

# == 监控白内障手术效果的重要性 ==

Ramachandra Pararajasegaram  
MD DSc FRCS FRCP  
FRCOphth  
眼科学顾问医师  
世界卫生组织预防盲聋中心  
瑞士, 1211 日内瓦, 27

## 简介

据估计,世界盲人总数中至少有一半是由白内障引起的。和过去相比,现在我们拥有很多安全而有效的科技,可以帮助多数白内障患者恢复近似正常的视力水平。尽管如此,无法接受治疗的白内障患者人数还是在不断增长。在世界范围内,白内障致盲人数达到近 2000 万,这个数字足以说

明,尽管我们拥有转化科技的知识与技能,大多数的白内障患者仍然无法获得手术治疗。正因为如此,对白内障致盲的干预在“视觉 2020:人人享有看得见的权利”中获得了首要关注。在这种情况下,对于白内障治疗效果的总体监控,特别是白内障手术的制作,就显得尤为迫切。

## 监控白内障手术效果的不同环境

未接受治疗的白内障病例以其庞大的数量体现了整个公共健康领域的某些侧面,因此,干预措施应该以公共卫生与健康的模式进行计划和实践。但干预同时又是临床性质的,对白内障晶体进行手术治疗,及对由此产生

的无晶体眼进行多种方式的矫正。监控白内障治疗效果必须兼顾以上两个方面的干预模式。

长久以来,我们一直把手术数量作为评估白内障治疗服务的重点,而常常忽视了治疗的效果。但是现在越来越多的人已经意识到,除了对手术数量的要求之外,把治疗效果作为评估依据应该是更为合理和重要的。

需要强调指出的是,白内障手术的目的并不仅仅局限于使患者恢复视力水平,我们更为关注的,是帮助他们恢复作为一个生命个体的基本的生存和独立能力。或者说,我们的目标在一方面是通过对一些具体参数的衡量,如视觉灵敏度,对比敏感度来达到视觉

总共 45.1 小时在第一个手术开始之前就“丢失”了,经常是为了等手术小组的其中一名成员。手术延时最常见的原因是缺乏对病人就位时间的确切认识,以及在手术台上的麻醉时间的掌握。手术小组的大多数成员把早上八点开始的时间当作开始准备手术器械的时间,或是开始帮病人做好手术准备的时间,或是到达手术室的时间。其他研究也观察到了这种现象。因此,有需要定下一个时间,什么时候第一个病人应当接受麻醉,什么时候手术台和消毒好的器械应该准备好。

手术平均周转时间为 24.7 分钟。对于眼科手术室来说这是很长的一段时间。如果手术室有两套可用的手术台,麻醉师经过训练后也可以执行局部麻醉的话,这段时间可以缩短。这样,手术医生从一个手术台走到另一个手术台,就有可能缩短时间。如果有至少两个手术室助手和另外一个负责

清洁和器械消毒的助手,也有可能把时间缩短。提供三套完整的白内障手术器械也让缩短时间变得可能。

在发展中国家,电力中断的问题更容易遇到。这种情况可能导致取消手术清单。这就需要制定一些措施以降低对公共电力供应的依赖。

手术活动占据了 73.8%的时间。这一比率高于整形手术 5 和普通手术,但低于管理执事建议的 90%的利用率。“星期三清单”几乎达到了 90%的利用率,所以这个目标是可能的。工作人员应当在手术室里分工明确,以提高效率,充分利用资源。

## 结论

我们很多的手术间仍然管理不善,导致等候手术室的人数增多,减少了医院的收入,增加了医院的耗费。我们需要改善人员和时间的利用——以达到良好的管理和照顾病人的要求。

## 致谢

我感谢 Dami 先生和 Umaru 夫人坚持不懈的记录。非常感谢 Ochai 先生的秘书工作。



(上接第 9 页)开始做灌注/抽吸时已经把核取出。

在独立完成第一例手术前,做过 ECCE 的医生平均需要完成 58 例手术,而做过晶状体乳化术的医生平均需要完成 30 例。这主要是因为后者已经懂得如何做隧道切口。在这些医生之间,第一天的视力记录和并发症发病率记录在数值上并无显著差别。

并发症发病率达到可以接受的低水平,尤其在最初的 50 例手术中。那时导师仍在做某些手术步骤(表二)。然而,如果缺乏指导和按部就班的训练,在学习无缝线白内障摘除术的过程中出现的并发症出现得相对频繁。



教授 Baasanhuu 正在阅读《社区眼健康》  
图 Gordon J. Johnson

器官功能的恢复,另一方面则是实现其视觉功能的日常运作,以患者治愈之后能否顺利进行日常活动为衡量标准。鉴于此,对手术治疗效果的监控可以在临床环境下进行(对手术之后的恢复情况进行技术性的测试)。另外,也有必要对病人的日常生活和健康情况,生活质量及个人满意程度进行持续的观察研究,或者采用更为常见的做法,即把随机抽样的术后病人群作为研究对象。

### 临床审核

临床监控治疗效果属于临床审核的范围。在任何一个白内障手术环境中,一定要记录下病人的双眼在手术前及手术后的视觉对比情况。在适当时间内记录下的这些信息,包括表现视力以及记录内达到的最好矫正效果,将会成为非常宝贵的资料信息。

首先临床审核可以给我们提供一个直观的数据,即有多少白内障患者通过治疗恢复了视力,从而告别了盲人种类群(使用世界卫生组织的 ICD 分类标准或其他国内一致通行的标准)。这一数据被定义为盲人降低率(Blind Reduction Rate),作为监控“视觉 2020”项目执行效果的一个重要标

准,同时也可以有效地衡量我们在减少白内障致盲人数的工作中所取得的成效。

#### 盲人降低率的构成:

**分子:**恢复视力的人数(不再是盲人)

**分母:**所有接受手术治疗的白内障患者总数

然而这样一个数字除了把盲人和非盲人区分开来外,并不能反映视觉恢复效果的水平。

第二,如果临床审查是针对某一特定手术医生,对手术效果的分析则可以显示该医生在手术前,手术中及手术后给予病人的照料的质量水平。另外,通过对这些数据进行定期分析,还可以达到两个目的:

1. 反映视觉恢复手术的发展方向。

2. 显示哪些领域可以通过持续的专业技术发展来获得改进。

理想的术后视觉恢复效果可能很难定义,但很明显,良好的治疗效果会使更多的白内障患者愿意接受治疗。考虑到衡量手术效果的重要性,世界卫生组织给出了以下指标,用以衡量不同的视觉恢复水平。

移植人工晶体的白内障患者比率尽管不能直接作为衡量治疗效果的指标,但有时也可以成为一个有效的指示器,表明白内障手术向更好的视觉康复方向发展的趋势。

### 在人口环境中衡量视觉康复效果

衡量措施可以通过以下方式获得:以人口为基础进行成果研究,并结合对患者各项生活指标的调查,包括未满足的需求,术后患者的生活质量和满意程度,以及手术服务的普及程度,对项目实施过程中的难点确认。

这些调查可以满足流行病学研究及项目实施的需求。但是,由于调查覆盖的是在几年时间里逐渐积累起来的群众,这样的研究结果并不会直接反映对于医生技术提高的要求。

### 总结

我们希望能在 2020 年以前彻底消除可以避免的失明病症。在衡量和跟踪这一目标的实现情况的过程中,有一点很关键,即对白内障手术效果的评估最好不要局限于视觉器官的恢复效果。另一方面,如果单纯注重白内障手术的数量,将会给我们带来成功的假象,导致自满的滋生。



	术后视力	可以提供矫正	最佳矫正
好	6/6-6/18	>80%	>90%
边界线	<6/18-6/60	<15%	<5%
差	<6/60	<5%	<5%