

- lation of pain and magnetic resonance imaging. *Ophthalmology*, 2003, 110:1646-1649
- 11 Hickman S, Toosy AT, Miszkiel KA, ET AL. Visual recovery following acute optic neuritis-a clinical, electrophysiological and magnetic resonance imaging study. *J Neurol*, 2004, 251(8): 996-1005
- 12 Rolak LA, Beck RW, Paty DW, et al. Cerebrospinal fluid in acute optic neuritis: Experience of the optic neuritis treatment trial. *Neurology*, 1996, 46: 368-372
- 13 Druscky A and Heckmann JG. Progression of optic neuritis to multiple sclerosis: an 8-year follow-up study. *Clin Neurol Neurosurg*, 1999, 101: 189-192
- 14 Nilsson P and Larsson E. Predicting the outcome of optic neuritis: evaluation of risk factors after 30 years of follow-up. *J Neurol*, 2005, 252(4): 396-402.
- 15 Optic Neuritis Study Group. Long-term brain magnetic resonance imaging changes after optic neuritis in patients without clinically definite multiple sclerosis. *Arch Neurol*, 2004, 61(10): 1538-1541
- 16 Tintore M, Rovira A, Rio J, et al. Is optic neuritis more benign than other first attacks in multiple sclerosis? *Ann Neurol*, 2005, 57(2): 210-215
- 17 Rizzo JF, Andreoli CM and Rabinov JD. Use of magnetic resonance imaging to differentiate optic neuritis and nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy. *Ophthalmology*, 2002, 109: 1679-1684
- 18 Vaphiades MS. Disk edema and cranial MRI optic nerve enhancement: how long is too long? *Surv Ophthalmol*, 2001, 46(1): 56-58

(收稿时间: 2006-09)

## · 病例报告 ·

## 长期睫状体剥离一例

王洪格 李绍伟 董晓光 杨杉杉 张涛

韩××男 24岁 因“右眼拳击伤后视力下降伴视物变形半年”于2004年8月6日来我院就诊。患者半年前右眼被拳击伤后视力下降，视物变形。伤后1周当地医院诊为右眼脉络膜裂伤、玻璃体出血，给予激素治疗后，视力有所改善。

来我院时，右眼视力0.2，-2.00DS=0.4，眼压4mmHg；角膜透明，前房浅I°；虹膜中周部色素脱失明显，瞳孔圆，直径4mm，对光反射存在，晶状体透明；玻璃体呈轻度灰白色絮状混浊，下方少量陈旧积血；视盘色红，鼻侧边界欠清，C/D≈0.2，黄斑中心凹反光消失，色素紊乱，后极部颞侧血管弓内大量视网膜皱褶。B超检查示：脉络膜浅脱离，玻璃体混浊。UBM示：前房浅，虹膜广泛前粘连，各方向房角关闭，隐窝处残留间隙，睫状体上腔鼻侧广泛渗漏，睫状体未见明显剥离。光学相干断层成像(OCT)示：黄斑部轻度水肿。Scheie房角分级：上方、鼻侧及颞侧房角为窄Ⅲ，下方房角为窄Ⅱ，未见睫状体剥离裂口。左眼视力1.0，眼压11mmHg，查体仅见虹膜下方中周部色素脱失，未见其他异常。

入院诊断：右眼 睫状体剥离待排，脉络膜脱离，黄斑水肿，玻璃体积血，陈旧性眼球钝挫伤。入院后，加压包扎双眼并限制活动，2天后再次行房角镜和UBM检查仍未能找到睫状体剥离裂口，遂在球周阻滞麻醉下行右眼前房Healon注入，在加深前房尤其是周边前房的情况下再次行UBM检查示：3到4点位睫状体剥离裂口，睫状体上腔广泛渗漏。睫状体剥离裂口位置明确后，行右眼睫状体裂口缝合复位术。距角巩膜缘4mm处做约二分之一厚度的巩膜瓣，浅层巩膜瓣下，距角巩膜缘2.5mm处全层切开深层巩膜，暴露其下方脱位的睫状体，将睫状体在2:45-4:15约1.5个钟点范围缝合于巩膜壁，手术顺利。术后患者眼压恢复正常，在10~14mmHg之间波动。术后第6天出院，右眼视力0.25，眼压为14mmHg，UBM证实睫状体复位，3到4点位范围轻度渗漏。半年后复

诊，右眼视力0.8，-0.50DS=0.9，眼压10mmHg，前房深度较对侧眼无明显差别，瞳孔正常大小、形状及对光反射正常，眼底颞侧血管弓内视网膜反光强，黄斑区淡黄色，周围少许皱褶。UBM示：各方向睫状体在位，鼻下方房角后退。OCT示：黄斑部未见异常。房角镜检查示：鼻侧3到4点范围轻度房角后退，其余范围可见全部房角结构。

**讨论** 睫状体剥离即睫状体与其附着的巩膜嵴之间有一裂隙，导致脉络膜上腔开放，与前房相通<sup>[1]</sup>。在其治疗上，发生早期可观察6w~8w；使用阿托品眼膏有助于睫状体复位，也可应用氩激光和冷冻人为制造局部炎症促使其复位；最可靠的方法是手术将睫状体固定于巩膜壁<sup>[2]</sup>。睫状体剥离在眼外伤中较为多见，由于房水通过剥离口进入脉络膜上腔，从而引起浅前房、低眼压，导致房角周边虹膜前粘连及房角关闭，虹膜面与角膜内皮接触，引起角膜内皮细胞功能失代偿，角膜水肿。低眼压可引起视网膜皱褶，脉络膜脱离，视神经水肿及黄斑水肿，从而严重影响视力。大部分患者可以通过前房角镜或UBM检查来确定睫状体的剥离裂口的位置和范围，以指导手术使睫状体复位。然而，如果患者睫状体剥离范围小，且剥离浅，加上有时前房极浅等因素，就很難找到剥离裂口。这种情况下可以先将患眼加压包扎，让患者卧床1~2天，再用房角镜检查，但必须快速检查，以防眼压下降、前房再次变浅。也可采用角膜缘侧切口向前房内注入Healon，使前房加深，特别是周边部前房加深，后再行前房角镜检查或UBM检查，就能够查找到剥离裂口的位置和范围，提高手术的成功率。

## 参 考 文 献

- 1 赵名威主译. 眼外伤与眼科急症处理. 北京: 人民卫生出版社, 2001, 224
- 2 谢立信主译. 眼科手术学. 北京: 人民卫生出版社, 2004, 358~359

(收稿时间: 2006-10)

作者单位: 250022 山东, 山东省眼科医院

通讯作者: 王洪格, E-mail:whg2002529@sina.com