

软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较 观察组治疗有效率明显优于对照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者治疗效果比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	20	4(20.0)	10(50.0)	6(30.0)	14(70.0)
观察组	20	8(40.0)	11(55.0)	1(5.0)	19(95.0)
χ^2					4.329
P					<0.05

2.2 两组患者听力比较 观察组听力情况明显优于对照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者听力比较[例(%)]

组别	n	气道听阈降低 >10 dBHL	气骨导差 <20 dBHL	气骨导差缩小 >25 dBHL
对照组	20	16(80.0)	10(50.0)	9(45.0)
观察组	20	10(50.0)	4(20.0)	2(10.0)
χ^2		3.956	3.956	6.144
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者并发症发生率比较 观察组并发症发生率明显低于对照组, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。见表 3。

表 3 两组患者并发症发生率比较[例(%)]

组别	n	脑积水	周围性面瘫	脑炎	总并发症发生
对照组	20	5(25.0)	2(10.0)	3(15.0)	10(50.0)
观察组	20	1(5.0)	1(5.0)	1(5.0)	3(15.0)
χ^2					5.584
P					<0.05

3 讨论

胆脂瘤中耳炎是一种慢性化脓性中耳炎,易破坏机体骨质,稍有不慎便会引发多种并发症,严重者危及生命。临床治疗应在彻底清除相应病灶的同时降低并发症发生率和改善患者听力,传统的治疗方式对患者听力改善效果不佳。完壁式乳突根治鼓室成形术在胆脂瘤中耳炎治疗中应用广泛,可完整保留外耳道皮肤的自净功能,无需对外耳道结痂进行定时清理^[3],同时较彻底的清除中耳病灶,维持外耳道的完整性,不会影响正常的中耳引流和通气系统,技术方案较为成熟,并发症发生率低,患者预后好,可显著改善听力^[4-5]。

由研究结果可知,观察组患者使用完壁式乳突根治鼓室成形术治疗,治疗有效率、听力恢复情况明显优于对照组,且脑积水、脑炎等并发症发生率低。综上所述,完壁式乳突根治鼓室成形术安全性高,可较快改善患者听力,提高患者生活质量,远期疗效较为理想。

参考文献

- [1]曾伟.完壁式乳突根治鼓室成形术治疗胆脂瘤中耳炎分析[J].中国现代药物应用,2016,10(16):15-16
- [2]原中发.完壁式乳突根治鼓室成形术治疗胆脂瘤中耳炎临床观察[J].临床医学,2013,33(3):85-86
- [3]李红玲.完壁式乳突根治并鼓室成形术治疗中耳炎治疗分析[J].中国实用医药,2013,8(25):103-104
- [4]陈春光.完壁式乳突根治鼓室成形术治疗胆脂瘤中耳炎临床分析[J].中国实用医药,2013,8(15):39-40
- [5]司江勇,司松环,杨浩,等.完壁式乳突根治鼓室成形术治疗胆脂瘤中耳炎的临床效果[J].临床研究,2016,24(8):81-82

(收稿日期:2017-01-18)

鼻内镜下手术治疗慢性鼻窦炎的效果及术后并发症的分析

吴世安 杨礼明 陈振清 吴美玲

(广东省肇庆市第一人民医院 肇庆 526002)

摘要:目的:对经鼻内镜手术治疗的慢性鼻窦炎患者的疗效和术后并发症发生率进行探讨分析。方法:选取 2014 年 4 月~2015 年 9 月我院收治的 74 例慢性鼻窦炎患者,全部进行经鼻内镜手术治疗,观察不同分型患者的手术疗效、术后并发症及术后生存质量。结果:患者经手术治疗后,疗效显著,总有效率为 86.49%(64/74)。其中 I、II 型患者分别与 III 型相比,总有效率有显著的提高(均 $P < 0.05$)。而 I 型与 II 型相比, $P > 0.05$, 差异无统计学意义。患者术后有 1 例发生术腔粘连及鼻塞,1 例发生了上颌窦口狭窄,2 例发生了眶周淤血,术后并发症发生率为 5.41%(4/74)。结论:慢性鼻窦炎患者选用鼻内镜手术治疗,手术有效率高,尤其对于 I、II 型患者有显著疗效,而且术后并发症也相对较低,值得进一步推广运用。

关键词:慢性鼻窦炎;鼻内镜;疗效;术后并发症

中图分类号:R765.9

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.055

慢性鼻窦炎是一种较为常见的临床疾病,一般表现为鼻塞,流脓涕,头痛,嗅觉减退等症状,严重影响着患者的生活质量^[1]。慢性鼻窦炎主要是由于鼻窦黏膜感染所致的一种慢性炎症,但是目前的药物治疗一般无法对病灶进行彻底清除,导致病情反复发作。而采用常规开放式手术,会对中鼻道黏膜和

前组筛区造成较大的损伤,易产生如眶周淤血、视力下降、颅内感染、脑脊液鼻漏等并发症,且手术有效率较低。随着鼻内镜技术的成熟和推广,鼻内镜下手术成为了治疗慢性鼻窦炎的新方法,我院对比进行了大量的手术实践,并从手术疗效、术后并发症多个方面进行观察研究。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 4 月~2015 年 9 月我院收治的 74 例的慢性鼻窦炎患者。纳入标准:所有患者均符合《鼻窦炎诊断与治疗指南》中慢性鼻窦炎标准;无严重心肝肾肺肾等重要器官系统疾病以及慢性病急性发作者;患者治疗依从度好。74 例患者中男 38 例,女 36 例;平均年龄(45.8±6.7)岁;平均病程(2.8±1.3)年;根据相关标准,可将其进行分型分期:I 型 24 例(1 期 6 例、2 期 10 例、3 期 8 例),II 型 22 例(1 期 5 例、2 期 9 例、3 期 8 例),III 型 28 例。

1.2 手术方法 首先使用 Messerklinger 术进行常规鼻内镜鼻窦外科手术,切除较大的鼻息肉。然后在 0° 镜下,于中鼻道前端鼻腔外侧壁的隆起部位,做一与钩突平行的弧形切口,利用筛窦钳除去钩突,使得筛泡得以暴露,用尖头鼻咬骨钳锐性切除筛泡,进入筛窦。再根据病人病灶的具体情况,对以下组织进行选择切除:前筛房、后筛房、将上颌窦进行适当扩大选择性切除病灶、适当扩大额隐窝选择性切除病灶。检查无病变及异物残留,术腔予明胶海绵填塞,必要时予膨胀海绵填塞,检查无活动性渗血,手术完毕。如有膨胀海绵填塞,术后 48 h 内取出,并适当清理术腔血痂及明胶海绵。术后第 1 个月,患者每周复诊 1 次,第 2 个月,每 2 周复诊 1 次,术后 3 个月后,每月复诊 1 次,每次复诊时均行鼻内镜术后处理,清理术腔水泡及痂皮,直到术腔黏膜上皮化。术后随访 1 年,观察分析患者的术后并发症发生情况以及手术对患者生活质量的影响。

1.3 观察指标 治愈:患者的症状消失,内窥镜检查,可发现患者窦口开放良好,窦腔黏膜上皮化,未发现脓性分泌物;好转:患者的相关症状得到明显改善,但经过内窥镜检查,仍然可以发现窦腔黏膜部分区域出现肥厚、水肿,或者是发现形成了肉芽组织,并能发现少量脓性分泌物;无效:患者的症状没有得到任何改善,甚至加重,内镜检查可发现术腔中仍然有粘连,并且有息肉,以及有大量的脓液。总有效率=(治愈+好转)/总例数×100%^[2]。

1.4 统计学方法 使用 SSPSS 19.0 统计软件对相关数据进行分析,其中用 S² 表示正态计量数据,采用 *f* 检验来比较正态资料组间差异,计数资料以 % 表示,*t* 检验用来比较样本率,*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同分型患者治疗总有效率比较 患者经过鼻内镜下手术治疗后,有了明显的疗效,总有效率为

86.49%(64/74)。将不同分型的患者总有效率进行比较,I、II 型分别与 III 型相比,总有效率有显著的提高(均 *P*<0.05)。而 I 型与 II 型相比,*P*>0.05,差异无统计学意义。见表 1。

表 1 不同分型患者治疗总有效率比较[例(%)]

组别	<i>n</i>	治愈	好转	无效	总有效
I 型	24	18(75.00)	4(16.67)	2(8.33)	22(91.67)
II 型	22	16(72.73)	4(18.18)	2(9.09)	20(90.91)
III 型	28	12(42.86)	10(35.71)	6(21.43)	22(78.57)

2.2 患者的术后并发症发生率 患者术后有 1 例发生术腔粘连及鼻塞,1 例发生了上颌窦口狭窄,2 例发生了眶周淤血,术后并发症发生率为 5.41%(4/74)。

3 讨论

慢性鼻窦炎是一种与鼻腔鼻窦关系甚为密切的疾病。有研究显示,其主要的发病机制和鼻道窦口复合体的结构改变和鼻腔、鼻窦黏膜病理改变有着密切的关系^[3]。慢性鼻窦炎主要的临床症状为鼻阻塞、头痛,甚至嗅觉消失,给患者日常生活带来了极大的不便^[4]。以前使用的常规手术疗法,由于其对鼻腔组织损伤较大,故而产生了较多的术后并发症,给患者术后的生活质量造成了极大的影响。由于视野狭小,难以完全清除全部病灶组织,故而术后复发率高。鼻内镜下手术治疗已经越来越受到医务人员的青睐,通过在鼻内镜下手术不仅可以最大限度的保留患者的正常组织,还能避免鼻甲、窦腔内黏膜等组织受到损伤。根据相关研究显示,由于鼻腔和鼻窦黏膜有着强大的自身防御能力,故术后可凭此以防止疾病复发^[5]。

从本次研究的结果可以发现,通过鼻内镜下手术治疗慢性鼻窦炎的患者,手术的总有效率比较高,为 86.49%,尤其是对于 I 型和 II 型患者而言,总有效率显著高于 III 型患者。这可能是由于分型较低的患者病灶范围小,病程短,病灶部位没有发生不可逆的改变有关,这也说明患者在患病后尽早治疗的必要性。在术后并发症方面,虽然个别患者出现了术腔粘连及鼻塞,上颌窦口狭窄以及眶周淤血,但根据相关资料与传统手术相比,仍然有显著的降低。此外,经过一年多的手术实践,我们也总结了一些手术经验,在鼻内镜下手术治疗慢性鼻窦炎中需引起术者的注意。术中如果没有保护上颌窦口的正常黏膜,可能会导致术后产生瘢痕,影响通气。准确对患者上颌窦和筛窦组织功能进行评估,能够显著的帮助患者尽早恢复。在手术操作中,必须要注意对鼻泪管、筛前动脉等重要组织进行保护,以免造成损伤。对于鼻窦壁的不可逆病变,为了避免损伤颈内动脉以及视神

经官,不能强行切除,以免造成严重并发症。对于出现可逆病变的黏膜组织,则应该尽量保留。综上所述,鼻内镜下手术治疗慢性鼻窦炎患者,手术总有效率高,尤其对于 I、II 型患者有显著疗效,术后并发症发生率较低,是一种安全性高、创伤小,恢复快的治疗方法,值得临床上进一步推广研究。

参考文献

[1]王小飞.鼻内镜手术治疗慢性鼻窦炎鼻息肉的疗效观察[J].中国医

师进修杂志,2011,34(15):43-44

[2]邓向丽,刘涛,刘伏娇,等.鼻内镜下手术治疗慢性鼻窦炎临床疗效分析[J].陕西医学杂志,2012,41(2):196-197

[3]刘栋.鼻内镜下手术对慢性鼻窦炎患者的疗效、术后并发症及生存质量的观察分析[J].中国临床实用医学,2016,7(4):66-68

[4]古庆家,安惠民,刘亚峰,等.鼻内镜手术治疗青少年及儿童慢性鼻窦炎[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2004,11(4):231-232

[5]王海瑞,赵俊亭,刘俊杰,等.经鼻内镜手术在慢性鼻窦炎鼻息肉治疗中的临床应用探讨[J].河北医学,2014,20(2):264-266

(收稿日期: 2017-02-09)

有晶体眼后房型人工晶体植入术治疗高度近视的临床分析

蔡萌 田野

(河南省郑州市第二人民医院眼科 郑州 450006)

摘要:目的:探讨和观察有晶体眼后房型人工晶体植入治疗高度近视的临床价值。方法:回顾性分析我院行有晶状体眼后房型人工晶体植入术高度近视患者 30 例,比较术前和术后 1、3、6 个月未校正视力(UCVA)和最佳矫正视力(BCVA)、屈光度、眼压及并发症等指标。结果:术后 1、3、6 个月,患者 UCVA 较术前显著提高,差异具有统计学意义($P<0.05$);患者眼压、角膜内皮细胞、六角形细胞比例无显著改变;术后未发现严重并发症。结论:有晶体眼后房型人工晶体植入术治疗高度近视安全、有效。

关键词:高度近视;有晶体眼后房型人工晶体植入;人工晶体

中图分类号:R779.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.056

目前,有晶体眼后房型人工晶体植入术作为治疗高度近视的有效手段,具有可逆性,屈光度矫正范围广,以及保留生理性调节功能等诸多优点,成为矫正屈光度过高及角膜厚度较薄的中高度屈光不正患者的首选方法。尽管有晶体眼后房型人工晶体(Implantable Collamer Lens, ICL)具有显著优势,但仍可能出现如白内障、青光眼、角膜失代偿等并发症。本文通过研究我院有晶体眼后房型人工晶体植入术治疗高度近视患者的各项指标,分析 ICL 在高度近视治疗中的价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2016 年 6~12 月郑州市第二人民医院行有晶状体眼后房型人工晶体植入术高度近视患者 30 例 59 眼,其中男 12 例 23 眼,女 18 例 36 眼;年龄 20~41 岁,平均年龄(31.20±3.37)岁。本研究经医院伦理委员会批准,所有患者均知情并签署治疗同意书。纳入标准:(1)年龄 18~45 岁,屈光度 ≥ -6.00 D,1 年内屈光状态稳定。(2)前房深度大于 2.8 mm,角膜内皮细胞数目大于 2 000 个/mm²。(3)无角膜屈光手术等眼部手术史,无青光眼、白内障、圆锥角膜等眼部疾病,无全身系统性疾病。

1.2 治疗方法 所有患者均行未矫正视力(UCVA)、最佳矫正视力(BCVA)、眼压、裂隙灯、前置镜眼底检查、角膜横径 W-W、角膜地形图、角膜厚度、前房深度、角膜内皮计数等。人工晶体选择瑞士 STAAR 公司生产的中央孔型 ICL V4c(散光 >2.00 D 患者则

选用 TICL),由 STAAR 公司专用公式计算人工晶体屈光度、长度。所有患者术前抗生素眼药水清洁点眼 3 d。若植入 TICL 则术前预先在裂隙灯下做角巩膜缘散光轴向定位标志。按常规内眼手术要求操作,充分麻醉后颞上方做 3.0 mm 透明角膜主切口,注入粘弹剂,鼻侧做 1.5 mm 侧切口,通过主切口推入 TICL,调整位置,缩瞳后充分冲出粘弹剂。术后使用 0.1%妥布霉素滴眼液及 0.5%左氧氟沙星滴眼液,qid,逐渐减量。

1.3 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件进行统计分析。数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,LSD-t 检验用于比较术前和术后的差异。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 视力(logMAR)与屈光度 术后 1、3、6 个月,患者 UCVA 较术前显著提高,差异具有统计学意义($P<0.05$)。没有患者术后 BCVA 比术前差。术前术后屈光度比较,具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 手术前后视力及屈光度情况($\bar{x} \pm s$)

时间	眼	UCVA	BCVA	屈光度
术前	59	0.96±0.25	0.13±0.23	-10.35±5.1
术后 1 个月	59	0.15±0.18	0.11±0.76	-0.17±1.32
术后 3 个月	59	0.14±0.23	0.10±0.19	-0.16±2.45
术后 6 个月	59	0.11±0.15	0.09±0.35	-0.14±2.98

2.2 眼压、角膜内皮计数、六角形细胞比例 术后 6 个月眼压、角膜内皮细胞、六角形细胞比例与术前比较,差异不具有统计学意义($t=3.256$ 、(下转第 117 页))