

4. 准分子激光原位角膜磨镶术角膜双面切削法治疗近视为角膜厚度不足的患者提供了一种完全矫正屈光度的方法。同时, 常规LASIK后屈光回退的患者需要再手术时可以选择在角膜瓣下切削, 这对于避免LASIK后医源性圆锥角膜具有实际意义。但是, 手术操作需要保证角膜瓣和角膜基质激光切削区域中心能够很好地重合, 并且要避免过多的操作对角膜上皮的损伤。对操作不熟练的医生, 准分子激光原位角膜磨镶术角膜双面切削法不应当作为一种常规的选择。

参考文献

1 Holland SP, Srivannaboon S, Reinstein DZ. Avoiding serious corneal complications of laser assisted in situ keratomileusis and photorefractive keratectomy. *Ophthalmology*. 2000;107(4):640-52.

- Seiler T, Koufala K, Richter G. Iatrogenic keratectasia after laser in situ keratomileusis. *J Refract Surg*. 1998;14(3):312-7.
- Pallikaris IG, Katsanevaki VJ, Kalyvianaki MI, et al. *Curr Opin Advances in subepithelial excimer refractive surgery techniques: Epi-LASIK*. *Ophthalmol*. 2003;14(4):207-12.
- Shahinian L Jr. Laser-assisted subepithelial keratectomy for low to high myopia and astigmatism. *J Cataract Refract Surg*. 2002;28(8):1334-42.
- 贺瑞, 余顺. 高度近视 LASIK 治疗中角膜瓣厚度的探讨. *眼视光学杂志*. 2003; 5(3):138-140.
- 沈政伟, 王柏川, 尹禾, 黄震晞. 薄角膜瓣对 LASIK 疗效的影响. *国际眼科杂志*. 2004; 4 (4): 269-270.
- Yi WM, Joo CK. Corneal flap thickness in laser in situ keratomileusis using an SCMD manual microkeratome. *J Cataract Refract Surg*. 1999 Aug;25(8):1087-92.
- Durairaj VD, Balentine J, Kouyoumdjian G, et al. The predictability of corneal flap thickness and tissue laser ablation in laser in situ keratomileusis. *Ophthalmology*. 2000;107(12):2140-3.

(收稿时间: 2006-09)

· 病例报告 ·

玻璃体手术治疗眼后节异物的临床分析

徐春光 耿美香 肖咏梅

眼后节异物由于伤害波及玻璃体视网膜, 如不及时治疗, 将造成严重后果。部分磁性异物虽可以采用吸除术, 但由于增殖性视网膜玻璃体病变, 视网膜伤口无法处理, 异物吸除时的二次损伤, 易继发视网膜脱离。玻璃体手术治疗可以直视下取出异物的同时清除病变玻璃体, 处理视网膜损伤, 防止或复位视网膜脱离。我院自 2003 年 9 月至 2005 年 9 月采用玻璃体手术治疗眼后节异物 25 例 (25 眼), 现报告如下。

一般资料: 25 例 25 眼中, 男 22 眼, 女 3 眼, 年龄 18-54 岁, 平均 31 岁。异物种类: 铁 12 眼, 石 8 眼, 铜 2 眼, 玻璃 2 眼。视网膜情况: 视网膜脱离 11 眼, 视网膜未脱离但有裂孔 9 眼。合并外伤性白内障 14 眼。手术时间: 伤后 2-27 天。术前矫正视力: 无光感 9 眼, 光感 7 眼, 手动 5 眼, 数指以上 4 眼。术前均经 B 超 CT 检查。

手术方法: 采用睫状体扁平部切口, 合并白内障者, 行晶体切除。然后切除玻璃体, 尤其是异物周围部分。重水平复视网膜 (视网膜未脱离者重水可保护视网膜后极部)。取出异物, 处理视网膜病变。视网膜伤口应行光凝或冷凝处理。有视网膜裂孔或视网膜脱离者应玻璃体腔填充 C3F8 惰性气体或硅油。

结果: 23 眼球内异物取出, 占 92%, 2 眼因嵌于球壁无法取出, 占 8%。随访 1-3 年。术后矫正视力无光感 3 眼 (12%), 光感-手动 7 眼 (28%); 数指-0.1 者 8 眼 (32%); 0.1-0.15 者 6 眼 (24%); 0.5 以上 1 眼 (4%)。术后矫正视力提高 17 眼 (68%), 无变化 6 眼 (24%), 下降 2 眼 (8%)。其中 2 眼因视网膜玻璃体增殖性病变, 视网膜脱离, 眼球萎缩。

讨论: 异物取出时应区别对待。细小异物可使用玻切头或钩针吸除, 较大异物可通过与玻切头对比, 判断其大小, 纵行夹取。宽度小于玻切头的扁平异物, 以眼内异物镊自巩膜切口取出; 宽度大于玻切头, 小于 4mm 的扁平异物, 以眼内

异物镊自延长的巩膜切口取出; 较厚异物, 可“L”形扩大巩膜切口取出; 宽度大于 4mm, 或厚度大于 1.5mm 异物应考虑经瞳孔区接力自角膜缘切口取出 (即使晶体透明, 也需行晶体切除, 异物取出过程中应尽量降低灌注高度, 降低灌注引起的冲刷作用)。嵌于球壁的异物应细心剥离, 必要时行视网膜电凝切开。夹取异物应尽量稳固, 防止异物脱落引起视网膜再损伤, 取出异物经路上的玻璃体应尽量切除, 以免妨碍异物取出, 或牵引造成医源性视网膜脱离。玻璃体手术提高了球内异物的手术成功率, 有效的减少了术后并发症。经玻璃体途径取出异物具有下列优点: ①能取出眼的非磁性异物; ②在直视下操作避免了传统手术的盲目性; ③术中将异物游离后再取, 减少了对视网膜的牵引; ④方便取出位于后极部的异物, 减少并发症和危险性; ⑤可全部取出多个细小的眼内异物; ⑥可同时处理外伤引起的其他眼损伤或并发症^[1]。玻璃体手术联合眼内异物摘除时机的选择, 一般主张在伤后 7-10d 内, 眼内纤维组织未明显增生包裹异物之前, 以避免眼内异物及积血对眼内组织进一步的损伤, 减少眼内炎、PVR、视网膜脱离的发生^[2]。经玻璃体途径取出异物术后患者视力恢复情况主要与患者视网膜损伤部位, 视网膜增殖情况, 角膜透明程度有关。本组视力改善较好的 17 眼 (68%) 均为异物未损伤视网膜后极部, 或损伤轻微。角膜透明程度也很影响手术预后, 本组 2 眼 (8%) 因视网膜玻璃体增殖性病变, 视网膜脱离, 眼球萎缩者, 均为角膜混浊影响手术视野, 不能仔细全面处理视网膜玻璃体增殖病变部位导致。

参考文献

- 陈少军, 王一. 玻璃体切除术治疗复杂性眼内异物 66 例临床分析. *第三军医大学学报*, 2004.3 (26): 270-271.
- 张利, 陈术. 玻璃体切除术手术时机选择. *中日友好医院学报*, 2004, 2 (18): 110-112.

(收稿时间: 2007-03)

作者单位: 661600 云南开远, 解放军 59 中心医院眼科

通讯作者: 徐春光