

疗方案治疗时,加用中医药辅助治疗,有助于提高疗效并提高患者的 KPS 评分,使患者体力得到恢复,具有临床研究和推广使用价值。

参考文献

[1]陈琼,刘志才,程兰平,等.2003~2007 年中国结直肠癌发病与死亡分析[J].中国肿瘤,2012,21(3):179-182
[2]石会勇,徐忠法.结直肠癌化疗的研究进展[J].中华肿瘤防治杂志,2012,19(24):1915-1918
[3]桂林,刘云肖,马惠荣,等.补中益气汤加味治疗结直肠癌化疗便秘的疗效观察[J].中国药房,2010,21(27):2574-2575
[4]吴崇杰,余雄,万焱华,等.术中局部植入氟尿嘧啶缓释剂对结直肠癌化疗的安全性研究[J].海南医学,2010,21(12):76-77

[5]冯华越,赵权.加味香砂六君子汤治疗化疗致胃肠道反应疗效观察[J].广西医学,2011,33(9):1241-1242
[6]秦丹梅.中西医结合治疗对脑转移瘤患者 KPS 评分影响[J].湖北中医杂志,2013,35(4):37-38
[7]钟林,李强,陈飞,等.结直肠癌基因治疗研究进展[J].岭南现代临床外科,2014,14(2):207-210
[8]朱艳虹,孙晓南,许靖,等.放射治疗联合奥沙利铂与卡培他滨治疗局部晚期直肠癌的疗效观察[J].肿瘤,2010,30(6):539-542
[9]王建中,柯友辉,刘鹏程,等.宜肠宁方联合 FOLFOX-4 方案治疗晚期结直肠癌 30 例临床研究[J].福建中医药,2011,42(5):23-24
[10]肖兵,孙月梅,郭宏珺.肠内营养联合香砂六君子汤对结肠癌患者术后营养状态及免疫功能的影响[J].河南中医,2015,35(12):3030-3032
(收稿日期:2016-04-28)

微切口超声乳化联合人工晶体植入术对白内障的治疗价值评析

潘竹娟

(广州医科大学附属第五医院眼科 广东广州 510700)

摘要:目的:分析微切口超声乳化联合人工晶体植入术对白内障的治疗价值。方法:本研究对象为我院 2014 年 12 月~2015 年 12 月收治的白内障患者 100 例 120 眼,根据患者入院顺序分为对照组和观察组,每组 50 例 60 眼。对照组采用主切口为 3.2 mm 的传统超声乳化吸除白内障联合人工晶体植入手术,观察组采用主切口为 2.2 mm 的微切口超声乳化联合人工晶体植入术,观察并记录两组患者手术前后的角膜散光、最佳矫正视力、角膜内皮细胞密度。结果:观察组患者的中央角膜内皮细胞密度的减少值和丢失率均明显少于对照组, $P<0.05$ 。两组患者治疗前角膜散光比较差异无统计学意义($P>0.05$);在术后 1 d、1 周、3 个月,观察组角膜散光度数小于对照组($P<0.05$)。观察组术后早期最佳矫正视力优于对照组。结论:微切口超声乳化联合人工晶体植入治疗白内障对角膜形态有较小影响,手术源性散光小,术后患者愈合时间短,恢复快,但手术操作难度大,2.2 mm 微切口超声乳化联合人工晶体植入术可根据患者病情和实际情况在临床中广泛应用。

关键词:白内障;微切口超声乳化;人工晶体植入;疗效评价

中图分类号:R776.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.05.018

随着我国老年人越来越多,白内障患者也越来越多。在药物未取得良好效果之前,手术仍是治疗白内障的主要手段^[1]。多年来白内障超声乳化手术不断得到改进,切口从 3.2 mm 减小到 1.8 mm,连续环形撕囊到飞秒激光撕囊。随着白内障超声乳化器械的改进,为减少术后散光,目前临床上流行微切口超声乳化技术联合人工晶体植入治疗白内障^[2]。

1 资料和方法

1.1 临床资料 本研究对象为我院 2014 年 12 月~2015 年 12 月收治的白内障患者 100 例 120 眼,其中男 77 眼,女 43 眼;年龄 16~77 岁,平均年龄 65.2 岁;根据白内障晶状体核分级标准对患者进行分级^[2]: II 级 20 眼、III 级 84 眼、IV 级 16 眼。根据患者入院顺序随机分为对照组和观察组,每组 50 例 60 眼。两组患者在性别、年龄、晶状体分级等一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。排除术眼有青光眼、眼底出血等影响视力的疾病及高血压、糖尿病等

严重全身疾病的患者。

1.2 治疗方法 对照组采用传统超声乳化白内障联合人工晶体植入手术,眼球表面麻醉后在角膜缘 11 点钟位置,应用 3.2 mm 角膜穿刺刀进行隧道式透明角膜切口,在 2 点钟位置做侧面切口,在前房内注入黏弹剂,环形撕囊后进行充分水利,用自动灌吸系统抽出残留皮质,在负压下进行后囊抛光,然后植入折叠人工晶状体,再清除囊袋和前房内的黏弹剂。观察组采用同轴 2.2 mm 微切口超声乳化联合人工晶体植入术,术中使用与切口相配的手术器械及超声乳化系统,手术步骤与对照组一致。两组患者手术均由同一名医师进行操作。术后第 1 天给予妥布霉素地塞米松滴眼液、妥布霉素地塞米松眼膏、重组牛碱性成纤维细胞生长因子滴眼液,连续用药 4 周。

1.3 观察指标 观察并记录两组患者术前及术后 1 d、1 周、3 个月角膜散光变化,两组患者手术前后中央角膜内皮细胞密度变化及术后 1 d、1 周、3 个月

的最佳矫正视力。

1.4 统计学方法 本研究资料录入统计学软件 SPSS15.0 进行分析,计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,行 t 检验,计数资料采用百分率表示,行卡方检验, $P < 0.05$ 表示差异显著。

2 结果

2.1 角膜散光 两组患者手术前后分别采用生物光学测量仪和角膜地形图进行检查,应用 K1、K2 的差值作为角膜散光度数。两组患者治疗前角膜散光比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);在术后 1 d、1 周、3 个月,观察组角膜散光度数均低于同时间点对照组角膜散光度数 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者术前后角膜散光比较 ($D, \bar{x} \pm s$)

组别	术前	术后			
		1 d	1 周	3 个月	
观察组	0.51± 0.28	0.76± 0.34	0.78± 0.43	0.64± 0.35	
对照组	0.48± 0.33	1.10± 0.54	1.04± 0.45	0.88± 0.33	
t	0.53	4.12	3.23	3.86	
P	0.586	0.001	0.001	0.002	

2.2 角膜内皮细胞 观察组患者的中央角膜内皮细胞丢失率明显小于对照组, $P < 0.05$; 观察组患者的中央角膜内皮细胞密度的减少值明显小于对照组, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者术后 1 d 中央角膜内皮细胞密度情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	减少值 (个/mm ²)	丢失率 (%)
对照组	60	355.52± 15.34	13.24± 5.05
观察组	60	289.36± 10.87	11.01± 3.82

2.3 最佳矫正视力 术后 1 d、1 周,观察组矫正视力好于对照组 ($P < 0.05$);术后 3 个月,观察组矫正视力和对照组比较,无统计学差异 ($P > 0.05$)。观察组术后早期最佳矫正视力均优于对照组。见表 3。

表 3 两组患者术后视力情况比较 [例 (%)]

组别	术后 1 d		术后 1 周		术后 3 个月	
	>0.6	0.1~0.6	>0.6	0.1~0.6	>0.6	0.1~0.6
观察组	43 (71.7)	17 (28.3)	52 (86.7)	8 (13.3)	56 (93.3)	4 (6.7)
对照组	33 (55.0)	27 (45.0)	44 (73.3)	16 (26.7)	54 (90.0)	16 (26.7)
χ^2	3.58		3.33		0.19	
P	0.04		0.04		0.65	

2.4 手术并发症 观察组术中出现 2 例后囊破裂,经积极处理,术后 3 个月最佳矫正视力分别为 0.6 及 0.4。对照组术中出现 1 例后囊破裂,术后最佳矫正视力 0.5。观察组术后出现 9 例角膜水肿,对照组 5 例,经积极治疗角膜水肿均消退。

3 讨论

近几十年来,白内障超声乳化联合人工晶体植

入术得到了很大的发展,白内障手术效果大大提升。同轴微小切口白内障超声乳化手术的手术切口一般在 1.8~2.4 mm 的透明角膜上完成,与传统白内障超声乳化手术器械比较设备较为精巧,其余的手术操作方法和器械使用方法均与传统白内障超声乳化手术相同^[1]。

本研究结果显示,相比传统 3.2 mm 切口白内障超声乳化手术,2.2 mm 微切口白内障超声乳化手术后散光较小。研究表明引起白内障手术源性散光最大因素是透明角膜切口的位置及大小,2.2 mm 角膜切口对角膜形态的影响已经很小,小于 2.2 mm 的角膜切口对术后散光几乎没有什么影响,与 2.2 mm 切口引起的散光相比无明显统计学意义^[4]。

白内障超声乳化手术直接影响角膜内皮细胞的丢失,从而影响角膜的透明性^[5]。有相关报道显示^[6],在白内障超声乳化手术过程中会有 4%~8%的角膜内皮细胞发生丢失,主要由于手术过程中在眼内的机械操作、流动的灌注液和晶状体碎片的冲撞^[7],切口越小,术后角膜内皮丢失率越高,考虑是因为切口太小,手术操作困难,手术时间延长有关。

在早期角膜损伤是影响视力的主要原因,临床上近些年兴起的双轴微切口超声乳化白内障技术,在手术过程中会出现前房不稳定的情况,极易导致虹膜和晶状体发生损伤^[8]。而且 2.2 mm 微切口相比更小的微切口手术手术操作难度小,因此 2.2 mm 微切口白内障超声乳化手术白内障超声乳化手术更值得大范围的推广。

参考文献

[1]王晓霞,赵燕华.超声乳化吸除联合人工晶状体植入治疗原发性闭角型青光眼合并老年性白内障的临床观察[J].广州医科大学学报,2014,42(5):40-42
[2]李梦云,张杰,刘宏波,等.急性闭角型青光眼行超声乳化人工晶体植入术的临床观察[J].潍坊医学院学报,2014,36(2):93-96
[3]车敬斌,赵刚平,余建洪.微切口白内障超声乳化术的临床研究进展[J].国际眼科杂志,2012,12(2):257-259
[4]王飞波,周立光,陈祖争.微切口超声乳化加非球面人工晶体植入治疗白内障的临床评价[J].中国医药导报,2015,12(18):79-83
[5]汪丰,叶汉元.超声乳化白内障吸除人工晶状体植入术治疗急性闭角型青光眼[J].国际眼科杂志,2016,16(1):141-143
[6]赵刚平,车敬斌,余建洪,等.白内障微切口同轴超声乳化联合 MI60 型人工晶状体植入的临床疗效观察[J].中华临床医师杂志,2013,7(17):7763-7766
[7]张建珠,陈俊洪,黄伯健,等.1.8 mm 同轴微切口白内障超声乳化术对角膜散光的影响[J].国际眼科杂志,2014,14(4):670-672

(收稿日期: 2016-04-25)