

多焦点人工晶状体联合角膜松解术对 30 例白内障合并角膜散光患者的疗效观察

李亚清 卜继普 胡继权

长沙博视眼科医院

【摘要】目的 分析白内障合并角膜散光患者，运用多焦点人工晶体与角膜松解术治疗的效果。**方法** 实验中收入：60 名患者，时间：2019.5-2022.6，随机建组，对照组：多焦点人工晶体治疗；观察组：多焦点人工晶体与角膜松解术治疗，将患者资料数据对比。**结果** 手术前，患者的裸眼视力与角膜散光数值组间对比，之间存在的波动小， $P>0.05$ ；术后 3 个月，患者的裸眼视力明显提高，观察组数值偏高，但组间数值之间存在的波动较小， $P>0.05$ ，此外，组间在手术后，患者的角膜散光 $<1.50D$ 时，观察组数值低于另一组，数值对比浮动大， $P<0.05$ ；在角膜散光 $>1.50D$ 时，观察组疗效低于另一组，数值存在的波动大， $P<0.05$ 。**结论** 白内障合并角膜散光的患者，运用多焦点人工晶体与角膜松解术治疗后，患者的视力逐渐提高，角膜散光在低于 $1.50D$ 时，其治疗的效果两组相同，因此在患者实施治疗时，可以根据患者出现散光数值，选择手术方式。

【关键词】 多焦点人工晶体；角膜松解术；裸眼视力；角膜散光

【中图分类号】 R779.66

【文献标识码】 A

【文章编号】 1000-8039 (2023) 07-043-02

白内障在临床中的发病率相对比较高，在眼科中是常见的病症，患者出现该病症后在观看事物时出现模糊状态，在临床中一般会运用手术治疗^[1]。在患者出现白内障后，还会存在角膜散光的问题，而临床中运用单焦点人工晶状体治疗的过程中，虽然能够使其远视力得到调节，但是对于拟调节力比较低，而多焦点人工晶状体的手术能够有效改善这一问题，因此该形式在病症治疗过程中得到良好的运用。同时由于白内障患者存在角膜散光的问题，对此还要为患者实施角膜松解术，两者联合运用能够有效改善患者的视力^[2]。在临床中为了能够探究其手术的效果情况，会对患者实施不同手术的方式，探究其临床运用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

实验中收入：60 名患者，时间：2019.5-2022.6，随机建组，对照组：男 17 人，女 13 人，(73.79±10.49) 岁。观察组：男 15 人，女 14 人，(74.81±10.03) 岁，将资料对比， $P>0.05$ ，可行对比工作。

1.2 方法

对照组：闪光多焦点人工晶状体治疗。在手术前对晶体进行估算，然后确定其切口方向，并确定晶体型号，然后对患者手术位置做好标记，对其实施麻醉后按照相应计算数据

做角膜切口，其切口长度为 3.2mm，然后运用超声乳化白内障核，将其中存在的皮质进行去除，随后运用推注器将 IOL 放置在患者的囊袋之中，对于人工晶体的位置要进行明确以及调节，然后将伤口进行缝合。

观察组：多焦点人工晶体与角膜松解术联合治疗。在患者透明角膜做切口，然后对其白内障实施超声乳化手术，在手术实施之前，对患者的散光情况进行分析，然后做 3mm 的切口，结束源性散光为 0.5D，然后根据患者所处的数值设置不同的切口，例如如果患者的散光在 0.5-0.9D，则实施 3.0mm 的切口，如果患者的散光在 1.0-1.5D，可以实施 3.0 的双切口，然后将人工晶体植入其中，并且对其切口进行缝合。

1.3 观察指标

在手术前后对患者的裸眼视力与角膜散光情况进行检测对比数值。

1.4 统计学分析

采用 SPSS23.0 软件表示资料，($\bar{x}\pm s$) 表示各项分值，t 查验分值，数值对比波动较大， $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 组间患者裸眼视力情况

术后 3 个月，患者的裸眼视力明显提高，观察组数值偏高，但组间数值之间存在的波动较小， $P>0.05$ ，如表 1 所示。

表 1: 患者裸眼视力情况 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	远距离 (5m)		中距离 (50cm)		近距离 (33cm)	
		术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月
观察组	30	0.12±0.08	0.74±0.17	0.19±0.10	0.59±0.15	0.21±0.13	0.72±0.09
对照组	30	0.11±0.10	0.80±0.13	0.20±0.12	0.74±0.05	0.25±0.11	0.73±0.07
t	-	0.4275	1.1301	0.3505	1.5337	1.2855	0.4803
P	-	0.6705	0.1301	0.7271	0.1077	0.2034	0.5328

表 2: 患者角膜散光数值情况 ($\bar{x}\pm s$, D)

组别	例数	<1.5D		>1.5D	
		术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月
观察组	30	0.72±0.32	0.27±0.05	1.71±0.13	0.59±0.45
对照组	30	0.70±0.35	0.19±0.09	1.54±0.21	0.21±0.20
t	-	0.2309	4.2559	1.5523	5.3388
P	-	0.8181	0.0001	0.1250	0.0000

2.2 统计患者角膜散光数值情况

手术后，患者的角膜散光 $<1.50D$ 时，观察组数值低于另一组，数值对比浮动大， $P<0.05$ ；在角膜散光 $>1.50D$ 时，观察组疗效低于另一组，数值存在的波动大， $P<0.05$ ，如表 2 所示。

3 讨论

白内障在临床中的发病率比较高，会导致患者出现眼部功能障碍，在临床中会运用手术治疗，随着白内障的发病概

率不断上涨,其手术的需求也正在不断扩张,多焦点人工晶体在治疗的过程后,使患者的远视力逐渐提高,并且使其视力能力逐渐恢复,令其生活逐渐得到保障,但是对于白内障患者会存在散光问题,主要是因为角膜散光而引起的,对此,需要在实施多焦点人工晶体治疗的过程中,还要对患者的散光进行治疗,但是运用该方式的过程中,要根据患者的散光程度进行实施^[3-4]。

本文中,手术前,患者的裸眼视力与角膜散光数值组间对比,之间存在的波动小, $P>0.05$;术后3个月,患者的裸眼视力明显提高,观察组数值偏高,但组间数值之间存在的波动较小, $P>0.05$,此外,组间在手术后,患者的角膜散光 $<1.50D$ 时,观察组数值低于另一组,数值对比浮动大, $P<0.05$;在角膜散光 $>1.50D$ 时,观察组疗效低于另一组,数值存在的波动大, $P<0.05$ 。由此通过相应手术治疗能够使患者的病症得到控制,使其裸眼视力逐渐提高,但是角膜松解术在实施期间,如果患者的散光数值 $>1.50D$ 时,其整体治疗效果显著。

综上所述,在对白内障合并角膜散光的患者,如果散光

度高于 $1.50D$ 时,则运用多焦点人工晶体与角膜松解术联合治疗,能够有效使患者的病症得到改善,其治疗显著。但是其数值低于 $1.50D$ 则可以单一多焦点人工晶体治疗,其效果与联合治疗效果相同,因此在治疗期间可以根据患者的散光情况进行选择。

参考文献:

[1] 王坤,余丰,陈莉莉.飞秒激光弧形角膜切开术与散光矫正型人工晶状体植入术矫正白内障合并低度数散光的远期效果比较[J].中华眼外伤职业眼病杂志,2022,44(12):889-894.

[2] 廖珊,刘可.白内障术前角膜散光检查的新进展[J].国际眼科杂志,2022,22(7):1123-1126.

[3] 蒋元丰,田芳,步绍翀,等.临床研究散光矫正型与非散光矫正型多焦点人工晶状体植入术后视觉质量比较[J].中华实验眼科杂志,2022,40(5):431-439.

[4] 张秀杰.超声乳化联合TECNIS散光矫正型人工晶状体植入治疗白内障的临床效果[J].中国实用医刊,2022,49(2):62-66.

(上接第41页)

手术切除是目前临床上唯一能够对肝癌进行根治的措施,实际治疗时,依据患者个体情况,包括身体耐受性、病变情况等,确定具体的手术切除方法,包括规则与不规则切除。若为晚期肝癌患者,需给予放化疗方式,控制病情的进展,延长生命周期,无法彻底根治。胡勇军等^[7]研究指出,对原发性肝癌患者来说,手术切除的根治率相比肝动脉栓塞化疗明显更高。为此,本次研究中,观察组采取TACE联合肝叶切除术方式,结果得知,治疗后,两组患者的血清肿瘤标志物水平相比治疗前均有所下降,且观察组的下降程度明显更显著;对比两组不良反应可知,观察组无不良反应情况,不良反应发生率明显低于对照组。说明联合干预方式,利于改善血清肿瘤标志物水平,降低不良反应事件,控制肿瘤的进展。

综上所述,TACE术后再进行肝叶切除术,对于PLC患者的效果显著,安全性较高,值得临床上采纳并推广。

参考文献:

[1] 柯映平,叶绍光,卢舜彬.肝动脉化疗栓塞术联合FOLFOX方案持续性动脉灌注化疗在巴塞罗那B期原发性肝癌患者中的应用效果[J].中国当代医药,2022,29(18):73-76.

[2] 张炎锋,苗炜宇,景静源.肝动脉灌注化疗栓塞对原发性肝癌介入治疗效果及对患者血清指标和生活质量的影响[J].医药论坛杂志,2022,43(9):80-83.

[3] 李海霞,杨元磊,曹玉娟,等.加味逍遥散联合解毒疏肝汤治疗肝郁脾虚型原发性肝癌介入术后综合症的疗效及对血清HS-AFP水平的影响[J].四川中医,2022,40(2):156-160.

[4] 张明,黄君,肖华旭,等.肝动脉栓塞化疗联合超声引导下微波消融序贯治疗原发性肝癌的时间节点研究[J].临床和实验医学杂志,2021,20(10):1080-1083.

[5] 李博,刘竞芳,鲍金鹏,等.三维可视化联合吲哚菁绿荧光影像技术在51例原发性肝癌腹腔镜切除术中的应用价值[J].山东大学学报(医学版),2022,60(3):83-88.

[6] 朱惠刚,刘东升,贾楷桥.腹腔镜下精准肝切除术与常规腹腔镜肝肿瘤切除术治疗原发性肝癌的效果及安全性[J].中西医结合肝病杂志,2022,32(7):648-650.

[7] 胡勇军,汪磊,刘宁,等.间歇性全入肝血流阻断与区域性入肝血流阻断腹腔镜肝切除术治疗原发性肝癌患者术后恢复研究[J].实用肝脏病杂志,2022,25(3):411-414.

(上接第42页)

治疗方法,可以通过在消化道内置入内镜来进行更为直观、精准的治疗。本次治疗方法中,对患者的胃部出血点进行了多点注射肾上腺素盐水,并给予电凝止血,术后再给予四联疗法治疗。消化内镜是当前临床上比较常用的内科疗法,具有较高的安全性,而且在治疗时可以直接通过伸入内镜的方式更为直观的观察溃疡出血点,并根据患者情况选择内镜下止血方法。通过表1来看,采用联合治疗方法的观察组治疗总有效率高达97.14%,对照组仅为77.14%,明显比较逊色, $(P<0.05)$ 。而且再如不良反应的发生率统计结果来看,联合疗法下的发生率较低, $(P<0.05)$ 。

综合以上研究结果分析可见,对于胃溃疡出血实施四联疗法治疗的基础上加强对消化内镜的应用,可以更为直接、快速地实现止血,并有助于快速清除幽门螺杆菌,并且消化

内镜下的止血方法也比较多样,可根据患者的实际情况合理选择。

参考文献:

[1] 冯凯,涂金杰,杨眉,潘翠荷,陈晶,黄鹿.内镜联合四联疗法在幽门螺杆菌感染出血治疗中的应用[J].山西医药杂志,2021,50(13):2084-2086.

[2] 周守荣.消化内镜联合抗幽门螺杆菌四联疗法治疗胃溃疡出血的临床疗效[J].世界复合医学,2021,7(07):174-177.

[3] 邹国辉,戴祺,郑冰冰,周涛.调中化湿汤联合益生菌治疗HP相关性慢性胃炎合并缺铁性贫血临床研究[J].陕西中医,2021,42(07):914-917.

[4] 于云.注射用艾司奥美拉唑钠联合内镜下注射治疗对急性消化性溃疡出血患者的影响[J].中国医学创新,2021,18(19):159-163.