

规不能完全代表骨髓变化,不能单靠血象做出血小板减少性紫癜的诊断。所以应注意:①应了解小儿再障骨髓象特点;②应定期复查血象、骨髓象,动态观察变化,必要时应做多部位穿刺或骨髓活检;③应积极动员家属做骨髓穿刺。

参考文献

[1] 姚慧玉,唐锁勤. 小儿再生障碍性贫血的诊疗建议[J]. 中国实用

儿科杂志,2003,17(6):378-379.

[2] 石太新,贾汝贤. 小儿再生障碍性贫血不同年代诊治回顾[J]. 中国小儿血液,1999,1(3):118.

(收稿日期:2009-04-18)

(本文编辑:傅利霞)

白内障超声乳化中后囊膜破裂 28 例

于建康 蒋国兴

(江苏省宜兴市第二人民医院,宜兴 214421)

最新流行病学调查统计结果显示,白内障已成为我国首位致盲眼病。白内障手术治疗中手术质量高低和并发症是影响手术复明效果的主要原因。白内障超声乳化术中最常见的并发症是后囊膜破裂,其发生率约为 3.8%~5.5%^[1]。尤其是对于那些由 ECCE 技术向超声乳化技术过渡的医生来说更是如此。笔者就我院 458 例(486 眼)白内障超声乳化术中最常见并发症后囊膜破裂的原因及防治体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:2006 年 1 月至 2008 年 12 月在我院行超声乳化白内障吸除术患者 458 例(486 眼)。术中发生晶状体后囊膜破裂 28 例(28 眼),占 5.7%。男 16 例(16 眼),女 12 例(12 眼)。年龄 27~86 岁,平均 68 岁。老年性白内障 20 例(20 眼),并发性白内障 7 例(7 眼),先天性白内障 1 例(1 眼)。术前均无眼科手术史。术后随访 3~16 个月,平均 6 个月。

1.2 设备及材料:美国 Alcon U-II 型超声乳化治疗仪、德国蔡司显微镜双人双目手术显微镜、国产爱维透明质酸钠、美国爱尔康 10-0 无损伤缝线、美国优视人工晶体。

1.3 方法:术前用复方托品酰胺散瞳,爱尔卡因表面麻醉。上方角巩缘 2 mm 做巩膜 1/2 厚度的水平切口长 5.5 mm,潜行分离至透明角膜缘内 1 mm 处,用 15°刀做 3 点位角膜侧切口,3.2 mm 穿刺刀穿刺进入前房,注入爱维粘弹剂,连续环形撕囊 5 mm,水分离,将晶状体核乳化吸出。根据核硬度,超声能量 40%~60%,负压 80~200 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),清理前房及囊袋内残留皮质,扩大巩膜切口至 5.5 mm,囊袋内/睫状沟内植入硬性人工晶体。术中后囊破裂者依具体情况予以处理,术中晶状体后囊膜破裂者立即停止超声乳化,使用灌注液维持前房,迅速注入粘弹剂以稳定前房压力。破口小、玻璃体未进入前房者,避开破口,改用注吸头手工注吸残存晶状体皮质,将后房型人工晶体植入囊袋内;破口大、玻璃体进入前房者,行玻璃体切割的同时吸除晶状体皮质,将人工晶体植入睫状沟或手术缝线固定人工晶体。

2 结果

2.1 晶状体后囊膜破裂发生时间:超声乳化晶状体核过程中晶状体后囊膜破裂 19 例(67.9%),其中 2 例为上方悬韧带断裂;注吸晶状体皮质时后囊膜破裂 7 例(25%),植入人工晶体时发现后囊膜破裂 2 例(7.1%);5 例玻璃体脱出于切口外行前部玻璃体切割术。全部患者均同期植入人工晶体。其中晶状体囊内植入 18 例,睫状沟植入 10 例,其中手术缝线固定人

工晶体 2 例。

2.2 并发症:术后角膜中度水肿 8 例(28.6%),2 周内均缓解;一过性眼压升高 4 例(14.3%),服用醋氮酰胺,术后 3 d 内眼压恢复正常;无人工晶体脱位及牵引性视网膜脱离等发生。

3 讨论

晶状体后囊膜为胚胎上皮细胞的产物。随着年龄的增长,晶状体悬韧带逐渐老化,晶状体后囊膜皱缩,弹性降低^[1]。在超声乳化白内障吸除术中,受热能、机械力作用时,高龄白内障患者更易发生晶状体后囊膜破裂。随着中央连续环形撕囊术(CCCC)的开展和熟练,后囊膜破裂的发生率已经降低至 0.2%。但是这种并发症一旦发生,常会导致严重后果,如晶状体核脱入玻璃体腔、玻璃体丢失,使术后黄斑囊样水肿和视网膜脱离的发生率增高,因此有必要引起重视以及积极预防和妥善处理。

后囊膜破裂可发生于晶状体超声乳化术中的不同阶段,经统计发现,超声乳化后期阶段后囊膜破裂的发生率高达 44.4%,显著高于其他各阶段。这个阶段发生后囊膜破裂主要由于劈核器误伤,已经劈开的锐利的硬核边缘刺破后囊,或随着晶状体囊袋内的核块的减少,超声乳化探头靠近后囊膜引致误伤^[2]。发生后囊膜破裂,关键是要及早发现,采用正确的处理方法,才能避免发生严重的并发症。手术过程中,若怀疑后囊膜破裂,最好马上停止操作,明确判断,处理方法可有:①根据后囊膜破口的大小,选择改用娩核法或继续乳化核^[3],如果选择后者,建议降低负压和流量避免破口扩大和增加玻璃体丢失,用低灌注压吸除残余皮质或前节玻璃体切割,保留尽量多的后囊膜,以便人工晶状体植入于囊袋内。但选择继续乳化容易导致核块脱入玻璃体腔,引起更严重的并发症,本文有 58.3% 患者及时改用娩核法,28 例中无一例发生核块脱入玻璃体腔。②根据后囊膜破口的大小选择植入的人工晶状体类型,后房型人工晶状体可植入囊袋内、睫状沟,若剩余囊膜不足支持后房型人工晶状体,建议缝线固定人工晶状体。

笔者对预防晶状体后囊膜破裂的措施有以下几点体会:①成功完成连续环形撕囊,撕囊口直径以小于人工晶体光学面直径 0.5 mm 为宜。一旦术中晶状体后囊膜出现较大范围破裂,完整的连续环形撕囊口张力对大量脱出的玻璃体具有一定的限制作用。②软性晶状体核应控制超声乳化能量,避免直接穿破晶状体后囊膜。③成熟期白内障患者晶状体后囊膜发生破裂的危险性增大,劈核技术可有效防止晶状体核刻槽后掰核的

力量过大导致的晶状体后囊膜中央部破裂。④注吸晶状体皮质前,应确认前房已加深,并做到在瞳孔区吸除皮质,发现吸到晶状体后囊膜导致的后囊膜皱缩时,应立即停止吸引并反吐。

综上所述,对于超声乳化术中出现的后囊膜破裂只要处理正确,仍然可望获得较好的手术效果。大部分患者可避免远期并发症,术后可获得良好的视功能。

参考文献

[1] 谢立信,王旭. 白内障摘除术中晶状体后囊膜破裂的临床研

究[J]. 中华眼科杂志,2003,39:177-178.

[2] 林振德,李绍珍. 小切口白内障手术[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:233.

[3] 宋旭东,施玉英. 超声乳化白内障吸除术中晶状体后囊膜破裂的原因和处理办法[J]. 中华眼科杂志,2002,38(12):753-754.

(收稿日期:2009-05-04)

(本文编辑:牛蓁)

以腹痛、呕吐为首发症状的甲状腺功能亢进症误诊 1 例

王华 胡永兰 朱艳

(云南省开远市人民医院内二科,开远 661600)

1 临床资料

患者男性,38岁,因脐周痛伴恶心、呕吐2周就诊。患者2周来无明显诱因出现脐周疼痛,呈持续性隐痛,阵发性加重,无放射痛,疼痛与进食与否无明显关系,伴反酸、恶心、呕吐,呕吐物为胃内容物及黄色胃液,每天10余次,呕吐量患者诉说不清,无咖啡样物,吐后腹痛无明显好转,曾服用奥美拉唑、胶态果胶铋、硫糖铝、颠茄合剂等药物治疗效果差。病程中无与饮食有关的节律性上腹痛、呕血、黑便,无左腰腹束带状放射痛,无转移性右下腹痛,无腹胀、肛门停止排便排气,无发热、右上腹痛、皮肤黄染、腹泻、便血,无头痛、意识障碍症状。病后精神尚可,食欲极差,大便干结、量少,小便正常,睡眠欠佳,体重减轻2~3kg。10年前曾患十二指肠溃疡,已治愈。入院时查体:体温:36.5℃,脉搏:105次/min,呼吸:21次/min,血压:120/70mmHg(1mmHg=0.133kPa)。神志清楚,精神差,营养中等,自动体位,表情痛苦,检查合作。全身皮肤黏膜正常,无皮疹、无黄染。全身浅表淋巴结未触及肿大。双眼无明显突出,眼球运动正常。颈软无抵抗,气管居中,甲状腺未触及肿大,颈部未闻及血管杂音。双肺呼吸音清晰,未闻及干、湿啰音。心率105次/min,律齐无杂音,第一心音增强。腹平坦,未见肠型及胃肠蠕动波、脐周轻压痛,无反跳痛,未触及包块,麦氏点无压痛,莫菲氏征阴性,肝浊音界正常,肠鸣音正常,无气过水音及高调肠鸣音。余无异常发现。门诊胃镜:慢性浅表性胃炎,十二指肠球部溃疡(S2期)(十二指肠球前壁见白色溃疡瘢痕形成,球腔无明显变形及狭窄,降段未见异常);腹部B超:①肝胆胰脾肾输尿管未见明显异常声像;②肠系膜淋巴结未见肿大;③腹中部未见明确占位性病变;④血常规正常。诊断:慢性胃炎,给抑酸、保护胃黏膜、抗炎,对症支持治疗。全消化道钡餐:慢性胃炎,空回肠未见明显异常;腹平片:腹腔未见气液平,肠腔无明显积气,膈下未见游离气体;电子肠镜:所见回肠末段、结肠黏膜未见异常;心电图:窦性心动过速;肝、肾功能及电解质正常;血尿酸正常,心肌酶正常;头颅CT:头颅CT平扫未见明显异常。经治疗症状无明显好转,出汗多,消瘦明显,结合心率快,行甲状腺功能检查提示:促甲状腺素(TSH):0.01μIU/ml;总三碘甲状腺原氨酸(TT₃):35.38ng/ml,总甲状腺素(TT₄):579.95μg/dl,游离三碘甲状腺原氨酸(FT₃):16.60pmol/L,游离甲状腺素(FT₄):113.84pmol/L;行甲状腺

超声检查:双侧甲状腺大小正常,血流丰富,呈“火山样”,符合甲状腺功能亢进症(甲亢),加用甲巯咪唑10mg(赛治)每日3次,普萘洛尔10mg每日3次治疗,1周后患者腹痛逐渐好转,呕吐停止。随访1个月,腹痛、呕吐症状未再发作。

2 讨论

首诊以腹痛、呕吐为突出表现的甲亢临床上并不多见,临床医生对此认识不足,极易误诊、漏诊。目前甲亢引起顽固性呕吐的原因仍不太清楚,可能与以下因素有关:①甲状腺激素引起胃肠神经功能紊乱,胃肠蠕动调节功能紊乱引起的呕吐;②甲状腺激素和儿茶酚胺的协同作用加强了对下丘脑呕吐中枢的作用和对胃肠道的兴奋性刺激,也可能是呕吐中枢对过量甲状腺激素或儿茶酚胺反应增强;③甲状腺激素对呕吐化学感受区触发带的直接作用,过量甲状腺激素刺激第四脑室底部的化学敏感区导致呕吐阈值下降;④低钾、低镁血症:甲状腺激素使肾上腺能β-受体对儿茶酚胺的敏感性增加,同时提高Na⁺-K⁺-ATP酶活性,使钾离子向细胞内转移或糖代谢异常导致低钾。低钾可导致胃肠道运动减弱,平滑肌收缩力减弱,致恶心、呕吐,呕吐又加重低钾。镁可减少神经肌肉连接处与交感神经节的乙酰胆碱的释放,甲状腺激素促使尿镁的排出,低镁引起神经元的激惹性增强以及通过神经肌肉结合处的传导增强,引起上消化道蠕动减弱,使上消化道的平滑肌自主神经激惹性增强而引起呕吐。⑤甲亢引起继发性食管管运动功能紊乱。这些不典型的表现和胃镜、肝功能、B超及其他实验室和辅助检查的结果给临床医生正确的诊断带来了很大的困难,以消化道症状为主的患者往往不去内分泌科就诊,而非内分泌科医生注意力过多集中在本专业某一系统的临床表现上,体格检查不够全面、细致,忽视甲状腺检查,对病史又未作全面综合分析,由于定势思维造成长时间误诊、漏诊。作者认为对以消化系统症状为突出表现,而消化系统相关检查不能合理解释患者病情,诊断消化系统疾病而诊断依据不充分,或治疗效果不理想时,即使无甲亢的其他典型表现,无甲状腺肿大,也应在鉴别诊断中考虑到甲亢,及时行甲状腺功能检查尽早做出正确的诊断。

(收稿日期:2009-05-31)

(本文编辑:牛蓁)