

例,治愈率达74%;双眼对等直肌劈开延长术矫正2例,直肌劈开延长加拮抗肌缩短术矫正5例,双肌矫正治愈率22%;1例直肌劈开延长术后欠矫5°,未行处理。除1例继发共同性内斜视行双眼对等直肌劈开延长术,术后有轻度外展受限外,余30例双眼运动均正常(表1)。

表1 31例直肌劈开延长术情况

斜视度	眼数	内斜			外斜		
		欠矫	正矫	过矫	欠矫	正矫	过矫
10°~15°	6	1	3			2	
16°~30°	12	2	6			4	
>30°	13	3	4		2	4	

病例报告

例1:王××,女,21岁,住院号77219,右眼先天性白内障术后眼斜7年,眼部检查:视力:右眼手动/20cm,左眼1.0;视野检查:右外斜35°,单眼不能注视,眼球运动正常,晶体缺如,试片视力不提高。左眼正常。行右眼外直肌手术,劈开15mm,缝合后延长13mm。检查双眼角膜映光对称,外转时右角膜缘距外毗3mm。5天拆除结膜缝线。术后12天出院时右眼外转时角膜缘可达外毗部。2月后门诊复查,双眼位及运动均正常。

例2:田×,男,21岁,住院号83544。自幼眼斜16年。眼部检查:视力:右眼0.6;左眼1.2。视野检查:左眼注视右眼内斜24°,右眼注视左眼内斜30°。双眼眼球运动正常。诊断:继发性共同性内斜视。行右眼内直肌手术,劈开13mm,实际延长12mm,观察双眼角膜映光正常,交替遮盖基本不动,5天拆除结膜缝线。随访半年眼位及眼球运动保持正常。

讨论

小牛血清治疗眼前段烧伤的疗效观察

温州市第三人民医院眼科 * 戴旭 谷雄霖

眼化学烧伤与热烧伤在工业眼外伤中占第3位,烧伤可致视功能严重损害,甚至失明。我院眼科自1985年以来,采用小牛血清(又称

眼外肌平均长度为40mm,肌纤维细小,数量较多。每1眼外肌全部收缩可牵引750~1000g重量。根据Lancaster计算,加上神经血管及筋膜阻力,不超过5g重量便可使眼球转动。可见眼外肌储备能力比实际需要几乎大100倍⁽¹⁾。故劈开直肌侧面的一半仍能保存完好收缩和牵引功能。因颅神经一般在距Zinn总键15mm处进入直肌,所以劈开20mm也不会破坏直肌的神经支配。

我们设计直肌劈开延长术是采用Kunz一肌退后和拮抗肌缩短各1mm矫正5°原则进行改进,并根据直肌特点在不影响其功能下进行解剖学的切实减弱和有效延长,从而改善与拮抗肌的平衡状态,使眼位和功能恢复正常,提高手术效果。

手术优点:(1)本术是按预定手术量设计,较肌肉边缘切开术延长可靠。并可以克服眼球赤道部限制,进行超常量手术,矫正大角度斜视,可在一条肌肉上获得手术成功,减少病人多次手术痛苦。(2)不改变原肌肉附着点,符合生理要求,为再次手术提供方便。也克服其它手术造成辐辏或外展不足现象,同时也可避免退后术缝合不当和侧位切开术造成眼球垂直偏斜⁽²⁾。(3)因只在一直肌手术可获成功,从而减少其它直肌损伤,保证了眼前部正常血液供应。同时也可避免在巩膜上缝合困难及因缝合不当造成巩膜穿孔等并发症。

参考文献

1. 赫雨时.斜视.天津科学技术出版社.第1版.1982:11.
2. 孔令媛.肌肉边缘切开合并拮抗肌线状折叠术矫正斜视.中华眼科杂志,1987,23:217.

Solcoseryl)治疗眼前段化学烧伤与热烧伤46例66眼,取得较满意的疗效,现报告如下。

* 邮政编码 32500

临床资料

1. 自 1985 年 5 月至 1990 年 5 月, 我科共收住眼部化学性烧伤与热烧伤 91 例 121 眼, 其中男 73 例 98 眼, 女 18 例 23 眼, 年龄 3 ~ 70 岁, 绝大多数在受伤后 1 ~ 3 天之内就诊。

2. 致伤原因与分度: 以 1982 年全国眼外伤职业眼病研究协作组制定的眼部烧伤分度标准为依据⁽¹⁾ (表 I)。

表 1 致伤原因与烧伤分度

致伤原因	烧伤分度				合计(眼数)
	I	II	III	IV	
碱烧伤	18	25	12	10	65
酸烧伤	10	14	7	4	35
热烧伤	2	8	7	4	21
合计(眼数)	30	47	26	18	121

3. 药物与治疗方法: 本组 91 例 121 眼不加

选择, 随机分为 2 组, 其中小牛血清组 46 例 66 眼, 角膜宁组 45 例 55 眼。治疗方法: 小牛血清组 (20% Solcoceryl 悬液), 每日滴眼 4 次, 角膜宁组 (主要成份为硫酸软骨素) 每日滴眼 4 次。2 组均配合常规治疗措施, 包括中和冲洗散瞳, 抗生素及一般支持疗法。

4. 疗效标准:

(1) 治愈: 角膜结膜创口全部愈合, 荧光素染色阴性, 局部症状与炎症消失。

(2) 好转: 角膜缺损部分修复, 荧光素染色缺损面积缩小, 边界变清, 局部症状和炎症减轻。

(3) 无效: 角膜缺损无改变或继续恶化扩大, 甚至穿孔, 眼部刺激症状加重。

5. 治疗结果(表 2、3):

I、II 度烧伤治愈率 2 组无明显差别, 但

表 2 两组各度烧伤治疗的疗效

组别	烧伤分度	眼数	疗效			治愈率 (%)	治愈时间 (平均日)	并发症	
			治愈	好转	无效			睑球粘连	角膜穿孔
小牛血清组	I	14	14	-	-	100%	4.14	-	-
	II	27	27	-	-	100%	7.48	-	-
	III	15	12	3	-	80%	20.91	1	-
	IV	10	7	2	1	70%	45.71	2	-
角膜宁组	I	16	16	-	-	100%	6.75	-	-
	II	20	18	2	-	90%	12.83	-	-
	III	11	5	4	2	45.5%	32.50	4	1
	IV	8	3	2	3	37.5%	64.66	3	1

表 3 2 组 3 种烧伤治疗结果之比较

组别	致伤原因	眼数	疗效			治愈率 (%)
			治愈	好转	无效	
小牛血清	碱烧伤	36	32	3	1	88.89
	酸烧伤	20	19	1	0	95.00
	热烧伤	10	9	1	0	90.00
角膜宁	碱烧伤	29	23	4	2	79.31
	酸烧伤	15	12	2	1	80.00
	热烧伤	11	7	2	2	63.64

III、IV 度治愈率小牛血清明显高于角膜宁组 (χ^2 检验 $p < 0.05$), 并且小牛血清组各度烧伤愈合时间较角膜宁组明显缩短, 并发症也明显下降。2 组烧伤 3 种原因的治愈率均以小牛血清组为高, 但 2 组各种烧伤之间治愈率无明显差

异 ($p > 0.05$)

讨论

小牛血清 (Solcoceryl) 是从小牛血清中分离出的一种不含蛋白的透析液, 它能提高机体组织对氧的利用率, 并促进主要代谢产物的吸收。其 20% 滴眼悬液具有优良的湿润的功能, 滴入眼内后, 能较长时间粘附于角膜、结膜表面, 形成一层保护膜, 同时对有毒化学物质进行稀释, 可以做到无损伤地分离组织, 并起屏障作用, 能够防止烧伤进一步向深层穿透。此外, 能加速角膜周围血管网和受伤角膜神经感觉的恢复, 从而改善角膜营养, 促进组织再

生。国外曾用小牛血清治疗各种角膜损伤,以促进角膜修复,减少并发症。1984年英国 Erbcw 等,曾报道用小牛血清治疗角膜异物伤和自发性角膜糜烂患者,取得了较好的疗效,角膜愈合速度明显加快,角膜斑翳形成减少,视力提高,没有副作用^[2]。目前,国内对眼前段烧伤治疗的药物不多,角膜宁(硫酸软骨素)眼药水应用比较广泛,它能改善角膜组织代谢与微循环,促进渗出液的吸收,加速角膜创伤的愈合^[3]。但与小牛血清相比,疗效上相差甚多。据我科5年来对91例121眼眼前段烧伤治疗结果分析:小牛血清组平均治愈率为87.5%,平均治愈时间为19.56天,角膜宁组分别为68.25%和29.19天,在并发症方面,小牛血清组仅3眼发生睑球粘连,而角膜宁组有7眼发生睑球粘连,2眼角膜穿孔,最后导致眼球摘除。在酸、碱、热3种致伤原因中,小牛血清组治愈率亦分别高于角膜宁组,其中以酸烧伤效

果最佳,热烧伤次之,碱烧伤又次之,但是3种烧伤之间无显著差异($p > 0.05$),说明小牛血清对各种烧伤治疗无特异性。其它药物如复方蜂蜜液,无菌珍珠粉等^[4],虽有一定疗效,但有不

易保存,易污染变质等问题,尚不能推广应用。综上所述,可见小牛血清在加速角膜创伤愈合,减少并发症等方面优于角膜宁,是治疗眼前段烧伤一种较理想的药物,值得推广。

参考文献

1. 全国眼外伤职业眼病研究协作组. 眼部烧伤分度标准. 眼外伤职业眼病杂志. 1983;5: 封3.
2. Erbe Wet al: Ophthalmologica. 1984,188:1.
3. 崔巍,等. 硫酸软骨素注射液与维生素C合并治疗早期角膜碱烧伤. 眼外伤职业眼病杂志, 1990, 12:77.
4. 蔡用舒(主编). 创伤眼科学. 第1版. 北京:人民军医出版社. 1988:276-277.

冷冻加外垫压不放液手术治疗视网膜脱离

四川省隆昌县人民医院* 余小青 张锐毅 王永生 王正先 董志刚 叶顶辉

我们自1988年10月起对11例孔源性视网膜脱离,包括传统认为应放液的部分病例,施行冷冻加外垫压不放液手术,取得满意效果,报告如下:

临床资料

男10例,女1例。年龄:14~61岁。病程:1周~半年多。脱离范围:<1个象限3例,1~2个象限4例,2~3个象限3例,3~4个象限1例。裂孔数目:单孔4例,2孔6例,3孔1例。屈光情况:正视4例,中度近视3例,高度近视4例。2例下方锯齿缘脱离,4例呈球形脱离。术前视力:25~50cm指数7例,0.04~0.08 4例。

手术方法

全部病例均在局麻下手术。用2%利多卡因液加1:1000肾上腺素球后麻醉。按术前裂孔定位位置,在裂孔所在象限自角膜缘切开

球结膜,暴露裂孔部位巩膜。在直接检眼镜观察下用眼科透热电凝器行视网膜裂孔准确定位。以裂孔定位点为中心,用“0”号丝线做2~5对(根据裂孔大小而定其具体数目)巩膜板层“8”字形缝线。缝线跨度视垫压物大小而定,一般可比垫压物宽2~3mm。以液氮作冷源冷冻缝线区巩膜。于巩膜缝线下置入所需大小的硅胶海绵。如裂孔为中小型者(<1.5mm)则用3×5×7mm大小硅胶海绵即可。一般采用放射形垫压,但并排多个裂孔相邻者及锯齿缘脱离者则与角膜缘平行放置或月牙形放置。结扎巩膜缝线,使裂孔部位巩膜内陷,形成适当堤坝。缝合结膜切口。术毕在球结膜下注射庆大霉素2万u。

效果

11例视网膜下液于术后24小时完全吸收9

* 邮政编码 642150