

- 与临床, 2017, 14(23): 3478-3480.
- [11] KONG H, FANG L, JIANG R, et al. Distribution of *sas* X, *pvl*, and *qacA/B* genes in epidemic methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* strains isolated from East China [J]. *Infect Drug Resist*, 2018, 11(9): 55-59.
- [12] 何雁鸿, 廖平明, 沈丽莉, 等. 老年 ICU 与非 ICU 感染凝固酶阴性葡萄球菌的耐药性及耐药基因鉴定[J]. *河北医药*, 2020, 42(22): 3484-3488.
- [13] FURUICHI M, MIYAIRI I. Risk factors for persistent bacteremia in infants with catheter-related bloodstream infection due to coagulase-negative *Staphylococcus* in the neonatal intensive care unit [J]. *J Infect Chemother*, 2016, 22(12): 785-789.
- [14] 付盼, 王传清, 俞蕙, 等. 中国儿童细菌耐药监测组 2018 年儿童细菌感染及耐药监测[J]. *中国循证儿科杂志*, 2019, 14(5): 321-326.
- [15] MEHRI H, JAHANBAKHS R, SHAKERI F, et al. Investigation of glycopeptide susceptibility of coagulase-negative staphylococci (CoNS) from a tertiary care hospital in Gorgan, northern Iran [J]. *Arch Pediatr Infect Dis*, 2017, 5: e37264.
- [16] 张燕, 周晋, 曹彤, 等. 入住重症监护室的儿童与成年患者血流感染病原菌分布、耐药性、临床特点比较[J]. *山东医药*, 2021, 61(12): 19-22.
- [17] 凌利芬, 陆学东, 汤一苇. 血流感染的实验室诊断进展研究[J]. *中华医院感染学杂志*, 2018, 28(14): 2234-2240.
- [18] HU F, GUO Y, YANG Y, et al. Resistance reported from China antimicrobial surveillance network (CHINET) in 2018 [J]. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 2019, 38(12): 2275-2281.
- [19] 伍婷婷, 曾吉, 景小鹏, 等. 血培养分离凝固酶阴性葡萄球菌的临床意义[J]. *中华传染病杂志*, 2018, 36(11): 661-664.
- [20] KARAKULLUKCU A, KUSKCU M A, ERGIN S, et al. Determination of clinical significance of coagulase-negative *Staphylococci* in blood cultures [J]. *Diagn Microbiol Infect Dis*, 2017, 87(3): 291-294.
- [21] 刘新光, 崔玉娇, 吴昊, 等. 儿童血培养检出菌的构成与凝固酶阴性葡萄球菌在血流感染中的致病性研究[J]. *河北医药*, 2018, 40(7): 1099-1101.

(收稿日期: 2021-10-13 修回日期: 2022-02-21)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2022. 12. 031

三联手术治疗老年白内障合并急性闭角型青光眼的近期效果分析

马恒哲

洛阳市第三人民医院眼科, 河南洛阳 471000

摘要:目的 探讨青光眼滤过术联合人工晶状体植入术及白内障小切口囊外摘除术治疗老年白内障合并急性闭角型青光眼(AACG)的临床效果。方法 选取该院 2019 年 1 月至 2020 年 1 月收治的 84 例老年白内障合并 AACG 患者, 根据治疗方案不同分为对照组和观察组, 每组各 42 例。对照组给予白内障小切口囊外摘除术+人工晶状体植入术治疗, 观察组于对照组基础上加用青光眼滤过术。对比两组术前、术后 3 个月视力、眼压、前房深度、前房角度、角膜内皮细胞密度、六角形细胞的百分数、并发症发生率及低视力者生活质量量表(LVQOL)评分。结果 术前、术后 3 个月两组视力差异无统计学意义($P>0.05$); 术后 3 个月两组前房深度差异无统计学意义($P>0.05$), 观察组眼压低于对照组($P<0.05$), 前房角度高于对照组($P<0.05$); 术后 3 个月两组角膜内皮细胞密度、六角形细胞的百分数低于术前($P<0.05$), 但术前及术后 3 个月两组间上述指标比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 两组并发症发生率差异无统计学意义($P>0.05$); 术后 3 个月, 两组 LVQOL 评分高于术前, 且观察组高于对照组($P<0.05$)。结论 青光眼滤过术联合人工晶状体植入术及白内障小切口囊外摘除术治疗老年白内障合并 AACG 患者疗效确切, 安全性高, 可作为首选方案。

关键词: 青光眼滤过术; 人工晶状体植入术; 白内障小切口囊外摘除术; 老年白内障; 急性闭角型青光眼

中图分类号: R779.6

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2022)12-1699-04

老年白内障合并急性闭角型青光眼(AACG)是临床较常见的疾病, 晶状体因素为其重要的发病因素^[1]。既往对于老年白内障合并 AACG 多采取 2 种手术方案, 即单独白内障手术或白内障、青光眼分期手术。但单独白内障手术可能存在青光眼治愈不良, 而分期手术易增加并发症的发生^[2]。近年来, 白内障、青光眼联合手术逐渐完善, 国际上对于此术式的开展已较成熟, 而国内仍处于起步阶段, 手术的可行性和风险尚未明确^[3]。本研究选取本院老年白内障合并 AACG 患者 84 例, 探究青光眼滤过术联合人工

晶状体植入术及白内障小切口囊外摘除术的治疗效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2019 年 1 月至 2020 年 1 月收治的 84 例老年白内障合并 AACG 患者, 根据治疗方案不同分为观察组和对照组, 各 42 例。纳入标准: (1) 均符合白内障^[4]及 AACG^[5]诊断标准; (2) 前房角粘连 $180^{\circ} \sim 270^{\circ}$; (3) 单纯使用降低眼压药物效果不理想; (4) 患者及家属知情同意。排除标准: (1) 外伤性、先天性白内障; (2) 玻璃体积血; (3) 视网膜剥

离;(4)血糖水平控制不佳。对照组女 20 例,男 22 例;年龄 60~78 岁,平均(65.81±2.25)岁;青光眼病程 1~5 d,平均(3.09±0.82)d;白内障 Emery 分级:Ⅱ级 11 例,Ⅲ级 22 例,Ⅳ级 9 例。观察组女 18 例,男 24 例;年龄 60~79 岁,平均(66.24±2.39)岁;青光眼病程 1~5 d,平均(3.14±0.90)d;白内障 Emery 分级:Ⅱ级 10 例,Ⅲ级 24 例,Ⅳ级 8 例。两组基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予白内障小切口囊外摘除术+人工晶状体植入术治疗。患者取仰卧位,常规消毒铺巾,复方托吡卡胺滴眼液散瞳,爱尔卡因液表面麻醉,于眼球上方作结膜瓣(以穹窿部为基底),在角膜巩膜边缘后约 2 mm 处作一反眉形巩膜隧道切口(长度约 3.2 mm),连续环形撕囊,游离晶状体核,注入黏弹剂,劈核,冲洗后植入人工晶状体。

1.2.2 观察组 于对照组基础上加用青光眼滤过术。于角膜缘上方作结膜瓣,翻转使巩膜暴露,作角膜缘为基底的巩膜瓣,翻转巩膜瓣,将小梁组织切除。

1.3 观察指标 (1)术前、术后 3 个月视力;(2)术前、术后 3 个月眼压、前房深度、前房角度。采用 Goldmann 压平眼压计测量眼压,采用德国 Oculus 公司 Pentacam 三维眼前节分析系统测定前房深度、前

房角度;(3)术前、术后 3 个月角膜内皮细胞密度、六角形细胞的百分数,采用 TOPCON SP 3000P 角膜内皮测量仪测定;(4)并发症;(5)采用低视力者生活质量量表(LVQOL)评估两组术前、术后 3 个月生活质量,包括 4 个维度,25 个条目,各条目分别计 0~5 分,满分 125 分,得分越高,生活质量越高。

1.4 统计学处理 采用 SPSS21.0 统计软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用 Ridit 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组视力比较 术前、术后 3 个月两组视力比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

2.2 两组眼压、前房深度、前房角度比较 术后 3 个月,两组眼压低于术前($P<0.05$),前房深度、前房角度高于术前($P<0.05$);术后 3 个月,两组前房深度差异无统计学意义($P>0.05$),观察组眼压低于对照组($P<0.05$),前房角度高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组角膜内皮细胞密度、六角形细胞的百分数比较 术后 3 个月,两组角膜内皮细胞密度、六角形细胞的百分数低于术前($P<0.05$);但术前及术后 3 个月,两组间上述指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 1 两组视力比较[n(%)]

时间	组别	n	<0.1	0.1~0.3	>0.3~0.5	>0.5	U	P
术前	观察组	42	17(40.48)	15(35.71)	8(19.05)	2(4.76)	0.396	0.692
	对照组	42	18(42.86)	16(38.10)	7(16.67)	1(2.38)		
术后 3 个月	观察组	42	1(2.38)	10(23.81)	13(30.95)	18(42.86)	0.589	0.556
	对照组	42	1(2.38)	13(30.95)	12(28.57)	16(38.10)		

注:U、P 为两组比较所得统计值。

表 2 两组眼压、前房深度、前房角度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	眼压(mm Hg)		前房深度(mm)		前房角度(°)	
		术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月
观察组	42	23.35±5.49	11.53±2.87 ^a	1.79±0.41	3.35±0.46 ^a	11.47±3.58	39.06±2.51 ^a
对照组	42	24.07±6.17	13.95±3.14 ^a	1.82±0.44	3.27±0.42 ^a	12.05±3.79	31.82±3.45 ^a
t		0.565	3.687	0.323	0.832	0.721	10.998
P		0.574	<0.001	0.747	0.408	0.473	<0.001

注:与同组术前比较,^a $P<0.05$ 。

表 3 两组角膜内皮细胞密度、六角形细胞的百分数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	角膜内皮细胞密度(个/平方毫米)		六角形细胞的百分数(%)	
		术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月
观察组	42	2 369.35±247.36	2 126.58±281.42 ^a	53.31±5.80	43.96±6.45 ^a
对照组	42	2 408.39±265.45	2 087.51±286.79 ^a	52.83±6.24	45.02±7.21 ^a
t		0.697	0.630	0.365	0.710
P		0.488	0.530	0.716	0.480

注:与同组术前比较,^a $P<0.05$ 。

2.4 两组并发症比较 两组并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 4。

表 4 两组并发症比较[n(%)]

组别	n	前房炎症	角膜水肿	囊膜撕裂	前房出血	合计
观察组	42	3(7.14)	2(4.76)	1(2.38)	2(4.76)	8(19.05)
对照组	42	2(4.76)	3(7.14)	3(7.14)	1(2.38)	9(21.43)
χ^2						0.074
P						0.786

2.5 两组 LVQOL 评分比较 术前两组 LVQOL 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后 3 个月,两组 LVQOL 评分高于术前($P<0.05$),且观察组高于对照组($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组 LVQOL 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	术前	术后 3 个月
观察组	42	65.44 $\pm$ 3.75	98.58 $\pm$ 6.52 ^a
对照组	42	64.97 $\pm$ 4.82	85.05 $\pm$ 7.59 ^a
t		0.499	8.763
P		0.619	<0.001

注:与同组术前比较,^a $P<0.05$ 。

3 讨 论

白内障合并 AACG 好发于老年人群,手术风险较大,致盲率极高。晶状体因素在白内障合并 AACG 发病过程中发挥重要作用^[6]。瞳孔阻滞是 AACG 最主要的原因,而晶状体增大是罪魁祸首^[7]。随着年龄增长及白内障进展,晶状体增大并靠近瞳孔缘,使前房容积缩小,前房深度变浅,导致瞳孔阻滞,后房压力逐渐增高,压迫周边虹膜引起前房角关闭,致使房水引流障碍,眼压增高^[8]。

白内障小切口囊外摘除术+人工晶状体植入术在治疗青光眼手术中起着重要作用,可解除晶状体增大导致的瞳孔阻滞,加深前房,开放前房角,控制眼压。研究指出,部分白内障合并 AACG 患者单纯行白内障手术无法完全开放房角、控制眼压^[9]。同时,青光眼可导致不可逆性视神经萎缩,患者白内障术后眼压恢复正常,但损害不可逆转,视力仍会减退。因此,青光眼滤过术联合人工晶状体植入术及白内障小切口囊外摘除术有相辅相成的作用,可增加外引流,起辅助降眼压作用,并可尽可能减少青光眼所致视力损害。谢晓秀等^[10]研究显示,老年白内障合并 AACG 患者采用白内障人工晶体植入术联合小梁切除术,可有效提高裸眼视力,降低眼压,且安全性较好。本研究数据显示,两组术后眼压较术前明显降低,前房深度及前房角度均显著提高,视力改善,提示两种手术方案均可显著改善老年白内障合并 AACG 患者的临床症状。术后 3 个月,观察组眼压低于对照组($P<0.05$),前房角度高于对照组($P<0.05$),生活质量高于对照组($P<0.05$),提示青光眼滤过术联合

人工晶状体植入术及白内障小切口囊外摘除术治疗老年白内障合并 AACG 患者,可使前房角分离更充分,更有效控制眼压,提高近期生活质量。两组并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示联合手术并未增加手术并发症的发生风险。

研究表明,白内障合并 AACG 患者均存在不同程度的角膜内皮细胞损伤^[11]。而白内障与青光眼手术可导致内皮细胞进一步损伤,主要包括术中气泡、碎屑等机械损伤及灌注液化学成分、酸碱度、离子缓冲容量等的影响^[12]。本研究结果表明,术后 3 个月两组角膜内皮细胞密度、六角形细胞的百分数低于术前($P<0.05$),但两组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示青光眼滤过术对于角膜是安全的,并未增加角膜内皮细胞损伤的风险。

综上所述,青光眼滤过术联合人工晶状体植入术及白内障小切口囊外摘除术治疗老年白内障合并 AACG 患者疗效确切,安全性高,可作为首选方案。

参考文献

- [1] ALAGHBAND P, RODRIGUES A, GOYAL S. Phacemulsification with intraocular implantation of lens, endocyclophotocoagulation, and endoscopic-goniosynechialysis (PIECES): a combined technique for the management of extensive synechial primary angle closure glaucoma[J]. J Curr Glaucoma Pract, 2018, 12(1): 45-49.
- [2] 刘丽, 关玲, 任凤洁, 等. 小梁切除术联合白内障超声乳化吸除并人工晶体植入术对原发性闭角型青光眼的临床疗效观察[J]. 河北医药, 2018, 40(3): 409-412.
- [3] 孟如法. 双切口超声乳化白内障吸除、人工晶状体植入联合复合式小梁切除术治疗青光眼合并白内障的临床疗效[J]. 中国医师杂志, 2020, 22(1): 131-133.
- [4] THOMPSON J, LAKHANI N. Cataracts[J]. Prim Care, 2015, 42(3): 409-423.
- [5] 中华医学会眼科学分会青光眼学组. 中国原发性闭角型青光眼诊疗方案专家共识(2019 年)[J]. 中华眼科杂志, 2019, 55(5): 325-328.
- [6] LORENZ K, WASIELICA-POSLEDNIK J, BELL K, et al. Efficacy and safety of preoperative IOP reduction using a preservative-free fixed combination of dorzolamide/timolol eye drops versus oral acetazolamide and dexamethasone eye drops and assessment of the clinical outcome of trabeculectomy in glaucoma[J]. PLoS One, 2017, 12(2): e0171636.
- [7] 李咏, 林慧, 白云冬, 等. 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及安全性观察[J]. 临床误诊误治, 2019, 32(8): 96-101.
- [8] 汤代文, 荣瑜. 超声乳化白内障吸除人工晶状体植入联合小梁切除术治疗闭角型青光眼合并白内障的临床研究[J]. 临床眼科杂志, 2017, 25(4): 339-341.
- [9] THAM C C, KWUN TONG, LEUNG D Y, et al. Factors correlating with failure to control intraocular pressure in primary angle-closure glaucoma eyes with coexisting cata-

ract treated by phacoemulsification or combined phacotrabeculectomy[J]. Asia Pac J Ophthalmol, 2015, 4(1): 56-59.

[10] 谢晓秀, 蒋秀娟, 池永玲, 等. 白内障人工晶体植入联合小梁切除术治疗老年白内障合并急性闭角型青光眼的临床研究[J]. 老年医学与保健, 2020, 26(4): 587-590.

[11] 李祥芸, 朱祥祥, 冯超, 等. Ahmed 青光眼引流阀植入术

治疗新生血管性青光眼对角膜内皮细胞密度及眼压的影响[J]. 国际眼科杂志, 2017, 17(11): 2137-2139.

[12] 汪涛, 颜华. 超声乳化联合前房角分离术对伴有白内障的闭角型青光眼角膜内皮细胞的影响[J]. 国际眼科杂志, 2016, 16(11): 2142-2144.

(收稿日期: 2021-09-23 修回日期: 2022-02-03)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2022.12.032

糖尿病肾病患者疲乏状况及影响因素研究

沈凌达¹, 杨晨^{2△}

1 上海市杨浦区新江湾城社区卫生服务中心全科, 上海 200438; 2 上海市杨浦区

江浦社区卫生服务中心全科, 上海 200092

摘要:目的 探讨糖尿病肾病患者疲乏状况及影响因素。方法 选取上海市杨浦区两个社区卫生服务中心的糖尿病肾病患者 160 例为研究对象。根据预估肾小球滤过率(eGFR)将患者分为 2 组: 慢性肾脏病(CKD)1~3 期组 76 例, CKD 4~5 期组 84 例, 收集两组患者一般资料, 利用 Piper 疲乏修订量表(RPFS)评估患者疲乏状况, 并分析 CKD 4~5 期组患者疲乏状况的影响因素。结果 两组患者心血管疾病病史、吸烟史、饮酒史、高血压病史、家庭平均月收入、付费方式、文化程度、婚姻状况等基本情况差异无统计学意义($P>0.05$), CKD 4~5 期组患者血压、透析时间、血液透析患者比例明显高于 CKD 1~3 期组患者($P<0.05$)。两组患者总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、K、Na、Mg、P、空腹血糖(FPG)水平差异无统计学意义($P>0.05$), CKD 4~5 期组患者血肌酐(Scr)、甲状旁腺激素(PTH)、Ca 水平高于 CKD 1~3 期组患者($P<0.05$), Hb 水平低于 CKD 1~3 期组患者($P<0.05$)。CKD 4~5 期组患者行为维度、情感维度、感知维度、认知维度方面的 RPFS 评分明显高于 CKD 1~3 期组患者, 差异有统计学意义($P<0.05$)。Logistic 回归分析结果显示, CKD 4~5 期组患者疲乏状况的独立影响因素有 Scr($OR=2.181$, $P=0.022$)、Hb($OR=1.916$, $P=0.025$)、Ca($OR=2.160$, $P=0.024$)、PTH($OR=2.340$, $P=0.029$)。结论 糖尿病肾病 CKD 4~5 期患者疲乏程度明显高于 CKD 1~3 期患者, Scr、Hb、Ca、PTH 是糖尿病肾病 CKD 4~5 期患者疲乏状况独立的影响因素。

关键词: 糖尿病肾病; 疲乏状况; 慢性肾脏病; 影响因素

中图分类号: R587.2

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2022)12-1702-04

随着人口老龄化的加剧, 糖尿病的发病率越来越高, 成为威胁老年患者的主要慢性病, 糖尿病的受损器官之一是肾脏, 糖尿病肾病已经成为终末期肾病的主要病因之一^[1-2]。糖尿病肾病患者早期可通过药物治疗, 而终末期肾病主要依靠长期血液透析治疗, 血液透析虽然能延缓疾病的进展, 延长生存时间, 但是由于治疗周期长且透析频率高, 部分患者在接受治疗时会出现心理疲乏和新的躯体不适症状, 如疲乏、疼痛、抑郁等, 其中疲乏是患者最常见的不适, 也最容易被医务人员和患者所忽视^[3-4]。研究发现, 疲乏不仅影响患者的生活质量及预后, 而且会提高患者的心血管疾病病死率及住院率, 进一步加重了医疗负担和经济负担^[5], 因此, 明确糖尿病患者的疲乏状况和患者疲乏的影响因素, 对于患者的治疗和预后有重要意义。Piper 疲乏修订量表(RPFS)是用于评估患者疲乏状况的量表之一, 主要从 4 个维度、22 个条目来评估患者疲乏程度, 分值越高代表疲乏程度越严重^[6]。本研究拟采用 RPFS 探讨糖尿病肾病患者疲乏程

度及其影响因素, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 1—12 月上海市杨浦区江浦社区卫生服务中心和新江湾城社区卫生服务中心有完整门诊就诊记录的 160 例糖尿病肾病患者为研究对象。纳入标准: (1) 年龄 18~80 岁; (2) 无精神疾病和认知功能障碍, 语言表达清楚; (3) 患者及其家属签署知情同意书; (4) 患者的临床资料完整。排除标准: (1) 就诊记录缺失或主要信息不全的患者; (2) 非本社区常住居民; (3) 存在严重心肺功能障碍或心脑血管疾病的患者; (4) 肿瘤患者。根据预估肾小球滤过率(eGFR)将患者分为 2 组: 慢性肾脏病(CKD) 1~3 期组 76 例, CKD 4~5 期组 84 例。两组患者性别、年龄、病程、体质指数(BMI)等一般资料差异无统计学意义($P>0.05$), 见表 1。本研究经两中心伦理委员会批准。

1.2 方法 收集患者年龄、性别、心血管疾病病史、BMI、血压、吸烟史、饮酒史、糖尿病病史、高血压病

△ 通信作者, E-mail: yylloveccsincere@163.com。