

白内障超声乳化与房角分离术结合循证护理对青光眼合并白内障患者的疗效及安全性的改善

张娜娜^{*}, 宋建军^{*}
(淮安光明眼科医院眼科, 江苏 淮安 223000)

【摘要】目的 研究采用白内障超声乳化联合房角分离术并结合循证护理对青光眼合并白内障患者临床症状、生活质量的改善情况。**方法** 以随机数字表法将 2020 年 6 月至 2021 年 12 月淮安光明眼科医院收治的 40 例 (40 眼) 青光眼合并白内障患者分为对照组 [20 例 (20 眼), 进行白内障超声乳化人工晶状体植入与小梁切除术]、观察组 [20 例 (20 眼), 进行白内障超声乳化人工晶状体植入与房角分离术], 对所有患者均实施循证护理, 并于术后随访 3 个月。比较两组患者术前、术后 3 个月的眼压、最佳矫正视力 (BCVA)、中央前房深度、房角粘连情况及生活质量 (QOL) 评分, 术前及术后 1、3 个月的平均视野损失情况, 以及术后随访期间并发症发生情况。**结果** 术后 3 个月两组患者眼压、BCVA (LogMAR)、房角粘连较术前均显著降低, 组间比较观察组更低; 中央前房深度、各项生活质量评分较术前均显著升高, 组间比较观察组更高; 观察组患者并发症总发生率低于对照组 (均 $P<0.05$); 两组患者术前、术后 1、3 个月内及组间平均视野损失比较, 差异均无统计学意义 (均 $P>0.05$)。**结论** 白内障超声乳化与房角分离术结合循证护理应用于青光眼合并白内障患者, 可有效调节眼压, 改善视力, 提升生活质量, 减少术后并发症的发生, 安全可靠。

【关键词】 青光眼合并白内障; 超声乳化人工晶状体植入术; 房角分离术; 循证护理; 眼压; 视力; 生活质量

【中图分类号】 R775.2

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.06.0122.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.06.040

青光眼为眼科较为常见的视神经损害疾病, 因眼压升高导致, 临床症状多为眼痛、头痛、视力下降等, 且对于老年患者常合并白内障, 需及时给予治疗, 否则易对患者的视力造成不可逆损伤, 甚至导致失明等不良后果。临床上对于青光眼合并白内障患者常给予白内障超声乳化人工晶状体植入与小梁切除术进行治疗, 可降低眼压, 促进视力恢复, 但手术过程中将切除损伤小梁、虹膜, 所产生的创伤引发的并发症较多^[1]。青光眼患者晶状体膨胀, 引起前房拥挤, 导致房角关闭, 房水外流受阻, 在超声乳化人工晶状体植入的同时联合应用房角分离术可在改善患者眼压的同时将房角周围的结构进行重建, 可确保房角能够打开, 充分降低患者眼压, 进而促进临床症状改善^[2]。此外, 给予患者循证护理, 可促进患者的术后恢复, 并对术后可能出现的感染、低眼压等并发症进行预防, 改善预后^[3]。故本研究旨在探讨青光眼合并白内障患者采用白内障超声乳化联合房角分离术并结合循证护理干预的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2020 年 6 月至 2021 年 12 月淮安光明眼科医院收治的 40 例 (40 眼) 青光眼合并白内障患者以随机数字表法分为两组。对照组 20 例 (20 眼)

患者中男性 12 例 (12 眼), 女性 8 例 (8 眼); 年龄 49~77 岁, 平均 (66.47±8.12) 岁; 眼压 28~57 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 平均 (43.02±12.55) mmHg。观察组 20 例 (20 眼) 患者中男性 10 例 (10 眼), 女性 10 例 (10 眼); 年龄 50~80 岁, 平均 (66.45±8.10) 岁; 眼压 27~59 mmHg, 平均 (43.00±12.50) mmHg。两组患者性别、年龄、眼压等一般资料经比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 有可比性。纳入标准: 符合《我国原发性青光眼诊断和治疗专家共识 (2014 年)》^[4] 中的相关标准者; 基本指征检查符合手术标准且麻醉耐受者; 房角关闭 $\geq 180^\circ$; 眼压 >21 mmHg 等。排除标准: 合并其他眼科疾病者; 既往有激光矫正角膜屈光、玻璃体切除等手术史等。患者已签署知情同意书, 本研究经院内医学伦理委员会批准。

1.2 手术和护理方法

1.2.1 手术方法 给予两组患者白内障超声乳化人工晶状体植入术, 对照组患者联合小梁切除术治疗, 患者常规检查后, 消毒铺巾, 使用一次性使用眼科手术用开睑器 (沈阳百奥医疗器械有限公司, 辽械注准 20162160164, 型号: BIO-1) 开睑, 采用盐酸丙美卡因滴眼液 (湖北远大天天明制药有限公司, 国药准字 H20143168, 规格: 盐

作者简介: 张娜娜, 大学本科, 主管护师, 研究方向: 眼科护理。

通信作者: 宋建军, 大学本科, 主任医师, 研究方向: 眼科相关疾病的诊疗。E-mail: sjj12021216@163.com

酸丙美卡因 0.5%) 常规进行眼部表面麻醉, 在 11: 00 至 12: 00 方向作以穹隆部为基底的结膜瓣, 主切口设于 11: 00 方向于角膜缘后 3 mm 处作宽为 3 mm 的巩膜瓣 (厚度为巩膜的 1/2), 分离至透明角膜内 1 mm 左右, 在角膜缘 3: 00 方向作透明角膜缘辅助切口, 将黏弹剂注入前房内, 完成 5.5 mm 环形撕囊, 水分离晶状体皮质与核, 超声乳化将晶状体核吸出, 抽吸干净皮质, 并将人工晶状体置入囊袋内, 之后清除残留黏弹剂, 从侧切口调整前房深度, 使用卡巴胆碱进行缩瞳, 将 2 mm×1 mm 小梁组织及其相应处虹膜周边切除, 恢复前房, 术后将妥布霉素地塞米松眼膏 (齐鲁制药有限公司, 国药准字 H20020496, 规格: 3 g/ 支) 涂于患眼, 无菌敷料包扎。

观察组患者联合房角分离术治疗, 按对照组操作方法将晶状体吸出, 将黏弹剂从虹膜根部 360° 注入, 撑开房角, 推注黏弹剂的同时压迫虹膜根部, 完全分离房角粘连处, 并将人工晶状体置入囊袋内。利用灌注液对房角粘连严重的区域进行冲刷, 对周边虹膜进行吸引牵拉, 以达到分离房角的效果, 最后将黏弹剂彻底清除, 术后将妥布霉素地塞米松眼膏涂于患眼, 无菌敷料包扎。两组术后均随访 3 个月。

1.2.2 护理方法 两组患者均采用循证护理: ①建立护理小组。选择专业护理人员成立循证护理小组, 对成员进行专业的循证护理知识培训, 并针对青光眼合并白内障的相关知识进行强化。②循证问题确认。对患者的基本情况、心理健康状况、手术相关情况进行统计分析, 在确定护理问题前, 提前查阅国内外相关资料, 和院内病例资料, 总结成功康复患者的经验, 以提高护理质量。③心理循证护理。向患者及其家属介绍疾病、手术相关知识, 术前对患者进行鼓励支持, 提升患者对于手术的信心, 改善患者焦虑、抑郁等不良情绪。④术后循证护理。手术后每 2 h 对患者的疼痛情况进行评价, 根据患者的临床具体情况采取合适的镇痛方式, 缓解患者的术后疼痛, 术后叮嘱并指导患者重视对于眼部的护理, 不要让患者随意按揉眼部, 减少低头时间, 让患者采取舒适的体位, 保证睡眠时间, 可指导患者适度地进行眼球按摩、滴用眼药水等, 避免体力劳动, 进而避免术后并发症的发生, 当患者眼部出现异常

情况时需及时进行复查, 与主治医师讨论, 制定处理措施。

1.3 观察指标 ①于术前及术后 3 个月对两组患者的眼压、最佳矫正视力 (BCVA)、中央前房深度、房角粘连情况进行比较, 其中眼压采用非接触式眼压计检测, BCVA 采用标准对数视力表进行检测, 并转换为最小分辨角的对数 (LogMAR), 中央前房深度采用裂隙灯显微镜检测, 房角粘连情况采用眼科超声生物显微镜检测。②采用电脑视野计进行 Diabetes 程序测试, 将两组患者术前及术后 1、3 个月的平均视野损失情况进行计算并比较。③于术前及术后 3 个月参照生活质量 (QOL) 评分^[5] 评价患者的生活质量, 包括社交能力、自理能力、活动能力、心理状态 4 个维度, 每项 100 分, 分值与生活质量成正比。④统计两组患者术后 3 个月的角膜水肿、浅前房、前房出血、低眼压发生情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计学软件分析数据, 计数资料以 [例 (%)] 表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料经 S-W 检验符合正态分布, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者眼压、BCVA、中央前房深度、房角粘连比较 两组患者术后 3 个月眼压、BCVA (LogMAR)、房角粘连较术前均显著降低, 两组比较观察组更低; 中央前房深度较术前均显著升高, 两组比较观察组更高, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者平均视野损失情况比较 两组患者术前、术后 1、3 个月组内及组间平均视野损失情况比较, 差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者平均视野损失情况比较 (dB, $\bar{x} \pm s$)

组别	眼数	术前	术后 1 个月	术后 3 个月
对照组	20	6.28±1.62	6.43±1.29	6.50±1.51
观察组	20	6.25±1.63	6.45±1.25	6.52±1.49
t 值		0.058	0.050	0.042
P 值		>0.05	>0.05	>0.05

2.3 两组患者生活质量评分比较 术后 3 个月两组患者社交能力、自理能力、活动能力、心理状态各项生活质量

表 1 两组患者眼压、BCVA、中央前房深度、房角粘连比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	眼数	眼压 (mmHg)		BCVA(LogMAR)		中央前房深度 (mm)		房角粘连 (°)	
		术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月
对照组	20	43.02±12.55	28.33±9.02*	0.38±0.08	0.27±0.05*	1.36±0.18	2.67±0.41*	250.42±67.55	201.37±55.26*
观察组	20	43.00±12.50	15.23±4.71*	0.39±0.07	0.14±0.06*	1.34±0.19	3.71±0.35*	251.37±65.29	143.29±43.29*
t 值		0.005	5.757	0.421	7.444	0.342	8.628	0.045	3.700
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与术前比, * $P < 0.05$ 。BCVA: 最佳矫正视力。1 mmHg=0.133 kPa。

评分较术前均显著升高,两组比较观察组更高,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表3。

2.4 两组患者并发症发生情况比较 对照组出现浅前房1例,角膜水肿2例,前房出血3例,低眼压1例,并发症总发生率为35.00%(7/20);观察组仅出现1例前房出血,总发生率为5.00%(1/20),组间比较观察组更低,差异有统计学意义($\chi^2=3.906, P<0.05$)。

3 讨论

青光眼的主要发病原因为眼睛内房水生成速度大于流出速度,造成眼内压力增高,损伤视神经,造成视野或视功能下降,长时间会引起晶状体浑浊,从而导致白内障的发生。白内障超声乳化人工晶状体植入联合小梁切除术应用于青光眼合并白内障患者,虽可在一定程度上改善患者的眼压,促进患者临床症状的改善,但采用此术式治疗患者术后常会出现前房积血、角膜水肿等并发症^[6]。

白内障超声乳化联合房角分离术不仅能降低患者眼压,对视力也有较好的改善作用,该手术将眼周粘连房角利用黏弹剂进行钝性分离,有助于周围房角的重建和小梁功能的恢复,从而利于房角状态和眼压的恢复^[7]。青光眼合并白内障患者发病人群多为老年人,该类患者多伴有心脏病、高血压等疾病,心理负担大,手术耐受性差,因此手术中所承受风险也相对加大,基于循证理论的护理措施,能够为患者提供精心的护理服务,给予患者健康教育、心理疏导等,为患者的康复提供保障^[8]。本研究结果显示,术后3个月观察组患者眼压、房角粘连、BCVA(LogMAR)及并发症总发生率相比于对照组更低,中央前房深度更高,两组不同时点的平均视野损失情况相比差异无统计学意义,提示联合应用房角分离术与白内障超声乳化人工晶状体植入治疗青光眼合并白内障患者,可调节眼压,改善视力,减少术后并发症的发生。

白内障超声乳化人工晶状体植入联合房角分离术治疗的过程中使用灌注液对房角进行冲洗,可使房角的开放程度更大,使得房水更易流出,再加上房角分离术可进一步确保房角的开放,降低眼压,有效地改善了患者的眼部症状,提升生活质量^[9]。同时,给予循证护理在改善患者心理

健康状况,提升患者信心的同时,可预防患者的术后角膜水肿、感染等并发症的发生^[10]。本研究中,观察组患者术后3个月生活质量评分较对照组升高,提示应用房角分离术与白内障超声乳化人工晶状体植入并结合循证护理治疗青光眼合并白内障患者,可提升患者生活质量,改善预后。

综上,应用房角分离术与白内障超声乳化人工晶状体植入并结合循证护理治疗青光眼合并白内障患者,可有效调节眼压,改善视力,提升生活质量,减少术后并发症的发生,安全可靠,值得临床推广和应用。

参考文献

[1] 杜波,段刚. 白内障超声乳化+房角分离术治疗青光眼合并白内障患者的短期随访研究[J]. 贵州医药, 2022, 46(5): 711-712.

[2] 梁兴才,赵德胜,唐敬巧,等. 超声乳化联合房角分离术治疗合并白内障原发性闭角型青光眼患者的临床价值及安全性分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2021, 24(6): 641-645.

[3] 陈兴,孙培森. 基于循证理论的临床护理路径对白内障合并青光术后患者的影响[J]. 检验医学与临床, 2017, 14(16): 2456-2458.

[4] 中华医学会眼科学分会青光眼学组. 我国原发性青光眼诊断和治疗专家共识(2014年)[J]. 中华眼科杂志, 2014, 50(5): 382-383.

[5] 郑丽梅,孙飞,吴美聪,等. 青少年近视应用角膜塑形镜治疗的效果及对患者QOL评分的影响[J]. 中国斜视与小儿眼科杂志, 2019, 27(1): 38-40.

[6] 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.

[7] 李梅,谢驰,于燕,等. 原发性闭角型青光眼合并白内障行超声乳化人工晶状体植入联合房角分离术的临床观察[J]. 临床眼科杂志, 2018, 26(1): 39-43.

[8] 关婧婧. 循证护理对青光眼合并白内障患者术后并发症及视力的影响[J]. 中国医药指南, 2021, 19(21): 125-126.

[9] 魏滢,陈红刚. 超声乳化联合房角分离手术治疗白内障合并青光眼的临床观察[J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(3): 82-85.

[10] 田晨霏,曾璐,唐乐,等. 基于循证理论的护理路径在白内障伴青光眼患者中的应用效果[J]. 贵州医药, 2021, 45(1): 142-143.

表3 两组患者生活质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	社交能力		自理能力		活动能力		心理状态	
		术前	术后3个月	术前	术后3个月	术前	术后3个月	术前	术后3个月
对照组	20	35.47±15.06	67.55±12.06*	38.96±16.03	65.27±11.59*	40.23±10.63	69.27±15.07*	38.57±12.59	69.77±13.29*
观察组	20	35.44±15.04	88.09±11.14*	39.00±16.05	90.07±8.43*	40.25±10.60	90.47±7.15*	38.55±12.60	92.06±6.42*
t值		0.006	5.595	0.008	7.739	0.006	5.684	0.005	6.754
P值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与术前比,* $P<0.05$ 。