

- microscopic observation of cell morphology and movement within the normal human anterior cornea. *Ophthalmology*, 1995,102:33-41
- 3 Brennan NA, Maurice DM. Corneal esthesiometry with a carbon dioxide laser. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 1989,30(suppl): 148.
 - 4 Kim WS, Kim JS. Change in corneal sensitivity following laser in situ keratomileusis. *J Cataract Refract Surg*, 1999, 25(3): 368-373
 - 5 Donnenfeld ED, Solomon K, Perry HD, et al. The effect of hinge position on corneal sensation and dry eye after LASIK. *Ophthalmology*, 2003, 110(5): 1023-1029
 - 6 Beuerman RW, Schimmelpfennig B. Sensory denervation of the rabbit cornea affects epithelial properties. *Exp Neurol*, 1980,69:196-201

- 7 Chuck RS, Quiros PA, Perez AC, et al. Corneal sensation after laser in situ keratomileusis. *J Cataract Refract surg*, 2000,26:337-339
- 8 Xu KP, Yagi Y, Tsubota K. Decrease in corneal sensitivity and change in tear function in dry eye. *Cornea*, 1996,15(3): 235-239
- 9 Singh G, Kaur J. Iatrogenic dry eye: late effect of topical steroid formulations. *J Indian Med Assoc*, 1992, 90(9): 235-237
- 10 Patel S, Perez-Santonja JJ, Alio JL, et al. Corneal sensitivity and some properties of the tear film after laser in situ keratomileusis. *J Refract Surg*, 2001, 17(1): 17-24

(收稿时间: 2006-03)

· 病例报告 ·

高度近视并发白内障、青光眼联合术后迟发性驱逐性出血成功治疗一例

石一宁 尹明 郭建强 伊恩晖

熊×× 男 43岁 以左眼白内障青光眼联合术后疼痛、视物不见1周主诉入院。1周前因“双眼原发性开角型青光眼，高度近视，右视网膜脱离、无功能”眼在当地医院行左眼白内障青光眼联合术，手术顺利，3小时后突然出现术眼剧烈疼痛，指测眼压T+2，急给药物降眼压、止血等治疗，1周后左眼视力仍为光感，转来我院。既往有高度近视病史17年。2年前有右眼外伤史。入院检查：VOD无光感，VOS光感，眼压R6mmHg，L 12mmHg。右眼虹膜震颤，瞳孔6mm，晶体半脱位，全混浊，后节窥不见。左眼角膜清，前房不浅，瞳孔4mm，光反应迟钝，人工晶体位正，玻璃体呈血性混浊，眼底仅见红反射。眼部B超示：右眼晶体混浊、玻璃体混浊、视网膜脱离；左眼玻璃体积血、脉络膜脱离。查凝血项正常。局麻下行左眼脉络膜上腔引流+玻璃体腔注气术，术中于2点位距角膜缘3.5mm及8mm，4点位距角膜缘3.5mm，5点位距角膜缘3.5mm及8mm，做5个穿刺点，放出暗红色不凝血性液体约2ml，玻璃体腔内注入消毒空气2.5ml与95% C_3F_8 1ml的混合气体。术后第16天，二次行左眼玻璃体切割+注惰气术清除玻璃体积血，术后VOS0.08矫正0.15。随诊4月后出现左眼牵拉性视网膜脱离，行左眼巩膜外环扎+玻璃体切割+注硅油+基底部冷凝术。1年后再次行左眼球硅油取出+注惰气术，术后VOS0.06矫正0.1。

讨论 驱逐性出血是眼外伤、内眼手术的严重并发症，常导致视力丧失。发生率为0.05%~0.2%，是由于睫状后短动脉、睫状后长动脉破裂或脉络膜破裂而出血^[1]。其真正原因尚不清楚，一般认为其危险因素有老年、高血压、动脉硬化、糖尿病、青光眼、高度近视眼等，球后麻醉效果不良及术中眼压控制不良亦不能忽视。常突然发生，眼压急剧升高，角膜水肿，前房消失，伤口裂开，眼内容物脱出及大量鲜血外流，可伴有剧烈眼痛。一旦发现应及时关闭切口，采取止血及高

渗烈，一般待急期后10-14天血凝块液化后再考虑手术，包括脉络膜上腔引流和玻璃体视网膜联合手术^[2]。本病预防十分困难。应做到：术前仔细问病史、检查全身情况，必要时先行内科治疗；术前严格控制眼压；有咳嗽、便秘者，随时处理；麻醉满意；术中前房减压要慢；尽量做小切口或做预置缝线以便随时结扎，关闭切口；不断提高手术技巧，缩短手术时间，可能会降低本病发生率。对具有危险因素者，术中术后时刻保持警惕，做到早发现，早处理。本文病例因高度近视，玻璃体-视网膜变性存在，发生了视网膜脱离，但术后视力仍矫正到0.1，提示随着手术医生对于本病认识、重视程度及紧急抢救技能的不断提高，一些病人因发现处理及时，完全可能获得部分有用视力。本文提示高度近视合并原发性开角型青光眼患者是否适宜做青光眼联合手术值得探讨，应慎重选择采用压陷式眼压计，而没有校正的眼压测定值，常表现为偏低。在近视患者中，开角型青光眼患病率为正常的6~8倍，正常眼压性青光眼及可疑青光眼的比例也明显高于其他人群。而在开角型青光眼患者中，近视眼占46.9%。通常多见于40岁以下及眼轴超过26.5mm者。眼压多为轻度升高，平均37.74mmHg。房水流畅系数(C值)较低，压畅比(Po/C)较高，房水流量较低，角膜曲率较大，巩膜硬度系数(E值)偏低，前房较深。视盘边界模糊，色泽对比不明显，凹陷多不典型，但杯盘比多高于正常人，血管屈膝及移位现象不明显。皮质类固醇诱发试验的阳性率较高。有些变性近视眼伴有高血压时，视盘边缘陡峭程度变大，且多先于视野改变及视盘凹陷扩大之前出现。由于病程缓慢，青光眼的征象多不明显。

参 考 文 献

- 1 李凤鸣. 眼科全书中册. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 1667
- 2 黎晓新等. 玻璃体视网膜手术学. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 174

(收稿时间: 2006-09)

作者单位: 710003 西安, 西安市中心医院眼科

通讯作者: 石一宁