

整齐,对合良好,缝线不能错位;避免虹膜前粘连;ABO血型最好相同,ABO血型不配与排斥反应有关已得到公认^[4]。角膜移植术后适时拆线也是防止排斥反应的重要环节。拆线适应证:①缝线明显松弛;②出现线迹浸润有诱发排斥反应;③线迹新生血管形成;④深层新生血管长入植片;⑤切口收缩;⑥薄的纤维性切口瘢痕;⑦穿透性角膜移植术后缝线融解。术后未到3个月缝线松弛者,应密切观察,尽量拖至3个月再拆线,以防止创口裂开。

继发性青光眼是角膜移植术后另一种严重的并发症,如不及时治疗,可使角膜内皮受损,视力丧失,是术后失败的又一原因。长期的高眼压对视神经损害较重。所以,为提高手术的成功率,预防与治疗都非常重要。术中要注意:尽量减少刺激,减少对血房水屏障的破坏,以减轻术后的炎症反应;手术时缝合角膜深度要达4/5角膜厚度,缝线应均匀以免漏水及虹膜前粘连;术后注意观察眼压和眼部情况,如出现眼压升高迹象,要及时处理;对术前虹膜不健康和前房角功能不良者,术后常规应用降眼压药,药物治疗无效,应行抗青光眼手术。尽量减少角膜内皮损伤也是防止术后青光眼的主要措施。由于大多数角膜内皮损伤发生于角膜移植手术过程中,我们选择从内皮侧冲切,从内皮侧冲切角

膜时,将钻悬直置于角膜植片之上,锤击一次冲下植片,避免环钻压切所造成的创口边缘与环钻的摩擦,获得的植片比从上皮侧钻剪所获得的植片边缘整齐,边缘内皮细胞损失明显减少^[5]。剪取全角膜片时,先在供眼前房注入玻璃酸钠,既避免了房水溢出时角膜剪及虹膜对角膜内皮的磨擦,又减少了角膜的变形。这些措施都有助于减少术后继发青光眼。

综上所述,角膜移植术是治疗各种角膜病致盲的有效方法。治疗效果与植床条件、围手术期处理、手术技巧、术后合理用药、定期随访及并发症的处理密切相关。

参考文献

- [1] GARG P, KRISHNA P V, STRATIS A K, et al. The value of corneal transplantation in reducing blindness[J]. Eye, 2005, 19(10): 1106-1114.
- [2] 杨方耀,冯建宇,伍桂军,等. 角膜移植 182 例流行病学调查[J]. 中国实用眼科杂志, 2000, 18: 3.
- [3] 杨培增,龚向明,周红霞. 角膜移植排斥反应的铺片免疫组化研究[J]. 中华眼科杂志, 1998, 34(3): 273-275.
- [4] 孙垂基,贺炎炎. 现代角膜移植及角膜激光手术[M]. 天津:天津科学技术出版社, 1999: 76.
- [5] 阎亦农,刘远光,张瑞雪,等. 钻取方法对角膜切缘内皮细胞的影响[J]. 眼科研究, 1999, 9: 176.

(收稿日期:2006-02-22 编辑:庄晓文)

追查國際存檔

输尿管肿瘤的早期诊断

李星洪 刘世忠 李光昭 杨卫民

广东省汕头市第二人民医院泌尿外科(515011)

【摘要】 目的 探讨早期诊断输尿管肿瘤的有效方法。方法 回顾分析 9 例输尿管肿瘤早期临床表现,比较、分析多层螺旋 CT 尿路成像(MSCTU)、膀胱镜、逆行性肾盂输尿管造影、静脉尿路造影(IVU)及超声波检查阳性发现。结果 9 例均有肉眼或镜下血尿,膀胱刺激征。6 例病变上方输尿管及肾盂扩张、积水。多层螺旋 CT 尿路成像诊断 8 例,膀胱镜检+活检确诊 1 例,逆行性肾盂输尿管造影诊断 6 例,静脉肾盂造影诊断 3 例,超声波检查发现 5 例不同程度肾盂、输尿管扩张、积水,其中 3 例探及输尿管肿瘤。结论 输尿管肿瘤早期诊断较困难,持续性镜下或肉眼血尿、腰痛并有原因不明的肾盂、输尿管积水者,应及早行多层螺旋 CT 尿路成像检查。MSCTU 可作为诊断早期输尿管肿瘤的一种无创伤性、有效检查方法。

【关键词】 早期 输尿管肿瘤 诊断

输尿管肿瘤较少见,常见的临床表现为反复全程肉眼血尿或镜下血尿,部分伴有炎症而感到有腰痛,膀胱刺激征,但均非特异性表现,因其无特异性临床表现,输尿管肿瘤的早期诊断较为困难。现回顾性分析我院 2004 年 7 月至 2005 年 11 月收治的 9 例输尿管肿瘤早期临床表现,分析多层螺旋 CT 尿路成像(MSCTU)、膀胱镜、逆行性肾盂输尿管造影、静脉尿路造影(IVU)及超声波检查阳性发现,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 9 例,男 6 例,女 3 例;年龄 32~68 岁,平均 52.6 岁。移行细胞癌 7 例,腺癌 1 例,乳头

状瘤 1 例。9 例均有持续性镜下或肉眼血尿,5 例有膀胱刺激征、腰痛,6 例病灶上方输尿管及肾盂扩张、积水,贫血 2 例。首次发现症状到确诊时间为 11~35 d,平均 17 d。

1.2 方法 所有病例均行多层螺旋 CT 成像、膀胱镜、逆行性尿路造影、静脉肾盂造影及超声波检查。其中 CT 机为 Hispeed NX/I 双层螺旋 CT,行全尿路平扫后再加增强扫描,部分病例输尿管显示欠佳时于增强扫描前 10~20 min 肌肉注射 654-2 20 mg。扫描后经计算机图像后处理进行多平面重建成像。