

对比分析三种手术方式治疗青光眼合并白内障的疗效

刘开宇(湖北省荆州市第二人民医院 434000)

【摘要】 目的 比较三种手术方式治疗青光眼合并白内障的临床疗效。**方法** 选取 2011 年 1 月至 2013 年 1 月该院收治的 96 例青光眼合并白内障患者,共 96 只眼,手术以前使用药物能将眼压控制在正常的范围之内并且视力在 0.3 以下的患者作为研究对象。患者分成 A、B、C 3 组,每组 32 只眼,A 组患者采取白内障超声乳化加上人工晶状体植入术进行治疗,B 组患者在 A 组的基础上联合虹膜根切术进行治疗,C 组患者在 A 组的基础上联合小梁咬切术进行治疗,在手术以后对 3 组患者进行 6 个月的随访。比较 3 组患者手术前后的眼压、裸眼视力、并发症的发生情况。**结果** 手术前、后 3 组患者的眼压平均数比较,比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。手术后 6 个月,A、B、C 3 组患者出现视力降低的眼数分别为 3、2、3 只,比较差异无统计学意义($P>0.05$)。手术前、后 3 组患者的裸眼视力比较,比较差异无统计学意义($P>0.05$)。3 组患者手术后的并发症发生情况比较,比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 对于青光眼合并白内障患者采取三种不同的手术方法,效果没有明显的差异,临床上应该根据患者临床表现选择合适的手术方式。

【关键词】 白内障合并青光眼; 虹膜根切术; 小梁咬切术; 白内障超声乳化; 人工晶状体植入术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.18.049 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)18-2606-02

青光眼起病比较急,病情发展迅速,常造成患者视力下降,甚至失明。青光眼患者在发病的过程中如果伴有白内障,会使病情加重,且治疗难度大。在临床上,青光眼合并白内障又是比较常见的眼部疾病,采取手术治疗的关键在于对眼压进行有效控制的同时使患者的视力得到提高。在临床治疗青光眼合并白内障中,白内障超声乳化加上人工晶状体植入术得到普遍的使用,但是在选择手术方法上仍然存在着很大的争议^[1-2]。本文主要对三种手术方式治疗青光眼合并白内障的临床疗效进行分析,现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 1 月至 2013 年 1 月本院收治的 96 例青光眼合并白内障患者,共 96 只眼作为研究对象,分成 A、B、C 3 组,每组均有 32 只眼。所有患者中女 55 例,男 41 例;年龄 42~80 岁,平均 62.3 岁;所有患者在手术以前使用药物能将眼压控制在正常的范围之内,并且视力在 0.3。对于 A 组患者采取白内障超声乳化加上人工晶状体植入术,B 组患者在 A 组的基础上联合虹膜根切术,C 组患者在 A 组的基础上联合小梁咬切术。手术以后对患者进行 6 个月的随访,并对患者的视力、房角以及眼压等进行检查。将 3 组患者的年龄、性别等一般资料进行对比,比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 术前准备:在手术以前,对患者的眼压、人工晶状体、色觉以及视力等进行常规的测量,手术的前 3 天使用卡替洛尔,每天 2 次,每次 1 滴,将患者的眼压降低到正常的范围之内。手术前对患者的泪道以及结膜囊进行冲洗,如果患者的眼压比较高,在手术以前的 30 min,使用 250 mL 20% 的甘露醇进行静脉滴注,散瞳患者使用托吡卡胺滴眼液^[3-4]。

A 组采取白内障超声乳化加上人工晶状体植入术。以穹隆作为基底进行结膜瓣,在巩膜后 10 点到 11 点的位置采取透明角膜做辅助的切口,将粘弹剂注入前房,采取 5.5 mm 的持续环形撕囊,将水分离,在原位机械的加超声碎核乳化进行吸除,注吸以后将皮质清除,将粘弹剂注入囊袋以及前房之内,然后将后房型的人工晶状体置入到囊袋之中,将干净的粘弹剂注吸,对切口进行检查,确保没有渗漏情况,将结膜瓣恢复,手术

完成以后将复方妥布霉素眼药膏涂在结膜囊之中。

B 组在 A 组的基础上联合虹膜根切术。白内障超声乳化加上人工晶状体植入术手术以前的处理、麻醉方法、手术方法以及晶状体的植入参照 A 组。在将人工晶状体植入以后,将卡米可林缩瞳注入前房之中,在巩膜隧道切口位置的巩膜瓣下顺着角巩膜缘进行全层的切开,将虹膜的根部剪除,这样能复圆瞳孔,对切口进行检查,确保没有渗漏的情况,对于结膜的切口采取对位缝合的方式,手术完成以后使用复方妥布霉素眼药膏涂于结膜囊之中。

C 组患者在 A 组的基础上联合小梁咬切术。白内障超声乳化加上人工晶状体植入术手术以前的处理、麻醉方法、手术方法以及晶状体的植入参照 A 组。在巩膜隧道的切口位置的巩膜瓣下顺着巩膜将后唇全层的切开,小梁组织使用咬切器进行 1 mm×2 mm 的咬除,然后将虹膜根部剪除,这样能复圆瞳孔,隧道切口使用 0-10 缝合线进行缝合,对切口进行检查,确保没有渗漏的情况,对于结膜的切口采取对位缝合的方式,手术完成以后使用复方妥布霉素眼药膏涂于结膜囊之中。

手术后对患者进行 6 个月的随访,并对患者的视力、房角以及眼压等进行检查。

1.3 统计学处理 采用 SPSS16.0 软件进行数据处理和统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。计数资料采用百分率表示,组间比较采用卡方检验。 $P<0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组患者手术前后的眼压比较 手术前 3 组眼压平均数进行对比,比较差异无统计学意义($P>0.05$)。手术后 6 个月眼压与手术以前眼压进行对比,3 组患者的比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。手术以后 3 组患者间的眼压比较,比较差异无统计学意义($P>0.05$)。在手术 6 个月以后,由于眼压比较高而造成视力降低,A 组有 3 只眼,B 组有 2 只眼,C 组有 3 只眼,将 3 组进行对比,比较差异无统计学意义($P>0.05$)。在手术 6 个月以后,A 组有 30 只眼的眼压在正常的范围之内,B 组有 29 只眼,C 组有 31 只眼,将 3 组进行对比,比较差异无统计学意义($P>0.05$)。手术前后 3 组患者眼压情况见表 1。

表 1 手术前后 3 组患者眼压情况($\bar{x}\pm s$)		
分组	手术前	手术后 6 个月
A 组	23.83±8.15	14.91±2.49
B 组	22.40±8.68	15.21±2.69
C 组	25.33±7.33	14.25±2.11

2.2 3 组患者的裸眼视力比较 手术以后,3 组患者的裸眼视力都有一定程度的提高,对 3 组患者手术前后的裸眼视力进行对比,比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 患者手术前后的裸眼视力对比(n)									
分组	n	时间	>0.1	$1.0\sim 0.6$	$>0.6\sim 0.3$	$>0.3\sim 0.01$	数值	手动	光感
A 组	32	术前	0	0	1	8	7	9	5
		术后	2	3	12	11	1	1	2
B 组	32	术前	0	0	2	9	6	10	4
		术后	1	5	10	12	1	3	0
C 组	32	术前	0	0	2	7	8	9	6
		术后	0	4	11	11	4	1	1

2.3 3 组患者的术后的其他并发症情况 在手术以前以及手术以后的第 4 周到第 6 周对患者进行房角镜检查,患者在手术以后前房角均有增宽的情况,与手术前相比较,虹膜根部位置较为平坦,范围的可见度变宽,虹膜前部的粘连情况减少得较为明显,一些患者能重新开放房角,在开放位置的小梁表面色素比较多。在 3 组患者中,都有一定程度存留房角关闭粘连的情况。少数患者在手术以后出现角膜水肿的症状,通常在 2~7 d 以后水肿症状消失。在手术以后有 3 例患者前房纤维素样发生渗出,都为手术以前眼压比较高或者是有急性发作病史的患者,在采取相应的治疗以后,渗出物消失。详细记录患者术后以上并发症发生情况并进行差异检验,比较差异没有统计学意义($P>0.05$)。

3 讨 论

白内障以及青光眼都是临床上比较常见的眼部疾病,在 40 岁以上的人群中发病率高,在临床中通常两者是并存的^[5-8]。如果青光眼患者长时间的使用降眼压的有关药物,就会在一定程度上加快形成白内障,白内障患者在过熟期或者是膨胀期都容易引发青光眼,所以,要选择一种有效的手术治疗方法,既能使眼压得到降低,也能预防患者视力降低。

随着医疗技术的不断发展,临床中白内障超声乳化术得到广泛的应用,在一定程度上提前了采取白内障手术的时机,同时也放宽了抗青光眼手术中的有关适应证。由于青光眼患者在手术以后,会使白内障的形成加快,采取青光眼合并白内障联合手术的方式,能避免二次手术给患者所带来的经济压力以及痛苦,同时也能避免由于二次手术而引起的并发症,且联合手术与青光眼手术以后再采取白内障手术相比,相对难度更低。白内障摘除手术能有效地降低眼压,超声乳化白内障手术以后会明显的加深前房,虹膜会发生后移,这会促进房角的开放,有助于房水排除功能的增加,降压效果比较理想。但是对于青光眼患者单纯的采取超声乳化白内障手术,在手术以后难以对眼压进行有效控制,需要使用药物对眼压做进一步地控制,甚至需要进行再次手术。因此,对于青光眼合并白内障患者,采取联合手术的方式,效果较为理想,能使产生青光眼的不同因素得到彻底的解决,手术以后并发症减少,同时也能使手术成功率提高,成功治愈顽固性青光眼,减少并发症的发生。

本组研究结果显示,在手术以前、手术以后的第 4 周到第 6 周对患者进行房角镜检查,手术以后前房角都有增宽的情况,与手术前相比较虹膜根部较为平坦,范围的可见度变宽,虹膜前部的粘连情况减少得较为明显,一些患者能重新开放房角,在开放位置的小梁表面色素比较多。通常情况下认为,对于青光眼合并白内障患者来说,手术以前使眼压降低到正常的范围之内,并且在房角镜检查以后房角开放程度在 1/3 以上,采取白内障超声乳化加上人工晶状体植入术是安全有效的,也就是单纯的采取白内障手术的疗效要优于联合手术治疗或是分阶段的手术治疗。出现这种情况的原因主要为超声乳化手术属于闭合型的手术,手术过程中所灌注的液体会对前房造成压力,这样会起到开放房角以及减少粘连的效果^[9-10]。同时在置换并且摘除晶状体以后,在解剖结构方面属于加深前房,这就为房角的加宽提供一定的条件,这能从根本上将瞳孔阻滞的情况解除。

综上所述,对于青光眼合并白内障患者,三种手术疗效并无差异,临床上应该根据患者的临床表现等选择适合的手术方法,以达到最佳的治疗效果。

参考文献

[1] 万雄,周峻.三联手术治疗白内障青光眼 68 例临床观察[J]. 航空航天医学杂志,2011,12(3):1180-1182.

[2] 吴文洁,张凤梅.超声乳化人工晶状体植入联合小梁切除术治疗青光眼合并白内障的疗效观察[J]. 眼科新进展,2011,9(8):1132-1134.

[3] 常新奇,孟海林.半导体激光经巩膜睫状体光凝术治疗人工晶状体术后青光眼[J]. 临床眼科杂志,2011,5(4):1176-1178.

[4] 江海波,夏晓波,蒋剑,等. Nd:YAG 激光治疗白内障超声乳化联合人工晶状体植入术后继发恶性青光眼[J]. 中国现代医学杂志,2010,18(1):1174-1176.

[5] 王应利,冯炜,郭纯刚,等. 三维频域光学相干断层扫描对黄斑前膜诊断和分型的应用价值[J]. 中日友好医院学报,2010,33(3):1167-1169.

[6] 宋旭东,王宁利,唐广贤,等. 超声乳化手术治疗原发性闭角型青光眼合并白内障的多中心试验[J]. 医学研究杂志,2010,13(3):1180-1182.

[7] 龚海燕.两种不同三联手术方法治疗白内障合并青光眼的效果比较[J]. 中国现代医生,2010,12(27):1156-1158.

[8] 谢九冰,寇义华,岳向东,等. 白内障合并青光眼不同联合手术方式的疗效比较[J]. 现代中西医结合杂志,2010,23(27):1178-1180.

[9] 王梅海.超声乳化及青光眼白内障联合手术治疗合并白内障的闭角型青光眼疗效对比[J]. 河北医学,2011,10(4):1147-1149.

[10] 程美仙,罗添场,阮敏毅.小切口白内障摘除联合小梁切除术治疗开角型青光眼[J]. 国际眼科杂志,2011,16(5):1167-1169.