

针拨白内障针法探讨

江苏省泰州市中医院 孙金章

白内障针拨术,是在古代中医眼科“金针开内障法”的基础上发展起来的,结合现代医学的消毒、麻醉、切口以及手术器械的改进,治疗效果显著提高。该手术方法虽简便易行,但针拨时是在结构精细,功能特殊的眼球内操作,稍有不当,则变症蜂生,轻则影响手术的继续进行和手术效果,重则为永久性失明,直至摘除眼球等严重后果。如何预防和减少并发症的发生是值得重视的问题。笔者作针拨白内障术20余年,体会到手术并发症的发生率及并发症的轻重程度与术者操作技巧有很大关系。手术过程中的每一步骤都必须准确轻巧。经过长期实践,对以往认为针拨术中只能心领不能言喻的要点,总结归纳成针法——九法。兹将体会小结如下:

针拨白内障的针法分断带法与压障法。断带的顺序宜先断颞下象限,次断颞上象限,再断鼻上象限,最后断鼻下象限,如不按此顺序,致使部分韧带残留,因残留韧带缺少对侧韧带的拮抗力,发生断带困难,内障不易下沉,即使当时下沉,在退针解除压迫后或次日换药时又见内障上浮,复盖部分甚至全部瞳孔,此时术者应冷静,详细检查残留韧带的方位,选用以下针法对症处理。

一、绕针断带法:是针拨白内障常用断带法,尤其适用于软性白内障及白内障近熟期。针法:当拨障针由切口进至瞳孔区晶体前时,针头应指向12点钟位,针腹向后,沿着前囊向下行针,拨针的侧面绕过颞下象限的晶体赤道部,割断颞下象限韧带,用同样方法绕针割断颞上与鼻上象限的韧带,最后用排针点压法断鼻下象限的韧带,同时压障于玻璃体前下方,视网膜锯齿缘附近。根据晶状体囊膜的厚

薄,注意针头着力点,尽量在赤道附近的表面,才不易使晶状体囊膜破裂。

二、排针(点压)断带法:适用于硬性白内障及晶状体韧带脆弱者。针法:手术第一步用绕针断带法,先断离颞下象限韧带,然后再次进针到晶状体前,拨障针腹面向晶状体,针头着力点先放在晶状体12点钟位赤道部,向后轻压,压断上方韧带,然后拨针逐渐下移同时向后轻压,由上而下压断鼻上、颞上两个象限的全部韧带,最后用针头从晶状体赤道部的鼻侧缘(左眼9点,右眼3点钟位),依次向下排针点压断离剩余晶状体韧带。

三、卷障断带法:主要适用于因开始断带不当,致使切口对侧某一(左8~10点,右2~4点)点钟位之晶状体韧带残留,若拨障针触到晶状体,晶状体即向鼻侧退让,并不下沉,退针检视晶状体呈半脱位,高位在鼻侧。针法:将拨障针头部置于残留韧带附着处的晶状体赤道部稍前,拨障针向下,围晶状体绕圈,使残留韧带绕在拨针头部,此时向下轻轻拉压,断离残留韧带,再用背针法,将晶状体压下。

四、推针断带法:主要适用于因开始断带不当,仅留下进针侧某一(3~5点,右7~9点)点钟位的晶状体韧带未断者,如拨针触及晶状体时,晶状体向颞侧退让而不下沉,检视晶状体呈半脱位状,高位在颞侧。针法:后退拨障针,置针头于残留韧带所牵制的晶状体赤道部之后方,针腹向前,力点在针头部,稳住晶状体,并向对侧轻轻推移,使颞侧残留韧带离断,再用背针法将白内障压沉。

五、顶压断带法:主要适用于因开始断带不当,上方某(11~1点)点钟位的晶状体韧带

未断者,此时如拨障针触及晶状体时,晶状体向后上退让,呈垂帘状悬吊于瞳孔后,嘱患者头后仰时见晶状体上方赤道部在原位。针法:将拨障针头部从颞上方伸到残留韧带所牵制的晶状体赤道部后面,针腹向下,力点放在针头的弯凹部,由顶上轻轻压下,使晶体下移,压断残留韧带,再将白内障压沉。

六、挑针探障法:主要适用于某些晶状体韧带比较牢固,上方及两侧韧带已完全离断,下方有较多的晶体韧带残留,断离困难,晶体位置较高,为明确未断韧带的确切位置和范围。针法:将拨障针置晶体下缘赤道部之后面,针腹向上挑托,查明残留韧带范围后,拨障针继续向上抬举,使其完全断离,再用背针法将晶状体压下。

七、针背压障法:适用于晶状体韧带已全部离断,晶状体较小的硬性白内障。防止压障时拨针弯头部挫伤睫状体。针法:用拨障针背面的弯突部,置于晶状体前极上1/3向后下轻压,当解除拨针压迫后,晶体不上浮即可出针。

八、针腹压障法:适用于白内障近熟期及软性白内障,韧带已完全断离的。针法:将拨障针腹面贴住白内障前极中央偏上位,力点放在拨障针上缘,向下缓慢轻压,压沉白内障,此法切忌用针的侧面压障,否则易将内障压破。

九、退针脱障法:适用于白内障针拨时,韧带已完全断离,但内障随针起落不下沉者,因有部分晶状体韧带缠绕在拨障针头部。针法:将拨针头部完全退出切口外,松脱缠绕的晶状体韧带,再进针将白内障压沉在玻璃体前下方。

十、体会:根据有关文献报道及我科近几年白内障针拨手术病人统计,高龄老人居多,且老人易患全身并发病,如心血管病、糖尿病等等。因此古老传统拨障术的现代临床实用价值,将更有其现实意义。明末清初黄庭镜所著的《目经大成》一书,将金针拨障法从术前检查,进针穴位,进针方向,拨障,直至手术完毕,归纳为“审机、点睛、射复、探骊、扰海、卷帘、圆镜、完璧”八法。古人所用金针尖锐,进针前不作切口,直接以针尖从眼球外壁刺入压障,拉断韧带使晶状体脱位下沉,此法仅可用于韧带极其脆弱,晶体核大皮质少的硬性内障(老翳),否则易使内障破碎,并因此而产生许多并发症,所以适应范围小,成功率也低。现代白内障针拨术在继承金针拨障法的基础上,先作切口,再用头部扁平圆钝的拨障针先断韧带,后压内障的方法,术中破障很少发生,手术适应证相应扩大,成功率大大提高。所以笔者认为术中断带是拨障的关键,沉降是复明的根本,断带、压障全在针法的神灵耳。

清 胃 散 治 疗 干 槽 症 验 例

中国人民解放军济南军区总医院 薛 吉 栋

笔者多年来应用清胃散加减治疗干槽症,疗效颇佳,今择验案一则,介绍如下。

孟某,女,35岁,因拔牙3天、出现剧痛12小时于1987年11月16日初诊。患者因多齿于3天前在局麻下拔除。术后未遵医嘱,回家便行漱口,时见一小血块吐出,当时无不适。至第3天感拔牙处痛,进行性加重,夜间疼痛难忍。服用“去痛片”效果欠佳。上午在某医院口腔科诊为“干槽症”给予局部处理,但午后痛更甚,故延余诊治。证见:腮颊红、肿,拒按,张口困难。齿龈红肿,牙窝周缘组织灰白,无

溢脓。伴头痛神疲,全身困乏不适,口干、口臭,尿黄,大便调。舌红、苔黄糙,脉弦滑微数。辨证为胃热牙痛,治以清热、凉血、止痛,方用清胃散加生石膏、炒栀子,水煎3剂。二诊:服上方1剂疼痛缓解,3剂疼痛基本消失,仅于进食过热时微痛数秒钟。颊红肿明显减轻,牙窝缘灰白组织消退,表面生有白膜。舌苔变为薄白、润,余诸症消失。上方有效,守方再进3剂。三诊:颊、龈红肿全消,疼痛消失,可正常饮食。共服6剂而基本治愈。