

括约肌部分切断术可减少术后水肿的发生。另外,手术创伤本身是导致肛缘水肿的直接原因,在达到治疗目的的同时,应尽可能减少手术创伤,保留相对正常的组织^[4]。术后温水坐浴、湿敷、中药熏洗、草木犀流浸液片等药物的应用,能减轻肛门直肠术后水肿、疼痛和出血症状^[5]。

针对混合痔术后肛缘水肿的发生,应该本着预防为主、尽早发现和积极处理的原则,以改善局部循环,促进水肿吸收为主,同时保持肛门局部清洁,增强机体组织修复能力,缩短术后康复时间,从而获得更好的预后,提高患者的生活质量。

3 参考文献

- [1] 喻德洪, 杨新庆, 黄筵庭. 重新认识、提高痔的诊治水平[J]. 中华外科杂志, 2000, 38(12):890.
- [2] 张东铭. 盆底与肛门病学[M]. 贵阳:贵州科技出版社, 2000:405.
- [3] 黄乃健. 中国肛肠病学[M]. 济南:山东科学技术出版社, 1996:456-458.
- [4] 杨新庆. 痔的外科治疗进展[J]. 中国现代手术学杂志, 2003, 7(3):169.
- [5] 傅传刚, 杨巍, 孙建华, 等. 草木犀流浸液片剂减轻肛门直肠术后水肿疼痛出血的临床研究[J]. 中华胃肠外科杂志, 2004, (7):145-148.

(收稿日期:2009-02-09)

(本文编辑:沈叔洪)

3~12岁儿童散光特征分析

卢纯洁 陈镇国 蔡雪萍

屈光不正是影响儿童视觉发育的常见眼病,而散光在屈光不正中的发病率较高,是导致儿童弱视的主要原因之一。本文主要对我院眼科视光门诊收治的屈光不正儿童的散光度、散光轴向、散光类型等特征作一回顾性分析,探索并掌握其基本规律,以期为临床预防和治疗儿童散光及减少儿童弱视发病率、提高儿童视功能提供帮助。

1 资料和方法

1.1 一般资料 2006年9月至2007年9月因屈光不正在我科视光门诊接受检查的散光儿童共407例(770眼),男231例(438眼),女176例(332眼),年龄3~12(6.22±2.10)岁。

1.2 检查方法 采用1%阿托品眼药水滴眼3次/d,连续使用3d,采用带状光视网膜检影及主观试镜法确定球镜、柱镜屈光度及轴向。

1.3 判断标准 同一眼两条主子午线屈光度相差≥0.5D为散光,负柱镜片×(180°±20°)或正柱镜片×(90°±20°)为顺规性散光,负柱镜片×(90°±20°)或正柱镜片×(180°±20°)为逆规性散光,其他为斜轴散光;其中一眼柱镜的轴和另一眼柱镜的轴相加为(180°±10°)

者为对称散光,否则为不对称散光。

2 结果

单眼散光44例(10.8%);双眼散光363例(89.2%);对称散光303例(83.5%),不对称散光60例(16.5%)。

2.1 不同年龄患儿散光类型分布 见表1。

表1 不同年龄患儿散光类型分布(眼)

年龄 (岁)	单纯远 视散光	单纯近 视散光	复性远 视散光	复性近 视散光	混合 散光	合计
3	6	0	59	0	7	72
4	2	0	92	8	10	112
5	6	3	107	0	9	125
6	7	1	127	2	20	157
7	6	1	85	5	30	127
8	6	3	37	14	15	75
9	2	2	20	9	10	43
10	3	2	17	7	5	34
11	1	3	3	3	3	13
12	0	0	7	0	5	12
合计	39	15	554	48	114	770

由表1可见,本组患儿中以复性远视散光最多见,达72.0%(554/770),而且4~7岁发病率相对较高。

2.2 不同类型散光眼散光轴向分布特征 见表2。由表2可见,不同散光类型均以顺规散光为主(占93.8%,722/770);逆规散光和斜轴散光分别占4.4%(34/770)、1.8%(14/770)。远视散光中顺规散光占93.8%(556/593),

基金项目:温州市科技局立项项目(Y20060248)

作者单位:325200 瑞安市人民医院眼科

通讯作者:陈镇国, E-mail: rayk@163.com

表 2 不同类型散光眼散光轴向分布特征(眼)

散光类型	顺规散光	逆规散光	斜轴散光	合计
单纯远视散光	37	1	1	39
单纯近视散光	15	0	0	15
复性远视散光	519	25	10	554
复性近视散光	43	3	2	48
混合散光	108	5	1	114
合计	722	34	14	770

逆规散光和斜轴散光分别占 4.4%(26/593) 和 1.9%(11/593);近视散光中顺规散光占 92.1%(58/63),逆规散光和斜轴散光分别占 4.8%(3/63) 和 3.2%(2/63);混合散光中顺规散光占 94.8%(108/114),逆规散光和斜轴散光分别占 4.6%(5/114) 和 0.9%(1/114)。

2.3 不同散光屈光度各类型散光分布特征 见表 3。

表 3 不同散光屈光度各类型散光分布特征(眼)

屈光度(D)	单纯远视散光	复性远视散光	单纯近视散光	复性近视散光	混合散光	合计
0.50~1.00	10	281	7	28	8	334
1.25~2.00	18	223	5	9	34	289
2.25~3.00	7	40	3	9	46	105
>3.00	4	10	0	2	26	42
合计	39	554	15	48	114	770

由表 3 可见,散光患儿以中低度散光为主(占 80.9%,623/770)。远视散光和近视散光中屈光度 > 3.00 D 者较少;混合散光中 2.25~3.00 D 者占 40.4%(46/114), > 3.00 D 者占 22.8%(26/114),0.50~1.00 D 者仅占 7.0%(8/114)。

3 讨论

眼屈光系统所发生的散光现象,主要是由于角膜表面、后面或晶体前面、后面,以及视网膜不均一或屈光介质的屈光指数异常所致。我国 3~15 岁儿童散光检出率为 46.96%^[1]。本研究结果显示,770 眼散光患眼中,复性远视散光达 72.0%,其次为混合散光 14.8%,而复性近视散光、单纯远视散光和单纯近视散光合计占 13.3%;在各种散光类型中以顺规散光居多(93.8%),这与 Auger 及施明光等^[2-3]的研究结果一致。本组患儿散光度

以中低度散光为主(80.9%),远、近视散光中 3.0 D 以上者较少;混合散光中 2.25~3.0 D 者占 40.4%,3.0 D 以上者占 22.8%,0.50~1.0 D 者仅占 7.0%,这与王利华等^[4]的研究结果略有不同;而双眼散光(以对称散光为主)远远多于单眼散光,这与王利华及刘汉强等^[4-5]的研究结果一致。

儿童散光于视觉发育期未经矫正,外界物象不能清晰聚焦于黄斑中心凹,易发生弱视。对于儿童散光的检查,尤其是 12 岁以下者,应在睫状肌麻痹下行屈光检查以便对散光的轴向及屈光度作出较准确的判断^[3]。学龄前儿童可有一定程度的生理性散光,但并不会影响视力的健康,可随眼球的发育逐渐改善^[6]。因此矫正儿童散光眼时,应在保证最佳矫正视力的前提下,根据患儿的年龄和屈光状态,适当降低 0.25~0.50 D 以利于其正视化发育过程,若出现弱视,则应全矫,以利于弱视的治疗。

研究屈光不正患儿的屈光状态,尤其是研究其散光度、散光轴向及散光类型的分布特征,掌握其基本规律,了解屈光不正尤其是散光的特点,进一步分析影响该阶段儿童视力的各种因素,掌握儿童屈光不正的正确验光配镜方法,将有助于临床采取合理干预措施,以便提高和改善学龄期儿童视功能,促进儿童视觉健康发育。

4 参考文献

- [1] 陈丽萍,赵堪兴,郑日华,等. 3-15 岁儿童散光分布特征[J]. 中国实用眼科杂志, 2006, 24:900-902.
- [2] Auger P. Confirmation of simplified Javal's rule[J]. Am J Optom Physiol Optics, 1988, 65:915.
- [3] 施明光,黄学平,方海珍. 儿童眼散光及其相关因素的探讨[J]. 中华眼科杂志, 1994, 30:67.
- [4] 王利华,刘丽萍,葛方东,等. 3~7 岁儿童 1215 眼散光状态分析[J]. 中国斜视与小儿眼科杂志, 1997, 5:13-15.
- [5] 刘汉强,石春敏. 儿童散光眼散光轴向分布的研究[J]. 实用眼科杂志, 1992, 10:35.
- [6] 王利华. 2~6 岁儿童眼屈光度生理值测定[J]. 中国斜视与小儿眼科杂志, 1994, 2:67.

(收稿日期:2008-09-26)

(本文编辑:欧阳卿)

《浙江医学》对医学论文中有关实验动物描述的要求

在医学论文的描述中,凡涉及实验动物者,在描述中应符合以下要求:(1)品种、品系描述清楚,(2)强调来源,(3)遗传背景,(4)微生物学质量,(5)明确等级,(6)明确饲养环境和实验环境,(7)明确性别,(8)有无质量合格证,(9)有对饲养的描述(如饲料型、营养水平、照明方式、温度、湿度要求),(10)所有动物数量准确,(11)详细描述动物的健康状况,(12)对动物实验的处理方式有单独清楚的交代,(13)全部有对照,部分可采用双因素方差分析。

本刊编辑部