DOI: 10.16016/j.1000-5404.1997.06.037

前部视网膜电凝联合巩膜下巩膜咬切术治疗新生血管性青光眼

Treatment of neovascular glaucoma by anterior retinal electrocoagulation combined with subscleral sclerectomy

谢 琳* 贺翔鸽 (第三军医大学附属大坪医院眼科) 重庆, 400042

提 要 目的: 观察前部视网膜电凝联合巩膜下巩膜咬切术对晚期新生血管性青光眼的临床疗效。方法: 对8例(8只眼)晚期新生血管性青光眼行前部视网膜电凝同时施行巩膜下巩膜咬切术。结果: 所有患者术后第1天虹膜新生血管均有不同程度减少,第4天到第7天虹膜新生血管完全消失。眼压第2天均下降为正常。末次随访,虹膜新生血管完全消退,眼压控制良好,症状缓解、眼球保留。结论: 该手术对临床晚期新生血管性青光眼治疗提供了一种较为有效的方法。

新生血管性青光眼治疗十分棘手。当病情发展到晚期时多采用睫状体破坏、人工植入活瓣引流管等手术,但由于术后眼压控制不理想,并发症多而最终导致眼球摘除。我们对8例新生血管性青光眼施行前部视网膜电凝联合巩膜下巩膜咬切术,取得较好疗效,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

新生血管性青光眼共8例(8只眼),其中男性6例(6只眼),女性2例(2只眼),年龄53~71岁,继发于视网膜中央静脉阻塞5例,继发于糖尿病性视网膜病变3例。

患者术前均有明显疼痛,眼压4.93~10.93 kPa(37.1~82.2 mmHg),视力为光感以下,角膜雾状水肿,瞳孔5~7 mm,瞳孔缘虹膜色素外翻,虹膜新生血管分布于2~3个象限,房角完全粘连5例,大部分粘连3例。

1.2 手术方法

1.2.1 前部视网膜电凝术 以角膜缘为基底,从7~5点环行剪开球结膜。12点钟方位,切口距角膜缘10 mm,5点、7点处距角膜缘7 mm,分离筋膜暴露巩膜,用丝线穿过四条直肌以作牵引用。用2.5 mm直径的电凝头,50~60 mA电流在巩膜赤道部作电凝,共2排,每个象限8个点,每个点电凝时间约3 s,见巩膜有轻微收缩即可。电凝时注意各点之间相互错开,避免重复电凝,避开直肌下。

1.2.2 巩膜下巩膜咬切术 常规作巩膜咬切术。其特殊之处在于:① 在切开前房之前,于角巩膜缘用一次性空针穿刺入前房,让房水缓缓流出,以免眼压骤降。② 在作虹膜根切之前放置立止血棉棒于咬切口1 min,然后冲洗干净,以防止出血。

2 结果

2.1 术后虹膜新生血管、眼压变化

所有患者术后第1天,虹膜新生血管均有不同程度减少,第4~7天虹膜新生血管完全消失。眼压均降为正常范围。

2.2 随访

术后门诊随访,所有患者眼球疼痛缓解,虹膜新生血管均消失。其中5例眼压正常,2例眼压波动于3.24~3.6 kPa(24.4~27.1 mmHg)之间,局部点降眼压药及作眼球按摩,眼压控制在正常范围,1例出现眼球萎缩。

2.3 手术并发症

其中2例在剪除虹膜根切口后有不同程度前房出血,2例在术中出现前房积血,术后1~3 d全部吸收,1例术后出现脉络膜脱离,末次随访时,眼球萎缩。

3 讨论

新生血管性青光眼最常继发于视网膜中央静脉阻塞、糖尿病性视网膜病变等视网膜缺氧性疾病。研究认为该病的发生机理是视网膜缺血、缺氧等原因诱发产生新生血管增生因子,其进入玻璃体后随房水运动向前播散、到瞳孔缘部、虹膜表面、根部及前房角导致新生血管形成。纤维血管膜收缩使房角粘连、小梁网变性,造成房水流出障碍,使眼压持续升高。

目前尚无抑制虹膜新生血管的有效药物,临床一般采用全视网膜光凝治疗早期新生血管性青光眼[1],但晚期患者常有瞳孔粘连,晶体及玻璃体混浊,使光凝难以进行。只能行睫状体破坏、人工植入活瓣引流管等手术,然后最终免不了眼球摘除。Curtin[2]认为光凝、冷凝后造成的视网膜脉络膜瘢痕部位色素上皮过度再生,可产生血管抑制因子,因而采用前部视网膜冷凝和小梁切除术治疗新生血管性青光眼,促使新生血管消退。但是,该手术分两步进行,存在反复损伤造成手术创面瘢痕多、反应重,费用高等缺点。我们采用前部视网膜电凝联合巩膜下巩膜咬切术治疗新生血管性青光眼,不仅克服了上述缺点而且取得良好的疗效。推测该

* 谢 琳,女,31岁,主治医师,学士

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

方法降压机理可能为电凝使眼前部供血减少、睫状体分泌房水功能下降、特别是巩膜咬切起外引流的作用所致。手术中2例在剪除虹膜根部切口后有不同程度前房出血,但术后1~3 d全部吸收,后来我们采用在作根切口之前放置立止血棉棒1 min,大大减少了出血机会。1例术后发现脉络膜脱离,可能与术中眼压骤降有关。后经采用在切开前房之前用针头穿刺入前房,让房水缓缓放出,可使该并发症得以控制。

关键词 青光眼;视网膜电凝;巩膜咬切术
中图法分类号 R775

参考文献

1 Cashwell L F, Marks W P. Panretinal photocoagulation in the management of neovascular glaucoma. South Med J, 1988, 8: 1364
2 Curtin V T, Fujino T. Comparative histopathology of cryosurgery and photocoagulation. Arch Ophthalmol, 1996, 75: 674

(收稿: 1997-03-04;修回: 1997-06-12)
(编辑 张大春)

应用两种培养基对临床标本L型细菌的分离培养比较

Comparison of two culture media for the isolation and culturing L-form bacteria from clinical samples

文爱清* 邓光贵 张文俊 (第三医大学附属大坪医院检验科) 重庆,400042

提 要 目的:比较两种分离L型细菌的培养基对L型细菌的分离鉴定。方法:用不加血清或血浆D-GL与改良Kagan培养基分别对临床74份标本的细菌L型作分离培养比较,标本同时接种普通血琼脂培养基作对照。结果:D-GL与改良Kagan培养基分离L型细菌的阳性率分别为22.9%(17/74)及20.30%(15/74),差别不显著($\chi^2=1$, $P>0.05$)。结论:D-GL培养基中分子右旋糖酐和赖氨酸代替人或动物血浆,较传统改良Kagan培养茎成本低,制备方法简便,易推广,是分离L型菌的良好培养基。

分离L型细菌的培养基,早年使用马血清,后用改良人血浆替代,制备手续繁锁,易污染。本文使用一种L型培养基(D-GL)[1],其配制方法简便,经与常规使用的改良Kagan培养基比较,分离培养效果满意。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 培养基

1.1.1 D-GL培养基,按文献[1]配方制备,即蛋白胨20 g,NaCl 50 g,$MgSO_4 \cdot 7H_2O$ 1 mmol/L 10 ml,酵母浸膏(过滤)1.5 g,赖氨酸0.5~0.75 g,明胶30 g,1% TTC 3 ml,琼脂粉(日本进口)8 g,新鲜牛肉汤1000 ml,上述成分溶化后,调pH 7.4~7.6,三角烧瓶分装,每瓶80 ml,高压灭菌,冷却至50~60℃时加入20 ml静脉滴注用中分子右旋糖酐(MW 70.00)葡萄糖液后倾注平皿。

1.1.2 改良Kagan培养基(略)。

1.1.3 普通血琼脂培养基(略)。

1.2 标本来源

标本取自本院1995年3月18日至5月20日住院病人清洁中段尿标本74份。

1.3 细胞壁染色液

10%鞣酸,0.5%结晶紫液。

1.4 分离培养及L型菌鉴定方法

上述标本每份同时接种:①血平板,按常规方法培养鉴定;②D-GL和改良Kagan培养基,于烛缸中37℃培养。3 d后在低倍镜下观察生长情况(必要时进行盲扩),若有菌生长,观察菌落形态(L型菌有L型、G型、F型三种菌落),取菌落行革兰氏染色,细胞壁染色,细菌L型呈多形性,胞壁缺损或部分缺损,染色不规则。此菌经返祖后按常规进行生化鉴定到种。

2 结果

2.1 两种L型培养基检出率比较

用上述两种L型培养基分离本院临床住院病人74份清洁中段尿标本,结果是:由改良Kagan培养基分离出L型8例,伴L型7例,阳性率20.3%;由D-GL分离出L型菌8例,伴L型9例,阳性率22.9%,经统计学处理二者差别不显著($\chi^2=1$, $P>0.05$)。

2.2 两种培养基上L型菌生长情况比较

对两种培养基分离的L型菌落进行观察,发现L型、G型较F型多见。D-GL上培养的L型菌落大小均匀一致,形态典

* 文爱清,女,24岁,检验医师

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