DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.03.059
第23卷第3期 第三军医大学学报 Vol. 23, No. 3
372 2001年3月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Mar. 2001

经验与短篇

文章编号:1000-5404(2001)03-0372-01

LASIK矫治近视及近视性散光的疗效观察

LASIK for correction of myopia and astigmatism

白 继,贺翔鸽,李马号,张 怡,曾登芬,梁隆芬 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所眼科,重庆 400042)

准分子激光原位角膜磨镶术(LASIK)是一种新型的角膜屈光手术,其矫正近视及近视散光的满意疗效得到临床的不断证实,同时一些手术并发症也相继被报道[1,2]。我院自1996年至今应用LASIK矫治近视及近视散光患者2 000余例,现将部分病例(复诊1年以上)报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

本组患者1 092例(2 071只眼),其中男性533例,女性559例,年龄17~50岁,平均25.21岁。术前屈光度为-1.50~-28.12 D(等量球镜),平均(-7.55±3.96)D,散光0~6.50 D,平均(-1.55±1.72)D,按屈光度分为3组:A组,屈光度<-6.00 D,共964眼。B组,屈光度为-6.00~-9.00 D共788眼。C组,屈光度>-9.00 D,共319眼。术前检查包括视力、眼前节、眼底、角膜厚度、角膜地形图、散瞳验光以及复验等。

1.2 仪器

美国CHIRON公司的自动微型角膜板层切开刀。准分子激光机为CHIRON公司的KERACOR117。

1.3 手术方法

①角膜板层切开刀常规蒂部于鼻侧的角膜瓣。②发射激光。③平衡溶液冲洗、并复位角膜瓣。④术毕点帕利百眼液,用塑料眼罩护眼。

1.4 术后处理

帕利百眼液点眼1周,4次/d;以后改用0.1%氟甲脱氧泼尼松龙眼液(FML)点眼,4次/d;术后第3周,3次/d;术后第5周,2次/d,一般不超过9周。病人于术后1 d,1周,1、3、6、12、24个月进行详细的临床复查。

2 结果

术后屈光度和视力的改变,见表1。

表1 术后12个月残留屈光度和裸眼视力

组别	眼数	屈光度		视力	
		±0.5 D	±1.0 D	0.5~0.9	1.0~2.0
A组	964	845(87.7%)	914(94.8%)	951(98.7%)	876(92.6%)
B组	788	558(70.8%)	628(79.7%)	753(95.6%)	653(82.9%)
C组	319	162(50.8%)	216(67.7%)	224(70.2%)	114(35.7%)
合计	2071	1565(75.6%)	1758(87.2%)	1928(93.1%)	1643(79.3%)
P		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

术后并发症:①眩光21眼。②角膜上皮点状脱落484眼。③激素性高眼压86眼。④光学切削区偏离中心571眼。⑤角膜上皮下雾状混浊(HAZE)19眼。⑥角膜瓣移位3眼。⑦角膜上皮植入9眼。⑧术后黄斑出血2眼。本组病例未出现角膜瓣游离、不全,角膜感染,角膜切穿以及视网膜脱离等严重并发症。

3 讨论

本组资料表明,LASIK矫治不同程度的近视及近视散光有满意的临床疗效,手术前后详细的检查及术中熟练的技术操作可避免严重并发症的发生。

提高手术预测性及准确性。①术前详细检查最佳矫正视力的屈光区间,以获得治疗病人较为恒定的预矫数据,减少治疗量的不稳定性。②注意角膜瓣切开后的时间控制,以减少角膜基瓣水肿不均匀程度,从而减轻治疗量不稳定及不规则散光。③角膜瓣复位准确,并减少角膜瓣下冲洗液的残留。④激光治疗前调整好病人的头位及眼位,减少切削光区偏中心及散光轴位偏移的可能性。本资料显示LASIK矫治近视及近视性散光有较好的预测性及准确性,本资料超高度近视组术后视力低于其他组,可能与下列因素有关:①角膜厚度的限制,部分病人设计手术矫正量达不到病人所需的矫正量,出现术后"欠矫"情况。②该组病人术前的最佳矫治视力通常低于其他组。

避免危害视力的严重并发症。①避免角膜瓣并发症发生,如游离角膜瓣、不全角膜瓣、薄角膜瓣、以及角膜切穿等。主要原因是负压抽吸不足(角膜切穿为未放盘卡),其他原因如:刀片质量有问题、病人术中极不配合、角膜曲率及大小异常。本组手术病例,术前检查共发现手术刀片有质量问题的两片,因角膜曲率及大小的因素,术前调整角膜瓣预切厚度的7只眼,未发生1例角膜瓣并发症。②避免视网膜脱离的发生,术前做好详尽的眼底检查(部分病例可进行术前预防性治疗),手术动作轻柔并尽量减少抽吸环负压抽吸时间。③及时发现及处理其他术后并发症:角膜瓣下上皮植入,手术要避免造成上皮脱落的操作,并做好角膜瓣下冲洗。已发生的要做好严密的临床观察,一般认为有明显扩大趋势的应手术刮除[3];角膜上皮点状脱落考虑与术后角膜瓣神经与组织液营养障碍有关,术后潇莱威眼液应用可减少其发生;激素性高眼压有很强的个体差异,及时停用激素药物后多能自然恢复,部分病例药物干预治疗常有较好的临床效果,一般不会引起视功能损害。

关键词:准分子激光原位角膜磨镶术;近视
中图法分类号:R779.63 文献标识码:B

作者简介:白 继(1959-),男,山西省太原市人,硕士,主治医师,主要从事眼屈光方面的研究,发表论文18篇。电话:(023)68757198

收稿日期:2000-04-05;修回日期:2000-12-15

参考文献:

[1] Salchow D J, Zinn M E, Stieldorf C, *et al*. Laser *in situ* keratomileusis

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

(LASIK) for correction of myopia and astigmatism[J]. Ophthalmologe, 1998, 95(3): 142—147.
[2] 齐 颖, 李志辉, 陆文秀, 等. 自动板层成形联合准分子激光角膜切削术治疗高度近视[J]. 中国实用眼科杂志, 1998, 16(9): 563—564.
[3] 宋 跃, 孙 同, 张 辉, 等. 准分子激光原位角膜磨镶术后角膜瓣下上皮细胞植入的临床及病理学研究[J]. 中华眼科杂志, 1998, 34(3): 194—195.

(编辑 薛国文)

文章编号: 1000-5404(2001)03-0373-01

经验与短篇

切除炎症增殖体对儿童喘息病的治疗作用

Clinical effect of adenoidectomy on wheezing illness in children with chronic adenoiditis

镡旭民, 邓安春, 杨 桦, 孟祥贵 (第三军医大学附属新桥医院耳鼻咽喉科, 重庆 400037)

儿童喘息病是包括哮喘在内的一组性质不同的病症[1,2]。慢性增殖体炎是儿童的常见病, 但关于二者的关系, 很少有文献报告。本研究对 1 组伴有慢性增殖体炎而行切除术的患儿进行了分析, 试图探讨增殖体炎对喘息病的影响。

1 资料与方法

1.1 病人情况

12 名伴有慢性增殖体炎的喘息儿童, 男 8 名, 女 4 名, 年龄 5~11 岁, 平均 7.2 岁。每当增殖体发炎时, 喘息即加重或复发。其中持续性喘息 4 例, 复发性喘息 8 例。持续性喘息指在急性发作间歇期, 肺部仍可闻及干鸣音。

1.2 手术方法

选择患儿最佳状态时, 于全麻下行增殖体刮除术。术后标本皆送病理检查。

1.3 疗效评价

术后 1 年后, 评定疗效。分为 3 级。临床治愈: 喘息停止, 或感冒时偶有发生, 但较轻微, 治疗后很快消失, 1 年中用药时间< 3 周。改善: 喘息程度明显减轻, 复发减少, 1 年中用药时间减少 1/3 以上。无效: 手术前后喘息情况无明显变化。

2 结果

术后随访 12~21 月, 平均 15 个月。临床治愈率为 58.3%, 改善率 25%, 总有效率 83.3%。术后 1 年中用药时间明显缩短, 全组由术前(124±31.2)d 减少至(41.3±42.2)d。差别具有统计学显著性意义($P<0.05$)。其余详见表 1。

表 1 增殖体切除术后的治疗效果

	术前	术后			有效率(%)
		治愈	改善	无效	
持续型	4	3(75.0%)	1(25.0%)	0	100
复发型	8	4(50.0%)	2(25.0%)	2(25.0%)	75
总计	12	7(58.3%)	3(25.0%)	2(16.7%)	83.3

作者简介: 镡旭民(1946—), 男, 黑龙江省哈尔滨市人, 硕士, 主任医师, 主要从事中耳炎及鼻炎的治疗方面的研究, 发表论文 31 篇。电话: (023)68755114-74611

收稿日期: 2000-03-10; 修回日期: 2000-12-25

3 讨论

Stein 等[3] 将 11 岁以前的儿童喘息为成 3 种类型: 暂时性早年喘息, 非特应性喘息和 IgE 相关性喘息/哮喘。本组临床资料说明, 一部分儿童喘息可能与上气道存在的感染而引起的呼吸道高敏反应状态有关。故当去除感染灶后, 喘息能得以控制和消除。但也有一部分喘息属于 IgE 相关性喘息/哮喘, 上气道存在的感染灶能激惹或加重它的发作及病理过程。故当去除感染灶后, 亦能减轻或缓解喘息症状。儿童喘息病是具有异质性的。

增殖体位于鼻咽顶后壁, 收集鼻腔分泌物和病原微生物, 在人类免疫系统中有重要作用。炎症的增殖体, 其各种病原微生物的数量明显增加。病原微生物可做为抗原经增殖体上皮内 M 细胞传送到其下的淋巴滤泡内, 从而启动呼吸道对抗原的免疫反应。在炎症性增殖内的免疫细胞成分亦发生变化, 有大量 T 抑制细胞、单核巨噬细胞出现。还有材料表明, 慢性增殖体炎, 扁桃体炎能损伤嗜中性粒细胞的趋化功能。在切除它们之后, 趋化功能会得以恢复[4]。因此推测, 切除炎症增殖体不仅仅是去除感染灶, 而且有助于免疫功能的正常化。这在喘息病的治疗中, 可能也有重要作用。

总之, 对喘息儿童应注意检查上气道可能存在的感染灶, 特别应注意增殖体的情况。若存在慢性增殖体炎, 应行手术切除之, 这会使许多喘息儿童在治疗上获益。

关键词: 哮喘; 增殖体炎; 增殖体切除术
中图法分类号: R767.91 文献标识码: B

参考文献:

[1] Henderson J, North K, Griffiths M, *et al*. Pertussis vaccination and wheezing illness in young children: prospective cohort study[J]. BMJ, 1999, 318(7 192): 1 173—1 176.
[2] Christie G L, Helms P J, Ross S J, *et al*. Outcome for children of parents with atopic asthma and transient childhood wheezy bronchitis[J]. Thorax, 1997, 52(11): 953—957.
[3] Stein R T, Holberg C J, Morgan W J, *et al*. Peak flow variability, methacholine responsiveness and atopy as markers for detecting different wheezing phenotypes in childhood[J]. Thorax, 1997, 52(11): 946—952.
[4] Sennaroglu L, Onerci M, Hascelik G. The effect of tonsillectomy and adenoidectomy on neutrophil chemotaxis[J]. Laryngoscope, 1993, 103(12): 1 349—1 351.

(编辑 汪勤俭)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net