低因切口过大所导致的散光并发症的发生率<sup>[11]</sup>。此外，该术式切口同样靠后，且隧道长，切口自闭性好，故患者术后恢复速度良好<sup>[12]</sup>。本文研究发现，行白内障囊外摘除人工晶体置入+青光眼小梁切除术治疗疾病的患者，有效率 73.81%、术后眼压 ( $32.36 \pm 1.52$ ) mmHg、视力 ( $0.40 \pm 0.12$ )、角膜水肿率 9.52%、前方出血率 7.14%、房角粘连率 2.38%、感染率为 0，提示患者临床疗效及预后有待改善。白内障超声乳化人工晶体置入术，同样可用于治疗白内障，行该术式治疗疾病，优势主要在于切除精确度高，操作简单，且对眼压波动的影响较小。相对于白内障囊外摘除相比，行该术式治疗者，术中眼内出血更少，预后更佳，术后炎性反应发生几率低，视力恢复效果佳，优势显著。本文研究发现，行白内障超声乳化人工晶体置入+小梁切除术治疗后，患者有效率 92.86%，该组患者有效率更高。本组患者术后眼压 ( $10.59 \pm 1.13$ ) mmHg、视力 ( $0.76 \pm 0.10$ )、角膜水肿率 2.38%、前方出血、房角粘连及感染率均为 0，与采用常规方法治疗相比，患者术后眼压与视力恢复效果更佳，角膜水肿等并发症发生率更低，优势显著 ( $P < 0.05$ )。本文的研究成果，证实了白内障超声乳化人工晶体置入+小梁切除术的应用价值。

综上所述，行白内障超声乳化人工晶体置入+小梁切除术治

疗青光眼合并白内障，有效率高，并发症少，能够有效降低眼压，改善视力，提升患者的生活质量。

参考文献:

[1]刘林英.中老年青光眼合并白内障患者联合手术中单、双切口不同术式的疗效对比[J].心理月刊,2019,14(16):188.  
 [2]李咏.超声乳化晶状体摘除加人工晶体植入联合小梁切除术治疗白内障合并急性闭角型青光眼的效果观察[J].临床误诊误治,2019,32(08):96-101.  
 [3]王友,张键,王晓莉.超声乳化联合 EX-PRESS 引流钉植入治疗难治性开角型青光眼合并白内障[J].国际眼科杂志,2019,19(08):1344-1347.  
 [4]钮玉顺.青光眼合并白内障患者采用小切口白内障囊外摘除联合复合式小梁切除术治疗的临床疗效观察[J].中国农村卫生,2019,11(14):20.  
 [5]张雪,闫欢欢.白内障超声乳化联合人工晶体植入术治疗原发性闭角型青光眼合并白内障的效果观察[J].实用临床医药杂志,2019,23(14):86-89.  
 [6]尚学娟.超声乳化联合前房角分离术治疗合并老年性白内障闭角型青光眼的疗效观察[J].中国医药指南,2019,17(20):26-27.  
 [7]陈君明,李爽,苏伟隆.超声乳化术联合小梁切除术治疗白内障合并青光眼的疗效观察[J].中国实用医药,2019,14(19):81-82.  
 [8]黄利.超声乳化白内障吸除、人工晶体植入联合小梁切除术治疗白内障合并青光眼的效果观察[J].临床研究,2019,27(07):75-77.  
 [9]孙凌云.小切口白内障囊外摘除联合复合式小梁切除术治疗青光眼合并白内障的疗效分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(52):54.  
 [10]刘丽.治疗方式对原发性闭角型青光眼合并白内障患者临床疗效及安全性研究[J].山西医药杂志,2019,48(12):1476-1479.  
 [11]刘艳艳.小切口白内障摘除用于治疗急性闭角型青光眼合并白内障患者的临床疗效[J].黑龙江医药,2019,32(03):664-666.  
 [12]钟珊,曾思明.两种不同术式治疗原发性闭角型青光眼合并白内障的疗效比较[J].中国临床新医学,2019,12(05):529-532.