



# 综合疗法治疗儿童弱视 224 例临床观察

卢斌杰

(浙江省台州市黄岩中医院 台州 318020)

关键词: 儿童; 弱视; 综合疗法

中图分类号: R 777.44

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0051-02

弱视是常见的儿童眼病, 仅发生于视觉未发育完善的幼儿, 常伴有屈光不正和斜视。弱视不仅影响视力, 更影响双眼视觉发育。我院自 2002 年收治 224 例弱视患儿, 取得了较好的疗效。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 224 例 376 眼弱视儿童中, 男 144 例 194 眼, 女 80 例 182 眼; 年龄 3~12 岁, 平均 6.5 岁; 其中屈光不正性弱视 264 眼, 屈光参差性弱视 40 眼, 斜视性弱视 72 眼。有关弱视的定义、分类及疗效评价, 均遵照 1996 年 4 月儿童弱视防治学组规定的标准<sup>[1]</sup>。

1.2 治疗方法 全部患儿初诊时均检查视力、眼位、屈光间质、眼底、注视性质, 排除眼部器质性病变。1%阿托品眼膏点双眼, 3 次/d, 连续 3d, 检影验光。屈光不正及屈光参差者全部配镜矫正, 内斜视远视患儿戴全矫眼镜, 其它患儿按常规原则配镜, 即: 近视者为最好的视力的最低度数, 无斜视的患儿远视球镜减 1.50D, 散光全部矫正。并采用以下方法治疗:

(1) 遮盖法: 单眼弱视者遮盖健眼, 7 岁以下者按比例遮盖, 7 岁以上者连续遮盖健眼, 双眼弱视者根据视力情况采用交替遮盖。(2) 增视仪治疗: 选用浙大博康公司生产的电脑多色光交替闪烁增视治疗仪, 每天 2 次, 每次 20min。(3) 精细作业训练: 在戴镜遮眼情况下每天作精细目力作业, 如穿珠子、穿针等。(4) 根据视力改善情况定期复查视力, 更换眼镜。

1.3 统计学处理 采用  $\chi^2$  检验。

h, 经统计学处理, 两者比较有显著差异, 与文献报道一致。

机械通气易致 VAP 与气管插管建立的人工气道破坏了正常人口咽部与气管间的防御屏障, IgA 分泌减少, 粘连蛋白层破坏, 使咽部细菌和分泌物经过导管周围进入气管; 机械通气周期性的剪切力导致肺泡上皮细胞和血管内皮细胞损伤以及通气时的吸气相正压将支气管内分泌物逆行推向细支气管及肺泡; 胃内容物反流; 呼吸机及治疗器械污染; 病室环境和医护人员的手交叉感染; 呼吸管道内凝水吸入; 滥用抗生素导致耐药菌株出现、繁殖; 菌群失调条件致病菌、真菌致病及机体免疫力减弱等多种因素有关, VAP 的病原菌以革兰氏阴性杆菌为最多<sup>[2]</sup>。本文呼吸道分泌物培养也以革兰氏阴性杆菌为主, 占 83.33%, 细菌培养对三代头孢、泰能、美平敏感; 而革兰阳性菌多为葡萄球菌属, 对大多数抗生素耐药, 仅对万古霉素敏感。由于耐药菌株的大量出现, 因此按照细菌培养结果选择抗生素尤为重要, 对较长时间使用呼吸机的患儿可多次进行呼吸道分泌物培养以增加选择抗生素的准确率。

VAP 的发生大大增加了呼吸衰竭的治疗难度, 成为改善

## 2 结果

2.1 弱视初诊年龄与疗效关系 见表 1。治疗年龄越小, 疗效越好 ( $P < 0.005$ )。

表 1 治疗年龄与疗效的关系 眼(%)

分组	年龄(岁)	眼数	治愈	进步	无效	总有效
I	3~6	148	89(60.14)	57(38.51)	2(1.35)	146(98.65)
II	6~8	190	82(43.16)	100(52.63)	8(4.21)	182(95.79)
III	8~12	38	9(23.68)	14(36.84)	15(39.47)	23(60.53)
合计		376	180(47.87)	171(45.48)	25(6.65)	351(93.35)

2.2 弱视程度与疗效关系 见表 2。弱视程度越轻, 疗效越好。轻度、中度和重度弱视间治愈率差异有极显著性意义 ( $P < 0.005$ )。

表 2 弱视程度与疗效的关系 眼(%)

弱视程度	眼数	治愈	进步	无效	总有效率
轻度	137	111(81.02)	26(18.98)	0	137(100)
中度	162	64(39.51)	93(57.41)	5(3.09)	157(96.91)
重度	77	5(6.49)	52(67.53)	20(25.97)	57(74.02)
合计	376	180(47.87)	171(45.48)	25(6.65)	351(93.35)

2.3 屈光类型与疗效的关系 见表 3。屈光不正性弱视治愈率最高, 与其它 2 组差异有显著性意义 ( $P < 0.005$ )。屈光参差性弱视组比斜视性弱视组治愈率高, 但差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。

表 3 弱视类型与疗效的关系 眼(%)

弱视类型	眼数	治愈	进步	无效	总有效率
斜视性	72	30(41.67)	22(30.56)	20(27.78)	52(72.22)
屈光不正性	264	135(51.14)	129(48.86)	0	264(100)
屈光参差性	40	15(37.50)	20(50.00)	5(12.50)	35(87.50)
合计	376	180(47.87)	171(45.48)	25(6.65)	351(93.35)

机械通气患儿预后的重大障碍, 严重者可导致机械通气失败, 患儿死亡。为降低机械通气并发 VAP 的发生率, 提高治愈率, 在机械通气中应尽量缩短机械通气时间; 根据药敏选用抗生素, 避免不必要的经验性、盲目性用药; 加强 NICU 的管理, 严格无菌操作, 有效洗手; 吸痰时动作轻柔, 尽量避免气道的机械性损伤以及一人固定一个吸痰器、一个复苏囊; 加强营养支持治疗等。总之, 减少 VAP 的发生关键在于提高医护人员对 VAP 的认识。

## 参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学会. 医院获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1999, 22(4): 201
- [2] Meduri GU. Diagnosis of ventilator-associated pneumonia[J]. Infect Dis Clin North Am, 1993, 7(2): 462-470
- [3] Torres A, Aznar R, Gatell JM, et al. Incidence, risk, and prognosis Factors of nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients[J]. Am Rev Respir Dis, 1990, 142: 532-534
- [4] 孙玉汾. 呼吸机相关性肺炎的特点与治疗[J]. 中国临床医学, 2001, 8(2): 153-154
- [5] 邓筹芬, 吴玉宇, 钟红磊, 等. 新生儿呼吸机相关性肺炎的高危因素和防治[J]. 中国实用儿科杂志, 2006, 21(4): 283-285

(收稿日期: 2007-04-12)