

小切口白内障囊外摘除术在基层医院应用的体会

张月钦(福建省闽侯县南屿中心卫生院眼科 350109)

【关键词】 小切口白内障; 人工晶体植入; 基层医院

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.20.079

中图分类号:R776.1

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)20-2301-01

小切口白内障摘除术的优点是切口愈合快,术后反应小,减少术后散光,易于防止和处理术中发生的暴发性脉络膜上腔出血,术后远期效果与现代囊外白内障摘除术无明显差别。作者于 2009 年行小切口白内障囊外摘除术 18 例,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2009 年在本院行小切口白内障囊外摘除术 20 例,除高度近视眼形成棕黑色白内障和青光眼患者术后的棕色白内障实行扩大切口 2 例外,其余 18 例都施行了小切口白内障囊外摘除术。本组白内障 20 例均为老年性白内障,年龄 60~97 岁,平均 74 岁,术前视力光感 0.1。

1.2 手术方法 术前均用美多丽眼液充分散瞳,采用球后视神经阻滞麻醉,开睑器开睑,在正上方作反眉形的巩膜隧道切口(切口大小依核而定),潜行分离,至透明角膜内 1.0 cm 穿刺板层切口进入前房,注入黏弹剂,自制截囊针开罐式截囊,或连续环形撕囊,水分离,将皮质与核分开,以充分分离前囊与皮质和皮质与核,将黏弹剂足量注入前房,以保护角膜内皮与后囊,使晶体核进入前房,扩大切口(使内口大于外口)。外口长约 5.5~6.5 mm,内切口可扩大到 6.0~7.5 mm,圈套匙伸入到后囊与核之间娩出晶体核而后囊不破裂,注吸残留皮质,前房与囊袋内注入黏弹剂,囊袋内植入人工晶体,吸除眼内残留黏弹剂,检查切口有无渗漏现象,整复球结膜,结膜下注射庆大霉素 2 万单位+地塞米松 2.5 mg,用氧氟沙星软膏涂眼后包扎术眼。

2 结果

2.1 一般情况 术中 18 例无后囊破裂,无晶体小带断裂,无玻璃体溢出,18 例均植入人工晶体。

2.2 术后视力 术后 3 d 视力大于或等于 0.5,占 60%,术后 1 个月视力大于或等于 0.5,占 90%,视力小于 0.5,青光眼患者术后高度近视 1 眼。

2.3 并发症 术后角膜水肿 10 例,虹膜炎性反应 5 例,均经对症治疗后 1 周内症状消失,恢复正常。青光眼患者术后与高度近视患者术后的散光大,1 个月后散光消失。

3 讨论

白内障是全世界致盲和视损害的首要原因,手术治疗是目前唯一有效的方法,由于基层医院设备有限,多数基层卫生院无力购买超乳设备,致使基层医院的医生只能通过自己的手术改进,选择疗效好、低成本的手术方式来确保手术质量。

本院应用小切口白内障摘除手术的体会如下:(1)手术器械简单,成本低,费用低,减轻患者的经济负担;(2)手术相对超乳较容易掌握,学习时间短,手术安全,并发症少,有效减少了术后患者散光,术后视力恢复快,可以有更多的医生参与。

农村患者的白内障多为成熟期或过熟期,晶体核大而硬,囊的弹性差,悬韧带脆弱,使用超声乳化治疗势必增加超声能量,对角膜内皮及眼内组织造成损伤。因此,在黏弹剂保护下,用圈套匙整体娩核,可有效防止并发症的发生,最适应于基层医院使用。

参考文献

- [1] 李广红,崔海滨. 娩硬核的小切口白内障摘除术在白内障复明行动中的体会[J]. 中华现代眼科学杂志,2008,28(2):22-23.
- [2] 郑朝辉. 现代囊外白内障摘除术后后囊膜破裂的原因及处理[J]. 福建医药杂志,2007,29(3):10-12.
- [3] 马志芳,徐伟敏,龙凤娇,等. 小切口白内障囊外摘除术中后囊膜破裂临床分析[J]. 中国厂矿医学,2008,21(5):29-31.

(收稿日期:2010-06-03)

西宁地区 107 例糖尿病患者血清碱性磷酸酶检测分析

孙琦(青海省人民医院检验科,青海 西宁 810007)

【关键词】 糖尿病; 碱性磷酸酶; 流行病学

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.20.080

中图分类号:R181.24;R587.1

文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)20-2301-02

糖尿病(diabetes mellitus,DM)是由不同病因和发病机制引起的体内胰岛素绝对或相对不足,导致糖蛋白质和脂肪代谢紊乱,并以高血糖(GLU)为主要表现的全身性疾病,近年来随

着糖尿病发病率的不断增高,人们对糖尿病的各方面研究报道也很多,其中有很多是关于糖尿病患者血清酶的变化。作者从临床实践中发现本地区糖尿病患者碱性磷酸酶(ALP)明显高

于健康人,现将结果报道如下。

1 资料与方法

- 1.1 一般资料 按照 WHO 糖尿病诊断和分类专家委员会提出的新标准,选择本院住院及门诊糖尿病患者 107 例(糖尿病组)。男 62 例,年龄 39~71 岁;女 45 例,年龄 32~72 岁。对照组为本院健康体检者 63 例,男 34 例,女 29 例,年龄 25~66 岁。
- 1.2 试剂与仪器 GLU 及 ALP 为商品进口试剂盒,试剂盒均由甘肃瑞琪公司提供。仪器为德国罗氏公司生产的 MOD-ULAR EVO7600 全自动生化分析仪。
- 1.3 方法 所有受试者均于清晨空腹静脉采血 3 mL,并迅速分离血清待测。GLU 用氧化酶法,ALP 用 SFBC 速率法,参数设定参照说明书进行。
- 1.4 统计学方法 数据分析采用 *t* 检验。

2 结 果

糖尿病患者按 GLU 高低分组,其含量与 ALP 的变化结果见表 1。

项目	对照组	糖尿病组		
		GLU 正常组	轻度增高组	明显增高组
GLU(mmol/L)	4.6±0.8	5.7±0.8	9.2±1.9	15.6±5.3
ALP(U/L)	103.0±25.0	132.0±23.0*	189.0±26.0#	219.0±45.0△

注:* 与对照组比较, $P<0.01$;# 与 GLU 正常组比较, $P<0.01$;△与轻度增高组比较, $P<0.01$ 。

3 讨 论

ALP 是一种膜结合酶,几乎存在于身体的各个组织中,但

主要存在于肝脏和骨骼中,常用于肝脏疾病的诊断,也是评价骨代谢的一项重要指标^[1]。肝脏中的 ALP 与物质的转运和排泄有关^[2]。而糖尿病患者由于胰岛素分泌障碍或胰岛素抵抗^[3],造成糖代谢障碍,同时也导致脂类代谢障碍及其在肝内沉积,甚至形成脂肪肝^[4],而使肝脏受损引起 ALP 的升高。由本文结果可见血清 ALP 随 GLU 的增高逐渐增高,与文献^[5]报道相近。这说明 GLU 愈高,其控制或治疗效果就愈差,其肝脏受损愈严重;同时长期控制不良,也会使肝脏受到损害,在一定程度上易并发骨质疏松,也同样引起 ALP 的升高。西宁地处高原,少数民族较多,受饮食习惯影响,糖尿病发病率较高,因此 ALP 的测定可作为糖尿病患者病情轻重以及控制与否的一项有价值的指标。

参考文献

[1] 陈惠黎.生物化学检验技术[M].北京:人民卫生出版社,1990:251-254.

[2] 叶应妩,李健斋,王玉琛,等.临床实验诊断学[M].北京:人民卫生出版社,1994:613.

[3] 康格非.临床生物化学[M].北京:人民卫生出版社,1989:16.

[4] 胡绍文,郭瑞林.实用糖尿病学[M].北京:人民军医出版社,1998:243-259.

[5] 潘时中,张松菁,严孙杰,等.糖尿病患者肾脏损害与骨质疏松关系的研究[J].中国糖尿病杂志,1999,7(1):16-17.

(收稿日期:2010-05-21)

148 例痰标本细菌培养结合涂片检查的临床分析

韩日新(鞍山师范学院附属卫生学校微生物学教研室,辽宁 鞍山 114001)

【关键词】 痰液标本; 肺部感染; 临床分析
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.20.081
中图分类号:R446.6;R563 文献标志码:B

文章编号:1672-9455(2010)20-2302-02

痰培养对肺部感染性疾病的诊治具有重要意义。尽管痰培养还存在许多问题,但仍是目前县级医院最常用和最有参考价值实验室诊断方法。如何保证痰培养的准确性,留取合格的痰标本是痰培养的关键。作者于 2007 年 6 月至 2008 年 11 月共收集 148 例痰标本进行了痰培养,现分析报道如下。

1 材料与方法

- 1.1 一般资料 本院门诊及住院患者 148 例,其中支气管炎 76 例,肺炎 48 例,肺心病 12 例,肺气肿 7 例,肺癌 3 例,支气管扩张 2 例。
- 1.2 方法
- 1.2.1 标本收集 患者于清晨用温开水漱口 3 次以上,然后用用力咯出深部痰,吐于无菌瓶中立即送检。
- 1.2.2 涂片观察 取脓性、血性或乳白色块状、黏稠液,涂片两张。以瑞氏染色观察上皮细胞及白细胞;以革兰染色观察细菌染色形态。参照国内肺部感染诊断标准试行草案^[1],并结合

- 国内外各种建议判定合格标本^[2]。痰涂片镜检:上皮细胞小于 10 个/低倍镜视野,白细胞大于 25 个/低倍镜视野,作为污染相对较少的合格标本。
- 1.2.3 培养、分离与鉴定 挑取合格标本接种血平板、巧克力平板、麦康凯平板及 TTC 沙氏培养基,参照《全国临床检验操作规程》^[3]挑取纯培养菌或优势菌,分离、鉴定。
- 2 结 果
- 2.1 148 例痰标本涂片检查,合格标本有 82 例,合格率为 55%。在 82 例合格痰标本中培养分离出致病菌 57 例,检出率为 70%,其中革兰阴性杆菌 32 株,占 56%,革兰阳性球菌 18 株,占 32%。革兰阴性杆菌以铜绿假单胞菌为主,其次为大肠埃希菌、不动杆菌、肺炎克雷伯菌。革兰阳性球菌以金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌为主,其次为 B 群链球菌、肺炎链球菌。真菌 7 株,占 12%。
- 2.2 涂片与培养结果比较,经 χ^2 检验差异无统计学意义(χ^2