

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

白亮

(恩施爱尔眼科医院 青白眼底科 湖北恩施 445000)

摘要:目的:探讨闭角型青光眼(ACG)合并白内障采取房角分离术联合超声乳化治疗的临床效果。方法:研究实施前抽取病例样本共80例,样本抽取年限为2020.01~2021.12,均确诊为ACG合并白内障疾病,研究中分组方法为双盲法,将全部病例随机分为甲、乙组进行对比,各组分别纳入40例。甲组采取小梁切除术联合超声乳化治疗,乙组采取房角分离术联合超声乳化治疗。对比2组相关指标、并发症、疗效及生存质量(SF-36)等情况,以评定效果。结果:统计显示,2组对比术后半年中央前房深度(ACD)、散光度、眼压、裸眼视力等指标结果,乙组均优于甲组($P < 0.05$)。2组对比总有效率结果,乙组为92.5%高于甲组75.0%($P < 0.05$)。2组对比并发症结果,乙组总发生率15.0%低于甲组35.0%($P < 0.05$)。2组对比SF-36量表结果,乙组各项评分均高于甲组($P < 0.05$)。结论:ACG合并白内障采取房角分离术联合超声乳化治疗的效果确切,即可改善患者视力水平,有效降低眼压和散光度,且并发症少,安全性高,还可改善其生存质量,可进一步借鉴推广。

关键词:闭角型青光眼;白内障;房角分离术;超声乳化;临床效果

在青光眼疾病中,闭角型青光眼(ACG)较为多发和常见,其是因眼前房闭塞无法排除房水所致,以同侧头痛、眼痛为主要表现,且伴有角膜水肿、眼压异常、视力降低等症状^[1-3]。ACG以老年人较为多发,且多数随着病情的进展还会伴发白内障,从而影响患者视力水平。以往治疗ACG合并白内障时,常用小梁切除术联合超声乳化,前者可缓解视野缺损和视神经损伤,前者可调整眼压,缓解瞳孔受阻,但二者联合极易加重白内障,引发眼压异常,加之创伤大,所以并发症较多^[4-6]。而随着医疗技术的飞速发展,房角分离术联合超声乳化获得了广泛应用,其可对粘连或狭窄房角予以开放,可将房水通道打开,从而对眼前段拥挤现象予以显著改善^[5-6]。因此本文抽取病例样本共80例,样本抽取年限为2020.01~2021.12,均确诊为ACG合并白内障疾病,研究了ACG合并白内障采取房角分离术联合超声乳化治疗的临床效果,现将研究情况做以下阐述:

1. 资料与方法

1.1 资料

研究实施前抽取病例样本共80例,样本抽取年限为2020.01~2021.12,均确诊为ACG合并白内障疾病,研究中分组方法为双盲法,将全部病例随机分为甲、乙组进行对比,各组分别纳入40例。统计处理参与研究中全部病例的基础资料,其中男女比例为22:18(甲组)和23:17(乙组);所选病例病程、年龄范围位于1~8年、55~60~75岁之间,统计处理均龄结果分别为甲组(5.1 ± 2.2)年、(65.7 ± 5.2)岁和乙组(5.3 ± 2.4)年、(66.2 ± 4.8)岁。通过对2组病例信息经 χ^2 、 t 值统计处理并做对比发现,统计值 $P > 0.05$,说明研究具有可行性。本次研究展开前经伦理委员会讨论批准,所选对象事先知情且参与时均为自愿。

1.2 方法

2组均做好术前眼部及常规相关检查,静滴甘露醇脱水,给予抗感染、降眼压等常规治疗,手术需在眼压降低至30mmH₂O以下后展开。

甲组采取小梁切除术联合超声乳化治疗,行球周神经组织麻醉,给予1%利多卡因,常规消毒铺巾,起效后将眼睑打开,对结膜囊予以冲洗,以穹窿为基底在角膜上方做结膜瓣,再做巩膜瓣,规格3mm×3mm,然后做一隧道切口,在切口左侧做辅助切口,位于透明角膜部位,然后将透明质酸钠注入,实施环形连续撕囊,采

取超声乳化治疗仪在充分水分层、水分离后将皮质及晶状体核吸出,将透明质酸钠注入囊袋和前房,将后房型人工晶体植入囊袋内,小梁切除于巩膜瓣下方实施,将周边虹膜切除,对球结膜、巩膜瓣在复位后做缝合处理,对术眼涂抹妥布霉素地塞米松眼膏后实施包扎处理。

乙组采取房角分离术联合超声乳化治疗,同甲组行开睑、消毒、麻醉等操作,将上方结膜剪开,将切口作于颞侧透明角膜部位,辅助切口作于前房角及角膜缘部位,向前房穿刺注如粘弹剂,然后撕囊,对水分层处理后,经超声碎核,将皮质残余和晶状体核经乳化吸出,再向囊袋和前房内注入粘弹剂,将人工晶状体置入,分离房角,实施缩瞳处理,注射卡巴胆碱注射液,在虹膜根部于前房角镜下注入粘弹剂,对房角实施钝性分离(360°),然后将前房冲洗干净,并将切口闭合。术后处理同甲组。

1.3 评价指标

对比2组:(1)相关指标:术前、术后半年测定中央前房深度(ACD)、散光度、眼压、裸眼视力等,ACD经眼A超仪测定,眼压等眼压测量仪测定,裸眼视力经“E”型视力表测定。(2)并发症:观察记录眼压增高、前房炎症、角膜水肿等发生情况。(3)疗效^[7]:患者视力模糊、晶状体浑浊等症状基本消失,无需降眼压药,术后半年视力显著改善为显效;患者前述症状减轻,眼压需给予2种降眼压药加以控制,术后半年视力好转为有效;前述条件患者均不满足或病情加重为无效。(4)生存质量(SF-36)^[8]:评估4个因子,即日常生活、物质、心理、社会等功能因子,各为100分满分。

1.4 分析数据

在软件SPSS22.0中对各项指标结果做出处理和分析,以 χ^2 、 t 值等方法展开统计,结果分别经 $\bar{x} \pm s$ 和 $[n(\%)]$ 来表示,各自代表结果中的计量和计数值,若 P 值 < 0.05 ,则说明研究结果符合统计意义。

2. 结果

2.1 对比相关指标

2组对比术后半年ACD、散光度、眼压、裸眼视力等指标结果,乙组均优于甲组($P < 0.05$);但术前2组对比前述指标的差异较小($P > 0.05$)。如表1示。

表 1: 2 组对比相关指标 ($\bar{x} \pm s$, n=40)

组别	ACD (mm)		散光度 (°)		眼压 (mmHg)		裸眼视力 (°)	
	术前	术后半年	术前	术后半年	术前	术后半年	术前	术后半年
乙组	1.5 ± 0.7	2.6 ± 0.5	1.5 ± 0.1	0.5 ± 0.1	26.1 ± 2.8	11.2 ± 2.5	0.3 ± 0.2	0.9 ± 0.1
甲组	1.5 ± 0.6	1.9 ± 1.3	1.5 ± 0.2	0.9 ± 0.1	25.9 ± 2.5	15.8 ± 2.2	0.3 ± 0.1	0.6 ± 0.1
t 值	0.254	7.541	0.026	4.533	1.024	4.784	0.014	3.265
P 值	0.748	0.000	0.968	0.011	0.124	0.010	0.977	0.025

2.2 对比疗效结局

2 组对比总有效率结果, 乙组为 92.5% 高于甲组 75.0% ($P < 0.05$)。如表 2 示。

表 2: 2 组对比疗效结局[例 (%)]

组别	n	无效	有效	显效	有效率 (%)
乙组	40	3	12	25	37 (92.5)
甲组	40	10	10	20	30 (75.0)
χ^2 值					6.544
P 值					0.001

2.3 对比并发症

2 组对比并发症结果, 乙组总发生率 15.0% 低于甲组 35.0% ($P < 0.05$)。如表 3 示。

表 3: 2 组对比并发症[例 (%)]

组别	n	眼压增高	前房炎症	角膜水肿	发生率 (%)
乙组	40	2	2	2	6 (15.0)
甲组	40	5	4	5	14 (35.0)
χ^2 值					7.859
P 值					0.000

2.4 对比生存质量

2 组对比 SF-36 量表结果, 乙组各项评分均高于甲组 ($P < 0.05$)。如表 4 示。

表 4: 2 组对比 SF-36 量表评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	物质	日常生活	社会	心理
乙组	40	79.5 ± 3.3	80.2 ± 2.4	79.4 ± 2.2	77.5 ± 2.6
甲组	40	62.4 ± 3.1	64.8 ± 2.3	64.1 ± 2.3	60.5 ± 2.3
t 值		17.022	22.541	15.639	16.477
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3. 讨论

ACG 以秋冬季节较为多发, 且多会在过度劳动、傍晚后、情绪剧烈波动后发作, 而充分的休息和睡眠可对患者症状予以显著缓解^[9]。但随着病情的进展, 多数患者可出现视物模糊、视力降低等情况, 若治疗不及时, 则还会伴发严重视力降低, 尤其是老年晚期患者还会出现白内障, 从而引发前房关闭、眼压增高等症状, 甚至导致患者失明^[10]。在对 ACG 合并白内障进行治疗时, 临床首选手术治疗, 目的在于将白内障晶状体摘除, 并对瞳孔阻滞加以缓解。由于超声乳化技术的进步和发展那, 近些年广泛采取的术式为房角分离术联合超声乳化、小梁摘除术联合超声乳化, 二者均可将晶状体病变解除, 且可对瞳孔阻滞予以有效缓解, 疗效较为理想^[11]。而其中房角分离术联合超声乳化治疗患者的优势更为理想, 分析原因为房角分离术的优势在与角膜散光小、眼内干扰小、切口小等, 不仅能将关闭的房角打开, 还可对房水循环通道重新建立, 可加深房角宽度和 ACD, 可有效排除房水, 具有更强的适用性^[12]。本文结果中, 2 组对比术后半年 ACD、散光度、眼压、裸眼视力等指标结果, 乙组均优于甲组 ($P < 0.05$)。2 组对比总有效率结果, 乙组为 92.5%

高于甲组 75.0% ($P < 0.05$)。2 组对比并发症结果, 乙组总发生率 15.0% 低于甲组 35.0% ($P < 0.05$)。2 组对比 SF-36 量表结果, 乙组各项评分均高于甲组 ($P < 0.05$)。可见, ACG 合并白内障采取房角分离术联合超声乳化治疗发挥着良好优势和作用。

综上, ACG 合并白内障采取房角分离术联合超声乳化的效果确切, 即可改善患者视力水平, 有效降低眼压和散光度, 且并发症少, 安全性高, 还可改善其生存质量, 可进一步借鉴推广。

参考文献:

- [1] 江颖. 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]. 中国保健营养, 2021, 31(27):59.
- [2] 谭心格. 超声乳化联合房角分离术治疗原发性闭角型青光眼合并白内障的疗效研究[J]. 淮海医药, 2021, 39(5):484-486.
- [3] Li Yuancun, Guo Chengyao, Huang Chukai, et al. Development and Evaluation of the Prognostic Nomogram to Predict Refractive Error in Patients With Primary Angle-Closure Glaucoma Who Underwent Cataract Surgery Combined With Goniosynechialysis[J]. 2021, 8:749903-749903.
- [4] 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(7):868-872.
- [5] 范世超, 崔建军, 张宏霞, 等. 超声乳化联合房角分离术治疗原发性闭角型青光眼合并白内障的临床疗效分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(14):33-34.
- [6] 林芬明, 吴伟霞, 刘细娇, 等. 超声乳化白内障吸除联合房角分离与小梁切除术治疗慢性闭角型青光眼疗效比较[J]. 内蒙古医学杂志, 2021, 53(1):62-63, 66.
- [7] 任虹, 张良. 小梁消融术联合白内障超声乳化及房角分离术治疗老年原发性闭角型青光眼合并白内障疗效观察[J]. 新乡医学院学报, 2020, 37(11):1062-1067.
- [8] 黄翠婷, 吴晶晶, 吴巧妃, 等. 超声乳化合并小瞳下房角分离术在白内障合并闭角型青光眼中的应用[J]. 宁夏医科大学学报, 2020, 42(12):1249-1253.
- [9] 翁明设. 前房角分离术联合白内障超声乳化人工晶状体植入术治疗急性闭角型青光眼合并白内障的疗效观察[J]. 临床医学工程, 2020, 27(12):1625-1626.
- [10] 胡永成, 张智科, 张旭东, 等. 超声乳化术联合前房角分离术治疗白内障伴发闭角型青光眼[J]. 中华眼外伤职业眼病杂志, 2020, 42(9):699-703.
- [11] Su Wei-Wen, Hsieh Shian-Sen, Sun Ming-Hui, et al. Comparison of Visual Field Progression Rate before and after Cataract Surgery in Patients with Open-Angle and Angle-Closure Glaucoma[J]. 2021, 2021:7655747-7655747.
- [12] 杨维刚, 刘璇梅. 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有效性和安全性[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(17):120-122.