

## 改良睫毛囊摘除术治疗重睫临床研究

汤国瑶<sup>1</sup> 罗兴中<sup>2</sup>

(1 南昌大学附属口腔医院 南昌 330006; 2 江西省人民医院 南昌 330006)

关键词: 重睫; 睫毛的异位发育; 睫毛囊摘除术

中图分类号: R 777.15

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0063-02

重睫又称双行睫,其睫毛为双排,即在睑板腺开口部生长另一行睫毛,此行称为副睫毛。重睫是睫毛的异位发育,多为先天遗传<sup>[1]</sup>。该病在临床上较少见,作者从 1985 年 8 月~2007 年 2 月共治疗观察 10 例 18 眼,取得了较好的效果。现报告如下:

### 1 临床资料

1.1 一般资料 重睫患者 10 例(18 眼),男 4 例(7 眼),女 6 例(11 眼)。年龄 8~30 岁,平均 18.5 岁。重睫患者均有轻度畏光、流泪,有的有眼红,瞬目次数增多,好揉眼。副睫毛位于正常睫毛后方,由睑板腺开口内长出,少者 3 根,多者 20 余根,有的睑板腺口内无睫毛发生。在本组 10 例中,8 例(15 眼)见于双眼上下睑,1 例(2 眼)发生于双下睑,1 例(1 眼)发生于单眼下睑。副睫毛较短(1~7mm),有的细软如胎毛,有的与正常睫毛相同。副睫毛较少,排列规则,直立或向内倾斜,常引起角膜刺激症状。裂隙灯检查示睑板腺开口处为睫毛所代

### 1 对象与方法

1.1 对象 BRVO 患者 50 例(50 只眼),男 20 例,女 30 例,颞上分支静脉阻塞 33 例(66%),颞下分支静脉阻塞 10 例(20%),鼻侧 7 例(14%),不包括半侧及黄斑小分支静脉阻塞。年龄 39~78 岁(平均年龄 60.5 岁)。合并高血压者 32 例,糖尿病患者 8 例。随诊 3~24 个月(平均 11.8 个月)。

1.2 激光术前检查及适应证 本组病人均在门诊检查治疗,术前检查包括:视力、裂隙灯、眼底镜、眼压及眼底荧光血管造影,缺血型及无灌注区 >4PD 者均为本组激光治疗适应证。

1.3 方法 充分散大瞳孔,应用 532 激光机对 50 例患者进行治疗。对缺血型及无灌注区 >4PD 患者,行区域性或象限性播散光凝;对渗漏威胁黄斑及已形成黄斑水肿的患者,先行黄斑格栅样光凝,再行区域性或象限性播散光凝。激光参数变化较大,输出功率 100~500mW,曝光时间 100~300ms,光斑直径 100~300 $\mu$ m,格栅样光凝为轻度烧灼,区域性或象限性播散光凝为中度烧灼。除激光治疗外,患者配合以银杏叶片、复方丹参片、维生素 C、维生素 E 等药物治疗。对于出血浓厚区域,光凝时应避开,待出血吸收后补充光凝。

1.4 疗效评定标准 治愈:无灌注区和(或)新生血管消失,视网膜出血、水肿和渗出消失;显效:出血、水肿及渗出大部分吸收和(或)新生血管大部分萎缩;有效:出血、水肿及渗出部分吸收和(或)新生血管部分萎缩;无效:达不到上述标准。

### 2 结果

2.1 视力预后 激光治疗后视力提高 2 行以上者 30 例,占 60%,视力提高 1 行或不变的 14 例,6 例视力下降,其中黄斑

替,球结膜血管微扩张,角膜有不同程度的荧光素染色,由于结膜上皮长期受细软睫毛刺激,已能适应,故有的儿童较大才能引起家长的注意和重视。

1.2 手术方法 用 2%利多卡因注射于睑板与肌层之间,按摩片刻。为防术中出血,可用大号霰粒肿夹夹住患者眼睑并翻转,在显微镜或放大镜下,术者以左手拇指与食指固定睑缘向上,右手持圆刃刀,沿睑缘灰线轻轻划开。深达 1mm,为防切口偏位,此后顺灰线逐渐延长。第二次再加深切口,超过毛囊深部(4~6mm)。当切口深达 2mm 时,圆刃刀可略偏向睑板侧层切割,分睑缘为前后两部,将睑缘后半部缝 2 条牵引线固定于霰粒肿夹上,睑板腺区域完全暴露,顺副睫毛寻找毛囊根,可见毛囊与睑缘垂直,有的呈黑色团球或弯曲状,埋于睑板内。用线状刃刀尖在毛囊周围,逐个予以刺割,毛囊即松动,将其随同副睫毛一并摘除。以此方法逐个将副睫毛与毛囊摘除。术毕去除霰粒肿夹及牵引线,将睑缘前后两部对

部长期渗出、出血者 2 例,晚期黄斑部形成瘢痕者 2 例。

### 3 讨论

3.1 激光治疗时机 关于激光治疗的时机选择有许多争议,有学者认为应在发病后 3 个月以上,出血水肿不见好转、视力不能恢复时进行;还有的认为应在出现新生血管以后再行激光光凝治疗。许多学者指出新生血管的产生与视网膜缺血密切相关,并与无灌注区面积大小成正比,病程愈长,发生新生血管的危险性愈大,早期光凝大片无灌注区,可减少因缺氧产生新生血管的可能,预防新生血管的产生,减少玻璃体出血的发生率。早期进行激光治疗效果更好,可保护黄斑功能和预防随之发生的慢性视网膜损害和并发症。缺血型或无灌注区 >4PD 的视网膜分支静脉阻塞,可能发展成新生血管者,早期即进行激光治疗,这与有些学者的观点是一致的。在 BRVO 早期,当黄斑附近有大量毛细血管渗漏或出血威胁中心凹时,激光在黄斑外做格栅样光凝保护黄斑,避免因黄斑长期水肿,造成不可逆性损害。

3.2 激光治疗的愈后 本组 30 例视力提高 2 行以上,占 60%,治愈为 34 例,占 68%,取得了较好的疗效。在 BRVO 时,常由于缺血导致视网膜毛细血管闭塞,造成视网膜组织缺血、缺氧引起新生血管形成,黄斑部出血、水肿,激光治疗的目的是消灭无灌注区,缓解组织缺氧,防止新生血管发生,对已形成新生血管的,可直接光凝新生血管,黄斑格栅样光凝可使黄斑区水肿渗出减轻、消失。但对一些晚期病例,特别是视乳头产生新生血管及黄斑部已发生囊样水肿者,疗效不佳,常遗留有永久性的视力损害。

(收稿日期: 2007-07-10)

# 三种酰胺类局麻药在牙髓治疗中的疗效比较

李萍 汪骏

(江西省人民医院 南昌 330046)

关键词: 牙髓病; 酰胺类麻醉剂; 牙髓麻醉; 对比研究

中图分类号: R 781.3

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0064-01

在牙髓病的治疗中,疼痛使患者产生巨大的恐惧,无法忍受的剧痛往往使患者放弃或无法配合治疗,为消除患者的痛苦,达到无痛操作的目的,必然涉及到麻醉药物的使用,我们对目前较为常用的三种酰胺类局麻药物在牙髓病治疗中的疗效进行比较、评定。

## 1 资料与方法

1.1 病例选择 90 例患者 90 颗患牙,男 42 例,女 48 例,年龄 22~65 岁,平均 43.5 岁。将患者随机分为三组,每组 30 颗牙,第 1 组使用法国碧兰公司生产的碧兰麻(Primacaine);第 2 组使用法国赛特多公司生产的斯康杜尼(Scandonest);第 3 组使用天津金耀氨基酸有限公司生产的盐酸利多卡因注射液。

1.2 麻醉方法 主要用于口腔及牙科治疗中的局部浸润麻醉或神经阻滞麻醉,口腔黏膜下注射给药,注射前应回抽检查是否误入血管,尤其行神经阻滞麻醉时,碧兰麻与斯康杜尼注射速度不得超过 1mL/min。最大用量碧兰麻成人不超过 7mg/kg 体重;斯康杜尼不超过 6.6mg/kg 体重;利多卡因成人不超过 4.5mg/kg 体重(不用肾上腺素)或 7mg/kg(用 1/20 万浓度肾上腺素)。

1.3 麻醉效果评定 (1)评定麻醉剂起效时间、麻醉深度、持续时间。(2)开髓和拔髓时患者对疼痛的感知程度,将麻醉效果分为:麻醉完全:患者无疼痛的感觉;麻醉良好:患者有轻微疼痛,但能配合治疗;麻醉失败:患者疼痛难忍,无法治疗。

1.4 统计学处理 用卡方检验。

## 2 结果

2.1 三种麻醉剂起效时间 见表 1。碧兰麻起效时间快,麻醉深度深,持续时间也较长,利多卡因则缓慢。

1.3 结果 手术后观察最短 3 个月,最长 20 年,在 10 例 18 眼中,有 8 例 16 眼一次手术成功,2 例 2 眼因残留细短副睫毛 2~3 根,经行第二次手术治愈。所有病例均已无畏光、流泪、揉眼等角膜刺激症状。

## 2 讨论

重睫(双行睫)过去多采用拔睫毛或行睫毛电解术,但均不能杜绝复发。Nicati 采用切除条状睑板包括副睫毛在内的手术,但此术式易引起疤痕性内翻。White 为了保留睑缘完整的形状,在距睑缘 1~3 mm 之间,沿睑缘全长切除条状睑板深达睑板三分之二厚度,包括睑结膜、睑板、副睫毛根在内,然后对损伤进行口唇黏膜移植<sup>[2]</sup>。以上术式损伤面积大,操作亦较烦杂,且例数少仅各 1 例,同时未能长期观察,故在临床上未见推广。我们在传统方法的基础上稍进行了一些改良,同时对 10 例 18 眼进行了有关手术,观察期最短 3 个月,最长

表 1 三种麻醉剂起效时间比较

麻醉剂量	起效时间 /min	麻醉深度 / 度	持续时间 /h
碧兰麻	1~2	3	2.5~3.5
斯康杜尼	2~3	2	2~3
利多卡因	2~3	1	1.5~2

2.2 三种麻醉效果评定 见表 2。碧兰麻总有效率 100%;斯康杜尼为 100%,利多卡因为 76.67%, $P < 0.05$ ,差异有显著性。

表 2 三种麻醉剂麻醉效果评定 例

	n	麻醉完全	麻醉良好	麻醉失败	总有效率(%)
碧兰麻	30	30	0	0	100
斯康杜尼	30	26	4	0	100
利多卡因	30	8	15	7	76.67

## 3 讨论

碧兰麻与斯康杜尼是目前国际上一种较新型的酰胺类口腔专用麻醉剂,其显著特点是:(1)具有很高的组织穿透力<sup>[1]</sup>,对于多数牙髓治疗,仅需局部浸润麻醉即可达到理想的麻醉效果,少数效果不佳者追加阻滞麻醉即可取得足够的麻醉深度,使治疗得以顺利进行,从而大大减少了因行阻滞麻醉注射而带来诸如血肿、深部感染、神经损伤等并发症的发生,另外碧兰麻的血浆蛋白结合率高达 95%(斯康杜尼为 78%),其杂环结构提高了它的脂溶性,因而碧兰麻的麻醉效能高。(2)起效时间快持续时间长,保证手术操作时间。(3)毒性低<sup>[2]</sup>,碧兰麻与斯康杜尼比利多卡因毒性低,尤以碧兰麻最低,临床应用浓度 4%,从而更有效保证了其麻醉效能。碧兰麻独特的优点,吸引广大牙医应用,从而使那些惧怕齿科治疗的患者能够愉快地接受定期和长期的治疗。

### 参考文献

[1]张清,曹采方,孙晓平,等.碧兰麻对牙髓麻醉效果的临床验证[J].现代口腔医学,2001,14(6):401-402  
 [2]李家泰.临床病理学[M].北京:人民卫生出版社,1997.312

(收稿日期: 2007-07-11)

20 年,取得较好的效果。我们认为本术式的优点是:手术方法简单、损伤面积小,不需特殊操作技巧与器械,手术易于暴露,在直观下便能将睫毛毛囊逐个摘除,一般不会再生。

根据本组病例远期观察,其手术结果符合生理功能与外观的要求,睑缘无手术疤痕,无内翻倒睫,睑缘灰线切开区愈合平整,仅 1 例 1 眼在放大镜或裂隙灯下,可见条状痕迹,但不影响外观与功能,此痕迹的产生可能与初次手术时切口偏位有关;另有 2 例 2 眼在随访中分别发现有短睫 2 根及 3 根,我们分析可能是由于术中遗漏或术前患者已自行拔除睫毛,以致手术时未能发现,该 2 例 2 眼经我们再次手术,均成功。我们体会本术式只要术者操作仔细,以上不足之处均可避免,值得在临床上推广应用。

### 参考文献

[1]刘美奇,赵亮.现代眼科学[M].南昌:江西科技出版社,1996.400  
 [2]White JH. Correction of distichiasis by tarsal resection and mucous membrane grafting[J]. Am J Ophthalmology, 1975, 80(3): 507

(收稿日期: 2007-06-13)