

切割术后眼内炎发生率为 0.053%^[4]。本组患者中未见到此并发症及其他严重并发症。尽管如此,TA 眼内应用的长期安全性还有待证实,不能肯定是否已经造成玻璃体后脱离,或者在玻璃体后皮质粘连紧密不易造成后脱离的情况下,TA 眼内应用是一种有效的辅助手段,但没有必要将其作为玻璃体切割术中的常规手段。

4 参考文献

1 Russell SR, Hageman GS. Optic disc, foveal, and extrafoveal

damage due to surgical separation of the vitreous. Arch Ophthalmol, 2001, 119: 1653-1658.

2 Peyman GA, Cheema R, Conway MD, et al. Triamcinolone acetone as an aid to visualization of the vitreous and the posterior hyaloid during pars plana vitrectomy. Retina, 2000, 20: 554-555.

3 坂本泰二. 硝子体细胞の细胞生物学. 日眼会志, 2003, 107: 866-882.

4 Sakamoto T, Enaida H, Kubota T, et al. Incidence of acute endophthalmitis after triamcinolone-assisted pars plana vitrectomy. Am J Ophthalmol, 2004, 138: 137-138.

(收稿日期: 2004-09-20)

(本文编辑: 唐健)

· 病例报告 ·

巩膜环扎术后环扎带视网膜下异位一例

林炎福 王文吉

【关键词】 巩膜成形术; 手术后并发症; 视网膜疾病

中图分类号: R779.62 R774.1

患者女, 46 岁。因“发现右眼巩膜环扎带在视网膜下 2 周”于 2004 年 1 月 6 日入院。1994 年 10 月 13 日患者因车祸发生蛛网膜下腔出血, 昏迷 4 d, 伴双眼眼球破裂伤, 当地医院急诊住院治疗。伤后 2 个月双眼视物不见而住我院行“右眼玻璃体切割加巩膜环扎、左眼玻璃体切割术”, 手术后双眼裸眼视力 0.1。配戴彩色软性隐形眼镜, 矫正视力右眼 1.0, 左眼 0.8, 双眼无虹膜、无晶状体。手术后 2 年复诊未见异常。2003 年 12 月 23 日来我院复诊发现右眼上方巩膜环扎带在视网膜下而收住院手术。全身检查未见异常。眼部检查: 视力右眼 0.1, 左眼 0.1, 矫正视力右眼 1.0(+11.00 DS), 左眼 0.8(+14.00 DS)。压平眼压计检查眼压, 右眼 27.5 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 左眼 11.0 mm Hg。右眼 7 点钟位角膜缘见白斑, 无虹膜, 瞳孔直径约 9.0 mm, 晶状体缺如, 玻璃体少量混浊。眼底上方周边部 10 点至 2 点钟位视网膜下隐约见白色环扎带, 环扎带隆起度高, 未见视网膜脱离。左眼 5 点钟位角膜缘小白斑, 无虹膜, 瞳孔直径约 8.5 mm, 晶状体缺如, 玻璃体少量混浊。眼底视网膜平复。B 型超声检查显示: 右眼玻璃体少量混浊, 鼻侧有机化光带, 上方强回声光条(疑为异物或机化物)。左眼玻璃体少量混浊, 双眼未探及视网膜脱离光带。光相干断层扫描检查: 双眼黄斑正常。临床诊断: 双眼角膜缘破裂伤后, 无虹膜, 无晶状体, 玻璃体切割术后, 右眼巩膜环扎带异位。于 2004 年 1 月 7 日在神经阻滞麻醉下行右眼巩膜环扎带截断, 拆除下方硅胶带手术。手术中暴露下方巩膜环扎带, 颞下方巩膜环扎带截断后取出, 见其下巩膜完整, 鼻下方巩膜环扎带为硅胶联结处, 亦顺利取出, 未见眼球壁缺损, 但有少量渗液。拆下的硅胶带长度为 28 mm, 鼻上方巩膜变薄, 颞上方见一小范围葡萄膜组织, 均未

见硅胶带。考虑上方硅胶环扎带侵蚀巩膜后到视网膜下, 因下方环扎带已截断取出, 患者视力良好, 故决定先观察一段时间再决定是否取视网膜下的硅胶带。手术后 5 d 出院, 手术眼裸眼视力 0.05, 矫正视力 0.8, 玻璃体少量积血, 视网膜平复, 上方视网膜下巩膜环扎带仍可见。手术后 1 个月随访, 手术眼裸眼视力 0.1, 矫正视力 1.0, 玻璃体少量混浊, 视网膜平复, 上方视网膜下巩膜环扎带仍可见。

讨论 本例患者右眼行玻璃体切割加预防性巩膜环扎术, 造成永久性环形巩膜嵴, 有效地消除或减少了玻璃体牵拉, 增加了视网膜脉络膜贴附机会。巩膜环扎术晚期常有一些并发症^[1]。其中加压物前移主要是由于加压物侵蚀肌肉穿过直肌止端前移所致, 发生时间多在手术后 6 个月~8 年。本例患者环扎硅胶侵蚀巩膜到达视网膜下并且是发生在手术 9 年后实为罕见, 可能是环扎硅胶的长期渐进性机械刺激或环扎带过紧, 造成其下的巩膜血供障碍, 巩膜纤维变性变薄, 或者是过度的冷凝、电凝造成巩膜局灶性坏死, 发生巩膜侵蚀, 巩膜环扎带下陷。因此对已行玻璃体切割术, 消除或减少了玻璃体牵拉, 不可做过紧的环扎, 否则有发生该并发症的危险。对本例患者若对残留视网膜下的硅胶带进一步取出, 有眼球破裂、视网膜裂孔、驱出性脉络膜出血、视网膜脱离等危险性。暂时采用保守治疗, 不取移位到视网膜下的巩膜硅胶带, 因下方环扎带已截断取出, 解除了环扎带向心牵拉力, 可能延缓或停止其继续侵蚀视网膜进入眼内, 继而引起视网膜脱离、眼内出血等并发症, 但需密切随访观察, 发现视网膜裂孔、视网膜脱离时应及时处理。

参考文献

1 黎晓新, 王景昭. 玻璃体视网膜手术学. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 178-180.

(收稿日期: 2004-04-13)

(本文编辑: 唐健)

作者单位: 200031 上海, 复旦大学附属耳鼻喉科医院眼科(林炎福, 进修医师, 现在福建省平潭县医院五官科)

通讯作者: 王文吉, Email: wangwenji@sh163.net