



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白内障合并青光眼的临床效果

林参强

广西桂平市人民医院眼科 537200

【摘要】目的 分析在白内障并青光眼治疗时应用超声乳化白内障吸除联合人工晶状体植入并小梁切除术的临床效果；**方法** 选取 124 例白内障并青光眼患者随机等分为对照组和观察组，对照组采用超声乳化白内障吸除术+人工晶体植入术，观察组患者在此基础上应用小梁切除术；**结果** 两组患者术前 IOP、ACD 以及 AL 值相近 ($P > 0.05$)，术后观察组患者改善情况明显优于对照组患者 ($P < 0.05$)。观察组患者术前、术后的视野缺损值与对照组有着明显的差异性，且术后并发症明显低于对照组患者， $P < 0.05$ ，具有统计学意义；**结论** 在白内障并青光眼的治疗过程中，应用超声乳化白内障吸除联合人工晶状体植入术和小梁切除术，能够有效的提高临床治疗效果，且不良反应较低，适宜在临床中推广应用。

【关键词】 白内障；青光眼；小梁切除术；超声乳化

【中图分类号】 R779.66 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 01-073-02

白内障和青光眼均是我国发病率较高的致盲性疾病^[1]，且两种疾病极易合并发生，为疾病的治疗带来了较大的难度。目前临床中对于白内障并青光眼的主要治疗方案为青光眼手术+白内障摘除术，但效果并不十分理想。本次研究通过给予白内障并青光眼患者超声乳化白内障吸除联合人工晶状体植入并小梁切除术进行治疗，取得了良好的治疗效果，现报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

本次研究选取我院 2015 年-2016 年期间收治的白内障并青光眼患者 124 例，其中男性 60 例，女性 64 例，年龄为 41-74 岁，平均年龄为 61.37 ± 3.44 岁，所有研究对象均为药物治疗效果不佳需行手术治疗的患者，并排除合并有视网膜严重病变以及有手术禁忌症的患者。将 124 例患者随机等分为对照组和观察组，两组患者的基本情况、病情相似， $P > 0.05$ ，具有可对比性。

1.2 手术方法

对照组患者采用超声乳化白内障吸除并人工晶状体植入术，患者术前 30min 常规散瞳，行超乳单纯表麻联合局部结膜下浸润麻醉，沿患眼上方角膜边缘位置将球结膜剪开，以穹隆部位为基地，做结膜瓣。在 11:00 角膜边缘上方约为 1mm 的地方做一巩膜作弧形的平行于角膜缘的长月 5-6mm 的切口，深度为 1/2 巩膜的厚度，行层间分离。作以隧道切口直至角膜部。然后在 10h 角巩膜缘角膜处穿刺如前房，向其中注入黏弹剂，然后做直径约为 6mm 连续环形撕囊，然后进行水分晶体核，使核完全能够脱位于前房，然后在核前、后注入适量的黏弹剂，然后扩大切口应用晶状体核圈勾将晶状体核娩出，再次在前房和囊带内注入适量的黏弹剂，同时植入 PMMA 硬性后房型人工晶状体。然后应用灌注液将黏弹剂替换出，然后在球结膜下注入 3mg 的地塞米松，行常规包扎。

观察组患者采用超声乳化白内障吸除术联合人工晶体植入及小梁切除术进行治疗。患者在手术前 1.5h 时静脉滴注浓度为 200g/L 的甘露醇 250ml，术前 30min 常规散瞳，行局部浸润麻醉联合球后阻滞麻醉。在距离患者上角膜缘 2mm 弧形部将球结膜剪开 5mm，行电凝止血，行小切口乳化白内障摘除术和人工晶状体植入术，待吸尽前、后房黏弹剂后，在前房注入卡米可林实施缩瞳处理。然后进行小梁切除术手术，病将前房所遗留粘弹剂吸除，缝合巩膜瓣。术后给予患者妥布霉素 2 万 U 及地塞米松 2mg 进行结膜下注射，然后行常规包扎。

1.3 疗效标准

分别在治疗前和治疗后对两组患者的 IOP、ACD、AL 水平进行评估，同时在术后 1 周和 3 个月时，对两组患者的平均视野缺损情况进行评估，并对两组患者术后并发症情况进行

统计分析。

1.4 统计处理

采用 SPSS17.0 统计软件对各组实验数据进行分析，数据以均数 ± 标准差表示，用 t 检验进行两组间差异比较， $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

两组患者术前 IOP、ACD 以及 AL 值相近 ($P > 0.05$)，不具有统计学意义，术后观察组患者改善情况明显优于对照组患者， $P < 0.05$ ，具有统计学意义，见表 1。

表 1 两组患者观察指标水平情况 (n=62)

		IOP (mmHg)	ACD (mm)	AL (mm)
对照组	治疗前	17.83 ± 2.52	1.73 ± 0.36	21.98 ± 2.74
	治疗后	14.68 ± 1.63	2.02 ± 0.31	22.02 ± 2.55
观察组	治疗前	17.93 ± 2.37	1.72 ± 0.33	21.99 ± 2.73
	治疗后	$10.15 \pm 1.06^{*#}$	$2.45 \pm 0.22^{*#}$	22.05 ± 2.41

注：* 与对照组对比， $P < 0.05$ 。# 与治疗前对比 $P < 0.05$ 。

观察组患者术前视野缺损值约为 -13.52 ± 4.63 dB，治疗后视野缺损值为 -19.74 ± 3.53 dB，而观察组患者术前和术后的视野缺损值分别为 13.51 ± 3.45 dB 和 15.24 ± 2.57 dB，两组患者间的视野缺损值差异具有明显差异性， $P < 0.05$ ，具有统计学意义。

对照组患者在治疗过程中，共计有 8 例患者出现并发症，并发症发生率为 12.5%。观察组患者在治疗过程中共计发生并发症 3 例，并发症发生率为 4.69%，两组患者的并发症发生率具有明显的差异性， $P < 0.05$ ，具有统计学意义。

3 讨论

目前临床中在治疗白内障并发青光眼时，通常采用联合手术的方法进行治疗。但是对于青光眼合并白内障患者来说，在先行小梁切除术而再行白内障人工晶状体植入技术时，小梁切除术并不能有效的改善患者的视力情况，并且在术后极易使患者发生眼角膜水肿、瞳孔上移等多种并发症，不利于患者病情的改善，同时还可能进一步加速白内障的发展^[3]。而随着近年来医学技术的不断发展与完善，超声乳化技术联合人工晶体植入术被广泛用于白内障并青光眼的临床治疗中，且取得了较为满意的治疗效果，但是同时也会出现增加患者二次手术的风险，加大手术难度等一系列负面影响^[4]。因此目前临床中考虑将三种治疗方法相结合，用于白内障并青光眼的临床治疗中。本次研究结果显示，联合应用三种治疗方法在治疗白内障并青光眼的患者时，不仅能够有效的改善患者视力水平，降低患者眼压，同时还能够有效的降低手术

(下转第 76 页)



皮肤弹性稍差,哭时有泪,尿量稍减少。(2)中度脱水:体液丢失为原有体重的5%-10%。患儿烦躁或萎靡,口腔粘膜干燥,前囟和眼窝明显凹陷,皮肤弹性差,哭时泪少,四肢稍凉,尿量明显减少。(3)重度脱水:体液丢失为原有体重的10%-15%。患儿极度萎靡或昏迷,前囟和眼窝极度下陷,双眼闭合不好,口腔粘膜极干,皮肤弹性极差,无泪,由于血液浓缩,循环血量不足,所以呼吸心率加快,心音低弱,皮肤发花,四肢冰凉,血压下降,尿量极少或无尿。

由于腹泻患儿丧失的水分和电解质的比例不同,可造成等渗、低渗或高渗性脱水,以前两者多见:(1)等渗(张性脱水:即水和电解质成比例丢失(失水=失盐),就是说脱水后血液的渗透压和脱水前是一样的,血清钠浓度为130-150毫当量/升,血浆渗透压280-310毫渗透分子/升。这种

性质的脱水占婴幼儿腹泻脱水患儿的40%-80%。(2)低渗(张)性脱水:即电解质丢失比水丢失多(失盐>失水),就是说脱水后血液的渗透压比脱水前低,血清钠浓度<130毫当量/升,血浆渗透压小于280毫渗透分子/升。这种性质的脱水约占脱水患儿的20%-50%。低渗性脱水由于细胞外液减少,所以脱水症状较重;细胞内液增加,可出现神经系统症状,如抽风、昏迷、颅内压增高、脑水肿。(3)高渗(张)性脱水:即水丢失比电解质丢失多(失水>失盐),就是说脱水后血液的渗透压比脱水前高,血清钠浓度>150毫当量/升,血浆渗透压大于310毫渗透分子/升。这种性质的脱水占脱水患儿的1%-2%。由于细胞外液丢失相对较少,所以脱水症状相对较轻;由于细胞内脱水,所以患儿发热,口渴烦躁,四肢发紧,有的孩子可发生抽风。

(上接第71页)

32(11):1051-1053.

[2] 余文仲. 无创正压通气在急性心肌梗死合并左心衰竭患者救治中的应用效果[J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(19):4336-4337.

[3] 兰发定, 周桂芝. 无创正压通气在老年急性心肌梗死合并左心衰竭中的应用[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(23):5259-5260.

[4] 赵艳辉, 冯国鹏, 高瑾等. BiPAP 正压通气在治疗老年急性心肌梗死合并肺水肿患者中的应用研究[J]. 继续医学教育, 2016, 30(5):99-101.

[5] 马福元. 无创正压通气在老年急性心肌梗死并左心衰竭的临床应用研究[J]. 中国现代医生, 2013, 51(20):134-136.

[6] 左希宏, 张艳玲, 陈欢等. 左西孟旦联合无创正压通气治疗急性心肌梗死后急性左心衰竭的效果观察[J]. 中国当代医药, 2015, 22(24):60-62, 65.

(上接第72页)

问题,也需要结合 SAPS 的检测结果对治疗结果,进行症状上的控制防控,通过减少暴力行为的社会影响因素,从而确保在社区责任机制上的有效控制。对病人的不同治疗疗效情况,患者的病情与其自身的教育背景和家庭经济情况并无明显关系,因此在这方面的应用管理上,并无直接因素联系。

综上所述,在进行现代的精神病社区防治症状的研究分析中,为进一步促进对社会功能和应用影响因素上的控制调整,并保证其全面功能的有效改善作用,就需要结合长期性的工程建设基础,促进对整体结构应用领域上的有效建设,确保在社区康复治疗上的安全有效性。

参考文献:

[1] 姜松国, 朱辉武, 王皎华. 个案管理在重性精神疾病

社区防治康复中的效用研究[J]. 中国现代医生, 2015(12):122-125.

[2] 李卫东, 司文霞, 孙永合, 等. 浅谈重性精神疾病患者的社区康复现状及对策[J]. 中国民康医学, 2015(10):73-75.

[3] 朱培. 社区重性精神病人治疗康复影响因素分析[J]. 中外女性健康研究, 2015(15):12-12.

[4] 黄成, 张永生, 宋德宽. 家庭医生责任制模式干预对社区精神病患者康复效果的影响[J]. 中国医学创新, 2016, 13(15):134-137.

[5] 姜立. 社区精神疾病现状与防治、康复管理情况的分析探索[J]. 中国社区医师, 2016, 32(2):173-174.

[6] 张平. 精神疾病在社区的现状和防治、康复管理情况的分析[J]. 中国社区医师, 2016, 32(29):186-187.

(上接第73页)

并发症的发生,进而有效的提高了患者治疗效果。

在白内障并青光眼的治疗过程中,应用超声乳化白内障吸除联合人工晶状体植入术和小梁切除术,能够有效的提高临床治疗效果,且不良反应较低,适宜在临床中推广应用。

参考文献:

[1] 李凌云. 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白内障合并青光眼的临床分析[J]. 吉林医学, 2014, 35(9):1816-1817.

[2] 才素莲. 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白内障合并青光眼的效果观察[J]. 当代医学, 2016, 22(3):30-31.

[3] 阙鹏志, 梁品琪, 梁策. 白内障超声乳化联合小梁切除术治疗青光眼合并白内障的临床分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(18):2273-2274.

[4] 陈建丽, 韩英军, 张满红, 等. 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白内障合并青光眼的临床疗效分析[J]. 现代生物医学进展, 2013, 13(24):4705-4709.

(上接第74页)

对于患者术后不良反应的控制,效果更为显著。

参考文献:

[1] 章志军, 王波, 黄俊伟, 等. 腹腔镜联合胆道镜治疗胆囊结石合并胆总管结石 52 例临床疗效观察[J]. 中国医药导刊, 2012, 14(8):1321-1322.

[2] 孙文郁, 姜晓峰, 姜洪磊, 等. 腹腔镜和十二指肠镜

及胆道镜联合治疗胆囊结石合并胆总管结石 26 例[J]. 中国现代普通外科进展, 2010, 13(2):160-161.

[3] 王行雁, 徐智, 王立新, 等. 胆囊结石合并胆总管结石的外科微创治疗[J]. 中国微创外科杂志, 2012, 12(6):515-517.

[4] 周利国, 唐才喜, 周红兵. 腹腔镜内窥镜治疗胆囊结石合并胆总管结石两种术式的临床分析[J]. 中华肝胆外科杂志, 2009, 15(9):679-681.