

老年性白内障屈光变化临床分析

蔚 伟 祝 伟

关键词 白内障 屈光, 眼 视轴矫正法 老年人

老年性白内障是中老年人常见的致盲眼病之一,白内障可伴有屈光不正,但有关屈光改变和矫正效果的研究少见。笔者在门诊随机对 82 例(164 眼)老年性白内障进行屈光检查和视力矫正,观察老年性白内障的屈光状况,以便更好地提高老年人视力,改善老年人的生活质量,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 本组共 82 例(164 眼),男 38 例,女 44 例;年龄 50~86 岁,平均 64.7 岁。入选标准:50 岁以上老年性白内障患者;原为正视眼者,既往无屈光不正史。排除眼部及全身病变所致白内障者。

1.2 方法 测量裸眼及矫正视力;以复方托品酰胺滴眼液散瞳,裂隙灯检查散瞳后晶状体皮质及核的状况;检查眼底以排除影响视力减退的其他眼病;用自动电脑验光仪行小瞳孔电脑验光及主觉试镜,参考散瞳后电脑验光与插片度数。将老年性白内障分为皮质性、核性及混合性^[1]。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 12.0 进行统计学分析,计数资料对比采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 老年性白内障视力矫正前后对比 本组 82 例(164 眼)老年性白内障裸眼视力为 0.06~0.7。矫正后除 5 眼视力没有提高外,其余 159 眼矫正视力均有不同程度提高。矫正视力达 0.8 以上有 84 眼,占 51.2%,其中 1.0 以上有 33 眼,占 20.1%。视力矫正前后比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 208.74$, $P < 0.01$),见表 1。

时期	视力					
	<0.2	0.2~0.3	0.4~0.5	0.6~0.7	0.8~0.9	≥1.0
矫正前	28(17.1)	44(26.8)	58(35.4)	34(20.7)	0	0
矫正后	4(2.4)	21(12.8)	15(9.1)	40(24.4)	51(31.1)	33(20.1)

2.2 老年性白内障屈光状态分布及程度 本组 164 眼老年性白内障均有不同程度屈光改变。其中远视(散光)115 眼,占 70.1%。近视(散光)49 眼,占 29.9%。其球面镜屈光度以 1~2 D 为多见,其散光多为低度,一般不需矫正,见表 2。

2.3 老年性白内障类型与屈光状态关系 本组 164 眼中晶状体皮质性混浊 109 眼,核性混浊 31 眼,混合性混浊 24 眼。

表 2 屈光状态分布及程度 例(%)

屈光状态	n	屈光度(DS)			
		<1 D	1~2 D	2~3 D	>3 D
远视(散光)	115	10(8.7)	85(73.9)	18(15.7)	2(1.7)
近视(散光)	49	3(6.1)	30(61.2)	11(22.4)	5(10.2)

3 种类型远视(散光)分别为 91 眼(83.5%)、5 眼(16.1%)、18 眼(75.0%),近视(散光)分别为 18 眼(16.5%)、26 眼(83.9%)、6 眼(25.0%),核性混浊以近视及近视散光为主,与皮质性及混合性混浊比较,差异均有统计学意义(χ^2 分别为 50.81 和 19.27, $P < 0.01$),皮质性与混合性混浊多为远视及远视散光,两者比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.96$, $P > 0.05$)。

3 讨论

老年性白内障是临床眼科的常见病,也是老年人致盲的主要眼病。老年性白内障分为皮质性、核性和混合性。从患者初患白内障至手术有一段等待过程。以往常常将视力下降的原因归咎于晶体的混浊,笔者数年来对老年性白内障的屈光状态进行了观察,发现绝大多数初发期和中期白内障患者均有不同程度的屈光不正,并且以远视为多,而非传统概念上的“核性近视”,且其屈光度不高,一般多在 2 D 以内。本组 164 眼中,矫正后视力 0.6 以上达 124 眼,比矫正前增加 90 眼,其中 1.0 以上 33 眼。由此可见老年性白内障屈光状态改变是初中期白内障患者视力下降的主要原因。笔者在为患者检查中曾详细追溯患者病史,凡素有近视和远视者均予排除,以了解老年性白内障患者因晶体混浊而导致的屈光变化。

在老年性白内障形成过程中常伴有屈光的改变,早期皮质性白内障因其周边皮质呈不规则混浊、增厚而致晶状体扁平化^[2],由此可引起晶状体屈光力降低,产生远视性屈光改变。早期核性白内障因核混浊均匀一致,致核部屈光率增加,使其屈折力增大而形成核性近视^[3]。混合性白内障散光较多,可能与晶体各部位混浊不均有关。在白内障进程中所出现的散光多为低度散光,一般不需矫正。本组 164 眼中老年性白内障以皮质性为多见,其屈光改变多为远视及远视散光,核性混浊以近视及近视散光为主。

老年性白内障术前视力障碍不能单纯归咎于晶状体的混浊,应重视其屈光状态的检查,这既可矫正白内障所致的

屈光不正,提高视力,判断白内障手术的最佳时机,又可正确评估晶体混浊对患者视力低下所起的作用,以预测白内障术后的视力。老年性白内障患者还可能伴有其他致盲性疾病,如视神经视网膜病变和青光眼等,有时易误诊或漏诊,矫正视力有助于对这些疾病及时诊断治疗。

393.

- [2] 周和政,许亚红,韩邦冲.老年性白内障的屈光状态及矫正视力[J].实用眼科杂志,1993,11(11):656-657.
- [3] 徐广第.眼科屈光学[M].第2版.北京:军事医学科学出版社,2001:41-45.

(2009-02-10 收稿 2009-03-22 修回)

(本文编辑 李淑杰)

参考文献

- [1] 刘家琦.实用眼科学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2000:

冠状动脉旁路移植术中不同静脉剥脱方法的临床应用

李军山 郭志刚 简锴陶 徐 栋 陈庆良 刘建实

关键词 冠状动脉旁路移植术,非体外循环 隐静脉 血管内窥镜 血管外科手术

大隐静脉(GSV)是冠状动脉旁路移植术(CABG)中最常用的移植血管。目前 GSV 的采集方法主要有切开剥脱法(OVH)、点式剥脱法(MIVH)和腔镜采集法(EVH)。我院自2008年12月—2009年2月通过不同静脉采集方法获取GSV并完成了147例CABG,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 147例CABG患者随机分为3组,分别应用OVH(50例)、MIVH(50例)和EVH(47例)三种静脉采集方法获取GSV。3组患者的一般情况比较差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),见表1。

表1 3组患者一般情况比较

组别	n	男/女	年龄 (岁)	体质指数 (kg/m ²)	吸烟 (例)	糖尿病 (例)
OVH组	50	39/11	66.4±9.6	24.80±2.42	28	23
MIVH组	50	35/15	64.9±8.5	24.87±2.07	31	16
EVH组	47	34/13	63.9±8.2	24.51±1.69	26	18
F或χ ²		0.659	0.892	0.399	0.771	0.692

均 $P > 0.05$

1.2 手术方法 (1)OVH组:自内踝前向上剪开皮肤及皮下组织,沿GSV走行游离静脉,结扎分支,获取GSV至所需长度。(2)MIVH组:于内踝前做起始切口,切断GSV,结扎远端,置入剥脱器,沿GSV轻推至有阻力,做横行小切口,探出剥脱器并带出GSV,结扎分支后继续推进获取足够长度静脉。(3)EVH组:于膝关节内侧下方做2cm小切口,游离出局部GSV。置入短口套管,导入窥镜和带钝头的采集套管,充入CO₂气体,形成皮下隧道,获得操作空间,以钝头分离器充分游离静脉后换用双极电刀烧断静脉分支。在GSV两端结扎切断后将静脉从切口引出,缝合手术切口。全部患者均于全麻下接受CABG。

1.3 统计学方法 采用SPSS 12.0进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,3组比较采用方差分析,两两比较采用SNK-q检验;计数资料采用χ²检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

3组采集静脉所需时间不同,MIVH组时间最短,EVH组剥脱时间明显延长,差异均有统计学意义(均 $P < 0.01$);3组患者移植静脉的数量即所需GSV的长度差异无统计学意义;3组术后并发症构成情况差异有统计学意义,见表2。

表2 3组静脉剥脱和伤口愈合情况比较

组别	剥脱静脉		伤口愈合情况			
	时间 (min)	统计学处理 组比 q	移植 静脉数(个)	疼痛或 麻木	肿胀 渗液	感染或 裂开
OVH组①	34.8±8.1	①:② 4.789**	2.4±0.7	11	13	4
MIVH组②	27.6±7.0	①:③ 3.826**	2.5±0.7	3	3	0
EVH组③	42.1±10.5②:③	8.048**	2.5±0.9	2	1	0
F或χ ²	34.362**		0.538	8.541**	14.710**	6.085*

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

全部患者静脉剥脱后术侧下肢加压包扎24~48h,CABG术后于ICU停留2~3d,回普通病房后开始术侧下肢功能锻炼,1~2d内开始下床行走,术后7~10d治愈出院。

3 讨论

GSV的采集是CABG的重要步骤。CABG的移植血管主要来源于自体的内乳动脉和GSV。传统的GSV获取采用OVH法,此法可以在直视下正确评价静脉的走行和质量,操作简便、费用低廉,对血管损伤小,但切口长、创伤大,术后下肢疼痛、肿胀、麻木、渗液较明显,不利于患者的康复活动。伤