

参考文献

[1]康凯.高血压脑出血的发病机制及手术治疗进展研究[J].系统医学,2018,3(19):196-198.
[2]田仁富,向春晖.经侧裂显微手术与小骨窗开颅手术治疗高血压脑出血临床疗效和安全性对比[J].中国临床医生杂志,2019,47(1):58-60.
[3]王首杰,蔡青,秦怀洲,等.微创钻孔引流术对高血压脑出血病人脑血流参数和血清神经功能指标的影响[J].实用老年医学,2020,34(3):237-240,245.
[4]杨树源,只达石,张建宁.神经外科学[M].北京:人民卫生出版社,2008.1122.
[5]王景胜,刘正君,陈楠.hsCRP、TNF-α 与高血压性脑出血相关性研究进展[J].心血管康复医学杂志,2018,27(5):613-615.
[6]刘彬.小骨窗与大骨瓣开颅血肿清除术治疗高血压脑出血的临床疗效对比[J].临床与病理杂志,2019,39(1):98-103.
[7]李刚,刘晓,马俊杰,等.微创钻孔引流术治疗中等量基底核区高血压脑出血的疗效分析及预后的影响[J].立体定向和功能性神经外科杂志,2019,32(5):311-313.
[8]汪峰,余国清,王小强,等.高血压脑出血术后并发肺炎的危险因素、诊断及防治研究进展[J].山东医药,2019,59(30):81-84.
[9]黄晓斌.微创钻孔引流术联合尿激酶在基底节区 HICH 患者中的应用效果[J].西藏医药,2020,41(6):14-17.

(收稿日期:2020-08-01)

亦可引起脑神经细胞坏死凋亡。本研究观察组 NSE、S100B 水平均低于对照组,NIHSS 评分低于对照组,ADL 评分高于对照组 ($P<0.05$),说明微创钻孔引流术可以降低脑神经因子水平,改善患者神经功能及生活自理能力。可能的原因是一方面微创钻孔引流术可以在较短时间内清除血肿,及时解除占位,进而减轻血肿对脑组织的压迫,降低脑神经因子凋亡坏死数量,利于术后恢复;另一方面该手术方式切口小,手术时间短,引流管直达血肿部位,尽量避免脑组织的主要功能区,对脑组织不会进行过多的牵涉,减少应激因子的分泌,进而减轻对脑神经的损伤,加速脑神经因子的恢复,更有效改善神经功能,促进患者生活自理能力的提高^[8-9]。

综上所述,高血压性基底节区中等量脑出血行微创钻孔引流术可减少术中出血量,缩短手术和住院时间,降低脑神经因子水平,改善神经功能和生活自理能力,降低并发症发生率。

准分子激光角膜原位磨镶术对近视患者术后视力及 WHOQOL-100 评分的影响

吴真真

(河南省漯河市源汇谷晓红眼科视光学门诊部 漯河 462000)

摘要:目的:探究准分子激光角膜原位磨镶术对近视患者术后视力及世界卫生组织生活质量评分表评分的影响。方法:回顾性收集 2017 年 1 月~2020 年 9 月收治的 100 例近视患者临床资料,按手术方案不同分成研究组和常规组,各 50 例。常规组接受准分子激光屈光性角膜切除术治疗,研究组接受准分子激光角膜原位磨镶术治疗。对比两组视力、屈光度、视野平均敏感度、世界卫生组织生活质量评分表评分。结果:术后 1 个月、3 个月研究组视力及屈光度较常规组优 ($P<0.05$);术后 1 个月、3 个月研究组视野平均敏感度较常规组高 ($P<0.05$);术后 1 个月、3 个月研究组世界卫生组织生活质量评分表评分较常规组高 ($P<0.05$)。结论:准分子激光角膜原位磨镶术治疗近视,可有效改善患者视力及视网膜功能,提升其生活质量。

关键词:近视;准分子激光角膜原位磨镶术;生活质量;视力;激光

中图分类号:R779.63

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.09.068

近视为临床常见病症,指患者在调节放松状态下,平行光线经眼球屈光系统后聚焦于视网膜之前的现象。据相关调查统计,我国近视患者约 3 亿,且发病率呈逐年攀升趋势,发病率高达 50%~70%,严重影响患者学习、生活和工作^[1-3]。准分子激光屈光性角膜切除术(Photorefractive Keratectomy, PRK)为临床治疗近视的常用术式,能有效改善患者视力,但易致使角膜上皮缺失,引起角膜细胞增生,导致角膜上皮雾状混浊及屈光回退,整体效果不理想。准分子激光角膜原位磨镶术(Laser Assisted In Situ Keratomileusis, LASIK)是由 PRK 发展而来,可分光区实施操作,最大限度保留膜基质床^[4]。本研究回顾

性收集我院 100 例近视患者临床资料,旨在从视力变化、生活质量等层面探究 LASIK 的应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性收集我院 2017 年 1 月~2020 年 9 月收治的 100 例近视患者临床资料,按手术方案不同分成研究组和常规组,各 50 例。研究组男 27 例,女 23 例;年龄 18~44 岁,平均 (31.62 ± 5.54) 岁;低度近视 17 例,中度近视 22 例,高度近视 11 例。常规组男 29 例,女 21 例;年龄 20~46 岁,平均 (33.02 ± 5.65) 岁;低度近视 19 例,中度近视 21 例,高度近视 10 例。两组基线资料均衡可比 ($P>$

0.05)。

1.2 选例标准 纳入标准:经散瞳验光、视力及其他相关检查确诊为近视;双眼近视;签署知情同意书。排除标准:合并过敏性结膜炎;合并严重恶性肿瘤;依从性差;合并先天性白内障;有眼部手术史;合并肝、肾、脑、肺、心功能不全;圆锥角膜。

1.3 手术方法 常规组接受 PRK 治疗,固定眼球,明确角膜中心位置,将角膜切削,同时切除角膜上皮,去除角膜基质组织。研究组接受 LASIK 治疗,开睑器撑开眼睑,置入负压环,对角膜缘进行标记,作角膜瓣(厚度 120~135 μm,直径 7~8 mm),吸干角膜表层水分,激光切削参数依照屈光度检查及角膜厚度检查结果确定,注意确保切削直径为 5~7 mm;发射激光,切削角膜,控制切削后角膜基质床厚度>250 μm,待切削后,将角膜瓣盖回,冲洗瓣下,确保瓣下无残留物。两组术后常规给予抗感染等处理。

2.2 两组视野平均敏感度对比 组内对比,两组术后 1 个月、3 个月视野平均敏感度逐渐改善 ($P<0.05$);组间对比,术后 1 个月、3 个月研究组视野平均敏感度较常规组高 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组视野平均敏感度对比 (dB, $\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	术前	术后 1 个月	术后 3 个月
研究组	50	47.12± 5.14	66.48± 6.34 ^{*k}	81.56± 6.27 ^{mk}
常规组	50	48.43± 5.22	61.07± 5.41 [*]	73.84± 6.13 [#]
组间			$F=9.771, P<0.001$	
不同时间点			$F=10.772, P<0.001$	
组间不同时间点			$F=9.853, P<0.001$	

注:与同组术前对比, $^*P<0.05$;与同组术后 1 个月对比, $^{\#}P<0.05$;与同时
间点常规组对比, $^kP<0.05$ 。

2.3 两组 WHOQOL-100 评分对比 组内对比,两组术后 1 个月、3 个月 WHOQOL-100 评分逐渐升高 ($P<0.05$);组间对比,术后 1 个月、3 个月研究组 WHOQOL-100 评分较常规组高 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组 WHOQOL-100 评分对比 (分, $\bar{x} \pm s$)				
组别	<i>n</i>	术前	术后 1 个月	术后 3 个月
研究组	50	57.12± 5.14	76.48± 6.34 ^{*k}	90.56± 6.27 ^{mk}
常规组	50	58.43± 5.22	71.07± 5.4 [*]	77.84± 6.13 [#]
组间			$F=10.647, P<0.001$	
不同时间点			$F=11.267, P<0.001$	
组间不同时间点			$F=10.893, P<0.001$	

注:与同组术前对比, $^*P<0.05$;与同组术后 1 个月对比, $^{\#}P<0.05$;与同时
间点常规组对比, $^kP<0.05$ 。

1.4 观察指标 (1)对比两组术前及术后 1 个月、3 个月视力变化及屈光度,以视力表测视力。(2)对比两组术前及术后 1 个月、3 个月视野平均敏感度,以视野计测量。(3)对比两组术前、术后 3 个月世界卫生组织生活质量评分表(WHOQOL-100)评分,量表共 100 分,分值越低,生活质量越差。

1.5 统计学分析 采用统计学软件 PSS22.0 分析数据,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,用 t 检验,不同时间、组间、交互作用下以重复测量方差分析,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组视力变化及屈光度对比 两组术后 1 个月、3 个月视力及屈光度均较术前改善 ($P<0.05$);术后 1 个月、3 个月研究组视力及屈光度均较常规组优 ($P<0.05$)。见表 1。

3 讨论

随着社会发展与进步,手机、电脑普及和应用,人们用眼过度,眼球压力增加,从而诱发近视,若未及时获得有效治疗或控制,近视程度会愈来愈严重,高度近视患者具有高致盲风险,严重影响患者生活质量^[5-7]。故临床应采取有效治疗方案,以提高患者生活质量。

PRK 为临床治疗近视的常用术式,具有预测性好、操作简便等优点,但术中易致角膜上皮缺损,引发角膜细胞增生,使细胞外基质产生、调节细胞外基质的酶类过度分泌,从而刺激角膜上皮增殖,引发角膜修复级联反应,出现角膜上皮雾状浑浊与屈光回退,整体效果不理想。因此,临床应积极寻找新的治疗术式,以提高疗效。LASIK 主要是先运用显微角膜成型系统,于角膜表层形成角膜瓣,而后对角膜基质实施激光切削,复位角膜瓣,从而达到准确矫正近视的目的。LASIK 的优势在于术中操作可分光区实施,能将角膜基质床最大限度保留,有效降低术源性散光、继发性圆锥角膜、角膜基质瓣发生风险。本研究数据显示,术后 1 个月、3 个月研究组视力及屈光度较常规组优,视野平均敏感度较常规组高 ($P<$

0.05)。由此可见,LASIK 治疗近视可有效改善患者视力及视网膜功能。此外,本研究数据显示,术后 1 个月、3 个月研究组 WHOQOL-100 评分较常规组高 ($P<0.05$)。由此表明,LASIK 治疗近视可有效提升患者生活质量。这一结果可能与患者视力及视网膜功能提升有关。但行 LASIK 时仍需注意以下几点:(1)术中角膜瓣制作时,需保证其厚度均匀、完整光滑、角膜瓣位置处于正中;(2)术前需为患者详细解释 LASIK 安全性,并予以一定心理安慰,以提高患者治疗依从性,保证手术顺利实施。

综上所述,LASIK 治疗近视可有效改善患者视力及视网膜功能,提升生活质量,值得临床推广。

参考文献

[1]赵立全,李良毛,刘俊,等.飞秒激光小切口角膜基质透镜取出术与

飞秒激光制瓣 LASIK 治疗近视及散光术后 1 年随访效果观察[J].海南医学,2019,30(6):759-762.

[2]牛玉玲,叶茹珊,邓铤明,等.低浓度阿托品联合角膜塑形镜治疗青少年中低度近视的疗效[J].国际眼科杂志,2019,19(11):1940-1944.

[3]董万江,陈龙,罗忠,等.PC-PRL 植入术治疗高度近视的疗效及对患者并发症的影响[J].海南医学院学报,2020,26(2):122-125.

[4]袁小艾,王保君,周予兰,等.调整切削屈光度对飞秒激光辅助准分子激光原位角膜磨镶术治疗高度近视疗效的影响[J].新乡医学院学报,2019,36(10):975-978,982.

[5]龙克利,吴秀梅,张嘉璠,等.飞秒激光辅助的准分子激光原位角膜磨镶术和准分子激光上皮下角膜磨镶术矫正高度近视术后两年患者角膜后表面的变化[J].眼科新进展,2020,40(1):54-57,61.

[6]刘亚妮,赵小莹,唐蓓,等.改良的后巩膜加固术治疗高度近视的疗效评估及护理[J].中国药物与临床,2020,20(3):483-485.

[7]李飞,杨杰.准分子激光前弹力层下角膜磨镶术治疗高度近视的临床疗效[J].中国激光医学杂志,2020,29(2):92-96.

(收稿日期: 2021-03-10)

(上接第 4 页)均有明显改善,提示患者身体机能有明显好转;而采用西医的对照组除了润燥指数上升提示有改善外,出现了裂纹指数上升 - 舌面裂纹增多、厚薄指数下降 - 舌苔变厚、腐腻指数上升 - 舌苔更腻,从中医角度来看均提示人体阴阳失衡、脾胃功能受损、气血运化障碍,这与化疗对身体的损害有关。在脉象方面,发现肺癌患者以弦脉、滑脉、弱脉、细脉、数脉、濡脉为主,在治疗过程中,发现患者的脉象会因治疗的深入而发生变化,尤其在治疗组给予中医益气清毒综合治疗后这种变化更为显著,疗效好转的患者脉象逐渐变为平缓,表现在脉象指数则是 h1、U、P 值明显上升、h3/h1 值明显下降,对照组也有类似变化,但是差异无统计学意义。这与上述黄氏、王氏、焦氏、倪氏的报道均有所不同,考虑可能是受化疗的影响,导致脾胃功能紊乱、骨髓造血功能受损、免疫功能下降有关,从而影响舌脉象转归。

综上所述,在采用中医益气清毒法综合治疗肺癌中晚期患者时,可以将舌脉象参数作为指导治疗的有效参数和中医症候改善的观察指标,且舌脉象参数的检测对比其他检测更为简易、费用更低,故更容易为患者所接受;但其使用范围及可行性需进一步扩大样本进行研究。

参考文献

[1]石玉琳,胡晓娟,许家佗.中医病证智能化诊断与分类研究进展[J].中国中西医结合杂志,2019,39(6):763-768.

[2]张卓,朱惠蓉,程悦蕾.舌脉象仪临床应用研究概况[J].江苏中医药,2011,43(7):91-93.

[3]Adorno G,Brownell G.Understanding quality-of-life while living with

late-stage lung cancer: an exploratory study [J].J Soc Work End Life Palliat Care,2014,10(2):127-148.

[4]熊墨年,唐晓玲,余晃,等.中医益气清毒化痰法治疗晚期非小细胞肺癌的临床观察[J].中华中医药杂志,2012,27(10):2743-2745

[5]袁肇凯.中医诊断实验方法学[M].北京:科学出版社,2003.85-112.

[6]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.118.

[7]Masel EK,Schur S,Nemecek R,et al.Palliative care units in lung cancer in the real-world setting: a single institution's experience and its implications[J].Ann Palliat Med,2017,6(1):6-13.

[8]孔亮,杨婷,范华雨,等.中医四诊客观量化的研究进展[J].中国民族民间医药,2020,29(1):63-66.

[9]王金,马银杰,何生奇.肿瘤患者舌象研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(7):165-168.

[10]李雪,钱鹏.脉象仪的研究及临床应用进展[J].中国中医药科技,2017,24(6):826-829.

[11]夏小军,雷旭东,陈浩方,等.224 例复治肺癌患者中医体质类型及舌脉特点分析[J].甘肃医药,2019,38(5):400-402.

[12]黄云胜,许迎烈,苏建华,等.50 例肺癌患者中西医结合治疗后舌脉象参数的变化[J].世界中医药,2017,12(1):194-197.

[13]王云丹.肺癌患者中西医结合治疗后舌脉参数的变化研究[J].世界临床医学,2017,11(1):172,174.

[14]焦丽静,李嘉旗,龚亚斌,等.中医药联合辅助化疗对早期非小细胞肺癌术后患者舌象变化规律的影响[J].上海中医药杂志,2020,54(2):21-27.

[15]倪昱烜.晚期非小细胞肺癌患者 GP 方案化疗前后应用舌像、脉象仪器疗效观察[J].临床医药文献杂志,2016,3(49):9770.

[16]杨琼,朱惠蓉,燕海霞,等.原发性肺癌患者脉图特征参数与肿瘤指标的典型相关分析[J].辽宁中医杂志,2011,38(1):19-22.

[17]曾令旨,黄景斌,崔骥,等.基于图像特征的不同证型非小细胞肺癌患者舌象研究[J].上海中医药大学学报,2020,34(5):6-13.

(收稿日期: 2021-01-21)