

利用视网膜镊、钩、剪、玻璃体切割刀等工具,可减少术中并发症的发生。传统常规的玻璃体手术,手术者需一手持光导纤维,另一手操作,膜分离、剥除会受到限制,四切口玻璃体手术技术在此时就能体现出其优越性,手术者克服了单手操作的不便,可双手灵活地操作进行膜分离、剥除,且手术剥膜时间比传统三切口玻璃体手术时间明显缩短,提高了手术效率。另外,四切口玻璃体手术确保完全切除纤维血管增殖膜,降低医源性视网膜裂孔及手术中离断血管引起出血的危险,使手术成功率明显提高^[4]。本组资料视网膜完全复位,术后随访 6~18 个月,术后视力改善率(77.27%)与文献报道的常规三切口玻璃体手术改善率(76.19%)^[5]相似。视力不佳患者存在血管闭塞、黄斑缺血及视神经萎缩,因此影响了术后视力恢复。目前虽已有免光导纤维玻璃体手术系统投入临床,如 Tripocon 公司的 Offiss 系统或 Photon 吊灯等设备,但其仍存在不少缺点^[6],其还需要特定的设备和器械,在基层医院难以普及,而四切口玻璃体手术方法无需增加器械和专用设备即可进行双手操作手术。

3.3 硅油应用存在一定的并发症,如继发育光眼,并发白内障、角膜变性等,还增加了二次手术的可能性。但由于我们对手术仍不够熟练,难免出现医源性视网膜裂孔,特别是对剥膜不充分或者术后再出血患者都填充了硅油,所以,术中硅油应用比较多(45.5%),明显高于国内报道的硅油填充眼的比率(38.2%)^[7]。但我们观察到硅油的应用可降低术中术后出血的发生率。不过在手术熟练后建议尽量使用气体,以尽可能减少硅油的并发症。对手术中合并行白内障手术的患者,我们尽量保留后囊,以减少新生血管长入虹膜,对眼底情况较好的患者在术中同时植入人工晶体。对存在视网膜脱离和术中填充了硅油的患者,我们暂不予植入人工晶体,因为联合白内障手术后反应如前房的炎症和粘连形成可更明显^[8],术后低头位使脱落色素及血膜可沉积于晶体面,并影响术后眼底的观察,故待硅油取出时再行二期植入人工

晶体。

3.4 通过对本组患者的观察及其他文献报道,玻璃体视网膜手术术后视力恢复的好坏除依赖于手术的是否成功外,更主要在于患者的病程和手术时机,本组资料 IV~V 期患者术后视力的提高率、提高程度明显好于 VI 期患者,即使视网膜复位良好,视力恢复也不甚良好,且术前行过全视网膜激光光凝的患者视力恢复也要明显好于未光凝患者。故对糖尿病视网膜病变患者,对其病程的观察,手术时机的选择就尤为重要。总的认为,经睫状体平坦部四切口玻璃体手术是治疗增殖性糖尿病视网膜病变,特别是严重的 PDR 的一种安全高效的手术方法。

参考文献

- 1 李凤鸣.眼科全书[M].北京:人民卫生出版社,1996:2326.
 - 2 鲍炯琳,臧晶,朱宇东,等.增殖性糖尿病视网膜病变的玻璃体切除术后疗效观察[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2007,7(2):94-95.
 - 3 吴昌龙,王玉,谭瑞礼,等.玻璃体切除治疗增殖性糖尿病视网膜病变疗效观察[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2008,22(6):544-545.
 - 4 魏文斌,杨琼,莫静,等.睫状体平坦部四切口玻璃体手术治疗严重增生性糖尿病视网膜病变[J].中华眼科杂志,2008,44(1):17-19.
 - 5 董艳敏,栗小丽,孙继超,等.玻璃体切除手术治疗增生型糖尿病视网膜病变的效果观察[J].眼外伤职业眼病杂志,2009,31(2):107-109.
 - 6 何建忠,吴国基,方旭林,等.改良玻璃体手术治疗严重糖尿病视网膜病变[J].中华眼底病杂志,2007,23(4):278-279.
 - 7 李冬育,郁丽娟,陈芳,等.岛状除膜手术治疗增生性糖尿病视网膜病变[J].眼外伤职业眼病杂志,2008,30(11):852-854.
 - 8 惠延年.糖尿病视网膜病变并发症的玻璃体手术治疗和手术并发症控制[J].中华眼底病杂志,2007,23(4):231-233.
- [收稿日期 2009-06-26][本文编辑 韦辉德 覃柯滔]

经验交流

低温等离子消融术及 UPPP 术治疗 OSAHS 的疗效观察比较

陈德荣, 张莉萍

作者单位: 330006 江西, 南昌市卫生学校

作者简介: 陈德荣(1964-), 男, 医学学士, 副主任医师, 研究方向: 眼科及耳鼻咽喉科教学及临床。E-mail: cderc@163.com

[摘要] 目的 研究阻塞性睡眠期呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)新治疗方法以及低温等离子消融术和悬垂腭咽成形术(UPPP)两种方法疗效分析。方法 对 68 例 OSAHS 病例随机分为两组, 44 例进行低温等离子消融术, 24 例行 UPPP 术, 并随访 6 月。结果 63 例全部痊愈, 解除阻塞性睡眠期呼吸暂停低通气综

合征,5例无效。治愈率治疗组为93.18%,观察组为91.67%。结论 对OSAHS病人采用低温等离子消融术与UPPP术同样具有很好的疗效,是一种值得推广的新方法。

【关键词】 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS); 低温等离子消融术; 新方法

【中图分类号】 R 767.13 【文献标识码】 B 【文章编号】 1674-3806(2009)12-1295-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.12.27

Curative effect comparison between the low temperature plasma ablation technique and the UPPP technique for OSAHS CHEN De-rong, ZHANG Li-ping. Nanchang Health School, Jiangxi 330006, China

【Abstract】 **Objective** To study curative effect comparison between the low temperature plasma ablation technique and the UPPP technique for obstructive sleep apnea hypopnea syndrome (OSAHS). **Methods** Sixty-eight cases of OSAHS were divided into two groups stochastically. Forty-four cases in treatment group received the low temperature plasma ablation technique, 24 cases in observation received routine UPPP techniques and two groups were followed-up visit for 6 months. **Results** 63 cases were cured completely, 5 examples were invalid. Cure rate in treatment group was 93.18%, cure rate in observation group was 91.67%, total cure rate was 92.65%. **Conclusion** In the treatment of OSAHS patient, the low temperature plasma ablation technique has the good curative effect, which is similar to the curative effect of the UPPP technique, this new method is worth promoting.

【Key words】 Obstructive sleep apnea hypopnea syndrome (OSAHS); Low temperature plasma ablation technique; New method

笔者从2006-06~2008-06共收治阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)68例,其中施行低温等离子消融术44例,UPPP术24例;随访68例,随访时间6个月,现将疗效分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共68例,男性63例,女性5例,年龄48~56岁,平均52岁;UPPP术病人均住院10~12d;消融术病人一般均在门诊进行,不住院。68例中,伴有鼻息肉12例,留院平均观察5~7d,打鼾响声67~70dB。68例均应用多导睡眠描记仪(PSC)检测全部确定为OSAHS,并排除中枢性睡眠呼吸暂停低通气(CSAH)和混合性睡眠呼吸暂停低通气(MSAH)者,其中伴有小下颌畸形5例,鼻息肉12例,中、下鼻甲肥大者5例。均为悬雍垂过长,扁桃体不同程度肿大,双侧索肥厚,左右径前后径狭小者。

1.2 设备仪器 美国 OUSHI 等离子低温消融治疗仪一台。工作能量设置为0.1~0.3hms,工作探头为消融、切割、打孔专用探头。

1.3 治疗方法 44例采取等离子消融术治疗,患者取半坐位,使用1%~2%利多卡因(含0.1%肾上腺素)进行悬雍垂、腭舌弓、腭咽弓局部浸润麻醉,鼻息肉或鼻甲肥大患者加1%~2%的卡因表面麻醉和1%~2%利多卡因浸润麻醉,满意后施行低温等离子消融悬雍垂腭咽成形术,术中吸除肥厚悬雍垂2/3及双侧扁桃体、双侧肥厚侧索部分、腭舌弓部分、腭咽弓部分;其中12例伴有鼻息肉者,先行鼻息肉摘除术后再施行低温等离子消融术或鼻甲消融减容术加悬雍垂、腭舌弓、腭咽弓局部低温等离子消融术。术后使用抗生素及止血剂等,伴有鼻息肉12例,留院平均观察5~7d。24例采取UPPP术,为常规悬雍垂腭咽成型术,术中一律摘除双侧扁桃体,术创以0/3羊肠线缝合,术后留院10~12d,术后使用抗生素及止血剂等。

1.4 疗效判定 (1)治愈:治疗后呼吸暂停低通气指数(AHI)减少50%或AHI<5、最低血氧饱和度>90%、症状基本消失;(2)无效:治疗前后AHI无明显改变,最低血氧饱和度和<90%,OSAHS症状体征无变化。

1.5 统计学方法 计数资料以例表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

本组68例,随访半年,治疗组(等离子消融术)治愈41例,占93.18%,观察组(UPPP术)治愈22例,占91.67%,两组比较差异无统计学意义($\chi^2=0.052, P>0.05$)。见表1。

表1 两组疗效比较[n(%)]

组别	例数	治愈	无效
治疗组	44	41(93.18)	3(6.82)
观察组	24	22(91.67)	2(8.33)
合计	68	63(92.65)	5(7.35)

注:两组治愈率比较, $P>0.05$

3 讨论

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)一般是指成人于7h的夜间睡眠时间内,至少有30次呼吸暂停或低通气,每次发作时,口鼻气流停止流通至少10s以上;儿童20s,或呼吸暂停低通气指数(AHI)即每小时呼吸暂停低通气的平均次数>5。低通气为睡眠中呼吸气流强度较基础水平降低50%以上,并且动脉血氧饱和度下降 $\geq 4\%$ ^[1]。OSAHS是一个发病率高、严重影响生活和生命的疾病。多项人群调查显示,实际患病率比以往报道的男性4%和女性2%的比率要高。最近的WCS(Wisconsin Sleep Cohort Study)调查显示,30~60岁人群中呼吸暂停和低通气指数(Apnea Hypopnea Index, AHI) ≥ 5 的男性占24%,女性占9%。其高患

病率而且中老年人中患病随年龄的增加而升高,我国 13 亿人口如以 2% 推算至少有 2600 万患者。该病严重影响人们的寿命,临床统计显示,未经治疗的 OSAHS 患者 5 年病死率达 11% ~ 13%, AHI > 20 者 8 年病死率为 37%, 全球每天约有 3 000 人的死亡与 OSAHS 有关。因此,该病是一种可以影响全身各器官的疾病,包括心血管、呼吸、血液、泌尿、生殖、消化、神经、内分泌系统等。大量研究发现 OSAHS 是引起高血压、冠心病、脑血管、老年痴呆等重要心脑血管疾病的一种独立危险因素,是引起中老年人丧失劳动力和致死的重要原因之一。OSAHS 引起日间嗜睡,生活质量下降,是交通事故和心脑血管疾病的危险因素。调查结果表明,在庞大的 OSAHS 人群中存在着严重的诊断和治疗不足,约有 93% 女性和 82% 男性 OSAHS 没有得到诊断和治疗。因此,急需增强相关学科医生有关 OSAHS 知识和诊断能力,提高诊断率与规范的治疗。由于产生 OSAHS 的解剖部位与耳鼻咽喉科关系密切,病人往往首先就诊于耳鼻咽喉科疾病。临床病因主要是上呼吸道狭窄或堵塞,所以,上呼吸道任何解剖部位的狭窄或堵塞,都可导致阻塞性睡眠呼吸暂停低通气。常见的是鼻和鼻咽、口咽和软腭以及舌根部^[1],此外,还有肥胖、内分泌紊乱、老年期组织松弛,肌张力减退等因素。目前针对 OSAHS 病人治疗方法有:(1)非手术疗法,包括行为疗法,如睡姿改变、减肥和运动,忌烟酒和镇静药等;药物治疗如某些西药和中药,有一定疗效;机械装置,如持续正压通气

(CPAP)治疗,口腔舌体矫治器等。(2)手术疗法。主要是针对上呼吸道的手术治疗,如鼻部手术、扁桃体手术,腺样体刮除术,UPPP 术、激光舌体切除或成型术、上呼吸道肿瘤切除术、下颌前移术等^[2]。本组病例 68 例,均为第一类手术,除 12 例伴有鼻息肉,5 例伴有小下颌畸形,5 例伴中、下鼻甲肥大者外,其余均为双侧扁桃体肿大,双侧索肥厚,悬雍垂过长,病变部位在鼻和鼻咽、口咽和软腭,因此,治疗组 44 例均采用低温等离子消融术,观察组 24 例行 UPPP 术,治疗组和观察组治愈率分别为 93.18%, 91.67%,说明低温等离子消融术以及 UPPP 术都有良好的疗效。等离子低温消融术的优点是作用机制与激光、微波等高温热效应不同,能在局麻下进行,时间短、出血少、术后反应轻、能在门诊小手术室进行,方便病人就治;但对严重 OSAHS 病人(指先需要气管切开后 II 期行 UPPP 术者)不宜采用。本组 68 例,术后均使用抗生素抗炎,无一例感染,均 I 期愈合。本组病例虽然随访半年,但时间不够长,真正远期效果仍有待继续观察。

参考文献

- 1 田勇泉,孙爱华.耳鼻咽喉科学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2002:155.
 - 2 王荣光,杨伟炎.睡眠病态呼吸的认识及其诊断治疗问题[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2003,17(8):505-508.
- [收稿日期 2009-06-29][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

经验交流

鞍区占位 10 例的 MRI 分析

郑建刚, 梅 莉, 许建兴, 顾勇坚

作者单位: 213002 江苏常州, 江苏大学附属武进医院影像科

作者简介: 郑建刚(1967-),男,本科,学士,副主任医师,研究方向:放射诊断。E-mail:zhengky2008@163.com

[摘要] 目的 回顾性分析 10 例鞍区占位磁共振成像(MRI)的表现,探讨鞍区占位的 MRI 诊断价值。
方法 10 例鞍区占位均行 MRI 平扫和增强扫描,诊断结果 9 例经病理证实,1 例经治疗回访证实;对鞍区占位 MRI 的表现特点进行分析。
结果 MRI 鞍区占位定位诊断正确率 100%,直观显示占位的大小、形态、空间定位及周围情况。
结论 MRI 对鞍区占位的定位定性诊断有重要价值。

[关键词] 鞍区占位; 磁共振成像; 病理

[中图分类号] R 445.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)12-1297-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.12.28

Analysis of MRI of space-occupying lesion in sellar region: Report of 10 cases ZHENG Jian-gang, MEI Li, XU Jian-xing, et al. Department of Image, Wujin Hospital Affiliated to Jiangsu University, Jiangsu 213002, China

[Abstract] **Objective** Retrospective analysis of MRI of 10 cases of space-occupying lesion in sellar region were performed to explore the value of the MRI in diagnosis of space-occupying lesion in sellar region. **Methods** Ten cases of space-occupying lesion in sellar received line plain and enhanced MRI scans. Of them 9 cases were con-