DOI:10.16016/j.1000-5404.1979.02.014

失等病史，探针探查中耳内壁有骨质粗糙感，则腐骨存留即应考虑。X线拍片有帮助。本文两例第一次拍片均未发现。而例一在第一次术后再次拍片，则发现左侧内耳部位有死骨存留。

三、手术取除腐骨之时机：如疑有内耳腐骨形成时，应行乳突根治术。并探查腐骨有无松动。若已松动，则可一次手术取出，如例二即一次手术顺利完成，若尚固定不动，则不宜免强摘除，以免损伤邻近之重要器官。待其自己完全分离后，再行取除。如例一第一次手术，腐骨固定不松动。第二次手术顺利取出，取出腐骨应尽量细心，以免损伤脑膜，或面神经。

四、面神经瘫痪问题：在内耳腐骨形成中，面神经麻痹是经常发生的。因面神经管与半规管很接近，当半规管腐骨形成时，面神经亦受其影响，而致面神经炎，如即早手术治疗，去除腐骨，不损伤面神经，则尚可恢复其功能，本文二例均因病程太久，面神经已遭破坏，术后未能恢复。

总　结

一、本文报告迷路腐骨二例。

二、对迷路腐骨发生之原因，诊断，手术取除腐骨之时机，以及面神经麻痹等问题。略加讨论。

参考文献

1. Weidlein, I. F. & Chamberlin, W. B.: Sequestration of the Cochlea, Report of two Cases. Ann. otol. Rhin. & Laryng. 42:915, 1933。

2. Proctor, B., Lindsay, J. R. & Gonne, W. S.: Sequestration of the osseous Labyrinth, Arch. otolaryng. 37:819, 1943。

3. 孙再生：耳蜗腐骨一例。中华耳鼻咽喉科杂志，6（3）:224，1958。

4. 武汉医学院第一附属医院耳鼻咽喉科教研组，耳鼻咽喉科学，第622—623页，人民卫生出版社，1978。

5. Scott-Brown's Disease of the Ear, nose, & throat, 3rd Edition. P. 206. Jonnballantyne John. Groves Butterworth. 1977。

眼外伤致盲的防治探讨

——264例病例分析

第三附属医院眼科　潘佩琨

眼外伤破坏视觉功能，是造成盲目的重要原因之一。不论战时或平时都应引起我们十分重视，为了作好眼科战伤救治的准备工作，特将我院近五年半（1973年1月—1978年6月）以来眼外伤住院病例264例，统计分析，探讨致伤因素、致盲原因、防盲措施，以改进我们的工作。

发病情况

发生率：五年半来眼科住院总人数1545人，其中眼外伤264例，发病率17.09%。各年发病率中，以1978年的发病率为最低11.8%，但仍远比我院1964年以前的发病率

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

7.32%高。

表1 各类眼外伤发生率

眼球穿孔伤	159例	60.23%
眼球挫伤	66	25 %
角膜深层异物	8	3.03%
眼附属器伤	7	2.65%
化学伤	15	5.68%
物理伤	9	3.41%
总计	264例	100 %

年龄：18—40岁135例，占眼外伤的51.14%，说明眼外伤患者半数以上为青壮年。13岁以下的儿童85例，占32.19%，但从1977年以后儿童眼外伤发生率明显下降，见表2。说明教育整顿，加强对青少年教育以后，对防止儿童眼外伤取得明显效果。

表2 各年儿童眼外伤发生率

年份	外伤数	儿童受伤数	百分比
1975	44	18	44.99
1976	44	15	34.09
1977	50	10	20
1978	16	2	12.5

性别：男206例，女58例。

眼别：双眼31例，右眼113例，左眼120例。

职业：本文病例以工人受伤比率最大，社员中石工眼外伤占社员受伤数35.14%。学生和儿童发生率也较高，共占眼外伤的38.64%。见表3。

表3 眼外伤的职业状况

职业	工人	社员	战士	学生	儿童	干部	不明	总计
受伤数	92	37	21	65	37	8	4	264
百分比	34.84	14.02	7.95	24.62	14.02	3.03	1.52	100

致伤因素及致盲原因分析

致伤因素：工作中受伤最多，120例，占全病例的45.45%。但其中包括操作不熟练或违反操作规程所致的误伤，从病历记录可查出者有18例，例如有一看靶战士，由于靶子用铁管做支架，子弹击中铁管，铁片飞溅伤及右眼，致丧失眼球。被他人击伤83例，（31.44%）。生活中误伤31例，（11.74%）。玩弄（包括爆炸物）自伤29例，（10.96%）。没有记录1例。从致伤原因看，大多数是可以防护的。

致伤物：铁屑66例（25%），爆炸伤50例（18.96），弹弓伤26例（9.84%），其它如石头、柴片、小刀、铁丝等外伤95例（35.98%）。

出院时视力情况：见表4，能恢复07.以上有用视力的只有17.97%，而手动—失明及摘除眼球者占(33.21%)，其中以穿孔伤为最多，占黑朦及摘除眼球数的86.73%。

致盲原因分析：

一、眼球摘除52眼原因：

1. 组织破坏严重、眼球萎缩30眼。

2. 细菌感染：眼内炎10眼，全眼球炎2眼。

3. 反复色素膜炎而致盲后5眼，其中合并有眼球内异物者4眼，合并有白内障1眼。

4. 交感性眼炎，摘除已失明的交感眼（受伤眼）3只。

5. 球内出血，眼内压升高，角膜血染，视力丧失者2眼（其中一眼挫伤因疼痛，病人无法忍受而摘除）。

二、手动—失明46眼原因：

1. 组织损害重，致角膜、晶状体、色

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

表4 出 院 时 视 力（眼数）

伤类 \ 视力 眼数	0.7以上	0.6—0.1	0.09—数指	手动—失明	摘眼球	不 明	总 计
穿孔伤	10	21	30	34	51	27	173
挫伤	30	16	6	10	1	7	70
角膜深层异物	3	1				5	9
眼附属器伤	4	1				2	7
化学伤	3	5		1		15	24
物理伤	3			1		8	12
共计	53	44	36	46	52	64	295
百分比	17.97	14.92	12.2	15.58	17.63	21.7	100

素膜的破坏者7眼。

2. 外伤性白内障23眼。

3. 球内出血9眼，其中挫伤所致的7眼均发生继发性青光眼、角膜血染。

4. 色素膜炎3眼。

5. 视网膜剥离（手术未治愈）1眼。

6. 角膜白斑2眼。

讨 论

预防问题：眼外伤的结果常严重损害视力，有的到达无法抢救的程度，尤其穿孔伤伤员常因此而失去一个眼球。本文295只伤眼中，0.09以下视力者就占45.23%，而就是有0.1左右的视力，需要双眼的工作就无法胜任，因此应重视预防。从本文外伤因素分析中可知大多为误伤，在工农业建设中，应加强管理教育，健全规章制度，遵守操作规程，注意安全措施；在部队军训中坚决执行教范，加强卫生保障；对青少年加强教育管理等，许多眼外伤是可以避免的。

眼外伤致盲因素的处理：

1. 球内出血：在致盲（手动—失明）46眼中有球内出血者16眼(34.8%)，因此积极处理球内出血是降低致盲率的重要因素。玻璃体大量积血、前房出血所致的继发性青光眼，角膜血染都严重影响视力。在治疗中除卧床休息、应用止血药外，对反复出血、前房血量多，吸收缓慢者应给与降眼压药物及激素，以预防眼内压增高，减轻炎症反应以促进血液吸收。本文对挫伤前房出血，不选择的16例，应用了云南白药，11例治愈（68.75%），平均治愈天数为6.5天，而不用白药38例，32例治愈（84.21%），平均治愈天数为6.67天，经X^2测验无显著性，对白药的效用尚有待今后实践中检验。中药我们用的宁血汤或桃红四物汤加减，有著者[1]对前房出血用分珠散（《审视瑶函》方），玻璃体积血用除风益损汤（《审视瑶函》方）加减取得一定疗效。前房穿刺术对血量多，吸收缓慢者有一定作用，本文有5例行穿刺术，其中3例治愈。玻璃体积血，酶的应用有一定价值，如胰蛋白酶、糜蛋白酶、透明质酸酶等[2]。近年来激光应用于临床，Falkowska[3]用红宝石激光0.1—0.3焦耳，每日脉冲照射15—20次治疗外伤所致的前房出血、玻璃体积血各9例，治疗结果与出血量及治疗早晚有关，其中以治疗玻璃体积血特别有价值。国内有报告 用氩（Ar^+）激光700mw左右，照射60—80个脉冲，隔日一次，治疗10例外伤性玻璃体积血，有效率70%。

玻璃体积血的手术治疗，一般认为在保守治疗3—6个月后无吸收迹象者可考虑手

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

术⑤。王永龄⑧用脊髓液置换共进行6例，其中因外伤所致者3例，视力恢复分别为0.2、0.7、1.2。近年来由于手术器械的改进，开展了玻璃体切割术，Benson⑦认为用玻璃体注入吸引切割器（Vitreous infusion suction cutter, "VISC"）经睫状体平部的玻璃体切除术，可以挽救很多严重受伤眼。Hutton⑨认为特别适用玻璃体积血、非磁性异物取出及由于牵引带所致的网膜脱离复位。

2．外伤性白内障：多为眼球穿孔伤及挫伤的后遗症，其中以穿孔伤为最多。此种白内障手术后往往由于玻璃体积血、角膜疤痕及虹膜损伤后遗症的影响，视力仍无法恢复。本文手术摘除9眼，视力只2眼达到0.1以上。因此我们认为首先以保守治疗为主，在下述情况下才急需进行手术：（1）、在修复伤口前已有晶状体破坏或嵌于伤口者。（2）白内障所致的眼内压增高。（3）由晶状体组织刺激引起炎症加重。否则，一般在炎症稳定以后再行摘除。晶状体有异物存留者，如部分透明有一定视力的，只行异物取出，有时尚可保留部分视力。本文一例晶状体金属异物，混浊限于异物周围，异物一半突于后囊外，视力0.4。从睫状体平部切口吸出异物后，晶状体混浊无发展，一年后观察仍为0.4的视力。

3．色素膜炎（交感性眼炎）：凡眼球穿孔伤均应全身使用抗菌素及局部应用其他抗炎措施，如散大瞳孔等，并及时取出球内异物等刺激因素，以减轻色素膜炎的发生。对交感性眼炎应以预防为主。本文交感性眼炎3例（占全病例1.14%），经治疗后伤眼（交感眼）失明摘除，健眼（被交感眼）视力损害后无一例恢复到0.05者。预防的关键在对伤眼的正确处理及掌握眼球摘除的适应症。对早期诊断问题，吴幼锐⑨氏把国内病例分析后，认为应把注意力较多地放到眼球后段，视力减退中有时近视力减退更明显。

4．角膜白斑：以穿孔伤、碱性或热性烧伤为多见，积极地抢救碱性烧伤是减轻角膜混浊而致盲的重要措施。这类病例可作角膜移植术。为解决眼外伤的致盲问题，应重视角膜移植术手术的开展，但目前由于角膜材料来源困难，此手术大力开展仍受限制，使许多角膜白斑病人因此而无法恢复视力。故建议各级卫生机构应加以重视，并大力宣传死后献出眼球，对挽救因角膜白斑而致盲的患者重见光明有着重要意义。

眼球摘除问题：本文眼球摘除的病例中，除一眼为挫伤以外，其余全部为眼球穿孔伤的病人。除考虑交感性眼炎外，主要决定在伤眼的严重毁坏或细菌重度感染，视力已丧失无法挽救者。

摘　要

本文总结分析了295只眼外伤的治疗经过，外伤因素，眼球摘除及失明的原因。眼外伤的致盲率高达37.12%，应重视预防，除健全规章制度，加强管理外，应加强对青少年的教育。伤后积极正确的处理，与预后有密切关系，对减少眼外伤致盲率有重要意义。因此讨论了重要致盲原因：球内出血、外伤性白内障、色素膜炎（交感性眼炎）、角膜白斑等的处理措施，以及眼球摘除的决定因素。

参考文献

1．李传课：活血化瘀在眼科临床的应用，湖南医药杂志 4:12，1978。

2．郑宝仁：眼外伤讲义 130页，福州军区总医院出版 1977

3．Falkowska, Z, et al: Laser energy treatment of haemorrhages into the anterior Chamber and vitreous body, Brit. J. Ophthal. 52:450, 1968。

4．河南省眼科研究所眼底病组：氩（Ar^+）激光治疗玻玻体积血，该所眼科资料汇编5:84 1977。

5，李应湛等：玻璃体混浊的手术治疗，中华

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

医学杂志 58:14, 1978。

6. 王永龄：脊髓液调换玻璃体手术初步报告，中华眼科杂志 9:362, 1959。

7. Benson. W. E. et al: Severe perforating injuries treated with pars plana vitrectomy, Am. J. Ophthal. 81:728, 1976。

8. Hutton W. L. et al: Vitrectomy in the treatment of ocular perforating injuries, Am. J. Ophthal, 81:733, 1976。

9. 吴幼锐：交感性色素膜炎起病部位、炎症性质及早期表现的探讨，中华眼科杂志 14:53, 1978。

输尿管插管困难的原因及其处理

第三附属医院泌尿科　杨唐俊整理　宇天枢指导

输尿管插管术，是膀胱镜检查中的一项重要操作，也是初学者的难点所在。我科十余年来施行此项检查450人次（426例），现就插管困难的原因及其处理讨论如下，以供参考。

临床资料

一、一般情况

在450人次插管中，男性263人次，女性187人次。年令：4—73岁，以中年居多。输导管：4—6 F，常用5 F。一般每侧插入1根，个别插入2—3根。

二、插管目的

逆行肾盂造影术235人次，分侧肾功能测定186人次，输尿管扩张术17人次，肾盂灌注术9人次，输尿管套石术2人次，腹部肿瘤术前插管1人次。

三、插管情况 见下表。

450人次（426例）输尿管插管情况

	顺利	困难*			合计
		插入	部分插入	未插入	
右侧	340	12	35	63	450
左侧	325	11	39	51	426

* 因膀胱、输尿管口和输尿管病变所致插管困难者。

讨论

输尿管插管困难的原因分析及其处理：

一、技术上的原因 这是初学者插管困难的最常见的原因，归纳如下：

（一）视野移动：即观察镜所看到的输尿管口在换用操作镜后却不易找到。这是由于更换操作镜后视野移动的缘故。因此，在用观察镜时应认准并记住两侧输尿管口的位置、方向、形态特点及其周围粘膜或结构的特征，如邻近血管的分布和走向，出血点、结节和溃疡等病变与管口的确切关系，待换成操作镜时即可根据上述特征顺利找到输尿管口。或者当观察镜看到输尿管口后，将其移至视野中央，左手固定镜鞘，使视野维持不变，右手取出观察镜，插入操作镜，这样也容易找到其输尿管口。

（二）导管端与输尿管口相距过远，此时会影响导管的调节推进，而造成插管困难。处理：退出导管少许，将管口移至视野中央，并使接物镜尽量接近管口，然后一手固定镜鞘并转动调节器螺旋，使导管前端对准管口，另一手推进导管，即可插入。当导管插入管口内2—3厘米后，应放平调节器，并保持该管口及其导管位于视野中央，直视下继续缓缓插入到25—27厘米。这样可以避

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