维普资讯 http://www.cqvip.com

行性心脏瓣膜病还与动脉粥样硬化相类似的特征,即心脏瓣膜钙化与中央及周围的动脉粥样硬化具有相似的过程。此外,当钙磷代谢异常,长期患慢性肺病部疾病等也都促使老年退行性心脏瓣膜病的发生。

超声心动图是诊断老年退行性心脏瓣膜病的可靠方法。由于该病早期无症状,临床检验又无特异性,故诊断的可靠方法是进行超声检查。此项检查不仅能确定病变的部位,还可确定病变的严重程度,尤其在高血压和冠心病的人群中进行超声检查,能够根据心脏形态、结构及功能的改变情况来评价病情变化及预后情况,指导医生治疗。由于老年退行性心脏瓣膜病的发生与高血压和动脉粥样硬化有一定关系,长期患慢性肺部疾病是该病的促发因素。所以,预防该病必须从早期治疗开始。对已经发生老年退行性心脏瓣膜病,应保持良好心态,避免各种因素的刺激,平时不可剧烈运动和酗酒,可适当做轻微的体育活动和吸氧,努力改善肺功能,在饮食方面应多食新鲜疏菜和水果,主食以碳水化合物为主,少用高蛋白高脂肪食物,定期到医院复查心脏彩超,并在医生的指导下用药。

(编辑:左艳芳)

晶体半脱位白内障的手术方法探讨

吕 品 (鞍山市双山医院眼科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 白内障;手术;人工晶体植入
[中图分类号] R779.66 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)02-0140-01

眼球钝力伤致晶体半脱位而发生晶体浑浊的病例在临床上并不少见,散瞳后在裂隙灯下检查不难确诊。自1996年起,我院对晶体半脱位的白内障患者,采取现代白内障囊间摘除联合后房型人工晶体植入手术,未见远期明显并发症,在一定程度上,可避免前部玻切所产生的并发症和不必要的经济负担,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组19例钝力伤所致晶体半脱位白内障患者,男16例,女3例;年龄20~61岁,平均年龄48.5岁。晶体悬韧带断裂均不超过180°,所有病例晶体脱位部分均向后倾,2例伴玻璃体脱入前房。下方脱位10例,鼻侧脱位4例,颞侧脱位6例。

1.2 手术方法

手术在球后麻醉下进行,做上方宽2 mm巩膜遂道切口,前房注透明质酸钠0.2 mL,行2~10点位一字截囊,水分离晶体核,使核松动,透明质酸钠从晶体核的边缘注入晶体核的后方,使晶体核与后囊膜之间形成一个空隙,将晶体圈匙伸入核的后方与晶体核一起缓缓拉出。冲洗残留晶体皮质,再次注入粘弹剂于囊袋内。将人工晶体植入囊袋内,不能转动,撕出前囊膜,吸出前房内透明质酸钠,缝合伤口[1]。有3例患者术前检查前房角粘连大于180°,故又联合小梁切除术。

2 结果

20例晶体悬韧带断裂,晶体半脱位白内障患者经晶体囊间摘除联合囊袋内人工晶体植入,术后人工晶体位置略向后倾斜者15例,但光学部分在瞳孔区,并未形成单眼复视;功能位置后倾2例;水平方向脱位者人工晶体左右偏斜3例,因前房有少许玻璃体所致。术后2周内2例有一过性高眼压,经20%甘露醇250 mL静滴,噻吗洛尔滴眼液每日2次点眼,眼压逐渐恢复正常。术后矫正视力:0.1者3只眼,0.2者9只眼,0.3者7只眼,0.5者1只眼。

3 讨论

晶体半脱位白内障截囊时应以水平划开前囊膜为宜,避免开罐式截囊,这样可使悬韧带不至于再断裂,防止玻璃体脱出前房或眼外。囊袋内注吸皮质时,由于悬韧带有部分断裂,易使囊袋收缩面加大悬韧带断裂,故注水时要使水流量小些,慢慢吸出囊袋内皮质。植入人工晶体前,囊袋内粘弹剂要充满,使袋口张开,植入人工晶体必须一次性植入上袢,不能在袋内转动人工晶体,否则囊袋脱位,人工晶体脱入玻璃体。下方晶体悬韧带断裂者行人工晶体植入术后,均有下方后倾,但无大碍,上方悬韧带健全,则起到悬吊作用。如上方悬韧带断裂,则因人工晶体重力关系,会发生下沉、脱位。本组无上方悬韧带断裂病例[2-3]。本文所采用的晶体囊间摘除外伤性白内障为半脱位晶体患者植入后房型人工晶体。术式简单易行,避免前部玻璃体切割带来的麻烦和诸多并发症,适合在基层医院推广实施。

[参考文献]

[1] 陈茂盛,孙 勇,姜 德,等.晶体半脱位白内障手术治疗的临床探讨[J].中华眼科杂志,2003,39(11):683-685.
[2] 卢 奕,陆国生,熊 瑛.人工晶状体置换术的疗效观察[J].中华眼科杂志,2002,38(11):670-673.
[3] 罗莲珍,刘建英,罗 伟,等.小切口白内障摘除联合人工晶体状体植入术围手术期护理[J].局解手术学杂志,2006,15(3):214-215.

(编辑:蒋登金)

[收稿日期] 2007-11-23 [修回日期] 2008-02-22