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^[1]。

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 χ^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^[2]。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分会. 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)

恶性肿瘤病人血 EPO 浓度分析

王玉斌 陈文俊 郑维镠 张武 孙红雨 吴有义 李芙瑶 王建化

(温州医学院附属三院 浙江瑞安 325200)

关键词: 恶性肿瘤; 血 EPO; 浓度分析

中图分类号: R 730.43

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0052-02

促红细胞生成素(erythropoietin, EPO)主要是由肾小管间质细胞产生,是人体内促进骨髓红系增殖、分化和成熟的主要细胞因子。为进一步明确恶性肿瘤患者血清 EPO 水平和癌性贫血水平之间的关系,为这类贫血患者临床使用人重组促红细胞生成素(rHuEPO)治疗提供依据,笔者对 146 例恶性肿瘤患者的血清 EPO 水平进行了检测,分析报告如下:

1 资料与方法

1.1 检测对象 2005 年 9 月 1 日~2006 年 9 月 1 日,我院肿瘤科患者 146 例,男 96 例,女 50 例;年龄 23~82 岁,中位年龄 62.5 岁;其中肺癌 48 例,食管癌 37 例,肠癌 26 例,乳腺癌 14 例,胃癌 12 例,肝癌 5 例,前列腺癌 3 例,多发性骨髓瘤 1 例。所有患者均经病理确诊,且无明显缺氧体征。

1.2 检测方法 所有病例均采集清晨空腹静脉血 2mL,于干燥试管中送检血清 EPO,同时送血常规检查。采用天津德普全自动化学发光法免疫分析仪定量测定血清 EPO,正常范围为 2.6~34.0 mIU/mL;同时用常规方法测定红细胞计数、血红蛋白浓度;贫血判断标准:男性 Hb <120g/L、女性 Hb <110 g/L 为贫血。

1.3 统计学处理 数据以 ($\bar{X} \pm S$) 表示,组间比较采用 μ 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

贫血发生率为:54.11%(79/146),血清 EPO 升高者为 61 例,正常 85 例,无低于正常水平者。平均血清 EPO 水平为 (58.92 $\pm$ 64.95)mIU/mL, 贫血肿瘤患者 EPO 水平为 (109.88 $\pm$ 73.62)mIU/mL, 非贫血肿瘤患者 EPO 水平为 (28.55 $\pm$ 32.79)mIU/mL, 二者比较 $\mu=8.85, P < 0.001$ 。

3 讨论

恶性肿瘤是严重危害人们身体健康的常见疾病,除作为消耗性疾病外,肿瘤还可以引起急、慢性失血以及营养不良性贫血,放射治疗和化学治疗是目前肿瘤治疗常用手段,骨髓抑制是它们常见的毒副作用,往往更加重患者的贫血症状,因此贫血是恶性肿瘤患者常见症状,它可以显著降低患者的生存质量,因此贫血成为晚期肿瘤临床治疗的一个方面。Reed 等^[1]

3 讨论

弱视的产生与多种因素有关,但与屈光状态的关系最为密切,因此矫正屈光不正是治疗弱视的基础。弱视的治疗方法有很多,本文采用综合疗法,即在合理矫正屈光不正的基础上配合遮盖、仪器训练及精细目力训练,取得了非常满意的效果,总有效率达 93.35%,明显高于单一疗法。弱视治疗是一项长期工作,需要医患配合,长期坚持,定期复诊,并且其疗效与治疗年龄、弱视程度、弱视类型等因素有密切关系。

3 岁前是儿童视力功能发育的关键期,8 岁前属敏感期^[2]。此期内及时合理地矫正屈光不正,开始弱视治疗,预后较

发现 50% 的癌症患者存在贫血,原因主要是肿瘤本身的消耗、肿瘤细胞分泌的抑制因子的作用以及肿瘤治疗中化疗药物及放射线的影响,使红细胞生长受到抑制而出现贫血。本次研究发现,癌症患者的贫血发生率为 54.11%,大部分为轻、中度贫血,与国内外研究一致^[2-3]。贫血使肿瘤细胞缺氧,造成乏氧细胞增多,降低了肿瘤细胞对放、化疗的敏感性,使疗效降低,癌症贫血患者严重的疲乏感、体力衰退以及伴随而来的抑郁状态都影响患者的生活质量,贫血也直接影响放、化疗疗效^[4]。因此,研究有效的治疗癌性贫血的方法具有非常重要的临床意义。

EPO 是调节红细胞生成和成熟的最重要的细胞因子,而且具有阻止红系祖细胞凋亡的功能,EPO 主要由肾脏近曲小管附近的细胞合成和分泌^[5]。红细胞生成素受体(Erythropoietin Receptor EPOR) 是分子量为 55KD 的一种跨膜蛋白,主要存在于相对成熟的红系祖细胞的细胞膜上^[6]。本次检测的平均血清 EPO 水平为 (58.92 $\pm$ 64.95)mIU/mL,均高于正常水平,贫血肿瘤患者 EPO 水平为 (109.88 $\pm$ 73.62)mIU/mL, 非贫血肿瘤患者 EPO 水平为 (28.55 $\pm$ 32.79)mIU/mL, 二者比较差异有显著性,这说明贫血患者的平均血清 EPO 水平要显著高于非贫血患者和正常人。为什么肿瘤患者的 EPO 水平高于正常,却容易发生贫血? 有作者报道前者可能与肿瘤的异位性和自发性分泌有关^[7],而后者则可能是 EPOR 对血清 EPO 发生耐受,使 EPOR 对 EPO 刺激的阈值大大提高,EPO 不能充分利用^[8]。故理论上增加血液 EPO 浓度,有可能促进红细胞造血,纠正贫血的症状。临床上重组人红细胞生成素对于癌性贫血的治疗价值已受到广泛的认可,其可通过提高体内 EPO 浓度来相对降低其阈值,增加骨髓对 EPO 的反应性,另外,EPO 浓度的升高可部分解除细胞因子对红系造血的抑制作用。目前,rHuEPO 临床应用的合适浓度还在进一步探索中,总体趋势是剂量越来越大,已有作者报道 3d 12 万单位的治疗剂量^[9]。

参考文献

[1]Reed WR,Hussey DH,DeGowing RL,et al. Implications of the anemia

好,年龄越小,治愈率越高。因此,小儿弱视要做到早发现、早预防、早治疗。本文结果显示,轻度、中度和重度弱视疗效差异存在显著性意义,轻度弱视疗效最好,中度次之,重度疗效最差。三种类型中,屈光不正性弱视效果最好,总有效率达 100%,与斜视性弱视和屈光参差性弱视比较,差异有显著性。

参考文献

[1]中华眼科学会全国儿童弱视斜视防治学组.弱视的定义、分类及疗效评价标准[J].中国斜视与小兒眼科杂志,1996,4(3): 97

[2]杨景存.眼外肌学[M].郑州:河南科技出版社,1994.214

(收稿日期: 2007-02-01)