

视功能治疗仪治疗儿童屈光不正弱视 80 例疗效观察

胡娟娟

[摘要] 目的:探讨使用视功能治疗仪治疗儿童弱视的疗效。方法:使用视功能治疗仪,对 80 例 4~13 岁弱视患儿进行治疗。结果:80 例中,基本治愈 65 例,其中 4~6 岁 42 例,基本治愈率 81.2%;有效者 10 例,其中 4~6 岁 7 例,有效率 12.6%;无效者 5 例。结论:使用视功能治疗仪对治疗 4~13 岁儿童弱视有很好的疗效,其中对 4~6 岁儿童疗效更好。

[关键词] 弱视;屈光不正;视功能治疗仪

[中国图书资料分类法分类号] R 777.44 **[文献标识码]** A

弱视是危害儿童视觉发育的严重疾病^[1],我国 3 亿儿童中,大约有 1 000 多万存在弱视,若不能及早发现、及早治疗,患儿将失去较好的视力和两眼单视功能及立体视觉,严重危害儿童视觉发育和身心健康。治疗弱视疗程长、方法多,目前以综合疗法为首选。我科使用视功能治疗仪对弱视患儿进行治疗,取得较好疗效。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006 年 7 月至 2009 年 7 月,我科共收治能坚持治疗的儿童弱视 80 例,其中男 47 例,女 33 例;年龄 4~13 岁。

1.2 治疗前检查 治疗前对患儿做全面的眼科检查,采用国际视力表检查远近裸眼视力及同视机检查有无斜视及融合能力;立体视查立体功能,采用免散瞳眼底照像及检影灯检查眼底,确诊儿童是否为中心注视、旁中心注视及有无眼底病变。用阿托品药膏扩瞳,方法为每日早、中、晚各 1 次,连续 3 天,共 9 次,验光配镜。远视力 ≤ 0.8 且不能矫正者为弱视。本组病例矫正视力全部 ≤ 0.6 。

1.3 治疗方法 在矫正视力后,严格按照使用说明书,利用视功能治疗仪进行治疗。治疗仪治疗功能模块有 CAM 训练、扫视运动、追随运动、红光闪烁、调节功能、精细操作和双眼视功能(包括融合视和立体视训练两部分)。方法为每日 1~2 次,每次 30 min,每 10 天复查 1 次视力,1 个月为 1 个疗程,每 6 个月须重新验光配镜。治疗过程中患儿须双眼平视电脑显示屏,双眼于显示屏保持设置的距离,并严格按照要求佩戴红蓝眼镜,按照系统提示逐步进行治疗训练。

1.4 疗效标准^[2] 停止治疗后 6 个月以上视力 \geq

0.8 为治愈;视力提高两行或两行以上且 6 个月不下降为有效;治疗前后无明显变化包括视力退步、不变或仅提高一行为无效。

2 结果

80 例基本治愈 65 例,其中 4~6 岁 42 例,基本治愈率 81.2%;有效者 10 例,其中 4~6 岁 7 例,有效率 12.6%;无效 5 例。

3 讨论

在视觉发育可塑性关键期内,异常的视觉环境可造成视功能障碍,而去除异常视觉环境后,视细胞的发育仍可恢复到正常状态,因此弱视是出生后视功能发育过程中形成的^[3]。目前一致认为,弱视是一种从视网膜神经节细胞开始至视力中枢的视觉传导系统及中枢全领域的功能及形态异常引起,产生弱视的因素为视觉剥夺,双眼相互作用及脑皮层的主动抑制。治疗弱视对儿童视力保护有重要意义。

立体视觉的发育是一个不断巩固、完善的过程。Birch 等^[4]发现正常立体视 3 岁时平均为 100",5 岁时平均为 60",7 岁时平均为 40",可见立体视随年龄明显提高。而各类弱视原因均能阻碍立体视的建立与完善,治疗弱视的实质意义在于通过增进视锐度以恢复立体视功能。胡艳霞^[5]认为由于各种原因导致弱视的患儿,若在 3~9 岁的阶段内得到较好的双眼视功能训练,即可获得良好的立体视觉。本文 80 例患儿使用视功能治疗仪治疗效果较好,其中年龄 < 6 岁治疗效果更佳。可能的原因是人眼视觉发育的敏感期在出生后 6 个月,可延续至 4~6 岁,故 6 岁以前弱视的治疗效果最好。廉洁等^[6]也证实了弱视治疗越早、年龄越小治愈率越高。因此对于小儿弱视应及早诊断、及早治疗。

弱视治疗的关键除了相应的治疗手段之外,患儿及家长对治疗的依从性与弱视治疗的疗效亦密切

[收稿日期] 2010-01-22

[作者单位] 安徽省蚌埠市第二人民医院 眼科,233000

[作者简介] 胡娟娟(1980-),女,住院医师。

相关,由于弱视治疗主要由患儿及家长来实施完成,所以患儿及家长对疾病的理解是影响疗效的重要因素。从本组病例可知,能坚持治疗的患儿最后的疗效明显优于不能坚持者,而且依从性好者所需的疗程也较短。同时患儿坚持训练和定期复查也是非常重要的,坚持训练对于消除抑制,增强融合力有益,对于建立与完善立体视功能同样有作用,作为医者,嘱患儿在停止治疗仪治疗后在家进行一些精细操作恢复,如穿针、穿珠等,使弱视眼不断得到训练。另外,定期复查结果不仅是对真实疗效的判断,而且还可根据患儿情况重新配镜,调整治疗方案。在视觉发育尚未成熟之前,每位治愈的患儿都有可能复发,因此都要随访观察直至视觉成熟期。弱视治愈后前半年应每月复诊 1 次,以后每半年复诊 1 次,治愈后

随访时间要延长至 3 年以上,对于复发者应继续治疗,直至再次达到弱视治愈标准。

[参 考 文 献]

- [1] 阎洪禄,高建鲁. 小儿眼科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002:475-497.
- [2] 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]. 中国斜视与小儿眼科杂志,1996,4(3):3.
- [3] 阴正勤. 弱视发病机制研究进展[J]. 中国斜视与小儿眼科杂志,2004,12(1):45-48.
- [4] Birch E, Williams C, Drover J, et al. Randot Preschool Stereoacuity Test: normative data and validity [J]. J AAPOS, 2008, 12(1): 23-26.
- [5] 胡艳霞. 儿童弱视立体视治疗分析[J]. 眼科新进展,2001,21(6):399.
- [6] 廉洁,刘兵. 综合疗法治疗儿童弱视 290 例疗效分析[J]. 中国医学文摘:儿科学,2008,27(2):114-115.

[文章编号] 1000-2200(2010)09-0931-02

· 临床医学 ·

急性心肌梗死血清 C 反应蛋白检测临床意义探讨

刘 明,朱伦华,牛俊彦,刘洪俊

[摘要]目的:探讨急性心肌梗死(AMI)患者 C 反应蛋白(CRP)水平变化及临床意义。方法:测定 69 例 AMI 患者和 73 例稳定型心绞痛(SAP)患者的 CRP 水平,并随访和监测 AMI 患者住院期间及 3 个月的主要不良心脏事件(MACE)。结果:AMI 组 CRP 水平为(33.5 ± 10.6)mg/L,明显高于对照组(14.8 ± 2.3)mg/L($P < 0.01$);AMI 患者住院期间 MACE 发生率 13.0%,3 个月总 MACE 发生率 24.6%;发生 MACE 患者 CRP 水平(42.67 ± 11.5)mg/L,明显高于无 MACE 者的(22.47 ± 6.63)mg/L($P < 0.01$)。结论:CRP 升高是 AMI 患者预后不良的危险因素之一,检测 CRP 水平对 AMI 患者的近期预后有一定的判断价值。

[关键词] 心肌梗死;心绞痛;C 反应蛋白;预后

[中国图书资料分类法分类号] R 542.22 [文献标识码] A

C 反应蛋白(CRP)是一种急性反应相蛋白之一,是炎症、组织损伤非特异性标志物,也是急性反应时相极灵敏的指标,大量研究^[1]已证实血清 CRP 水平升高与急性冠状动脉事件包括急性心肌梗死(AMI)的发生密切相关。本文就 CRP 与 AMI 患者预后关系进行分析研究,探讨 CRP 在 AMI 患者预后中的临床意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我科 2006 年 1 月至 2009 年 10 月住院的 69 例 AMI 患者作为 AMI 组,其中男 43 例,女 26 例;年龄 57 ~ 77 岁。发病到入院时间 13 ~ 31 h,入院后均未接受溶栓或介入治疗,给予药物保守治疗,并均排除感染、炎症、肿瘤、结缔组织疾

病、痛风及肾脏疾病。另外选择 73 例稳定型心绞痛(SAP)患者作为对照组。

1.2 方法 所有患者于入院后 6 ~ 12 h 抽取清晨空腹静脉血 5 ml,使用 OLYMPUS AU600 型全自动分析仪及麦克公司的 CRP 试剂盒,采用液相免疫沉淀散射比浊终点测定法进行血清 CRP 浓度测定。同时在患者入院后 6 ~ 12 h 抽取静脉血行血浆肌酸激酶(CK)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)检查,并于检测 CRP 时复查 CK 及 CK-MB。

1.3 随访 随访并记录患者住院期间及出院后 3 个月的病情转归情况,包括以下 3 种情况:病情趋于稳定,无心绞痛发作;病情恶化并发生顽固性心绞痛、心肌梗死、心力衰竭、猝死等不良心脏事件(MACE);病情在原基础上无明显变化。出院患者以电话、门诊方式进行随访。

1.4 统计学方法 采用 t' 检验和直线相关分析。

[收稿日期] 2010-01-07

[作者单位] 安徽省临泉县人民医院 心内科,236400

[作者简介] 刘 明(1972-),男,主治医师。