

药的治疗,以调理有关脏腑经络的内部变化,可能有助于疗效的提高。本项工作尚属初步观察和探讨,上述结果和看法能否用于指导临床实践,尚有待于今后进一步研究和提高。

(本文工作,承我院新针科以及我科郑际华、**邓国亮**等同志协助,特此致谢)

参 考 文 献

1.钟益研,等。我国现已发现的最古医方——帛书《五十二

病方》。文物1975;9:49。

2.巢元方,等。诸病源候论。卷31。第1版。北京:人民卫生出版社,1984:163。

3.吴谦,等。医宗金鉴。外科心法要诀。卷73。第1版。北京:人民卫生出版社,1973:391。

4.江苏新医学院主编。针灸学。第1版。上海:上海人民出版社,1975:1—66。

5.中医研究院编。针灸学简编。第2版。北京:人民卫生出版社,1976:1—31。

白内障后路摘除术临床应用体会

湖北省潜江县医院眼科 罗会魁

白内障后路摘除术,是在“内障针拨”术的基础上,采用角巩膜缘的后方巩膜上(睫状体平坦部)作切口,从虹膜后沿将内障取出的方法,具有中西医结合特点。我们1978年10月~1984年9月用此法治疗31例,疗效较好,结果和体会如下。

临床资料 31例中男13例,女18例。最大年龄75岁,最小15岁。外伤性3例,先天性2例,继发性2例,并发性3例,代谢性1例,老年性20例。右眼14例,左眼17例。并以同期用前路摘除术治疗90例作对照观察。

治疗方法 手术步骤与时辰报告基本相同(见:白内障后路摘出的设计,郑州学术会议论文汇编,1977:144—145)。与其不同点为(1)巩膜切口:距上方角巩膜缘4~5mm并与之平行作长10~12mm的巩膜板层切口,权衡巩膜切口长度,行2~3根预置缝线,以6个零丝线为宜。(2)巩膜全层切开:将预置缝线向切口两端分开,用预先准备好的三角剃须刀片在12点巩膜切口处轻轻划透后,再取挑切法将巩膜下半层行全层切开,若平坦部睫状体未全切开,可用虹膜剪轻巧伸入顺巩膜切口剪开即可。(3)断带:按“内障针拨”法,用虹膜恢复器代替拨针,从巩膜切口伸入,恢复器由后房出前房往下方虹膜内沿插进,左右轻轻移动,将悬韧带全拨断。(4)取出品状体:术者右手执晶体圈自巩膜切口伸入,助手上提预置缝线并闭合切口,伸入的圈匙由瞳孔后沿进前房伸至6点虹膜后沿斜向下倾,使晶体翻个筋斗,晶体圈再转到下方托住晶体往外徐徐拖出,当晶体抵达巩膜切口时,助手放松上提预置缝线,看到晶体赤道部露出巩膜切口,可稍停片刻,俟玻璃体向两端退缩回去,再继续作娩出动作,即可顺利娩出完整晶体。

疗效观察 (1)视力比较:术后视力均为眼前手动~指数/3m,术后3周视力一般在0.04~0.2,随访6个月~6年,矫正视力0.4者1例,0.7以上者17例,1.0以上者13例,较同期行前路摘除90例(0.011例,0.1~0.3 3例,0.4~0.6 16例,0.7~0.9 52例,1.0以上18例)疗效为优。(2)并发症比较:术中31例中28例有不同程度玻璃体溢出,晶体囊膜破裂、前房出血、玻璃体液化各1例;术后巩膜切口裂开和瞳孔移位各1例;而前路摘除90例术中前房出血、虹膜色素脱失、晶体囊膜破裂、玻璃体脱出分别为26、21、23、28例;术后前房出血、皮质残留、瞳孔移位、虹膜炎、继发青光眼分别为1、5、64、3、7例。

体 会 本文采用术式优点为适应症范围广,并发症及术后反应性炎症少,对前房无干扰,出血机会少,对巩膜无触及损害,虹膜色素脱出机会少,瞳孔能保持正圆居中,矫正视力好,出现不规则散光机会少。缺点是对玻璃体干扰较大,常有不同程度损失,但只要动作轻巧、麻醉充分,切口不宜过小,眼球不受挤压,操作熟练,助手与术者配合良好,即可减少或避免损失。对先天性和外伤性白内障要防止晶状体囊膜破裂,切口不可过小,不要在悬韧带未全断离时硬托、硬拉晶体圈匙,或使之翻转,或用有齿镊去助取。术前应了解患者的出、凝血机制,只要术中动作小、轻稳,不触及虹膜、睫状体,切开或剪开睫状体平坦部时不随意勾拉,即不会发生玻璃体与前房出血。本文有1例术后10天因上呼吸道感染咳嗽等致巩膜切口裂开,经重新整理伤口,缝合后加压包扎,静卧观察3周痊愈。故除在缝合巩膜切口时,应注意仔细检查对嵌顿玻璃体的还回处理与创口的整理外,有咳嗽、便秘或腹泻时还应及时治疗。