

难。粘合剂进入牙周袋刺激牙龈,可引起牙龈炎。4. 在进行操作前应向病人做好解释工作,以取得配合。粘接结束后,应交待注意事项,注意口腔卫生,避免吃硬粘

食物。粘合剂使用后应放置于阴凉避光处,勿直接光照。室温高于 23℃ 时,应冷藏放置。

在塞内加尔国进行白内障手术 465 只眼情况分析

福州市第二医院眼科 陈永和

本人于 1991 年 12 月至 1993 年 12 月参加援外医疗队在西非的塞内加尔国的南方城市济金胡尔的“静安医院”工作两年。该国地处热带,当地人民的生活条件较差,医疗卫生条件较差,眼科力量更为薄弱,因此眼病患者相当多。两年中,本人共接诊眼科病人 35613 例次,住院 572 例次,进行白内障、青光眼等住院手术 532 次,门诊手术 250 次。532 次住院手术中,白内障共 465 只眼,青光眼 41 只眼,其它 26 只眼。现将白内障手术情况分析如下。

一、资料与方法

(一) 一般资料: 白内障手术 465 只眼中,原发性 421 眼,并发性 14 眼,外伤性 26 眼,先天性 3 眼,后发性 1 眼。原发性白内障 421 眼中,线状摘除术 6 眼,改良的囊外摘除术 121 眼,囊内摘除术 294 眼,其中冷冻法 12 眼,糜蛋白酶法 266 眼,囊镊或压出法 16 眼。其余 44 眼非原发性白内障中,抽吸灌注术 11 眼,剪膜夹出术 13 眼,线状摘除术 4 眼,囊外摘除术 6 眼,囊内摘除术 7 眼,白内障青光眼联合手术 3 眼。

(二) 手术方法: 1. 抽吸灌注术: 上方作小结膜瓣,角膜缘作小切口,伸入钩针在灌注液体的情况下刺破晶体前囊,稍扩大切口后伸入双管注吸针头边灌注边吸出晶体皮质。2. 改良的囊外摘除术: 预置 3 根角巩缘缝线后切开角巩缘,虹膜根切后用有齿晶体囊镊夹出大片晶体前囊,娩出晶体核后结扎角巩缘缝线,伸入双管注吸针头较彻底地清除包括虹膜后的晶体皮质。3. 囊内摘除术糜蛋白酶法: 打开前房虹膜根切后,在后房注入 1:5000 的 α -糜蛋白酶约 0.2ml,约经 2 分钟后冲洗出多余的糜蛋白酶,在下方角膜缘用针拨针或斜视钩轻巧地顶压使晶体脱位,上方用湿棉棒轻推晶体赤道部,互相配合使晶体顺利娩出。

二、结果

(一) 矫正视力: 266 眼糜蛋白酶法术后 1 个月以上复诊者共 175 眼。矫正视力 ≥ 0.6 者 73 眼 (41.71%); 0.3~0.5 者 82 眼 (46.86%); 0.1~0.2

者 15 眼 (8.57%); <0.1 者 5 眼 (2.86%)。 <0.1 的 5 眼中,角膜翳 2 眼,视神经萎缩、玻璃体混浊、玻璃体前界膜并玻璃体内散在较密集色素者各一眼。复诊时发现瞳孔上移 7 眼,黄斑囊样水肿 1 眼,卷丝状角膜炎 2 眼。

(二) 术中并发症: 266 眼中记录较详细的有 257 眼,术中发生晶体囊膜破裂者 12 眼 (4.67%),玻璃体脱出 48 眼 (18.68%)。玻璃体脱出者均加作 6 点瞳孔缘剪开。

(三) 术后并发症: 虹膜脱出 3 眼 (1.17%),其中两眼作修补;前房出血 4 眼 (1.56%);虹膜炎 3 眼 (1.17%);脉络膜脱离、上方角膜后弹性层剥脱各 1 眼。

三、讨论

(一) 发病特点: 塞内加尔地处热带,日照强,阳光中紫外线辐射强,白内障发病率高。1993 年 9 月份我们作过门诊各病种分类统计和分析,该月眼科门诊 1324 例次,其中白内障占 299 例次 (22.58%)。该月初诊 911 例次,白内障占 140 例次 (15.37%);复诊 413 例次,白内障占 159 例次 (38.50%)。同时原发性白内障发病年龄偏轻。原发性白内障手术的 421 眼中,32 眼登记不详,其余 389 眼中双眼患者 60 例,单眼 329 例。均为既往视力好,渐进性视力下降至失明,局部及全身未发现其他病因者。其中最年轻 18 岁,最大年龄 93 岁。18~30 岁 7 例 (2.13%),31~40 岁 12 例 (3.65%),41~50 岁 33 例 (10.03%),51~60 岁 88 例 (26.75%),61 岁以上 189 例 (57.45%)。

(二) 当地原发性白内障晶体核形成偏早: 国内一般认为 30 岁以下的白内障为软性内障,可用“针吸术”治疗。两年中 18~30 岁患者我们遇到 7 例 8 只眼。有 2 例分别为 18 和 20 岁者,先作针吸术,术中发现晶体有硬核而改做线状摘除术。这 8 眼均有硬核,直径约 5~8mm,后均行线状或囊外摘除术。

(三) 糜蛋白酶法配合推压可提高成功率: 当地医

院医疗条件较差,白内障冷冻摘除器在我工作的最后半年才到货,且氟利昂价格昂贵,因此只作了12例冷冻摘除术。早期进行较多的改良的囊外摘除术,后因带去的注吸针头焊接处有松动,除年青患者继续使用外多数改做囊内摘除术。先采用传统的囊镊法,发现破囊率较高,后多数采用糜蛋白酶法配合轻巧的推压,提高了手术的成功率,减少了并发症。我们认为在这种条件下采取这种手术方法是切实可行的,亦取得较满意的效果。

(四)玻璃体前界膜色素沉着:采用糜蛋白酶法术中虹膜色素脱落较明显,有的病例房水变色,需加以冲洗,术后玻璃体前界膜色素沉着亦较其它手术方法者

明显。我们将术后1个月以上有来复诊的175眼玻璃体前界膜色素沉着情况分为四级。I级:玻璃体前界膜只散在极少色素颗粒,瞳孔中央完全透明者有46眼(26.29%);II级:玻璃体前界膜散在少量稀疏的色素点者111眼(63.43%);III级:玻璃体前界膜散在较多色素者16眼(9.14%);IV级:玻璃体前界膜和玻璃体内散在多量色素,有的地方密集成小片状者2眼(1.14%)。这两眼1眼矫正视力尚有0.3,另眼矫正视力只有0.05。我们认为该法虽然虹膜色素脱落较明显,但绝大多数患者对术后矫正视力影响并不大。术后效果还是不错的,在条件缺乏的地方仍不失为一种较好的复明手术方法。

小儿有机氯鼠药中毒6例脑电图分析

脑电图室 陈春梅

儿 科 罗 莹

连城县医院

外 科 杨 根

制剂室 曹仕旺

近年来市售的“敌鼠强”鼠药是一种有机氯强毒鼠剂,因以“红米”样出售,易被儿童误服。其药剧毒,主要损害中枢神经系统运动中枢、小脑、脑干和肝、肾、生殖系统,对人体伤害大。我院于1993年10月至1994年10月,收治6例误服“敌鼠强”鼠药中毒的患儿,现将其脑电图表现分析如下。

一、临床资料

(一)一般资料:男3例,女3例;年龄2~10岁。居住农村。均被发现误服“敌鼠强”红米鼠药。该鼠药按何仁辉编著《实用农药中毒急救》有机氯定性检查阳性^[1]。

(二)临床表现:哭闹、烦躁、流涎1例;视物模糊、旋转、五颜六色,头痛,抽搐,昏睡3例;表现高热、反复抽搐、口吐白沫、昏迷2例。

(三)实验室检查:检血常规6例,白细胞总数均为 $10\sim 18.4\times 10^9/L$,分叶为0.6~0.75,淋巴0.25~0.40。血生化示:血 Ca^{++} 降低2例,均为 2.0mmol/L ,K、Na、 CO_2-CP 无异常。

二、脑电图检查

(一)方法:采用上海ND-82B八道脑电图机,电极按国际脑电图学会建议10~20系统进行安放,常规描记。对不合作患儿给予10%水合氯醛药物睡眠后检

查。诊断标准按张书香译《小儿实用脑电图学》。

(二)结果:6例脑电图检查中,轻度异常1例,中度异常1例,重度异常4例。异常脑电图的主要表现为全导弥漫低幅 θ 、 δ 波4例,稍多低至中幅 θ 、 δ 波1例,弥漫低幅或阵发中至高幅 θ 、 δ 波1例;其中见尖波放电2例,尖慢波综合1例。6例患儿均在距首次检查一个月后复查脑电图。结果:临床无异常表现者4例,而脑电图正常1例,轻度异常2例,中度异常1例;失神发作1例,脑电图复查见散在单个尖波放电,偶见阵发单个尖波放电;强直-阵挛发作1例,脑电图复查见反复爆发或持续高幅尖波,尖慢波群放电。

三、治疗与随访 本组6例均按有机氯鼠药中毒急救处理,并给予神经营养药,如脑活素、能量合剂等,恢复期结合高压氧治疗。随访一年,4例临床正常患儿目前脑电图未见异常;失神发作1例患儿经抗癫痫及神经营养药等治疗,发作控制;另1例强直-阵挛发作患儿仍有发作,多次复查脑电图仍为异常。

四、讨论 根据误服“敌鼠强”红米史、临床表现及脑电图等有关检查,本组6例有机氯鼠药“敌鼠强”中毒诊断明确。该鼠药是一种剧毒剂,属神经性和细胞性毒物,其毒性机理可能是有机氯抑制神经细胞膜上的三磷酸腺苷酶,使细胞膜的通透性改变,神经冲动传