



## •临床研究•

## 闭角型青光眼合并白内障应用超声乳化人工晶体植入联合房角分离术治疗的分析

袁媛

常德市汉寿县人民医院 415900

**摘要：**目的：对闭角型青光眼合并白内障患者治疗中联合施予超声乳化人工晶体植入、房角分离术的效果进行探讨。方法：选取于我院接受治疗的58例合并有白内障的闭角型青光眼患者，超声乳化后将人工晶体植入，再行房角分离术，对手术过程、结果进行回顾。结果：手术都顺利完成，严重并发症没有出现；术后视力平均值是 $(0.25 \pm 0.37)$ ，与术前的 $(0.16 \pm 0.03)$ 对比明显较高，且术后眼压明显较术前低，前房深度明显较术前高， $P < 0.05$ ；术后房角都明显比术前宽，粘连范围可见显著缩小或者消失。结论：对合并存在白内障的闭角型青光眼患者，同时施予超声乳化人工晶体植入、房角分离术效果优越，且安全性理想。

**关键词：**闭角型青光眼；白内障；超声乳化；房角分离**中图分类号：**R256.12**文献标识码：**A**文章编号：**1009-5187(2017)15-072-02

闭角型青光眼属于眼科临床常见病的一种，患此病的患者大多需接受抗青光眼手术[1]。对于合并有白内障的闭角型青光眼患者，联合施予超声乳化人工晶体植入、房角分离术，可将房角撑开，使房水的循环恢复，使眼压降低，并使相关并发症减少[2]。为进一步对合并存在白内障的闭角型青光眼患者行以上两种手术的效果进行探讨，本次研究将58例患者的手术过程与结果呈现如下：

### 1.对象及方法

#### 1.1对象

在2015年4月到2016年4月间于我院接受手术的闭角型青光眼合并白内障患者中选择58例，均为单眼患病，急性的有37例，慢性的有21例，男女分别有30例、28例，47岁-78岁，中位数 $(62.5 \pm 5.6)$ 岁，32例为左眼，26例为右眼。术前眼压在21至43mmHg之间，中位数 $(32.3 \pm 5.7)$ mmHg，视力为0.05至0.32，中位数 $(0.16 \pm 0.03)$ 。经Scheie分级，15例房角全部关闭，31例为II级至III级，I级有12例。所选患者均在相关临床检查并明确诊断为患有闭角型青光眼，并合并有白内障，眼部均未见其他病变，眼部未接受过任何手术，已经机体有其他严重疾病合并存在等患者排除在外。

#### 1.2方法

手术前30至60分钟，给予250ml甘露醇（20%），经静脉快速进行输注，给予复方托吡酰胺眼药水，以实现散瞳效果，对于难以散开，或者粘连部分，术中再进行分离或撑开。施予眼球麻醉，作切口（巩膜隧道式）于11点位，另作一切口（辅助切口）于角膜缘的3点位处，将粘弹剂注入到前房中，连续性实施环形的撕囊，使水得以分离，对原位实施超声乳化，以注/吸系统对皮质进行清除。再次将粘弹剂注入到前房中，于囊袋中将人工晶体植入，缓慢在前房的房角处将粘弹剂注入，对房角实施360度分离，对前房实施平衡式的灌吸，使前房加深，以水流对房角实施冲刷。将平衡盐溶液从辅助切口处注入，使前房较深，眼压保持在轻度高状态中，术毕。术后以糖皮质激素进行治疗3天的治疗，给予眼药水、散瞳剂。

#### 1.3观察内容

随访12个月，对手术效果进行分析：第一，对患者手术情况进行观察分析；第二，对患者视力、眼压改善情况进行测定与分析；第三，对患者前房深度、前房进行测量与分析。

#### 1.4数据分析

本次数学统计分析以SPSS21.0软件进行，前房深度由 $(\bar{x} \pm s)$ 展开研究，检验以t进行，视力、眼压手术情况、房角改善情况由 $(n/\%)$ 进行分析，检验以卡方进行，术前术后数据客观对照，取 $P < 0.05$ 作为显著性差异水平。

### 2.结果

#### 2.1分析手术情况

58例手术都顺利完成，部分患者术后早期角膜有水肿出现，经3至5天恢复后全部消失；5例患者对房角进行分离时有少量出血出现，第二天消失。3例患者人工晶体表面可见沉着少量的色素颗粒。

#### 2.2对比术前术后视力

术后，视力在0.5以上者有19例（32.8%），视力在0.1至0.5的有34例（58.6%），0.05以下的有5例（8.6%）。术后视力平均值是 $(0.25 \pm 0.37)$ ，与术前的 $(0.16 \pm 0.03)$ 对比明显较高， $P < 0.05$ 。

#### 2.3对比术前术后眼压

术后，无需应用药物眼压正常的有43例（74.1%），应用一种药物眼压正常的有11例（19.0%），需应用2种及以上药物才能够将眼压控制在正常范围中的有4例（7.0%）。术后眼压平均值为 $(13.23 \pm 3.52)$ mmHg，与术前的 $(32.3 \pm 5.7)$ mmHg比较明显较低， $P < 0.05$ 。

#### 2.4术前后前房深度、房角对比

术前。前房深度均值是 $(1.72 \pm 0.29)$ mm，术后是 $(3.21 \pm 0.19)$ mm，术后明显较术前深， $P < 0.05$ ；术后房角都明显比术前宽，粘连范围可见显著缩小或者消失，虹膜的根部较为平坦，36例房角全部开放（62.1%），部分开放有17例（29.3%），5例仍然与术前一致处于关闭状态（8.6%）。

### 3.讨论

对于合并存在白内障的闭角型青光眼，现阶段临床上大多会给予超声乳化人工晶体植入、房角分离术同期治疗，可使前房结构得以改善，使其加深，并对房角的粘连进行分离，使小梁网功能得以恢复。此外，在囊袋中将人工晶体植入可使巩膜房水排出增多，从而使眼压得到有效控制。

在具体治疗中，手术操作方面，有研究者认为可对两种手术的顺序进行调换[5]。我院先对超声乳化人工晶体植入开展，再实施房角分离，对晶状体进行摘除后，前房的空间会增大，可促进粘弹剂向后对虹膜进行推压，使粘连房角的分离更为充分。手术结果显示，相较于术前，前房深度得到了显著的加深，且房角有明显的增宽，术后眼压平均值为 $(13.23 \pm 3.52)$ mmHg，与术前的 $(32.3 \pm 5.7)$ mmHg比较明显较低，且术后前房深度、视力得到了显著的改善， $P < 0.05$ 。在眼压控制方面，此手术方案机制可能如下：（1）对增厚硬化的晶状体在闭角型青光眼发生、发展中产生的作用进行解除，植入的人工晶状体较薄，与虹膜间的间隙较大，可使房水顺利流至瞳孔，减轻后房的压力。（2）对房角进行分离时，对粘弹剂进行了应用，可使房角顺利分开，使小梁网得到充分暴露[6]。（3）超声乳化于密闭状态下进行，在灌注液压力、反复冲洗作用下，房角开放前、周边虹膜的粘连会减轻。（4）可使前房的空间变得更深、更宽，使虹膜根部更为平坦，巩膜通道进行了开放，进而实现使眼压降低的效果。此外，本组58例患者，手术都已经顺利完成，严重并发症均未出现，这对此手术方案在合并存在白内障的闭角型青光眼患者中应用的安全性进行了证实。

综上，对合并患有白内障的闭角型青光眼患者实施治疗时，临床上可积极联合施予超声乳化人工晶体植入、房角分离术，以促进理想疗效的实现，使患者视力得以有效改善，使患者生活质量能够得到提升。但需要注意的是，对于眼压较高的患者，需对眼压进行控制后再实施手术，以对前房渗出进行避免，使手术安全性提升。

#### 参考文献：

- [1]尹瑞,毛安真,谢先华,等.白内障青光眼联合手术治疗青光眼的效果分析[J].国际眼科杂志,2014,(1):92-93.
- [2]黄艳,叶沐榕.三联手术治疗白内障合并急性闭角型青光眼的效果分析[J].中国当代医药,2017,24(5):93-95.
- [3]朱伟,王涛.改良青光眼联合手术治疗白内障慢性闭角型青光眼疗效观察[J].中国实用眼科杂志,2017,35(1):68-72.