

术者应用小棉签压迫泪囊区,使注洗液从鼻侧断端溢出,亚甲蓝不宜推注过多,见到断端有溢出即可,否则,创面染色范围过大,不利于断端的寻找。

本组3例未能吻合者,为重度颜面部撕裂伤或鼻部骨折致泪囊区严重损伤,无法插管而放弃吻合。应注意部分患者伤前存在泪道疾病。本组1例找到下泪小管鼻侧断端后冲洗不通,上泪小管冲洗亦不通,考虑其伤前有泪道阻塞,遂自上泪小管进行探通后插管成功。由于外伤性泪小管断裂,术前难以判断其手术难度,术前应作好充分准备,详细了解受伤经过、致伤物及既往泪道病史,完善相关检查,注意鼻泪管处是否存在骨折,熟练掌握泪道系统的解剖,认识泪小管断端的特点,备好各种所需手术器械,并和患者做好沟通工作,术中根据具体情况具体操作,可取得较高的成功率。

选择硬膜外麻醉导管作为支撑物,除其弹性好,直径适宜,组织相容性好,可较长时间留置外,还因其有一定硬度,缝合时操作相对容易。但插管时又觉管芯偏软,我们采用自制钝头5号针头

插入导管内,使操作更准确、便利,缩短手术时间,减少反复操作带来组织损伤。插管时,选择圆头盲端插入泪小管、泪囊及鼻泪管,不易损伤黏膜组织,减少瘢痕狭窄的形成。同时吻合应在手术显微镜下进行,组织结构清晰,操作准确,创伤小,对位好,有利于毗部组织的解剖复位,提高手术成功率。

本组34例中有1例出现下泪小管部分撕裂,因其颞侧断端较短仅3mm,损伤处泪小管距睑缘皮肤较浅,容易发生撕裂,但不影响手术效果。1例出现轻度下泪小点外翻,为皮肤瘢痕收缩所致。因此,作者通过观察认为只要合理固定,顺着泪小管走行方向,不造成牵拉,效果还是满意的。

术后2~3周伤口愈合好,组织反应消退后,开始活动导管,不宜过早,以免引起吻合口撕裂。拔管后,用生理盐水加庆大霉素、地塞米松冲洗泪道,每周1次,共4次,同时局部点抗菌素、地塞米松眼药水,预防感染,消除早期机化和粘连。

(收稿日期:2009-04-28)

外伤性白内障的超声检查与临床分析

魏 斌

(咸宁学院附属第一医院彩超室,湖北 咸宁 437100)

中图分类号:R445.1

文献标识码:B

文章编号:1008-0635(2009)03-0236-02

我院对21例因角膜穿通伤引起的外伤性白内障患者术前行B超检查,判定混浊的晶体后囊是否完整,通过外伤性白内障摘除手术验证术前B超检查结果,现将临床资料总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院2006~2008年角膜穿通伤所致晶体混浊21例,其中男14例,女7例。致伤原因有车床加工或敲击铁器时铁屑、铜屑、塑料片等崩伤,石块崩伤及玻璃片弹伤等。

1.2 仪器与方法

采用GELOGIQ7,探头频率10Hz。患者取平卧位,闭睑,涂耦合剂。探头放置在眼睑皮肤表面,水平或垂直移动探头,调整增益以清晰显示晶体后囊和玻璃体的界面,多切面动态观察晶体后

囊反射面。

1.3 诊断标准

晶体后囊完整的B超影像为弧形回声光带;后囊破损呈弧形回声中断,玻璃体暗区出现与晶状体关联的强回声光团。

2 结果

B超显示晶体后囊呈规则弧形回声,玻璃体暗区内未见与晶体回声相关的团块状回声为后囊完整组,共11例,术中证实后囊完整者9例,符合率为82.0%。晶体后囊规则弧形回声中断和玻璃体暗区出现与晶状体关联的强回声光团为后囊不完整组,共10例,术中证实后囊均有大小不等的破损,其符合率为100%。

3 讨论

外伤引起的晶体混浊状态多种多样,伤后晶体后囊有无破损以及破损大小对白内障摘除和人工晶体植入有指导意义。根据引起外伤性白内障的作用物及眼前节裂隙灯显微镜检查,可以初步判定晶体后囊是否完整,但是由于外伤性白内障的存在,引起屈光介质混浊,临床光学检查无法明确伤眼晶体后囊膜及眼后段损伤情况,而眼用高频超声由于其分辨率高,并且可动态观察各部分之间的动态联系。

利用超声特性,可以多次动态观察晶体损伤的形态学变化。正常晶体后囊的B超影像为弧形反射回声,晶体后囊破损后弧形反射回声中断和玻璃体暗区出现与晶状体关联的强回声光团。为获得高质量的晶体后囊图形,除调整探头角度和增益外,对可疑后囊缺损区,探头垂直其弧形切

面,动态扫描。本组有2例术前B超检查判定晶体后囊完整,但手术证实为后囊局限性破损,该患者后囊破损微小、超声检查灵敏度不够,导致与手术中所见结果不符。另外,晶体后囊不完整,皮质进入玻璃体常可提示眼内异物的存在,且异物的位置多在角膜和晶体后囊缺损的延长线上。

外伤性白内障患者晶体后囊膜破损范围大小及进入玻璃体的皮质多少,对手术方式的选择有重要的指导意义。若术前超声检查诊断晶体后囊膜破损范围小,进入玻璃体的皮质极少,手术则仅行白内障摘出,同期植入人工晶体,玻璃体内残留的少许皮质可自行吸收;若晶体后囊膜破损大且进入玻璃体的皮质多,行白内障摘出术的同时则需行玻璃体切割术。B超检查无创、直观、重复性好,作为判断晶状体后囊膜破损与否有着不可替代的作用。

(收稿日期:2009-04-05)

26例青光眼误诊分析

陈青青,操盛春,吴军

(咸宁学院附属第一医院眼科,湖北咸宁437100)

中图分类号:R775

文献标识码:B

文章编号:1008-0635(2009)03-0237-02

青光眼是一组以视神经萎缩和视野缺损为共同特征的疾病,由于视神经的损害是不可逆性的,临床上应提高青光眼的诊断率,尽量早发现早治疗。现将我院近3年青光眼误诊情况分析如下。

1 临床资料

本院2006~2008年门诊接诊及经院内会诊转科病人中共有26例青光眼误诊病例,右眼16例,左眼10例。男14例,女12例,年龄28~66岁,平均57岁,≤40岁3例,>40岁23例。误诊为胃肠炎等消化系统疾病8例,误诊为脑炎等神经系统疾病4例,误诊为高血压等心血管系统疾病12例,误诊为结膜炎2例。入院时视力:<0.1 11例,0.1~0.3(含0.1)13例,0.3~0.5(含0.3)2例。眼压≥40mmHg 24例,≤30mmHg 2例。

2 结果

所有病例均入院行眼压、眼底、裂隙灯、视野

检查确诊,24例为急性闭角型青光眼,2例为青睫综合征,均给予降眼压药物治疗,眼压控制后18例行手术治疗。经治疗后视力<0.1 4例,0.1~0.3(含0.1)14例,0.3~0.5(含0.3)7例,达0.8 1例。

3 讨论

青光眼是一种常见致盲病,短时间内多可造成视力急剧下降,如眼压不及时控制,可引起视神经供血不足甚至视神经萎缩,明显影响视功能,严重者引起失明。应及时给予营养神经、降眼压等对症处理,尽力抢救部分视力。

青光眼急性发作期多有眼胀痛伴同侧头痛,虹视、视力明显下降,可伴有恶心、呕吐等不适。眼部体征可见结膜混合性充血、角膜雾状水肿、前房浅、瞳孔散大、眼压升高、房角关闭等。一般诊断无困难,但部分病人大发作时常有恶心呕吐及剧烈头痛,这些症状可掩盖眼痛及视力下降而被