

〔文章编号〕 1007-0893(2021)06-0127-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.06.057

原发性急性闭角型青光眼采用超声乳化 白内障吸除术治疗的临床研究

苏婉雯 李 斌 徐剑容

(广州市番禺中心医院, 广东 广州 511400)

〔摘要〕 目的: 研究超声乳化白内障吸除术治疗原发性急性闭角型青光眼的临床效果。方法: 选取广州市番禺中心医院 2016 年 1 月至 2018 年 12 月收治的 102 例原发性急性闭角型青光眼患者作为研究对象, 以随机数字表法将其分为观察组和对照组, 各 51 例。对照组采用小梁切除术治疗, 观察组采用超声乳化白内障吸除术治疗, 比较两组患者治疗前后视力、眼压, 以及两组房角粘连闭合度、前房深度和并发症发生率。结果: 治疗后, 两组患者视力均有不同程度增加, 眼压均有不同程度下降, 且观察组视力高于对照组, 眼压低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者术后房角粘连闭合度小于对照组, 前房深度大于对照组, 总有效率高于对照组, 并发症发生率低于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 采用超声乳化白内障吸除术治疗原发性急性闭角型青光眼患者, 可有效改善其眼压, 降低房角粘连闭合度和并发症发生率、改善前房深度, 促进视力恢复。

〔关键词〕 原发性急性闭角型青光眼; 原发性开角型青光眼; 白内障; 超声乳化

〔中图分类号〕 R 775 〔文献标识码〕 B

青光眼是一种常见的眼科疾病, 是致盲的三大原因之一^[1]。其中, 原发性闭角型青光眼是由于患者本就有异常虹膜构型存在而引发前房角被周边虹膜组织机械性阻塞, 表现为房水流出受到阻碍, 从而引发眼压升高的青光眼类型, 该病症状较明显, 患眼有显著的视物模糊、眼红、眼痛以及虹视, 还伴有同侧头痛现象。由于早期症状不明显, 不易被重视, 而当病情严重会造成视力及视神经严重损害甚至失明。临床上对其的治疗通常采取外科手术, 如复合式小梁切除术, 但复合式小梁切除术术后并发症较多, 不利于预后。近年超声乳化技术得到了快速发展, 超声乳化白内障吸除术也开始在闭角型青光眼的临床治疗中广泛应用。基于此, 本研究采用超声乳化白内障吸除术对本院收治的闭角型青光眼患者进行治疗, 现就其临床疗效进行分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2016 年 1 月至 2018 年 12 月收治的 102 例原发性急性闭角型青光眼患者作为研究对象, 以随机数字表法将其分为观察组和对照组, 各 51 例。观察组男性 25 例, 女 26 例, 年龄 43~90 岁, 平均年龄 (54.35 ± 5.21) 岁; 对照组男性 24 例, 女性 27 例, 年龄 44~81 岁, 平均年龄为 (54.49 ± 5.32) 岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。纳入标准: (1) 符合原发性急性闭角型青光眼的诊断标准^[2]; (2) 房角粘连 $< 270^\circ$;

(3) 单眼发病。排除标准: (1) 既往行抗青光眼、玻璃体切除、屈光不正等手术的患者; (2) 眼部伴有感染的患者, 或者是患有全身系统性疾病的患者。

1.2 方法

两组患者接受手术前均进行相关指标检测, 术前全身及局部用药, 控制眼压。

1.2.1 观察组 行超声乳化白内障吸除术: 确定前房深度, 测量眼前结构, 降眼压, 术前 1 h 进行复方托吡卡胺 (邯郸康业制药有限公司, 国药准字 H20044926) 散瞳, 静脉滴注甘露醇注射液 (石家庄鹏海制药股份有限公司, 国药准字 H13024487), 局部滴爱尔凯因 (南京瑞年百思特制药有限公司, 国药准字 H20103352) 3 次实施表面麻醉, 在 11 点角膜缘作透明角膜板层切口, 并入前房, 往前房注入粘弹剂, 增加前房的深度, 分离前房角, 1 点角膜缘作侧切口, 在晶体前囊进行环形撕囊, 撕囊完成后进行水分离, 确保晶状体正常转动, 对晶状体核进行劈核及超声乳化操作, 将晶状体皮质吸除干净后用 I/A 头进行后囊膜抛光, 再次注入粘弹剂在囊袋内, 植入人工晶体在囊袋内, 确保人工晶体位置正确后, 吸出粘弹剂, 前房内注入适量眼内平衡液, 维持前房深度及眼压, 观察切口是否漏水, 若有, 予水密透明角膜切口。

1.2.2 对照组 行小梁切除术: 于角膜缘为止行巩膜瓣, 行小梁切除术后清除虹膜。术毕, 注入平衡盐溶液 (Alcon Laboratories Inc, 批准文号 H20171364), 并用尼龙线缝合切口。

〔收稿日期〕 2020-12-22

〔作者简介〕 苏婉雯, 女, 主治医师, 主要从事眼科工作。

1.3 观察指标

比较两组患者治疗前后视力、眼压，以及两组患者术后房角粘连闭合度、前房深度、治疗总有效率和并发症发生率。疗效评价标准，显效：疼痛、肿胀、充血等临床症状均消失，视力改善程度 > 50%，中央前房深度增加 1.5 mm 以上，眼压维持在 15 mmHg 左右；临床症状有所改善，视力改善程度 30% ~ 50%，中央前房深度增加 1.0 mm 以上，眼压在 25 mmHg 左右；无效：临床症状无改变，前房深度增加 < 1 mm，眼压在 35 mmHg 左右；总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%^[3]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后视力、眼压比较

治疗前，两组患者的视力、眼压比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后两组患者视力均有不同程度增加，眼压均有不同程度下降，且观察组视力高于对照组，眼压低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后视力、眼压比较 (*n* = 51, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	视力	眼压/mmHg
对照组	治疗前	0.22 ± 0.09	35.13 ± 10.78
	治疗后	0.62 ± 0.07 ^a	24.54 ± 4.21 ^a
观察组	治疗前	0.20 ± 0.08	35.45 ± 11.27
	治疗后	0.78 ± 0.08 ^{ab}	15.01 ± 4.12 ^{ab}

与同组治疗前比较，^a*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05

2.2 两组患者术后房角粘连闭合度与前房深度比较

观察组患者术后房角粘连闭合度小于对照组，前房深度大于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者术后房角粘连闭合度与前房深度比较

(*n* = 51, $\bar{x} \pm s$)

组别	房角粘连闭合度 / (°)	前房深度 / mm
对照组	277.94 ± 39.89	1.68 ± 0.41
观察组	58.01 ± 26.15 ^c	3.42 ± 0.47 ^c

与对照组比较，^c*P* < 0.05

2.3 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 98.0%，高于对照组的 86.3%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗总有效率比较 (*n* = 51, *n* (%))

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	26(51.0)	18(35.3)	7(13.7)	44(86.3)
观察组	30(58.8)	20(39.2)	1(2.0)	50(98.0) ^d

与对照组比较，^d*P* < 0.05

2.4 两组患者并发症发生率比较

观察组患者并发症发生率为 2.0% (1/51)，1 例前房炎症，对照组并发症发生率为 11.8% (6/51)，2 例角膜水肿、4 例前房炎症，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。

3 讨论

闭角型青光眼是常见的青光眼类型，有很高的致盲率，由于解剖结构异常导致房角关闭，造成房水流出受阻，致使眼内压上升，造成此病的发生。若不进行及时治疗，患者因前房角关闭而出现眼压上升的情况，影响视力，造成视神经不可逆性损伤，因此，需及时实施有效的手术治疗来改善患者的临床症状^[4]。

小梁切除术是常用的治疗方法，虽然有一定的治疗效果，可降低眼内压，恢复视力，但是也能改变眼部房水循环途径，造成房水进出眼球，致使晶体混浊，诱发并发症，如前房炎症、角膜水肿、滤过泡渗漏等，预后较差，降低了治疗效果^[5]。随着超声乳化技术越来越广泛应用在临床的诊疗中，超声乳化白内障吸除术也成为了治疗青光眼的有效治疗手段。治疗过程中利用水和粘弹剂将粘连房角进行分离，使患者的眼压降低，加深前房，减少周边虹膜粘连前房角，创伤较小，患者可在术后短时间内恢复视力^[6]。本研究结果显示，治疗后，两组患者视力均有不同程度增加，眼压均有不同程度下降，且观察组视力高于对照组，眼压低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)；观察组患者术后房角粘连闭合度小于对照组，前房深度大于对照组，总有效率高于对照组，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)。由此可见，乳化白内障吸除术在闭角型青光眼临床治疗中可获得很好的临床疗效。分析出现该结果的原因，可能由于闭角型青光眼的发生和患者眼前节解剖异常改变之间有十分重要的联系，急性闭角型青光眼患者术后眼压稳定。术中对房角分离，可起到开放前房角的作用，适量的粘弹剂，有利于分离粘连房角，还可提高创面闭合性，改善眼压水平^[8]。另外，本研究观察组的并发症发生率低于对照组，说明乳化白内障吸除术创伤小，安全性更好。

综上所述，采用超声乳化白内障吸除术治疗原发性急性闭角型青光眼患者，可有效改善其眼压，恢复视力，增加前房深度，减少房角粘连，且安全性好。

[参考文献]

- (1) 刘宏健. 双切口白内障超声乳化人工晶体植入联合小梁切除术治疗闭角型青光眼合并白内障临床观察 [J]. 临床医药实践, 2019, 28(10): 752-754.
- (2) 邵毅. 青光眼诊断与治疗规范——2017 年英国专家共识解读 [J]. 眼科新进展, 2018, 38(11): 7-10.
- (3) 李丹, 崔巍. 超声乳化人工晶体植入术治疗原发性闭角型青光眼合并白内障的临床观察 [J]. 内蒙古医学杂志,

- 2019, 51(4): 398-400.
- (4) 何金凌. 超声乳化白内障摘除联合房角分离术治疗闭角型青光眼合并白内障的临床观察 (J). 黑龙江医药, 2018, 31(6): 1369-1371.
- (5) 何碧华, 张莉, 陶平, 等. 超声乳化手术治疗急性闭角型青光眼合并白内障的效果 (J). 中国继续医学教育, 2018, 10(23): 74-76.
- (6) 赵先柱. 超声乳化联合小梁切除术治疗闭角型青光眼合并白内障的临床效果分析 (J). 河南医学研究, 2018, 27(11): 2047-2048.
- (7) 秦平平. 超声乳化白内障摘除联合 Ex-PRESS 植入治疗原发性闭角型青光眼合并白内障临床观察 (J). 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(53): 138-139.
- (8) 王宏杰. 超声乳化白内障吸除术对闭角型青光眼患者术后视力恢复及眼压变化的影响 (J). 现代诊断与治疗, 2018, 29(8): 1268-1269.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)06-0129-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.06.058

纳美芬辅助治疗老年人慢性阻塞性肺疾病 并重症 II 型呼吸衰竭的效果研究

赵紫平 唐晓林 刘 腾 陈云华

(湖南省胸科医院, 湖南 长沙 411000)

〔摘要〕 **目的:** 研究纳美芬辅助治疗老年人慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 合并重症 II 型呼吸衰竭的效果。**方法:** 选择 2019 年 12 月至 2020 年 12 月湖南省胸科医院收治的 COPD 合并重症 II 型呼吸衰竭的老年患者 61 例, 使用随机数字表法将其分为对照组 (30 例) 和观察组 (31 例)。对照组使用无创正压通气 (NIPPV) 及常规治疗, 观察组在对照组的基础上使用纳美芬辅助治疗。比较两组患者的临床疗效、肺功能、血清 Clara 细胞分泌蛋白 (CC16)、巨噬细胞刺激蛋白 (MSP) 水平。**结果:** 观察组的治疗总有效率 (87.09%) 高于对照组 (63.33%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组的第 1 秒用力呼气量占用力肺活量比值 (FEV1/FVC)、动脉血氧分压 (PaO₂) 水平高于对照组, 动脉血二氧化碳分压 (PaCO₂) 水平低于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组的血清 CC16 水平高于对照组, MSP 水平低于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 纳美芬辅助治疗老年人 COPD 合并重症 II 型呼吸衰竭的效果显著, 能够改善患者的肺功能及血清 CC16、MSP 水平。

〔关键词〕 慢性阻塞性肺疾病; 重症 II 型呼吸衰竭; 纳美芬; 老年人

〔中图分类号〕 R 563 〔文献标识码〕 B

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是一种以气流阻塞为特点的慢性支气管炎, 可引发肺通气及肺换气功能障碍, II 型呼吸衰竭是 COPD 的常见并发症之一^[1]。目前对于老年 COPD 合并重症 II 型呼吸衰竭患者的治疗原则多以保持呼吸道畅通、纠正缺氧并改善通气的呼吸支持治疗为主, 其中以无创正压通气 (noninvasive positive-pressure ventilation, NIPPV) 较为常用, 但单纯使用 NIPPV 仅能缓解患者的症状, 疗效有限。研究发现, 阿片样内源性物质 β -内啡肽与呼吸衰竭的发生有着重要联系^[2]。纳美芬是一种能够竞争性拮抗各类阿片受体的拮抗剂, 能够抑制内源性阿片样物质引发的呼吸和循环系统等一系列症状, 或许能够提高疗效, 为此笔者进行了相关研究, 现报道如下。

1 材料和方法

1.1 一般资料

选择 2019 年 12 月至 2020 年 12 月本院收治的 COPD 合并重症 II 型呼吸衰竭的老年患者 61 例, 使用随机数字表法将其分为对照组 (30 例) 和观察组 (31 例)。对照组男 18 例, 女 12 例, 年龄 63~88 岁, 平均年龄 (72.84 ± 8.22) 岁, COPD 病程 3~15 年, 平均 COPD 病程 (8.69 ± 6.38) 年。观察组男 18 例, 女 13 例, 年龄 63~89 岁, 平均年龄 (72.58 ± 8.37) 岁, COPD 病程 4~15 年, 平均 COPD 病程 (8.75 ± 6.45) 年。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 符合 COPD 及重症 II 型呼吸衰

〔收稿日期〕 2021-01-17

〔作者简介〕 赵紫平, 男, 主治医师, 主要研究方向是重症医学。