

术前餐前血糖 8 mmol/L 以内,餐后两小时 10 mmol/L 以内,可以降低糖尿病患者术后感染、伤口不愈合的目的。高血压患者术前血压控制到 160/90mmHg 以内,可减少术中出血,避免心、脑、肾等重要生命器官功能不全。肾功能不全患者手术适应证应从严把握。

**3.3 建立术前评分标准的意义** 髋关节置换术是目前治疗高龄患者股骨颈骨折的金标准手术<sup>[5]</sup>,能早期解除疼痛、恢复功能,降低老年患者病死率,尽早恢复老年患者生活自理、参与社会活动,早期治疗效果显著<sup>6</sup>。过去我们对于高龄患者能否施行髋关节置换术的判断,往往凭手术医师的经验,缺乏客观的标准。医生为了确保手术安全,避免手术风险,主观上倾向于对手术适应证的把握过于严格,从而使很大一部分高龄股骨颈骨折丧失了早期功能恢复的机会,甚至有很大一部分患者因卧床并发症死亡。我们希望通过大量病例的积累,针对高龄患者建立术前评分标准,对术前的全身状况作出综合评价,对异常的结果予以相应的处理,指导临床工作中相对准确、客观的把握手术适应证。通过评分标准的建立,让我们在医疗过程中做到以客观的数据代替个人经验,真正做到让患者得到最安全的治疗,成为医生选择最安全的选择治疗方案的工具。我们参考照水潭医院骨科教程评分表<sup>[7]</sup>,将高龄股骨颈骨折患者分为三组:高度危险组积分 >80 分,中度危险组积分 50~80 分,相对安全组积分 <50 分。相对安全组对手术耐受力良好,术前需完成常规检查,充分准备,无明确禁忌证。中度危

险组手术耐受力较差,术前需对相应并存病充分治疗,将各器官功能调整至合理水平,增强手术耐受力,为相对手术禁忌证,如果患者能够平稳地度过围手术期,生活质量将得到显著改善,明显降低病死率。高度危险组因患者手术耐受力极差,骨折后卧床早期即有生命危险,为绝对手术禁忌,只能选择牵引等姑息治疗。然而由于本组病例较少,仍需要在工作中进一步积累数据以求进一步校正。

### 参考文献

- [1] 夏俊杰,金晓均,龚清. 68 例老年髋部骨折术后并发症的防治[J]. 东南国防医药,2008,10(1):10-12.
- [2] Motobc T, Hashiguchi T, Uehimura T, et al. Endogenous cannabinoids are candidates for lipid mediators of bone cement implantation syndrome[J]. Shock, 2004, 21(1):8-12.
- [3] 杨玉辉. 髋关节成形术治疗高龄股骨颈骨折 315 例临床分析[J]. 中国老年学杂志, 2007, 27(10):1714-1716.
- [4] 王玮,沈惠良,曹光磊. 65 岁以上老年骨科患者手术风险因素评估[J]. 中国矫形外科杂志, 2006, 14(6):425-427.
- [5] Heetveld MJ, Goslings JC, Raaymakers EL, et al. Large variation in indications for internal fixation or arthroplasty in displaced femoral neck fracture: results of a questionnaire distributed among general surgeons in 20 hospitals[J]. Ned Tijdschr Geneesk, 2005, 149(18):984-991.
- [6] 丁华,周云,章洪喜. 全髋置换治疗老年人髋关节疾患的疗效观察[J]. 中国伤残医学, 2008, 16(4):715-16.
- [7] 田伟. 积水潭骨科教程[M]. 北京:北京大学医学出版社, 2006:115-118.

(收稿日期:2009-03-17;修回日期:2009-04-27)

(责任编辑:黄攸生)

## 图像视诱发电位自律空间频率刺激法治疗弱视

刘丽娜,李玉翠,黄雪丽

(解放军第 180 医院眼科,福建泉州 362000)

**[摘要]** **目的** 评估图像视诱发电位 PVEP 自律空间频率刺激法治疗弱视的方法与效果。**方法** 随机抽取在本院确诊为弱视初次接受治疗的 110 例,173 只眼。采用上海迪康公司生产的 DV-PVEP 分析系统,检测弱视的 VEP 振幅与潜时,按其较好的一档振幅与潜伏期的空间频率作为第一张自律光盘进行视刺激信号,将制成的光盘输入上海迪康公司生产的 P5VD2-VMSE 操作系统进行训练,辅以遮盖、后像、红光闪烁、平流电刺激穴位等综合疗法。3 个月后,根据视力进展情况,复查 VEP,更换相应的更高空间频率光盘进行刺激直至弱视治愈。**结果** 随访 8~25 个月,平均 15 个月。173 只眼治疗有效 147 只眼,有效率 84.9%。**结论** 图像视诱发电位刺激法是视觉生理刺激疗法的改进,为个性化治疗,对弱视治疗有一定的效果。

**[关键词]** 图像视诱发电位;自律空间频率;弱视;治疗

中图分类号: R777.4<sup>+</sup>4 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)04-0350-03

作者简介:刘丽娜(1974-),女,福建泉州人,大专,医师,从事临床眼科工作。

弱视是指眼部无明显器质性病变,以功能性因素为主所引起的远视力 $\leq 0.8$ 且不能矫正者。弱视多发生在视觉尚未发育成熟的幼儿期,主要是在小儿视觉发育敏感期内由于各种影响视觉发育的因素,使双眼功能长期紊乱,视觉系统神经元功能形态等方面异常而导致的<sup>[1]</sup>。我院 2007 年 1 月~2008 年 1 月应用 PVEP 自律空间频率刺激疗法辅以遮盖法、后像法、红光闪烁法、平流电刺激穴位等综合疗法治疗儿童弱视,取得较好的疗效,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机抽取确诊为弱视在本院初次接受治疗的 110 例,173 只眼。5~10 岁 61 例,11~16 岁 49 例。屈光不正型弱视 65 例,屈光参差弱视型 32 例,斜视型弱视 13 例,轻度 45 只眼,中度 91 只眼,重度 37 只眼。全部病例行常规眼前节及眼底检查,散瞳检影排除眼部器质性病变。

1.2 方法 采用上海迪康公司生产的 DV-100 视觉诱发电位 PVEP 分析系统,该系统由红外线发射接收器图形刺激系统 PVEP 主机组成。对比度 100%,时间频率 1~2Hz,叠加 40~80 次。电极安置:记录电极置于枕骨粗隆上 5 mm,参考电极与地电极置于两侧耳垂部位。空间频率自棋盘格 4×3.8×6 起至 80×60,128×96。在安静、无外界因素干扰的暗室内,检查距离为 1 m,受检者佩戴眼镜,水平注视图形刺激屏中央的红点。在录入受检眼电生理资料后,仪器进入搜索和检测操作,检测弱视的 VEP 振幅与潜时,按其较好的一档振幅与潜伏期的空间频率作为第一张自律光盘,光盘输入上海迪康公司生产的 P5VD2-VMSE 操作系统进行视刺激训练。训练时间为每天 2 次,每只眼 10 min,训练时戴矫正眼镜,另眼全遮盖,注视电脑屏幕的棋盘格翻转图像,通过眼、手、脑配合训练。根据电脑提示,完成相对应的训练。辅以遮盖法、后像法、红光闪烁法、平流电刺激穴位等综合疗法。3 个月后,根据视力进展情况,复查 VEP,更换相应的更高空间频率光盘进行刺激直至弱视治愈。

2 结果

疗效标准按 1996 年全国儿童弱视斜视防治组制定的标准<sup>[2]</sup>。

2.1 不同年龄患者疗效比较 5~10 岁,117 只眼,有效率 90.60%;11~16 岁,56 只眼,有效率 75.00%。患者年龄越小治疗效果越好<sup>[3]</sup>。(P<0.01)。

2.2 不同弱视类型疗效比较(表 1) 屈光不正型弱视疗效最好<sup>[4]</sup>(P<0.01)。

2.3 不同弱视程度疗效比较(表 2) 弱视程度越轻治疗效果越好<sup>[5]</sup>(P<0.01)。

表 1 弱视类型与疗效

弱视类型	治疗组		
	治疗眼数	有效眼数	有效率(%)
屈光不正	122	116	95.08
屈光参差	32	23	71.87
斜视	19	9	47.37

表 2 弱视程度与疗效

弱视程度	治疗组		
	治疗眼数	有效眼数	有效率(%)
轻度	45	45	100
中度	91	81	89.01
重度	37	21	56.76

3 讨论

弱视治疗效果与年龄密切相关,年龄越小,疗效越好,争取学龄前视觉发育敏感期内治疗,既不影响上学又能保证治疗时间与效果,提倡幼儿期检查视力,早期发现、早期治疗。但 12 岁以上的大龄弱视也不能轻易放弃治疗,因患者具有迫切治疗的愿望与积极主动配合的有利条件,治愈还是有希望的<sup>[6]</sup>。

弱视治疗效果与弱视程度、类型有关,对于斜视型弱视、重度弱视的治疗,其过程是艰苦漫长的,需要与家长沟通,讲明弱视的危害性和治愈的可能性,取得积极配合、持之以恒才会有收效。

图像视诱发电位自律空间频率刺激法是视觉生理刺激疗法的改进,是在光栅(CAM)疗法的基础上,将刺激信号换为黑白棋盘格翻转的空间频率,代表各方向运动条栅空间频率刺激总和,训练黄斑区锥细胞的功能与改善视觉信息的传递功能同时进行,更快更好地恢复各级视觉神经细胞功能,达到提高视力、治疗弱视<sup>[7]</sup>。刺激信号选取患儿振幅与潜时,随病情改善适时调整刺激强度,更具有个性化<sup>[8]</sup>。自律光盘输入配套系统训练,其电脑屏幕大,对比度好,亮度均匀,可操作性强,配有游戏、卡通画片、音响等增加趣味性。提高依从性,尤其适合大龄患者训练。视诱发电位也可作为检测弱视程度与疗效的客观指标。该仪器抗干扰性强,不需屏蔽

式房间。

近年来已公认弱视的综合疗法是一种更为客观、系统、科学、有效的弱视治疗方法<sup>[9]</sup>。我们临床体会图像视诱发电位自律空间频率刺激疗法有一定局限性,如何选择其它疗法协同治疗更合理有待临床观察;如何预防光盘训练加速近视进展等问题有待进一步探讨与改进。

参考文献

[1] 李凤鸣. 眼科全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 2958-2960.  
[2] 中华眼科学会全国弱视斜视防治学组. 弱视定义、分类及疗效评价标准[J]. 中国斜视与小儿眼科杂志, 1996, 4(3): 97.  
[3] 刘国华, 于淑娟. 综合疗法治疗儿童弱视疗效观察[J]. 中国斜视与小儿眼科杂志, 2008, 16(2): 65.

[4] 周炼红, 张云成, 邢怡桥. 儿童弱视综合疗法分析[J]. 中国斜视与小儿眼科杂志, 2007, 15(2): 73.  
[5] 朱丽芹. 综合疗法治疗儿童弱视疗效分析[J]. 中国斜视与小儿眼科杂志, 2006, 14(2): 35-36.  
[6] 郝淑珠, 朱赛林, 孟 臻. 大龄儿童及青少年弱视治疗疗效观察[J]. 中国斜视与小儿眼科杂志, 2009, 17(1): 25-27.  
[7] 杜婉丽, 王勤美. 自律空间频率刺激疗法治疗弱视的疗效分析[J]. 甘肃科技, 2005, 21(2): 167-168.  
[8] 曹西友, 魏衍泽, 高 晋. 图像视诱发电位自律空间频率刺激疗法治疗弱视的初步报告[J]. 临床眼科杂志, 2002, 10(6): 23-25.  
[9] 秦 丹, 张安娜, 郭 萌. 390 例儿童弱视综合治疗观察. [J] 中国斜视与小儿眼科杂志, 2009, 17(1): 31-33.  
(收稿日期: 2009-03-19; 修回日期: 2009-05-11)  
(本文编辑: 黄攸生)

改良菱形皮瓣修复创面的临床应用

蔡林碧珍, 郑健生, 郑庆亦  
(解放军第 175 医院烧伤整形科, 福建漳州 363000)

[摘要] 目的 应用改良菱形皮瓣修复创面的效果观察。方法 采用改良菱形皮瓣对 58 例圆形或椭圆形的创面进行修复, 利用创面邻近处的皮肤, 采用旋转和推进相结合的方法直接覆盖创面。结果 58 例均得到一期修复, 所修复创面的皮肤颜色和质地基本与周边皮肤色泽一样。供瓣区术后疤痕不明显, 不需要植皮。结论 认为采取改良菱形皮瓣对修复一定范围内的创面是一种简单易行方法。  
[关键词] 创面; 修复; 皮瓣

中图分类号: R622\*.1 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)04-0352-02

对圆形或椭圆形的软组织缺损创面, 以往多采用直接缝合或局部旋转皮瓣 + 植皮术等, 常影响外观及功能。2000 年 6 月 ~ 2008 年 12 月, 我们应用 DuFourmentel<sup>[1]</sup>改良菱形皮瓣修复圆形或椭圆形的软组织缺损创面 58 例, 获得良好效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 58 例, 男 42 例, 女 16 例, 年龄 9 ~ 58 岁。切除后创面位于面颈部、躯干和四肢。疤痕 38 例, 慢性溃疡(包括褥疮)10 例, 皮肤缺损 8 例, 色素痣 2 例, 继发创面均为圆形或椭圆形, 最小面积 3.0 cm × 2.0 cm, 最大面积 12.0 cm × 10.0 cm。手术切除疤痕或扩创后, 用改良菱形皮瓣转移

覆盖切除后的创面, 手术 I 期完成, 切口愈合良好, 均无牵拉移等情况。  
1.2 方法 根据创面部位及大小, 参照 DuFourmentel 皮瓣设计拟转移的皮瓣<sup>[1]</sup>(图 1 ~ 3)。AB-CD 于切除后创面缘定, 延长 BD 和 CD 两线得到一个交角, DE 为此交角的角平分线, DE 的长度等于 AB, 然后作 EF 线, EF 的长度等于 AD, ∠DEF 的大小根据皮肤的弹性和松动性进行不同设计, 一般设计 ∠DEF 为 60°。改良菱形皮瓣设计形成后, 切除疤痕或扩创, 并沿菱形皮瓣设计线 DEF, 切开皮肤和皮下组织, 深达皮下深筋膜层, 潜行剥离皮下组织, 掀起皮瓣瓣部, 向缺损区旋转推进, BD 点缝合, AE 点缝合, D'F 点相对合缝合, 闭和缺损区。皮瓣旋转后 C 处常会形成一个猫耳, 可在闭合后给予适当的修剪。

作者简介: 蔡林碧珍(1965-), 女, 福建漳州人, 大专, 主治医师, 从事烧伤整形的临床救治工作。