

予手术治疗。从本研究的统计资料分析,在先天性白内障67眼中术前有37眼属盲目范围,手术脱盲率48.64%,术前67眼视力 <0.3 ,均属于低视力,手术后仍有58只眼,手术脱残率13.43%,而经弱视训练后脱盲率和脱残率分别可达到81.08%和56.72%,但仍有73.13%的患儿为中度和重度弱视,要提高先天性白内障的治疗效果,越早手术越好,新生儿出生后6周内对形觉剥夺不敏感,也称为视觉发育的潜伏期^[3]。出生后6周至3个月是视觉发育的关键期,先天性白内障在这个时期及时进行手术治疗可降低双眼单视异常和弱视的风险。从本组资料分析3岁以下的患儿摘除白内障及弱视训练后脱盲率及脱残率分别为80.0%和73.33%,与3岁以上患儿摘除白内障及弱视训练后脱盲率及脱残率82.35%和43.24%相比 $\chi^2=11.561, P=0.006$,有显著性差异。因此先天性白内障早期手术及术后无晶状体眼的矫正及弱视训练是保持远期视力、重建视功能的关键因素。

在白内障的类型中,全白内障由于晶状体完全混浊,导致视觉发育严重障碍。在本组的统计资料中,全白内障经手术和弱视治疗后脱盲率为79.17%,脱残率为50%。而其它类型的白内障手术和弱视治疗后的脱盲率为84.62%,脱残率为61.53%。二者比较 $\chi^2=9.179, P=0.027$,差异有显著性。因此对全白内障患儿越早手术越好。

在临床中笔者发现患单眼白内障的儿童视觉缺陷不易早期发现,其手术脱盲率(41.66%)和脱残率(10.52%)均明显低于双眼患儿(52.0%和14.58%),且经弱视训练后单眼的脱盲率和脱残率(66.67%和31.58%)与双眼的脱盲率和脱残率(88.0%和

66.67%)相比效果也差。其致盲的主要原因是形觉剥夺性弱视^[4],在视觉发育的敏感期,视网膜得不到适量的形觉刺激,因此影响了其机能的发育,特别是黄斑区功能的建立。因此单眼患儿更应该早期手术;在儿童的保健体检中,增加眼科体检,对半岁以内的儿童常规进行1次散瞳检查,早期发现早期治疗。对于双眼患儿也应尽早手术以建立视功能,并且双眼应同时或在短期内完成第2只眼手术,以减少双眼竞争引起的弱视。

本组先天性白内障虽然经手术和术后的弱视治疗,其脱盲率和脱残率分别达到81.08%和56.72%。但仍有部分患儿留有视力残疾,其中有7眼还属于盲目范围,由于患儿有眼球震颤,术后并发症及不能坚持弱视训练。要减少儿童眼病的残疾,就要全社会强调优生优育,围产期保健,减少先天性白内障致盲。建立婴幼儿眼病的筛查,对术后患儿坚持长期有效的弱视训练,对于儿童视功能恢复有重要意义。

参考文献:

- [1] 李鸣凤.眼科全书(中卷)[M].北京:人民卫生出版社,1996:1600.
- [2] 施玉英,黄蒂.注重先天性白内障患者的弱视治疗[J].眼科,2006,15(5):302-303.
- [3] 王利华,马鲁新.先天性白内障治疗的研究进展[J].中国斜视与小兒眼科杂志,2008,16(3):142-143.
- [4] 陈梅.先天性白内障术后弱视治疗疗效分析[J].医药论坛杂志,2008,29(2):10-11.

(收稿日期:2009-03-05)

[责任编辑 高莉丽 邓德灵]

3759例新生儿眼病筛查结果分析

韦美荣,张建萍,莫海明,汤艳华

(柳州市妇幼保健院眼科,广西柳州 545001)

摘要:目的:研究新生儿常见眼病,并对筛查技术进行探讨,对家长进行宣教。方法:通过对光刺激反应外眼检查、红光反射及眼底检查对在本院出生的新生儿进行眼病筛查,确诊有眼病的新生儿进行治疗,对可疑患儿嘱其到门诊定期复查。结果:共筛查3759例,检出眼病244例,异常检出率6.5%。结论:新生儿眼病筛查除需要眼科、产科、新生儿科的密切配合外,还要对家长进行宣教,让其定期带孩子到眼科门诊进行眼部检查,可及时发现后续高发性眼病。

关键词:新生儿;眼病筛查;外眼;眼底

中图分类号:R771;R770.41

文献标识码:B

文章编号:1008-2409(2009)02-0316-03

婴幼儿视觉发育尚未成熟,机体抵抗力差,受母体健康的影响,在成长发育过程中有可能发生眼病或

发生不可逆的视力障碍。通过常规进行新生儿眼病筛查,早期发现眼病,早期治疗对防盲治盲及视力保健

有重要意义,尤其是对家长进行科普宣传使后续高发的眼病也能及早检查,及早发现,及时治疗,对优生优育起着不可估量的作用。现将本院2007年2~10月3759例新生儿眼病筛查情况报告如下。

1 对象与方法

1.1 筛查对象

2007年2~10月在本院出生的所有新生儿共3759例,男婴1908例,女婴1851例。其中早产儿284例。

1.2 筛查设备

聚光手电筒、手持裂隙灯、直接检眼镜、间接检眼镜。

1.3 筛查方法

生后3d内检查为初筛。所有对象分别于生后42d、3个月、6个月复筛。确诊有眼病需治疗者立即治疗,对眼底出血、结膜出血不用治疗的患儿每2周进行复筛观察。全部发放筛查手册,填写检查结果,对后续高发病在定期门诊检查中重点进行检查。如对早产儿按常规定期进行早产儿视网膜病变(ROP)筛查。

1.4 筛查步骤

①光刺激反应:强光刺激新生儿眼部,看其有否闭目、皱眉、肢体活动等。②外眼检查:外眼及眼前节检查:手持裂隙灯检查眼睑、结膜、角膜、虹膜、瞳孔、晶体。红光反射:直接检眼镜调至+10D稍稍离开眼球处照射瞳孔区,若为均匀红光反射视为正常,若不均匀,其中有暗点、双侧不对称、出现白光或红光反射消失均为异常。③眼底检查:对一般新生儿用直接检眼镜小瞳查眼底,特殊病例用复方托品酰胺散瞳检查眼底,早产儿屈光间质有轻度浑浊,散瞳后用双目间接检眼镜检查。④眼电生理检查:对眼底异常、光反应迟钝的病例生后42d至2个月到门诊做眼电生理检查,酌情选择视觉诱发电位(VEP)或视网膜电图(ERG)等特殊检查^[1]。

1.5 处理方法

初筛诊断为结膜炎者用广谱抗菌素眼药水点眼;结膜出血、视网膜出血、瞳孔残膜给予观察,门诊随访;先天性白内障及时手术,术后配镜;ROP1~2期密切观察,3期激光治疗。

2 结果

检查3759例,初筛发现异常244例,异常率6.5%。其中结膜炎145例,结膜出血35例,瞳孔残膜28例,视网膜出血36例。42d复筛发现双眼先天性白

内障1例。生后42d 145例结膜炎患儿门诊复诊,眼分泌物仍存在并伴溢泪诊断为新生儿泪囊炎78例,予泪道冲洗结合泪道探通术治疗,症状完全消失。结膜出血35例、视网膜出血36例2月后门诊复查时体征消失。瞳孔残膜28例2月后门诊复查时残膜消失5例,6个月时所有瞳孔残膜均消失。

3 讨论

3.1 检查结果

检查新生儿3759例中异常244例,占检查人数的6.5%,其中炎症145例,占检查人数的3.9%;结膜出血35例、眼底出血36例,占检查总人数的1.9%,均为阴道产,考虑与挤压有关,经观察全部于2月内出血吸收;瞳孔残膜28例,占检查人数的0.74%,均为丝状附膜,象蜘蛛网一样跨过瞳孔区,程度较轻,经观察在6月内残膜全部消失,不影响视力发育。

3.2 对阳性结果进行有效评估

异常检出率受多种因素影响,如检查技术、眼球的暴露、瞳孔散大与否、检查者的经验等。

3.3 眼病筛查宣教

常规进行眼病筛查很重要的一点是向家长进行健康宣教,发放筛查手册。使家长认识到眼病必须早检查、早发现、早治疗、早干预。与家长沟通良好与否对筛查率、眼病发现率有直接的影响。

对早产儿家长详细交代门诊随访的重要性。孕周短、体重低、有吸氧史的早产儿有失明的可能,因此必须按时检查。

3.4 如何暴露眼球问题

新生儿大部分时间处于闭眼状态,用棉签或婴儿开睑器暴露即可,放开睑器前滴进口表面麻醉剂减少刺激,如哭闹可将奶头置于其口中,使其处于安静状态。如早产儿需要详细检查视网膜时,检查前常用水合氯醛口服或灌肠。

新生儿的瞳孔开大肌尚未发育完好,瞳孔处于缩瞳状态,散瞳时间要长,点药次数要多但要注意毒性反应^[2]。

3.5 新生儿眼病筛查的意义

新生儿眼病筛查的意义主要在于眼部炎症能得到及时治疗、后续高发病能得到定期检查,特别是对ROP、斜视弱视等后续高发病的早期发现具有重要意义。于生后28d、42d、2月、3月、6月定期眼底检查,要求在2岁时重点进行弱视筛查。

发现早产儿视网膜病变后须交代家长按时复查,不同时期有不同的治疗方法。笔者认为新生儿眼病筛查的重点在早产儿眼底检查,如延误检查或不注意病

情发展会发生失明的严重后果,一旦失明不可逆转。在初筛时没有发现晶状体混浊,复筛时要特别注意,散瞳检查晶状体的情况是必须的,以免漏诊先天性白内障患儿,如有混浊要记录混浊的密度、范围,以选择合适的早期治疗方法,因为白内障会逐渐形成和发展,因此生后要定期观察。本组患儿42d复筛发现先天性白内障晶状体重度混浊不能窥见眼底1例,已做手术,但因受目前科学技术发展限制,未能放入人工晶体,据报道无晶状体眼框架眼镜的配戴既经济又方便,没有并发症,2个月新生儿术后10d即可配戴^[2],因此,给患儿配框架眼镜可预防弱视的发生。

3.6 新生儿眼检特点

间接检眼镜视野宽,有利于发现眼底周边部病变,也由于光线强度大,混浊的屈光间质也可透过,因此,ROP筛查一定要用间接检眼镜。

小儿眼底不同于成人,特别是早产儿及足月新生儿眼底表现有其特点,不要误诊眼底病变。早产儿眼底特点:30周以下角膜透明性差,屈光间质呈雾状,看眼底呈朦胧状态,多不能清晰视及,所能看到的

底视乳头呈苍白色,生理凹陷较深,有时看见乳头上残留玻璃体动脉,血管细,尤其是动脉。视网膜呈朦胧深绿色,血管末梢在周边部如同消失在烟雾中,早产儿周边部视网膜的这种变化属发育时期的生理现象,与ROP不同,后者为灰白色边界清晰的无血管区,有1条明显的分界线^[2],要注意鉴别。成熟新生儿眼底特点:后极部清晰可见,周边部仍呈绿色混浊状,周边部有时仍见部分无血管区,视乳头色苍白,凹陷深,其它部位视网膜多呈现出豹纹状眼底^[2]。总之,新生儿视乳头多为苍白色,如6个月以上视乳头仍为苍白色要考虑视神经病变可能。

参考文献:

- [1] 张敏,李应会,薛芳,等.新生儿眼病筛查技术探讨[J].中国斜视与小儿眼科杂志,2006,14(3):118.
- [2] 阎洪禄,高建鲁.小儿眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:65,66-67,303.

(收稿日期:2008-11-18)

[责任编辑 高莉丽 邓德灵]

改良羟基磷灰石义眼座植入术临床效果分析

江武东,方晓珊,江瑜,方妙娟,陈俊洪

(普宁市人民医院眼科,广东普宁 515300)

摘要:目的:探讨巩膜花瓣状成形羟基磷灰石义眼座肌锥内植入术的手术效果。方法:22例行有包裹无预置缝线的巩膜花瓣状成形HA肌锥内植入术,随访3~17个月,观察术后效果。结果:22例中术后1例球结膜菲薄,巩膜缝线外露,1月后重新缝合筋膜结膜后愈合。1例结膜囊狭窄。未发生义眼座暴露、脱出及感染等并发症。结论:巩膜花瓣状成形羟基磷灰石义眼座肌锥内植入术术后并发症少,义眼座活动好,手术方便易行,疗效较可靠。

关键词:羟基磷灰石;义眼座;植入术

中图分类号:R779.64

文献标识码:B

文章编号:1008-2409(2009)02-0318-02

羟基磷灰石(Hydroxyapatite, HA)义眼座具有组织相容性好,对周围组织无刺激、无排斥、重量轻、血管纤维组织易长入义眼座微孔等特点,已被广泛应用于临床眼科,是目前眶内植入的理想材料。HA作为无眼球者眶内填充材料,可改善眼窝凹陷,术后成形良好,已广泛应用。目前有多种手术方式,如无预置缝线的无包裹HA植入^[1,2]、有预置缝线的无包裹HA植入、有包裹无预置缝线的HA植入^[3-6]和有包裹有预置缝线的HA植入等^[7]。本院自2002年以来采用有包裹无预置缝线的巩膜花瓣状成形HA肌锥内植入术取得良好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共22例(22眼),男14例,女8例;年龄10~61岁,平均27岁。眼球摘除原因:眼球破裂伤10眼,绝对期青光眼5例,眼球萎缩5眼,角膜葡萄肿2例。

1.2 材料

美国产天然羟基磷灰石义眼座,内联孔径为500 μ m,球体直径:3例18mm,8例20mm,11例为22mm。

1.3 手术方法

患者仰卧位,常规消毒铺巾。成人用2%利多卡因和0.75%布比卡因等量混合液行球后阻滞、结膜下浸