



·论 著·

老年白内障应用小切口非超声乳化摘除术治疗的效果观察

商立平

(桃源县中医医院 湖南桃源 415700)

摘要:目的 观察分析应用小切口非超声乳化摘除术治疗的应用对老年白内障患者的治疗效果。方法 选取本院 2017 年 4 月—2017 年 10 月期间因白内障住院的老年患者 170 例, 然后对 170 名患者进行分组, 随机分为观察组和对照组两组, 人数均为 85 例。观察组采用小切口非超声乳化摘除术对其进行治疗, 对照组采用常规治疗方法进行治疗, 比较两组治疗后的治疗效果。结果 通过各项数据的对比研究表明, 观察组的治疗效果明显优于对照组, 通过小切口非超声乳化摘除术治疗的患者并发症明显低于对照组、恢复时间相对较快, 手术进行的时间也相对对照组缩短。结论 经过临床治疗数据对比研究得出小切口非超声乳化摘除术值得临床积极研究和推广。

关键词:老年患者; 白内障; 小切口非超声乳化摘除术; 超声乳化摘除术

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 08-144-02

白内障, 是现代生活导致失明的主要原因, 老年白内障又叫年龄相关性白内障是后天性白内障的一种, 多见于 40 岁及以上人群, 因老年人代谢缓慢发生退行性疾病、老化、局部营养不良、外伤等, 都能引发晶状体蛋白质变性而引起浑浊, 并随年龄增长而增多, 白内障一般以此种最为常见。现在医学对白内障的治疗方法一般采取的是手术治疗, 随着科学技术的不断发展, 临床由原本的囊内摘除逐渐发展为采用微创手术对患者进行手术治疗, 临床目前应用最多的有超声乳化白内障吸除术和小切口非超声乳化摘除术两种, 本次研究主要观察分析小切口非超声乳化摘除术对患者的治疗效果, 研究内容如下

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2017 年 4 月—2017 年 10 月因白内障住院的老年患者 170 例, 然后对 170 名患者进行分组, 随机分为观察组和对照组两组, 人数均为 85 例。观察组女性患者 42 例, 男性患者 43 例, 年龄 59~77 岁, 平均 (71.9±2.5) 岁, 病程 1~7 年; 对照组女性患者 39 例, 男性患者 46 例, 年龄 61~80 岁, 平均 (75.6±3.1) 岁, 病程 1~9 年; 患者的视力全部在 0.2 及其以下水平。本次研究通过医院医学伦理委员会批准, 且所有患者自愿签署治疗同意书。两组患者的年龄、性别、病程等一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

进行对比手术之前, 先对两组患者进行一系列常规检查, 避免有其他眼部疾病对此次研究结果存在干扰, 手术前要确定晶体位置是否正常, 先用复方托吡卡胺滴眼液进行散瞳。确定晶体正常后, 术前 3d 继续予以复方托吡卡胺滴眼液进行散瞳, 同时合用抗生素滴眼液, 每天 4 次。为降低术后感染的风险, 术前 1d 及手术当天剪睫毛、冲洗眼球、泪道。

观察组患者采用小切口非超声乳化摘除术进行治疗, 手术过程患者采用平卧位置, 采用局麻剂 2% 利多卡因来进行表面麻醉, 进行常规无菌处理后铺巾, 最佳切口的位置选择于角巩膜缘上方, 即切约 5mm 切口, 根据晶体核的不同生理条件进行适当长度的切口, 先做角巩膜隧道, 然后延伸约 1.5mm 于透明膜的延伸, 使用穿刺刀穿刺到前房, 进行环形撕囊, 小心分离软核、晶体外周硬核、晶体皮质以及囊膜, 然后注入保护角膜内皮的粘弹剂。完全分离后, 植入人工晶体于囊袋。缝合切口。

对照组采用超声乳化白内障吸除术, 对球周和球后进行麻醉后, 剪开球结膜于 12:00 沿角膜缘方向, 再做长度约 5mm 反眉弓巩膜隧道切口于角膜缘约 2mm, 穿刺入前房, 水分离进行环形撕囊前注入透明质酸钠, 根据晶体核大小进行相应不同的操作娩出。检查清楚各类残留, 注入人工晶体之后吸净黏弹剂, 缝合切口。

1.3 术后处理

术后, 采用抗生素、激素类眼膏涂布结膜囊, 眼垫覆盖患眼, 病人常规口服抗生素, 避免出现感染。若出现严重感染则采用妥布霉素 20mg、地塞米松 2.5mg 进行球结膜下注射。连续监控患眼情况, 并进行观察记录。

1.4 观察指标

观察指标包括三个方面: (1) 术后 7d、30d、90d 患者视力恢复情况 (2) 两组患者手术进行时长对比 (3) 患者并发症发生的情况等。

1.5 统计学处理

本次研究数据采用 SPSS19.0 软件进行统计分析, 计量资料以

($\bar{x} \pm s$) 表示, 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 术后患者视力恢复情况比较

对比两组患者 7d、30d、90d 的视力恢复情况 (>0.5) 术后 7d 观察组为 72 例对照组为 51 例, 对比具有统计学意义 ($P<0.05$), 术后 30d 观察组为 73 例对照组为 74 例、术后 90d 观察组为 77 例对照组为 76 例比较差异无统计学意义 ($P>0.05$) 如表 1 所示。

表 1 两组患者视力恢复情况比较 [n(%)]

组别	术后 7d	术后 30d	术后 90d
观察组	72	73	77
对照组	51	74	76
P 值	0.04	0.822	0.798

2.2 两组患者手术进行时长对比

观察组的手术时间为 (10.9±1.9) min, 对照组的手术时间为 (16.2±2.1) min, 两组比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。

2.3 两组患者术后并发症发生的情况比较

观察组患者出现并发症总数为 12 例, 对照组出现并发症的总数为 15 例, 差异无统计学 ($P>0.05$), 对比数据如表 2 所示。

表 2 两组患者术后并发症发生情况对比 [n(%)]

组别	瞳孔上移	角膜水肿	眼压过高	后囊膜破裂	总数
观察组	3	2	3	4	12
对照组	5	3	3	4	15
P	$P>0.05$	$P>0.05$	$P>0.05$	$P>0.05$	$P>0.05$

两组数据与术前比较, $P<0.05$

3. 讨论

根据最新的数据表明, 2002—2016 年白内障患病总人数约为 13 万人, 退行性疾病、老化、局部营养不良、外伤、中毒等, 都能引发晶状体蛋白质变性而引起浑浊, 从而导致白内障的发生, 老年人是白内障的多发人群, 在 60 到 89 岁的老年人中, 白内障的发病率达 80%, 90 岁以上人群发病率可达 90% 以上, 随着社会人口老龄化问题加重, 白内障患者的人数也在逐年增加。我国白内障患病人口基数大, 但手术率较低, 白内障手术的发展空间巨大。临床上采用保守治疗的效果相比手术治疗的效果相差巨大, 因此治疗白内障, 手术治疗是临床用来治疗白内障的首选疗法。目前常用的治疗方法有超声乳化白内障吸除术和小切口非超声乳化摘除术两种。

通过本次研究表明, 患者视力恢复方面: 两组患者 7d、30d、90d 的视力恢复情况 (>0.5) 术后 7d 观察组为 72 例对照组为 51 例, 对比具有统计学意义 ($P<0.05$), 术后 30d 观察组为 73 例对照组为 74 例、术后 90d 观察组为 77 例对照组为 76 例比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 两组手术操作时长方面: 观察组的手术时间为 (10.9±1.9) min, 对照组的手术时间为 (16.2±2.1) min, 两组比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 手术后并发症方面: 观察组患者出现并发症总数为 12 例, 对照组出现并发症的总数为 15 例, 差异无统计学 ($P>0.05$)。

超声乳化治疗由于设备相对昂贵, 对操作的要求也更加严格, 但是相对的治疗费用相对过高, 对患者来说无疑加重了负担, 以及超声乳化治疗对硬性白内障差强人意的治疗效果, 使得此项治疗方案在普通基层医院难以推广实施。小切口非超声乳化摘除术切口小, 损

(下转第 148 页)



·论 著·

表2 对照组与观察组患者的免疫能力指标情况 ($\bar{x} \pm s$)

小组	n	治疗前/后	CD4	CD8	CD4/ CD8
对照组	40	治疗前	29.50±3.34	40.11±4.21	0.91±0.11
		治疗后	33.41±3.52	36.72±4.23	1.16±0.14
		t	4.232	4.232	4.434
P			<0.05	<0.05	<0.05
观察组	40	治疗前	30.33±3.42	40.26±3.42	0.90±0.22
		治疗后	41.62±3.42	31.42±3.23	1.54±0.23
		t	4.455	4.204	4.345
P			<0.05	<0.05	<0.05

2.3 对照组与观察组患者的肾功能指标情况

两组患者治疗后的肾功能指标均优于治疗前,相比较,有统计学意义 ($P<0.05$);但是治疗后,观察组患者肾功能指标优于对照组治疗后,相比较,差距较大,有统计学意义 ($P<0.05$)。具体见表3

表3 对照组与观察组患者的肾功能指标情况 ($\bar{x} \pm s$)

小组	n	治疗前/后	SCr (umol/L)	BUN(mmol/L)
对照组	40	治疗前	130.45±8.65	12.42±2.11
		治疗后	106.45±7.67	8.90±1.43
		t	4.676	4.354
P			<0.05	<0.05
观察组	40	治疗前	130.43±8.77	6.05±1.23
		治疗后	86.73±6.23	6.434±1.34
		t	4.689	4.767
P			<0.05	<0.05

3 讨论

多发性骨髓瘤是因为单克隆浆细胞恶性增殖同时分泌出单克隆免疫球蛋白,进而诱发病理变化,从而导致骨质受到损伤和感染、肾功能不全以及高钙血症等情况[2]。其中肾功能不全是发生率最高的并发症。对多发性骨髓瘤伴肾功能不全患者多应用化疗治疗,其中常见的化疗药物有硼替佐米、地塞米松、沙利度胺等,其中硼替佐米对复发性多发性骨髓瘤有着理想的治疗效果,有相关研究表明,多发性骨髓瘤对多发性骨髓瘤伴肾功能不全患者化疗反应率为26%-32%[3]。硼替佐米的药物动力学不会因为肾功能受到损伤而产生影响,有着极高的安全性[4]。

此次研究中,应用硼替佐米、地塞米松、沙利度胺对患者的免疫

功能、肾功能以及骨代谢调节因子指标水平优于应用环脂酰胺联合地塞米松与沙利度胺治疗,这有力的说明了硼替佐米联合地塞米松和沙利度胺的优势性,可调节 RANKL 与 TRACP-5b 指标,这一论点与其他研究者所得结果相似。说明硼替佐米可控制骨质受到损伤,有助于骨形成,降低骨吸收[5]。

综上所述:对多发性骨髓瘤伴功能不全患者实施硼替佐米联合地塞米松与沙利度胺进行治疗,效果理想。不仅可改善机体血清骨代谢调节因子水平,还有助于骨功能的康复,提高机体免疫能力和肾功能水平。

参考文献:

- [1] 王欢,赵真,张滔,等.硼替佐米联合地塞米松治疗老年多发性骨髓瘤的疗效及对免疫抑制因子、免疫细胞水平的影响[J].海南医学院学报,2017,23(02):232-235.
- [2] 中国医师协会血液科医师分会,中华医学会血液学分会,中国医师协会多发性骨髓瘤专业委员会等.中国多发性骨髓瘤诊治指南(2015年修订)[J].中华内科杂志,2015,54(12):1066-1070.
- [3] 陈浩宇,禹文君,屈晓燕,许家仁,陈丽娟.硼替佐米为基础的化疗方案治疗30例老年多发性骨髓瘤临床分析[J].实用老年医学,2014,28(10):864-866.
- [4] 李增怀.硼替佐米结合地塞米松对多发性骨髓瘤骨病患者生化指标的影响[J].中国生化药物杂志,2015,35(4):138-140,143.
- [5] Dimopoulos MA, Sonneveld P, Leung N, et al. International myeloma working group recommendations for the diagnosis and management of myeloma-related renal impairment[J].J Clin Oncol, 2016,34(13):1544-1557.

(上接第144页)

伤少、恢复快、并发症少,手术时长相对超声乳化更短,且不需要特殊的设备以及高昂的费用,小切口非超声乳化摘除术简单易于操作,避免了许多在部分医院的限制,对于硬性白内障的治疗效果小切口非超声乳化摘除术也明显优于超声乳化治疗,以上方面使得小切口非超声乳化摘除术更容易在基层医院广泛应用。

因此,综合各方面因素考虑,小切口非超声乳化摘除术相对超声乳化治疗方案更容易在基层医院实施,对我国白内障的现状有巨大的研究价值和意义,值得临床继续研究和推广。

参考文献

- [1]汪秀娟.超声乳化白内障手术与小切口非超声乳化白内障囊外摘除术治疗老年性白内障的效果比较[J].中国当代医

药,2017,24(26):99-101.

- [2]宋秋颖,张增雷.小切口非超声乳化囊外摘除术与超声乳化白内障吸除术治疗老年白内障效果对比[J].中国老年学杂志,2017,37(14):3548-3550.

- [3]佟玲玲.小切口白内障摘除术治疗老年糖尿病性白内障的效果[J].中国当代医药,2016,23(14):81-83.

- [4]葛红卫.小切口非超声乳化摘除术用于老年白内障治疗的疗效研究[J].中外医疗,2015,34(21):87-89

- [5]张蔓.小切口非超声乳化摘除术治疗老年白内障疗效分析[J].大家健康(学术版),2015,9(07):108-109.

- [6]孙铁节.小切口非超声乳化摘除术用于老年白内障治疗的疗效分析[J].中外医学研究,2014,12(27):3-5.