

## 小切口白内障囊外摘除治疗硬核白内障的效果观察

吴胜先

浦北县中医医院 广西钦州 535300

〔摘要〕目的 探讨小切口白内障囊外摘除治疗硬核白内障的效果。方法 选取 2019 年 1 月-2019 年 6 月 30 例硬核白内障患者,按就诊先后分成观察组(n=15)和对照组(n=15),对照组采用超声乳化术治疗,观察组采用小切口白内障囊外摘除治疗,观察两组术后视力恢复及并发症情况。结果 观察组术后 1d、1 周时的视力水平高于对照组,差异显著( $P<0.05$ );观察组术后 1 个月、3 个月时视力水平与对照组差异无显著性( $P>0.05$ );观察组患者术后角膜水肿发生率(6.67%)低于对照组(40.00%),差异显著( $P<0.05$ )。结论 小切口白内障囊外摘除治疗硬核白内障的效果显著,可促进视力恢复,减少并发症,临床应用价值高。

〔关键词〕小切口白内障囊外摘除;硬核白内障;视力;并发症

〔中图分类号〕R779.66 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2019)12-030-02

硬核白内障在临床中具有较高发病率,超声乳化术是比较常用的治疗方法,但依然存在较多弊端,超声乳化白内障摘除术在操作时,容易出现机械损伤,导致视力恢复比较缓慢<sup>[1]</sup>。近些年来,小切口白内障囊外摘除术在临床中发挥了重要作用,可有效改善视力,应用价值高<sup>[2]</sup>。本研究选取 30 例硬核白内障患者,探讨小切口白内障囊外摘除治疗效果。报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月-2019 年 6 月 30 例硬核白内障患者,按就诊先后分成观察组(n=15)和对照组(n=15)。纳入标准:患者均符合硬核白内障的临床诊断标准;均符合白内障囊外摘除术的临床手术指征<sup>[3]</sup>;患者均知情同意。观察组男 9 例,女 6 例,年龄 56~67 岁、平均(62.16±1.54)岁。对照组男 10 例,女 5 例;年龄 57~68 岁、平均(62.22±1.53)岁。两组一般资料进行对比,无显著差异( $P>0.05$ )。

### 1.2 方法

两组患者在手术治疗前,均应进行眼部检查,检测眼轴长度、角膜曲率,对人工晶体度数进行准确计算。

对照组患者实施超声乳化术治疗,术前通过 2%利多卡因实施患眼结膜的表面麻醉,或是实施膜下浸润麻醉,在前房中注射 1%透明质酸钠,实施连续环形撕囊,通过超声乳化技术对其水分离、水分层,然后植入人工晶状体,在吸除透明

质酸后,对前房进行重建,在结膜囊中予以妥布霉素地塞米松滴眼液,通过眼垫将患眼包扎处理。

观察组患者实施小切口白内障囊外摘除术进行治疗,术前通过 2%利多卡因实施局部浸润麻醉,经常规消毒,对患眼球结膜合理剪开,将穹隆作基底做 8.5mm 结膜瓣,按照核大小,与透明角膜缘后 1mm 位置作隧道式切口,通过 3.2mm 穿刺刀进行穿刺,达到前房。注射粘弹剂,实施环形撕囊,对其予以水分离、水分层,并再次使用粘弹剂,将晶体核缓慢取出,放置人工晶状体,在球结膜下进行妥布霉素地塞米松滴眼液治疗,对患眼进行包扎处理,合理应用抗生素,预防感染。

### 1.3 观察指标

观察两组患者术后 1d、1 周、1 个月、3 个月时的视力水平;观察两组并发症情况。

### 1.4 统计学方法

数据均通过 SPSS21.0 软件进行处理分析,采用  $\chi^2$  对计数资料实施对比检验,采用 t 对计量资料实施对比检验,当  $P<0.05$  时,说明对比差异存在较为明显的统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组术后视力恢复情况对比

观察组术后 1d、1 周时视力水平高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组术后 1 个月、3 个月时的视力水平与对照组差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表 1。

表 1: 两组患者术后视力情况比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	术后 1d	术后 1 周	术后 1 个月	术后 3 个月
观察组 (n=15)	0.52±0.12	0.69±0.13	0.77±0.16	0.78±0.18
对照组 (n=15)	0.42±0.10	0.56±0.12	0.73±0.15	0.76±0.19
t	2.479	2.846	0.706	0.296
P	0.010	0.004	0.243	0.385

### 2.2 两组并发症情况比较

观察组患者术后角膜水肿 1 例,发生率为 6.67%,对照组 6 例,发生率为 40.00%,差异显著( $\chi^2=4.658, P=0.030$ )。

## 3 讨论

白内障疾病在老年群体中具有较高的发病率,往往导致患者视力水平受到不利影响<sup>[4]</sup>。当患者发生白内障疾病时,往往出现视力水平持续降低现象,若未对患者进行及时有效

的临床治疗,极有可能导致病情快速恶化,甚至有可能造成患者失明<sup>[5]</sup>。导致白内障发生的相关因素较多,药物应用不慎、不合理生活习惯、身体氧化能力降低、微量元素缺乏等,均有可能使眼部晶状体发生营养障碍问题,导致代谢功能出现紊乱,应根据患者具体情况实施对应治疗,提高临床疗效<sup>[6]</sup>。

对比普通白内障患者,发生硬核白内障后,在采用手术

治疗时，其手术难度更高，而且容易引发更多的不良反应，因此需选取更为合理的手术治疗方法。经研究可知，观察组在术后 1d、1 周时的视力水平高于对照组，存在明显差异，但是观察组在术后 1 个月、3 个月时的视力水平与对照组进行比较，无明显差异。观察组患者术后角膜水肿发生率低于对照组。由此可知，观察组采用小切口囊外摘除术进行治疗后，患者视力恢复速度更快，而且能够有效减少角膜水肿的发生。小切口囊外摘除术的手术切口较小，通过自闭性巩膜隧道小切口进行操作，不会对角膜造成明显损害，而且出血量较少，使眼部受损程度较小。切口具有较高自闭性，通过巩膜张力，可预防房水漏出，眼内空间具有较高稳定性<sup>[7]</sup>，术后不会出现较高散光度，利于患者视力恢复。观察组患者术后并发症相对减少，主要是因超声乳化术在治疗时，晶状体碎片形成一定的机械损伤，会导致角膜内皮细胞受到一定损伤，而且手术时间相对较长，会形成一定热效应，产生更多能量，使眼部及周围组织受到的损伤明显上升。小切口白内障囊外摘除术因手术切口小，可有效预防巩膜脱出，对切口密闭具有明显促进作用，可预防感染，使水肿能够更为快速地恢复<sup>[8]</sup>。

总之，小切口白内障囊外摘除治疗硬核白内障的效果显著，可促进视力恢复，减少并发症，具有较高的应用价值。

[参考文献]

[1] 云向前. 小切口白内障囊外摘除治疗硬核白内障临床

研究[J]. 临床医药文献杂志, 2017, 4(86): 16888.

[2] 陈晓刚, 董冠斌, 马婵娟, 等. 小切口囊外摘除术治疗白内障对患者视觉功能和生存质量的影响[J]. 中国医药指南, 2018, 16(13): 75-76.

[3] 韦涛, 黄宝辉, 何敏. 无缝线小切口白内障囊外摘除并晶状体植入术治疗硬核白内障的疗效分析[J]. 安徽医药, 2014, 18(4):713-714.

[4] 龙景梅, 陈巧梅, 边海霞, 等. 无缝线小切口囊外摘除术治疗硬核白内障的临床疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2016, (1):157-158.

[5] 曾龙飞, 解忠祥. 无缝线小切口白内障囊外摘除术治疗硬核白内障的疗效[J]. 实用临床医学, 2015, 16(10): 62-63.

[6] 袁霞. 小切口白内障囊外摘除与超声乳化白内障摘除对硬核白内障的效果对比[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(5): 575-577.

[7] 张宏霞, 曹晓光, 范世超. 基层医院小切口白内障手术在复明工作中的疗效分析[J]. 世界临床医学, 2017, 11(15): 70-71.

[8] 李春亭, 朱振流. 小切口囊外摘除术与白内障超声乳化摘除术治疗白内障的临床效果比较[J]. 世界临床医学, 2017, 11(7): 50-51.

(上接第 28 页)

长度(4.73±1.15)cm, 骨折愈合时间(10.26±2.41)d, 与对照组相比, P<0.05; 并发症发生率方面, 观察组(2.63%)低于对照组(15.79%), P<0.05。本研究给予跟骨骨折患者微创复位钢板固定术治疗, 这种治疗方式手术切口更小, 并且操作简便, 能避免跟骨骨折患者患处组织剥离时对软组织造成损伤。微创复位钢板固定术中操作不会对骨折端组织造成较大影响, 牵拉及压迫作用较轻, 对骨折端血供具有较好的保护作用, 有利于骨折愈合<sup>[5]</sup>。患者术中出血量少, 进而减轻了患者术后应激反应。治疗过程中, 不需要将骨折端打开, 主要通过克氏针辅助骨折复位, 避免对腓肠肌神经造成损伤, 减低并发症发生率。微创复位钢板固定术有利于术后螺钉及钢板取出, 进而避免出现机械性损伤, 促进术后恢复。

所以, 在跟骨骨折患者治疗中, 微创复位钢板固定术治

疗效果较好, 能减少出血量, 降低并发症发生率, 促进骨折愈合, 具有应用及推广价值。

[参考文献]

[1] 肖国栋, 刘国辉. 跗骨窦切口联合经皮置钉技术微创治疗跟骨骨折的临床疗效分析[J]. 临床外科杂志, 2016, 24(10):783-785.

[2] 农朝鹏. 微创小切口钢板内固定治疗跟骨骨折的疗效分析[J]. 中外医疗, 2016, 35(15):22-23.

[3] 王继继, 李彦林, 徐敏. 微创钢板内固定术治疗跟骨骨折患者的临床效果分析[J]. 中国农村卫生, 2016, 24(19):58-58.

[4] 吴超. 微创空心螺钉内固定与钢板内固定治疗跟骨骨折的临床疗效分析[J]. 养生保健指南, 2016, 15(18):14-14.

[5] 王飞. 跗骨窦入路微创内固定治疗糖尿病跟骨骨折患者的临床研究[J]. 糖尿病新世界, 2019, 22(9):41-42.

(上接第 29 页)

次根管治疗, 多次根管治疗的就诊次数相对来说比较多, 治疗的时间也比较长; 一次性根管治疗是在一次手术中就可以将开髓、拔髓、根管填充等环节全部完成, 患者的治疗次数比较少, 减少了并发症的发生情况。但是一次性根管治疗也要注意预备根管和根管制备中的一些环节, 比如在预备根管的时候要将根尖孔机械的刺激降到最低, 以免脓性的分泌物和细菌等被推到根尖孔, 还要检查根管的填充是否到位; 在根管制备的过程中, 要将牙髓组织完全彻底的去除掉<sup>[4]</sup>。

在本次研究中, 术后一周两组患者的治疗有效率没有明显差异(P>0.05), 术后三个月和六个月采用一次性根管治疗的 M 组患者治疗有效率高于采用多次根管治疗的 N 组, M 组患者并发症的发生率低于 N 组, 同时 M 组患者治疗时间短于 N

组, 两组之间的差异具有统计学意义(P<0.05)。综上所述, 采用一次性根管治疗急性牙髓炎的效果显著, 可以提高治疗的有效率, 减少治疗时间, 降低并发症的发生率, 值得临床广泛推广。

[参考文献]

[1] 赵芳. 急性牙髓炎一次性根管与多次根管治疗的效果比较[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(08):1315-1316.

[2] 王学冬. 急性牙髓炎一次性根管与多次根管治疗的效果比较[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 6(12):76.

[3] 刘波. 急性牙髓炎一次性根管与多次根管治疗的效果比较[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2018, 5(35):82.

[4] 李雷. 急性牙髓炎一次性根管与多次根管治疗的效果比较[J]. 中国医疗器械信息, 2017, 23(12):103-104.