维普资讯 http://www.cqvip.com

或后粘连，妥善处理脱出的玻璃体，充分冲洗前房，可取得满意的效果[3]。

本术式对玻璃体的扰动较大，手术时应向前房内注入粘弹物质，既可使玻璃体后移，又可明显减轻对角膜内皮的损伤。本文有3例患者外伤性瞳孔散大约7mm，术中将虹膜拉出缝合使瞳孔保持在3mm左右可使后房型晶体的位置固定较好。在所有病人中尚未发现与晶体有关的严重并发症如出血、色素膜炎、晶体脱位、角膜失代偿及继发性青光眼。通过我们临床观察无晶体后囊支撑时用不吸收的聚丙烯线经睫状沟巩膜层间固定晶体襻植入后房型人工晶体是一种安全、有效的手术方法[4]。

参 考 文 献

1. Binkhorse CD. Corneal and retinal complications after cataract extraction. Ophthalmology, 1990, 87: 609 - 617.
2. Downing JE, Parrish CM. Long-term results with anterior chamber intraocular lens implants. J Cataract Refract Surg, 1986, 12: 493 - 498.
3. Kaufman HE. The correction of aphakia. Am J Ophthalmol, 1990, 89: 1 - 10.
4. McDonald MB, Koening SB, Safir A, et al. The surgical correction of aphakia. Ophthalmology, 1993, 90: 668 - 672.

（收稿：2000-12-04）

·个案与短篇·

胸肋重叠抬举术治疗漏斗胸12例

李 俊* 李 庄* 王俊东* 李爱民*

漏斗胸是最常见的前胸壁畸形，主要由前胸壁凹陷形成。由于前胸壁的凹陷，使胸腔容积缩小，国内外报告都证明漏斗胸病人确实存在呼吸循环功能障碍，且因畸形存在，病人因形体异常而产生一定的心理损害。因此，及时行手术矫治是完全必要的。我科应用胸肋重叠抬举术治疗漏斗胸12例，疗效满意，现报道如下。

一、临床资料

1. 一般资料：本组12例中，男7例，女5例，全组年龄均在3～12岁。均因前胸壁凹陷畸形，易感冒，劳累及哭闹后气促而就诊。检查均有前胸壁凹陷畸形，凹陷深度在2.9～4cm之间，凹陷部容水在60～82ml，F_2I在0.29～0.35之间，胸部X线示胸骨凹陷，胸骨下段与椎体前缘最近间距在1.4～3.2cm，术前诊断为漏斗胸。

2. 手术方法：均在全麻插管下取胸正中切口进入，向两侧分离胸大肌剥离第3～7肋软骨骨膜至肋软骨与肋骨连接部，游离出肋软骨，注意保护壁层胸膜、尽量不要剥破，在距胸骨缘约3cm处由前内至后外斜行30°斜形切断肋软骨，剪除下陷之剑突部，游离胸骨后间隙，将肋软骨骨膜缝合成管状，将肋软骨两端用4#尼龙缝线由内上外下重叠缝合，注意缝合时附于胸骨之肋软骨将胸骨支撑为拱形缝合胸大肌及切口，术毕患儿原凹陷之胸壁平整如常人，术后给支持对症处理。

二、结果

12例术后恢复顺利，拆线后胸壁外观平整，复查X线测胸骨下段至椎体前缘最近间距增至4cm以上，均在术后第8天出院，术后随访1～3年，劳累及哭闹后气促消失。

三、讨论

漏斗胸是常见的前胸壁畸形，由于前胸壁凹陷，使胸腔容积缩小，肺及心脏运动受限，不同程度影响呼吸循环功能，且会使病人因形体异常而产生精神负担，甚至性格内向，严重影响患者身心健康。因而，为改善患儿的生理和心理状况，手术矫治漏斗胸势在必行。以往术式主要有Ravitch胸骨抬高法和VVada胸骨翻转法及上述二种术式为基础改良术式，均存在胸骨血供差，有可能引起：①胸骨感染和胸骨吸收坏死。②由肋软骨膜再生之肋软骨无序再生致漏斗胸复发，胸肋重叠抬举术治疗漏斗胸优点在于：①保护了胸廓内动脉，可避免因血供差所致的胸骨后间隙感染及胸骨坏死，缝合肋软骨膜使之成套管状保证肋软骨规范性再生。③对肋软骨较柔软的儿童，胸肋重叠抬举术矫治漏斗胸尤为适宜，因肋软骨重叠缝合后，弹性较好的肋软骨呈拱形将胸骨上举是非肋软骨所无法比拟的。12例患儿术后X线片均提示胸骨下段至椎体前缘最近间距较术前明显增宽，即胸腔容积较术前明显增大，呼吸循环功能明显得到改善，矫治后胸壁平整如常人，同时也解除了患儿因形体异常所致的心理障碍。通过12例手术治疗，疗效满意，手术方法简单，创伤小，不用翻转胸骨，不必用钢针内固定，矫形后胸廓稳定性好，值得推广应用。

* 作者单位：671000 云南省大理医学院附属医院胸心血管外科