

血可以吸收,影响不大,术后1~2年矫正视力均为1.0,摘出术组无一例玻璃体出血。

三、晶状体破裂:套出术组3眼占7.5%,均为拨障针进针时翘的角度不够顶破囊膜,术中将硬核套出皮质碎片用粗针吸出,术后没有影响视力,摘出术组15眼占37.5%。

术后主要并发症

一、玻璃体出血:套出术组4眼占10.0%,系术后2~3天内患者揉擦手术眼,较重咳嗽,跌倒时头部震动所致。摘出术组1眼占2.5%。

二、玻璃体混浊:套出术组15眼占37.5%,是套出术后最常发生的并发症。4眼为术中手术器械进入球内时带入切口部位球结膜或巩膜表面的出血丝,4眼为术后出血,其余为虹膜色素,个别为破碎的晶体皮质碎片,混浊为条索状、尘状、块状,随时间的延长而逐渐吸收。我们在远期追踪观察26眼中玻璃体混浊仅为4眼,从附表也可以看出术后1~2年矫正视力1.0以上者随玻璃体混浊减轻而上升至84.6%。摘出术组4眼占10.0%。

三、切口裂开:套出术组1眼占2.5%,无色膜组织脱出,经修补切口后瞳孔仍保持圆

形。摘出术组3眼占7.5%,裂开的同时有虹膜脱出,经修补切口后瞳孔上移。

四、高眼压:套出术组1眼占2.5%,是由于术后玻璃体疝嵌顿阻碍前后房水正常流通,经手术将玻璃体膜划破后缓解。白内障针拨套出术的过程中,往往已将瞳孔区玻璃体前界膜划破,不易形成完整的玻璃体疝,因而这类青光眼很少见到⁽²⁾。摘出术组2眼占5.0%,1眼为玻璃体疝,1眼为虹膜后粘连。

五、瞳孔变形:套出术组3眼占7.5%,为轻度梨形尖端朝向切口部位。摘出术组13眼占32.5%,瞳孔上移影响矫正视力。

白内障针拨套出术近期、远期矫正视力均比摘出术效果好, $P < 0.05$; 绝大部分瞳孔保持圆形,值得推广和应用。术中和术后有少数患者发生玻璃体出血尚需进一步提高和改进。

参 考 文 献

1. 河北省邢台眼科医院: 168眼白内障针拨套出术的疗效观察(附45眼白内障摘出术疗效对比)。临床资料汇编,第14页,邢台,邢台眼科医院,1976
2. 中医研究院广安门医院眼科:《中西医结合手术治疗白内障》第139页,北京,人民卫生出版社,1977

缺血性中风48例综合治疗分析

山东省宁阳县第二人民医院 宋在仁 宿乐娟 丁发扬 张兴茂

我院1980年6月~1981年5月共收治缺血性中风(脑血栓形成)48例,采用中、西药及针灸综合治疗,总结分析如下。

临床资料 男30例,女18例。年龄34~81岁,50~70岁占75%。其中大脑中动脉血栓形成47例(左侧28例,右侧19例),椎基底动脉血栓形成1例。其中轻瘫11例,中度瘫痪14例,重度瘫痪14例,急进性缺血性卒中1例,四肢全瘫1例(后2例皆死亡)。住院天数平均28.5天。

治疗方法 中药用补阳还五汤加减:黄芪30~120g 桂枝、桃仁、红花、川芎各10g 地龙、当归、赤芍各12g 丹参30~50g,水煎服,每日一剂。语言不利加石菖蒲、郁金各10g,病程较长、肌力恢复较差者加伸筋草、牛膝等。还可配合服复方丹参片、通脉

灵、天麻丸等中成药。

针刺穴位: 风池、曲池、肩髃、外关、环跳、阳陵泉等,每日一次,留针20分钟,10次为一疗程。

西药: 低分子右旋糖酐500ml,5%碳酸氢钠200ml静脉滴注,每日一次,7~10天为一疗程。口服菸酸、地巴唑、菸酸肌醇酯等。危重病人加用能量合剂,细胞色素C静滴;有颅内压增高者应用速尿或20%甘露醇;合并感染者用抗菌素。

疗效与讨论 经治后基本痊愈8例(症状与体征基本消失,生活自理);好转34例,无效4例,死亡2例。总有效率87.5%。本文采用电针疗法较单纯针刺为优,它对于神经功能的恢复有良好的效果。通常认为综合治疗比单项治疗效果较好,但通过本文结果,综合治疗未能显著提高有效率,繁多的联合治疗似无必要。