附件3：

**操作规范及质量控制标准**

一、白内障手术操作规范

（一）术前检查。

1、视功能检查：

（1）未成熟期白内障：检查远近日常生活视力（在日常屈光矫正状态下的视力）和矫正视力。手术眼最佳矫正远视力应当低于0.3，如果最佳矫正远视力为0.1以下或者已是双眼盲的患者应当优先考虑手术。

（2）成熟期白内障：检查光感、光定位和色觉。

2、测量眼压：手术眼的眼压应当在正常范围。如果同时合并青光眼，应当作为复杂病例考虑。

3、外眼检查：应用手电筒和放大镜，或在裂隙灯显微镜下进行检查，除外眼部和毗邻部位感染性病灶和活动性炎症。

4、角膜检查：应用裂隙灯显微镜进行检查。应用角膜曲率计检查角膜曲率。对于曾做过内眼手术、角膜变性或年龄过大者，应尽量进行角膜内皮显微镜检查。

5、晶状体检查：应用裂隙灯显微镜进行检查，了解晶状体混浊程度和混浊位置，判断是否与视力损害程度相符。必要时散瞳后再行检查。

6、尽可能了解眼后节情况，以便除外影响术后视功能恢复的眼病。如怀疑有黄斑部病变或视神经病变，则白内障手术预后差，应当在手术前向患者或其家属说明，并按规定记录在病历上。

7、应用眼科A型超声扫描仪测量眼轴长度。应用B型超声扫描仪了解眼内情况。

8、测算拟植入的人工晶状体屈光度。

9、冲洗双眼泪道，了解双眼泪道是否通畅，有无黏液脓性分泌物溢出。如果患者任何一眼合并慢性泪囊炎，则须治愈后方可行白内障手术。

10、了解全身情况，进行血压检查、胸透或胸片、心电图检查，除外影响手术的一些严重疾病。高血压患者应当使用药物控制血压后再行手术。糖尿病患者在术前应当将空腹血糖控制在8mmol/L以下后进行手术。

11、检测血常规、凝血四项、尿常规、肝功、肾功、空腹血糖、乙肝表面抗原。

（二）术前用药。

1、 拟行手术的患者于手术前须滴用抗菌药物滴眼液2～3日，每日3～4次。如果术前准备时间不够，至少在术前6小时内滴用抗菌药物滴眼液，每半小时一次。

2、滴用散瞳滴眼液，尽量散大瞳孔。

3、术前洗眼：先用棉签蘸肥皂水洗净睫毛、眼睑、眉毛及周围皮肤。然后用眼部冲洗液冲净眼睑及周围皮肤，皮肤冲干净后，嘱患者睁开眼睛，用眼部冲洗液冲洗结膜囊。轻柔地翻转上眼睑，继续冲洗，再将上眼睑回复。嘱患者轻闭眼睛，冲洗眼睑及周围皮肤。洗毕时应用棉签擦干眼睑及周围皮肤。

（三）手术实施。

1、手术医师资质：施行白内障手术的主刀医师必须接受过白内障手术的培训，并且具有参加200例以上的白内障手术经验。

2、手术全程严格无菌操作：

（1）术中用品的质量必须合格。严禁使用院内自行配制的制剂作为眼内灌注液。

（2）手术室、手术器械、仪器等要严格按照消毒灭菌操作规程进行消毒灭菌，每位患者必须使用单独的手术包和手术器械，防止发生感染。

（3）用0.06%碘伏消毒眼部皮肤。开始手术前，术眼用0.025%碘伏溶液或含抗菌素的眼部冲洗液冲洗结膜囊。手术操作中要严格遵守无菌操作规程。如已知患者的乙肝表面抗原、丙肝抗体、HIV 阳性，其手术应当安排在每日手术的最后，术后手术器械需用84消毒液浸泡后高压消毒。梅毒患者治愈后方能实施手术。

3、麻醉方式：由术者选择。

4、手术方式：由术者选择。建议使用小切口非超声乳化白内障摘除术和人工晶状体植入术。禁用针拨术。

5、手术完成后，应做抗菌素和糖皮质激素结膜下注射。

（四）术后处理。

1、术后随诊：

（1）术后次日复查，包括视力、裂隙灯检查。

（2）术后两周内和3个月时随诊，了解视功能恢复情况和有无发生并发症。

2、术后用药：

（1）滴用抗菌药物滴眼液和糖皮质激素滴眼液，每日3～4次，持续2～3周。必要时可加用或改用非甾体抗炎药。

（2）术后一般没有必要常规全身使用抗菌药物。但对于功能性独眼、易感染体质或其他局部因素等特殊情况时，术后可以给予全身抗菌药物预防感染。

（3）针对术后反应，由手术医生决定其他对症处理措施。

二、手术质量控制标准

（一）视力恢复标准。

单纯白内障患者，施行白内障复明手术两周后的裸眼视力≥0.3的比率应当达80%以上，矫正视力≥0.3的比率应当达95%以上。

（二）人工晶状体植入率。

人工晶状体植入率应当达到90%以上。

（三）严重手术并发症。

1、严重手术并发症包括：麻醉导致眼球穿通伤、麻醉损伤视神经导致患者失明、感染性眼内炎、角膜内皮功能失代偿、手术源性视网膜脱离、驱逐性脉络膜上腔出血、晶状体核脱入玻璃体腔并导致严重并发症等。

2、严重手术并发症的发生率应低于0.1%。

3、严重手术并发症的处理：定点医院一旦出现上述严重手术并发症，应当及时联系上级医院会诊处理，并且认真查找原因，提出改进措施。同时停止项目的开展，经省卫生厅组织专家组审查合格后方能继续开展项目。