

白内障超声乳化吸除结合人工晶体植入术治疗的效果分析

张 虹

云南大学附属医院眼科 650021

〔摘要〕目的 探讨白内障超声乳化吸除结合人工晶体植入术治疗的效果分析。方法 选 2019 年 2 月-2020 年 2 月于我院的白内障患者 88 例，随机分为两组。对照组应用白内障囊外摘除和人工晶体植入，研究组应用白内障超声乳化吸除和人工晶体植入。结果 研究组并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)；研究组治疗 1 天和 3 个月 after 视力恢复效果高于对照组 ($P < 0.05$)。结论 白内障超声乳化吸除结合人工晶体植入术治疗效果理想，可以减少并发症的发生，较快改善患者视力。

〔关键词〕 白内障；超声乳化吸除；人工晶体植入术；治疗效果

〔中图分类号〕 R77 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2020) 10-047-02

白内障是老年人常见的一种眼科疾病，具有较高的致盲性，且药物治疗效果不佳，目前只有手术治疗才能明显提高患者的视力，改善患者生活质量。当下人工晶体技术不断发展，大多数患者应用超声乳化吸除术后联合应用人工晶体植入术^[1]。超声乳化吸除手术切口小，患者恢复快，治疗依从性高。本文主要探讨白内障超声乳化吸除结合人工晶体植入术治疗的效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选 2019 年 2 月-2020 年 2 月于我院的白内障患者 88 例，随机分为两组。对照组 44 例，年龄 52-81 岁，平均 (69.8±2.3) 岁，术前眼压 23-35mmHg，平均 (26.1±2.1) mmHg，女 20 例，男 24 例。研究组 44 例，年龄 52-79 岁，平均 (68.7±3.1) 岁，术前眼压 23-35mmHg，平均 (25.9±2.2) mmHg，女 21 例，男 23 例。一般资料有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组应用白内障囊外摘除和人工晶体植入，在角膜上方 11 点处，将球结膜剪开，给予电凝止血，之后将 1 毫米的板层切口选择在角膜缘后 12 点的位置，分离后，进入角膜缘，之后进行前房穿刺，扩大角膜切口后，分离水核，同时娩出晶状体核，吸皮质后在前房中注入粘弹剂，在囊袋内或睫状沟内植入人工晶体，之后吸出粘弹剂，缝合角巩膜。

研究组应用白内障超声乳化吸除和人工晶体植入。治疗前半小时给予滴眼液散瞳，治疗前 15 分钟麻醉，在透明角膜的 12 点位置选择切口，同时在 3 点位置选择辅助切口，在前房中注入黏

弹液，水分离晶体核和皮质，将白内障切除同时击碎，应用超声乳化仪乳化晶状体核，同时将残留的皮质吸出。之后在囊袋或睫状沟中置入人工晶体，同时将透明质酸钠吸除，水密闭合切口，没有渗漏后将黏弹剂清除，之后应用眼膏遮盖术眼。

1.3 观察指标

观察对比两组患者术后并发症发生率，其中包含眼压升高，黄斑囊样水肿，视网膜脱落，囊膜混浊。

通过全自动电脑验光仪在治疗 1 天、3 个月 after 检测患者的视力，观察恢复情况。

1.4 统计学方法

数据应用 SPSS20.0 进行分析，其中计数进行 χ^2 (%) 检验，计量进行 t 检测 ($\bar{x} \pm s$) 检验， $P < 0.05$ 提示有显著差异。

2 结果

研究组并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1: 并发症发生率对比 (例, %)

组别	例数	眼压升高	黄斑囊样水肿	视网膜脱落	囊膜混浊	发生率
对照组	44	3 (6.8)	2 (4.5)	1 (2.3)	6 (13.6)	27.2%
研究组	44	1 (2.3)	1 (2.3)	0 (0)	2 (4.5)	9.1%
χ^2	/					5.539
P	/					< 0.05

研究组治疗 1 天和 3 个月 after 视力恢复效果高于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2: 治疗 1 天、3 个月 after 视力情况对比 (例, %)

组别	例数	治疗 1 天后			治疗 3 个月 after		
		< 0.1	0.1-0.4	> 0.5	< 0.1	0.1-0.4	> 0.5
对照组	44	9 (20.1)	20 (45.5)	15 (34.1)	5 (11.3)	15 (34.1)	24 (54.5)
研究组	44	2 (4.5)	16 (36.4)	26 (59.1)	0 (0)	6 (13.6)	38 (86.4)
χ^2 值			5.543			6.645	
P			< 0.05			< 0.05	

3 讨论

目前，老年人致盲的主要原因就是白内障，随着人口老龄化的加重，白内障患者也不断增加。临床治疗白内障主要是手术，手术可以提高视力从而改善患者的生活质量。超声乳化联合人工晶体植入，手术切口小，可以较快地矫正患者视力，患者接受度高^[2]。本研究结果显示：研究组并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)；研究组治疗 1 天和 3 个月 after 视力恢复效果高于对照组 ($P < 0.05$)，表明其可以减少并发症的发生，较快改善患者视力。

但联合应用超声乳化吸除和人工晶体植入术前，需要详细了解患者的疾病情况和手术过程，否则会引发后囊膜破裂，晶体掉

入玻璃体腔等^[3]。因此治疗时需要注意下面几个问题：①了解患者晶体核硬度，IV 级慎用此方法，I、II、III 级可以应用超声乳化。②对患者的角膜内皮细胞数了解，内皮细胞数会影响角膜透明度，超声乳化后内皮细胞损伤情况和常规摘除手术无异，因此如果内皮细胞数低于 1000 个/mm，则不建议应用此方法。③注意患者年龄，年龄较大的患者晶体核硬度大，慎用此方法。④熟悉且合理应用超声乳化术。操作时需要在囊袋内进行，如果想取得较好的效果，软核需要应用低能量但吸引力要高；硬核需应用高能量但吸引力要低^[4]。

(下转第 50 页)

及其轴索因各种原因所致的传导阻碍的疾病, 根据眼底表现及视神经损害的部位可分为原发性、继发性、上行性三种^[2], 临床表现为视力降低, 视盘苍白或灰白或淡黄, 视野减小, 最终可致失明。根据视盘不同程度的苍白或灰白、淡黄色, 结合视力, 视野, VEP 等不难诊断, 因其发病率高, 致残率高, 病程长, 疗效差, 预后差, 严重影响人们生活质量, 受到眼科界的高度重视^[3]。

由于视神经萎缩不是一个单独的疾病, 可由多种疾病引起, 病因不同其预后亦存在差异, 因此临床诊断及治疗需要查找导致萎缩的具体病因, 发病原因复杂多样多受炎症、压迫、缺血、外伤、遗传等因素的影响且在临床上多有报道, 梅毒性眼病可以是梅毒唯一临床表现, 包括基质性角膜炎、葡萄膜炎及视神经病变, 其中葡萄膜炎常见, 视神经病变最少见。报道了许多梅毒引发的葡萄膜炎, 但以视神经萎缩为唯一表现的梅毒相关文献较罕见。

梅毒性视神经萎缩, 罕见, 表现为急性或亚急性起病的视力下降, 早期眼底检查可无视神经萎缩, 亦可出现视盘水肿或就诊时已经出现视神经萎缩, 神经梅毒的早期病理改变为脑脊膜的炎症反应和小动脉的血管内膜炎。包裹视神经的神经鞘膜由三层脑膜延续而来, 因此脑脊膜梅毒常会侵犯视神经, 引起视神经组织的炎症反应、变性病变并波及营养视神经的血管, 导致血管腔狭窄、闭塞, 引起视神经缺血性改变, 甚至导致视神经周围炎、视神经视网膜炎、视神经萎缩、视野进行性缩小或扇形缺损, 最后甚至失明^[4]。梅毒可完全治愈, 但神经细胞是不可再生细胞, 因此视神经萎缩即使除了损害因素也不可能恢复正常功能, 视神经萎缩的临床诊疗意义在于发现导致萎缩的病因, 对症治疗。

本例在外院未发现梅毒, 仅按照一般的视神经萎缩诊治, 可能是由于患者以视力受损为首发症状, 视神经损害为主要表现, 梅毒的临床症状及体征不明显, 临床极罕见, 加之对神经梅毒认识不足, 未仔细鉴别诊断及查体, 诊断思维局限, 考虑常见病、多发病, 而接诊医生警惕性不高, 而神经梅毒的治疗首选青霉素, 导致患者预后不良。本例若在疾病早期确诊并予相关治疗, 其双眼视力有望恢复, 因患者发病 1 年后方得以确诊及治疗, 贻误了最佳治疗时机, 致双眼视力恢复不甚理想。建议临床医务人员再遇到未明原因的视神经萎缩, 疗效欠佳者, 要考虑到神经梅毒的可能, 完善相关医技检查, 仔细鉴别诊断, 尽早确诊, 及时予以对症治疗, 改善预后。

[参考文献]

[1] 康少红, 高勇安, 王晓瑞, 殷敬喜. 梅毒性脑损害磁共振征象分析[J]. 临床放射学杂志, 2012, 31(11):1539-1542.
 [2] 张彬. 视神经萎缩的诊断及“四穴八针”治疗视神经萎缩的介绍[A]. 世界中医药学会联合会、中华中医药学会. 世界中医药学会联合会第二届眼科年会中华中医药学会第十次中西医结合眼科学术大会论文集汇编[C]. 世界中医药学会联合会、中华中医药学会: 中华中医药学会, 2011:4.
 [3] 饶宁. 不同病因视神经萎缩中西医结合治疗的临床疗效[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(23):56-58.
 [4] 薛建中, 项晓丽. 视神经损害为唯一表现的神经梅毒 8 例分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(0):34-35

(上接第 45 页)

且组间差异明显, 统计学分析显示 $P < 0.05$, 李斌^[5]的研究结果与此有一定的相似度。

由上述分析可以看出, 平片无张力疝修补术在治疗腹股沟疝气中安全、有效, 此术式值得在临床中推广应用。

[参考文献]

[1] 罗剑. 平片无张力疝修补术与充填式无张力疝修补术在腹股沟疝气患者中的疗效对比[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(09):79-80.

[2] 黄坤. 疝环填充式与平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝患者的临床观察[J]. 中国药物经济学, 2016, 011(009):112-114.
 [3] 陆海涛. 对比疝环填充式和平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝的疗效[J]. 中国医药指南, 2016, v.14(03):35-36.
 [4] 包东泉. 疝环填充式和平片式无张力疝修补术治疗腹股沟疝临床疗效观察[J]. 医药前沿, 2016, 6(31):203-204.
 [5] 李斌. 充填式无张力与平片无张力疝修补术在腹股沟疝气治疗中的临床效果分析[J]. 中国保健营养, 2016, 026(021):91-92.

(上接第 46 页)

提升急性卒中中偏瘫患者的运动功能以及治疗效果, 故采用早期综合康复治疗对患者进行治疗是非常有必要的^[5]。

[参考文献]

[1] 赵亮, 胡亚军, 朱江, 等. 老年急性卒中中偏瘫患者早期康复介入与并发症的关系[J]. 中国老年学杂志, 2015, 000(003):801-802.
 [2] 梁友云, 张文静, 史红菊. 老年急性卒中中偏瘫患者

早期康复介入与疗效的关系探讨[J]. 现代中西医结合杂志, 2015(24):2711-2713.
 [3] 段淑娟. 65 例急性卒中中偏瘫患者早期综合康复疗效分析[J]. 中国保健营养, 2016, 26(003):395-396.
 [4] 张姗姗. 对卒中中偏瘫患者进行综合性神经康复治疗临床效果评价[J]. 求医问药, 2018, 16(5):116-117.
 [5] 陈波. 早期部分减重步行训练与康复治疗用于卒中中偏瘫患者中的临床效果[J]. 饮食保健, 2019, 006(007):59-60.

(上接第 47 页)

综上所述, 超声乳化吸除结合人工晶体植入术治疗白内障效果理想, 值得推广和应用。

[参考文献]

[1] 王晓明, 郑秀华, 高传晶, 等. LASIK 术后行飞秒激光辅助的白内障超声乳化摘除联合多焦点人工晶状体植入术一例[J]. 中华实验眼科杂志, 2018, 036(009):P.681-682.
 [2] Liu Q, Wang X, Zhang S. Visual quality observation of

clear lens extraction by ultrasonic phacoemulsification and intraocular lens implantation in a child with microspherophakia: A case report[J]. Medicine, 2020, 99(34):e21937.
 [3] 潘绍新. 过熟期白内障超声乳化摘除联合人工晶状体植入术中二次撕囊法的疗效及其安全性评价[J]. 中华实验眼科杂志, 2018, 036(003):P.227-230.
 [4] 潘宿, 谭浅, 宋伟涛, 等. 白内障超声乳化联合人工晶体植入术后主导眼的转换规律[J]. 中南大学学报(医学版), 2018, 43(10):69-77.

(上接第 48 页)

分析[J]. 中国社区医师, 2019, 35(1):29.
 [2] 张慎听. 上消化道出血采用消化内镜治疗后发生再出血的危险因素分析[J]. 中国社区医师, 2019, 35(28):79, 81.
 [3] 张宏义. 消化内镜治疗上消化道出血后再出血的危险因素

及对策[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(25):45.
 [4] 甘育林, 李建华, 况洪娟. 内镜套扎治疗上消化道出血后再出血的危险因素分析[J]. 微创医学, 2018, 13(6):763-765.
 [5] 贾傲. 上消化道出血行消化内镜治疗后发生再出血的危险因素分析[J]. 中国实用医药, 2018, 13(23):49-51.