

可见,本研究中两组患者术后早期呈现出向顺规性散光增多的现象,但当角膜散光稳定后(术后3mo),又呈现出向逆规性散光增加的趋势,这与既往报道的角膜散光回归现象相符。

根据患者术前最大角膜散光屈光度的轴向来做透明角膜切口,能使患者术后的角膜散光度较术前得到一定程度的减少,从而在术后获得更好的视力,提高患者的满意度。

#### 参考文献

1 Ruhsrum I, Scholz U, Zehetmayer M. Astigmatism correction with a foldable intraocular lens in cataract patients. *Cataract Refract Surg* 2000; 26(7):1022-1027

2 Long DA, Monica ML. A prospective evaluation of corneal curvature changes with 3.0 to 3.5mm corneal tunnel phacoemulsification. *Ophthalmology* 1996;103(20):226-232  
3 李谊,李上,吴菊英,等.透明角膜反眉形切口超声乳化人工晶状体植入术临床观察. *国际眼科杂志* 2007;7(2):522-523  
4 钱进,王军.透明角膜小切口白内障术后的屈光稳定时间分析. *临床眼科杂志* 2005;13(2):137-138  
5 Kohen T, Mann PM, Husain SE. Corneal topographic changes and induced astigmatism resulting from superior and temporal scleral pocket incisions. *Ophthalmic Surg Lasers* 1996;27(4):263-269  
6 李凤鸣. *中华眼科学*. 第2版. 北京:人民卫生出版社 2005:2358  
7 金喜浓,刘平,韩清.透明角膜3mm切口白内障超声乳化术后的屈光状态研究. *国际眼科杂志* 2008;8(4):739-741

#### · 病例报告 ·

## I期玻璃体切除术联合重水填充治疗重度眼球破裂伤1例

朱丽,陈晓,周和政,宋艳萍,洪玲

作者单位:(430070)中国湖北省武汉市,广州军区武汉总医院眼科

作者简介:朱丽,硕士研究生,主治医师,研究方向:眼外伤、眼底病。

通讯作者:朱丽. zhuli5@medmail.com.cn

收稿日期:2008-09-18 修回日期:2009-04-10

朱丽,陈晓,周和政,等. I期玻璃体切除术联合重水填充治疗重度眼球破裂伤1例. *国际眼科杂志* 2009;9(4):

### 1 临床资料

患者,女,45岁,因“左眼被铁丝划伤后疼痛及视物不见4h”于2007-10-17急诊入院。检查:左眼视力:无光感,眼睑肿胀,球结膜下大量瘀血,角膜水肿,中央自6:00~12:00位呈“S”形长约13mm全层裂伤口,伤口内虹膜组织及大量玻璃体、脉络膜、视网膜组织嵌顿及脱出,下方前房大量积血凝块,晶状体缺如,眼压 $T_3$ 。诊断:左眼球破裂伤,已认定无保留价值,但患者强烈要求保留眼球,急诊行左眼球修补术,手术在显微镜下实施,采用球后神经阻滞麻醉,10g/L庆大霉素生理盐水溶液冲洗患眼结膜囊,去除伤口表面的纤维渗出膜,剪除溢出玻璃体组织及色泽污秽、变性坏死组织,还纳复位嵌顿于伤口及脱出的有血运、富有弹性的葡萄膜及视网膜组织,10-0进口丝线缝合角膜伤口,顺序是先缝合伤口转弯处,深度达2/3角膜厚度,垂直伤口两端跨度相等,角膜伤口缝合完毕,自4:00位透明角膜缘处穿刺接灌注维持眼压,全周剪开球结膜暴露巩膜,探查见上方巩膜2mm裂伤,8-0线缝合1针,自10:00位透明角膜缘处穿刺玻璃体切割头进入前房切除积血凝块,自10:00,2:00位角膜缘后4mm行巩膜穿刺,穿刺口溢出少许暗红色血液,接光纤照明及玻璃体切割头,光纤照明下见视网膜广泛脱离及撕裂翻卷,小心切除前段残存玻璃体及积血,拨展视网膜见视乳头,于视乳头上方注入重水展平视网膜,见后极部视网膜展平,因屈光间质混浊无法进一步处理眼底,缝合巩膜穿刺口,眼压指测 $T_1$ ,间断缝合球结膜,地塞米松注射液球结膜下注射,

典必殊眼膏包眼,术后严格平卧位,术后给予抗生素、类固醇、止血药物等治疗,2wk后视力:光感,角膜稍透明,前房及玻璃体积血逐渐吸收,于2007-11-01 II期行复杂性视网膜脱离复位术,术中切除残存玻璃体及积血,见后极部视网膜在位及平复,周边广泛视网膜脱离,上方及鼻侧大部分视网膜、脉络膜缺损,暴露巩膜,术中直接行硅油置换重水玻璃体腔填充,针对视网膜缺损边缘行激光光凝,术后俯卧位及抗感染、止血治疗。术后2wk视力:指数/30cm,眼压:20mmHg,视网膜平复,病情稳定出院,门诊随诊眼底视网膜平复。于2008-04-10取出玻璃体腔硅油并行巩膜环扎及120mL/L  $C_3F_8$ 气体充填,术后病情稳定出院,出院时视力:0.01,角膜中央裂伤口愈合好,角膜水肿,残存周边部分虹膜,晶状体缺如,玻璃体腔约1/4气体充填,眼底巩膜环扎槽隐约可见,后极部视网膜平复,眼压16mmHg,拆除角膜缝线。

### 2 讨论

由于锐器切割伤、爆炸伤和眼挫伤等造成的眼球壁大范围裂开致使眼球不能维持原形,称为眼球破裂,通常伴有眼内容物流失和失明,根据患眼裂伤部位伤口较大,伤口哆开,有视网膜、脉络膜及玻璃体大量脱出诊断重度眼球破裂伤,蔡用舒等<sup>[1]</sup>认为眼球破裂致大量眼球内容物脱出,已无光感,无法修复或无复明希望者应行眼球摘除术。而本病例I期行角巩膜裂伤缝合及前段玻璃体切除术及重水填充为后期复杂性视网膜脱离修复创造了条件,最终保留眼球并恢复一定的视功能。我们术中仔细轻巧清除坏死萎缩、污秽组织,避免施加压力及过多组织脱出,尽可能将视网膜组织回纳眼内,缝合水密角膜裂伤口,清除前房积血,在光纤照明及角膜接触镜下切除部分玻璃体,解除了对视网膜的牵拉,拨展脱离皱缩的视网膜,找到视乳头后,注入少量重水展平后极部视网膜,术后严格平卧要求患者平卧位,以免重水自破视视网膜边缘进入视网膜下腔,II期玻璃体视网膜手术因见上方及鼻侧大部分视网膜缺损及屈光间质混浊,直接行硅油与重水的置换,减少手术操作及避免了气液交换中上方视网膜坠滑<sup>[2]</sup>,在硅油填充下针对视网膜病变部激光光凝,取硅油时又补充行巩膜环扎,保证后极部视网膜的平复,此手术处理可为一些重度眼球破裂伤患者的保留眼球及恢复视功能带来一些希望。

#### 参考文献

1 蔡用舒. *创伤眼科学*. 北京:人民军医出版社 1988:431  
2 黎晓新,王景昭. *玻璃体视网膜手术学*. 北京:人民卫生出版社 2000:207