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,刘伟杰,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 /mm^2。（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）

刺激腧穴，激发经气传导，促进血液的循环达到化瘀通络、消癥散积之功。在火针治疗前后甲皱微循环的观察实验中证明，火针有明显地改善微循环的作用[4]。脏腑得以温煦，痰湿得以运化，血脉得以疏通，则疼痛自减。有关火针机理的研究指出[5]：针刺所引起的疼痛通过皮肤的感觉神经向脊髓发出冲动，与内脏的炎性冲动通过同一根神经的通路而传至大脑皮层的痛觉中枢，由于这两个冲动混合在一起，针灸所引起的疼痛必然会影响内脏炎性冲动的传达，使疼痛中枢全部或部分不能再感受到来自内脏炎性刺激的痛觉冲动，火针的刺激量明显大于毫针，并且病人对火针的注意力也超过毫针，间接降低了对疼痛的注意力，从而达到了更好的止痛效果。

火针治疗中晚期肝癌疼痛疗效显著，并且无三阶止痛给药造成的胃肠道反应、成瘾性和毒副反应，减轻了患者的痛苦，最大限度达到改善生存质量的目的，而且其价格低廉，降低总体医疗费用，患者易于接受。火针治疗中晚期肝癌患者除了可以取到不错的镇痛效果外，其本身亦可取到治疗癌症的作用，李树成等[6]研究证明：火针配合化疗组较单纯化疗组的 IL-6、TNF-α 水平降低幅度更大，使机体更加趋于细胞免疫的平衡状态，说明通过火针扶正补虚作用可改善肺癌化疗患者的内环境，调节细胞免疫，增强机体免疫功能。亦有研究表明[7]：火针可以诱导表皮细胞下的基底细胞转化为干细胞的作用，这种干细胞具有强大的代偿能力和自我修复能力，从而可以治疗像癌症这种常规手段难以治疗的疾病。可以说火针治疗癌症的作用是多方位的，除了其明显的止痛作用外，其抗癌作用也可以进一步探索和应用，值得临床推广。

参考文献

[1]丁玥,杨萍,孙丽秋,等.北京市 30 家医院住院癌症患者疼痛及控制状况的调查[J].中华护理杂志,2011,46(3):282-285
[2]梁永忠.中医辨证治疗癌性疼痛研究进展[J].亚太传统医药,2016,12(10):61-62
[3]邓宏,吴万垠,柴小妹,等.刘伟胜教授辨治癌痛经验介绍[J].新中医,2009,41(3):15-16
[4]郭喜利,王敏,胡政,等.火针疗法作用机制的探讨[J].光明中医,2016,31(5):683-685
[5]张晓霞,吴之煌,董明霞.火针疗法治病机理初探[J].北京中医,2007,26(9):576-578
[6]李树成,张英,林丽珠.火针四花穴对晚期非小细胞肺癌化疗患者 IL-6、TNF-a 的影响[J].新中医,2014,46(5):170-173
[7]杨光.火针疗法[M].北京:中国中医药出版社,2016.24

（收稿日期：2017-01-19）

（上接第 87 页）1.983、3.697，P 均 >0.05）。见表 2。

表 2　眼压、角膜内皮计数、六角形细胞比例（$\bar{x} \pm s$）

时间	眼	眼压(mmHg)	角膜内皮计数(个)	六角形细胞比例(%)
术前	59	15.07± 1.56	2 798± 256	56.37± 8.46
术后 1 个月	59	15.79± 1.92	2 769± 132	54.76± 9.32
术后 3 个月	59	15.56± 1.23	2 764± 453	54.67± 10.45
术后 6 个月	59	15.58± 1.17	2 764± 357	54.65± 9.60

2.3　术中及术后并发症　本研究中 59 眼均成功植入 ICL/TICL，术后 5 眼出现高眼压，4 眼使用卡替洛尔及布林佐胺滴眼液，1 眼通过角膜切口放房水，眼压控制，恢复正常。所有手术均未发现白内障、青光眼、眼内炎等并发症。

3　讨论

有晶体眼后房型人工晶体植入手术是高度近视、角膜上皮较薄等患者的更好选择[1]。尽管大量研究证实有晶体眼后房型人工晶体植入术具有良好的临床疗效，但其术后短期或者长期并发症不可忽视。白内障是 ICL 术后最常见的并发症，可能与低拱高和房水循环不足导致的 ICL 与晶状体直接接触有关[2-3]。此外，高眼压也是早期 ICL 术后常见并发症，为了避免此种情况，传统 ICL 需在术前或者术中行虹膜周边切除，但可能出现眼痛、术中出血等情况[4-5]。

近年来，新型中央孔型 ICL V4c 基于 ICL V4 模型在制造工艺上进行了改进。与传统的 ICL V4 模型相比，ICL V4c 具有更宽广的矫治空间，更好的矫正视力，表明 ICL V4c 不仅包含了以前 ICL 的所有特点，并且还具备更多优势[6-7]。ICL V4c 设计了 360 μm 中心孔，接近房水的自然流动，避免了瞳孔阻滞引起的眼压增高，而不需要虹膜周边切除[8]。而且其拱形设计，能与自身晶状体之间形成充分的拱高，使得不会接触自身晶状体或是其之间距离太近。可以降低前囊膜混浊和白内障形成的风险。综上所述，通过对 59 眼高度近视患者有晶体眼的后房型人工晶状体植入术后 6 个月的临床观察，证实其治疗高度近视安全、有效、可逆，值得推广。

参考文献

[1]黎冬平,刘磊,李新宇,等.ICL 植入术治疗高度近视术后早期眼前节形态的变化[J].国际眼科杂志,2014,14(1):49-51
[2]于莉,黎明,彭云,等.ICL- 晶状体间距和虹膜张力对 ICL 术后并发白内障影响研究[J].中国实用眼科杂志,2013,31(6):684-687
[3]Schmidinger G,Lackner B,Pieh S,et al.Long-term changes in posterior chamber Phakic intraocular Collamer Lens vaulting in myopic patients[J].Ophthalmology,2010,117(8):1506-1511
[4]周妍妍,郑晓龙.ICL V4c 矫正超高度近视术后视觉质量的短期观察[J].国际眼科杂志,2015,15(9):1615-1617
[5]何渊,王华,唐炘.高眼压下行透明角膜切口虹膜周切术疗效分析[J].中国实用眼科杂志,2011,29(12):1245-1249
[6]王凌飞,杨瑞波,赵少贞.CACHET 有晶状体眼人工晶状体植入术后视觉质量的临床评价[J].眼科新进展,2013,33(6):546-550
[7]王新,马忠旭,巩晨.OQAS 视觉质量分析系统比较不同材料人工晶状体眼内散射光及视觉质量[J].中国实用眼科杂志,2014,32(2):130-134
[8]于春晶,张立军,牟亚男.中央孔型 ICL V4c 矫治高度近视的临床疗效观察[J].中国医学创新,2016,13(33):51-54

（收稿日期：2016-12-07）