

25°(同视机法),日常使用此范围中间的 1/3 克服隐斜视而不感觉疲劳,此部分融合储备,称为集合舒适区。融合范围的测定有以下两种方法:①同视机法;②旋转三棱镜法。本文使用同视机检查法。

中药七叶洋地黄双苷滴眼液是复方制剂,主要含的天然植物成份洋地黄苷和七叶洋地黄苷均为血管活性成份,直接作用于睫状肌,改善睫状肌的血液循环,增强睫状肌的调节功能,消除视疲劳。洋地黄苷还能激活视网膜色素上皮(RPE)细胞色素上皮酶,增加营养物质的输送,提高睫状肌的收缩幅度,促进 RPE 细胞生理性吞噬视网膜感光细胞外节盘膜后,消化残余代谢产物的排出,使感光细胞功能恢复。七叶洋地黄双苷能增加睫状肌的血流量,改善虹膜睫状体的功能。七叶洋地黄双苷滴眼液改善眼部充血,可能与七叶洋地黄双苷改善眼的微循环,增加营养,增加毛细血管抗性功能有关。洋地黄苷具有增强感光细胞功能,

改善患者视物模糊的作用<sup>[4]</sup>。

总之,对外隐斜引起的肌性视疲劳,通过中药七叶洋地黄双苷滴眼液联合融合训练可提高患者的 AC/A 比值,扩大融合范围,改善视疲劳症状。但对于合并外隐斜的老年人,因患者调节力减弱,如果希望获得清晰的近视力,还需带双光镜片;药物仅能短时间内消除疲劳,对老年人作用有限,需进一步探讨。

#### 参考文献

- 1 马东丽. 视疲劳综合征的研究概况 [J]. 中国中医眼科杂志, 2003, 13 (3):179-181.
- 2 吴晓. 隐斜视与视疲劳[J]. 中华眼科杂志, 2003, 39(12):763-765.
- 3 张方华. 肌性视疲劳的诊断和治疗[J]. 中华眼科杂志, 1987, 23(5): 279-281.
- 4 陈志, 张亚飞, 余秀梅, 等. 七叶洋地黄双苷滴眼液治疗视疲劳的临床观察[J]. 中华现代眼耳鼻喉科杂志, 2008, 5(1):51-52.

(收稿日期:2008-09-28)

## · 个案报告 ·

### 白内障术后眼内炎的诊断与治疗(附 3 例报告)

石一宁

【关键词】手术;眼内炎

中图分类号:R771.1;R779.66 文献标识码:B 文章编号:1002-4379(2008)06-0333-02

眼内炎是白内障术后最严重的并发症,我们曾遇到 3 例,现报告如下。

**例 1:**患者,男,58 岁,曾在外院行右眼 Phaco+IOL 植入术,术后出现葡萄膜炎症状,伴眼内进行性渗出,经全身及局部抗生素及糖皮质激素治疗,症状无改善,5 天前在外院考虑“人工晶状体过敏性眼内炎”行人工晶状体取出术,治疗后仍无好转且视力进行性下降伴眼痛,为进一步治疗转入我院,我院以“右眼内炎,右无晶状体眼,右眼白内障超声乳化术后,2 型糖尿病”的诊断收住。眼科检查:右眼视力光感,眼压 T<sub>2</sub>,球结膜充血,角膜全层水肿, Tyn(++),瞳孔药物性散大,晶状体缺如,玻璃体灰白色混浊,左眼大致正常。辅助检查:视电生理示 ERG, F-VEP 右眼无波形引出, M-ERG 右眼峰值较左眼低。右眼角膜内皮计数 1692/mm<sup>2</sup>, B 超示右眼玻璃体团状絮状低回声。

入院后控制血糖,急诊在局麻下行右眼虹膜 6 点切开+

玻璃体切割+玻璃体基底部分环形切开+人工 PVD+气液交换+注硅油术。术中见:玻璃体黄绿色混浊,散在灰白色颗粒,玻璃体基底部分及晶状体后囊散在大量积脓,后极部见视网膜前膜,视网膜在位,血管细。术后处理及观察:术后控制血糖,抗感染,抑制炎症反应,改善微循环,降低眼内压,营养角膜,嘱平卧位,促进视功能恢复治疗。右眼行全视网膜光凝术。治疗后眼内炎症状明显控制,但视盘色苍白,视网膜动脉闭塞。术后 10 天复查视电生理示 ERG, F-VEP 右眼无波形引出。

**例 2:**患者,女,曾在外院行右眼 Phaco+IOL 植入术,术后第一天右眼视力 0.1,第二天出现眼痛,视力降为光感,药物治疗无效,遂以“右眼内炎,右眼继发性青光眼,右人工晶状体眼,右眼白内障超声乳化术后”的诊断转入我院治疗。眼科检查:右眼视力无光感,眼压 T<sub>2</sub>,球结膜充血,角膜全层水肿, Tyn(++),前房上方见白色渗出物,瞳孔不规则散大,人工晶状体在位,余窥不清,左眼大致正常。辅助检查:视电生理示 ERG, F-VEP 右眼无波形引出。右眼角膜内皮计数 1805/mm<sup>2</sup>, B 超示右眼人工晶状体后团块状低回声。

入院急诊在局麻下行右眼前房穿刺+虹膜 6 点切开+虹

膜粘连分离+人工晶状体取出+玻璃体切割+玻璃体基底部环形切开+人工 PVD+气液交换+注硅油术。术中前房及玻璃体穿刺抽出渗出物细菌培养。术中见:人工晶状体后及玻璃体腔大量团块状白色渗出物,前 PVR 形成,后极部见视盘圆,色淡,水肿,黄斑暗区存在,视网膜在位,血管细。术后处理及观察:术后病理报告提取物为脓性渗出物,经细菌培养分离出金黄色葡萄球菌。给予抗感染,抑制炎症反应,改善微循环,降低眼内压,营养角膜,嘱平卧位,促进视功能恢复治疗。右眼行全视网膜光凝术。术后右眼压波动于 30~50mmHg,药物降眼压控制不理想,于术后第 7 天行右眼小梁切除+丝裂霉素 C 手术,眼压控制于 16mmHg 以下。治疗后眼内炎症状明显控制,但视盘色淡,视网膜动脉变细。术后 10 天复查视电生理示 ERG, F-VEP 右眼无波形引出。

**例 3:**患者,女,62 岁,因左眼白内障摘除+人工晶状体植入术后 1 个月、视物不清 1 天就诊。曾患糖尿病 3 年。患者在当地医院行左眼白内障摘除+人工晶状体植入术后第 3 天左眼视力 0.8,给予抗炎滴眼液局部点眼。术后 24 天患者自觉左眼视物不清,检查视力左眼 0.25,左眼球结膜充血(+),手术切口对和平整,角膜 KP(+),前房中深,房闪(++),瞳孔圆,直径 3mm,光反射迟钝,人工晶状体位正居中,晶状体表面可见细小尘埃状物,玻璃体内可见少量灰白色絮状物飘动,眼底大致正常。当地医院考虑为:晶状体排斥反应(不排除后节反应)给予静脉滴注青霉素及球结膜下注射庆大霉素+地塞米松。3 天后患者自觉症状好转,视力 0.4,眼前节仍有炎症反应。继续用药。术后 34 天检查视力 0.5,晶状体表面可见薄膜状渗出膜与晶状体前囊粘连,玻璃体内可见絮状混浊,眼底模糊见大致正常。加用氟康唑注射液。治疗 1 周后停药。检查视力 0.6,晶状体表面可见少量色素粘附,玻璃体絮状混浊较前减轻,眼底大致正常。术后 44 天,患者自觉左眼视力下降,视力 0.6,眼前节炎症反应加重,玻璃体可见絮状混浊,眼底模糊。2 天后视力明显下降至数指/1 米,玻璃体可见大量絮状白色混浊,伴有色素颗粒,眼底窥不清。转入我院。入院查体:视力:右眼:1.0;左眼:手动/眼前,右眼大致正常;左眼球结膜混合充血(+),手术切口对和平整,角膜略水肿,角膜色素性 KP(++),下方为著,前房中深,房闪(+++),前房下方可见白色积液,瞳孔圆,直径 4mm(药物性)光反射迟钝,人工晶状体位正居中,晶状体表面有色素颗粒粘附,玻璃体可见大量灰白色絮状混浊,眼底窥不清。B 超示右眼人工晶状体后团块状低回声。

入院后急诊行左眼玻璃体切割+晶状体后囊切开+前房灌注+注硅油术,术中可见:玻璃体腔内大量炎症细胞、菌落样物质及絮状混浊,玻璃体基底部粘附脓样物质及色素细胞。术后给予静滴氟康唑;局部频点抗生素及抗真菌眼液;口服肠溶阿司匹林及降眼压药物。并行玻璃体液细菌培养(结果阴性)。3 天后行左眼前房穿刺冲洗术,手术顺利,前房穿刺液涂片及增菌培养未见菌丝及细菌菌落生长。术后检查肾功能示尿素氮升高,考虑氟康唑对肾功能的损害故将静脉用药改为局部频点眼,并加用那他霉素点眼。于 55 天行左眼视网

膜激光光凝术。出院查体:左:0.04 矫正 0.1(+6.00DS);左眼球结膜轻度充血,角膜清亮,角膜 KP(-),房闪(-),玻璃体腔硅油填充,眼底:视盘圆,色淡红,界清,视网膜平伏,周边可见激光光凝斑,眼压:右:17mmHg;左:18mmHg。诊断:左眼白内障术后眼内炎(见封二插图 1~3)。

## 讨论

眼内炎是白内障术后最严重的并发症,其发生率目前约为 0.02%~0.5%。眼内炎最常见的感染源为手术野,其次为术者的手、手术中用的器械及冲洗液、术后的滴眼液及眼膏,多于术后 1~4 天急骤起病,伴有疼痛和视力急剧下降。其早期的体征仅有前房闪辉显著增加,很快便出现前房和玻璃体积脓。白内障术后一旦怀疑眼内炎,应立即抽取房水和玻璃体进行细菌或真菌培养,再根据细菌的药物敏感试验修正所用的抗生素。白内障术后早期出现的葡萄膜炎一般认为是反应性的,通常 1 周内可自然消退。术后严重的葡萄膜炎多伴随一些术后并发症。白内障术后发生葡萄膜炎有以下几种原因:①术前已存在的葡萄膜炎;②手术创伤;③组织嵌顿于伤口如虹膜、晶状体皮质、玻璃体等;④前房内物理和化学异物如粘弹剂、灌注液;⑤某些全身性疾病如:糖尿病、出血倾向等;⑥手术的一些并发症如感染、眼内出血等。

由于玻璃体手术的普及,内眼手术后的感染性眼内炎得到了及时的治疗,眼球得以保留,控制了眼内炎的毁灭性破坏力。但保留的眼球如何重新获得有用视力成为玻璃体手术后的突出问题。本文通过 3 例病例的抢救,摸索出眼内炎玻璃体手术后视力再丧失的原因以及挽救方法<sup>[1-2]</sup>。本文前 2 例病人发生了视网膜中央动脉闭塞,其可能的原因:白内障后继发性眼压升高,眼内炎症刺激所致急性视网膜血管炎。但在眼内炎早期抢救时未注意其治疗,在炎症控制后已形成不可逆的血管闭塞,提示眼内炎在尽早行玻璃体手术治疗,清除炎性物质对眼内各组织侵害的同时,应及早注意视网膜中央动脉闭塞的治疗,如例 3 所做,即在全身及局部应用抗生素时,全身糖皮质激素冲击减轻炎性渗出及水肿;降低眼内压,提高眼血流灌注;应用抗凝药物控制血管炎时的血栓形成;联合应用扩血管及神经营养剂以解除视网膜动脉痉挛、降低血管通透性,改善眼底缺血、缺氧症状。经积极手术联合药物治疗后,可在保留眼球的基础上恢复部分视力。由于白内障手术为复明手术,其术后发生的眼内炎预后欠佳,因此最根本的办法还是注意手术的各个环节,避免眼内炎的发生。

## 参考文献

- 1 李凤鸣,主编.眼科全书·中册[M].北京:人民卫生出版社,1996:1665-1672.
- 2 王成业.眼手术并发症原因与处理[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998:540-560.

(收稿日期:2008-08-27)

# 白内障术后眼内炎的诊断与治疗 (正文见第 333 页)



图 1

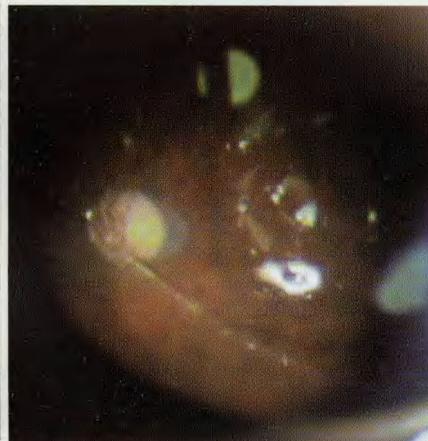


图 2



图 3

## 以纤维化为结局 的 Coat's 病 1 例 (正文见第 337 页)



图 1 为治疗前

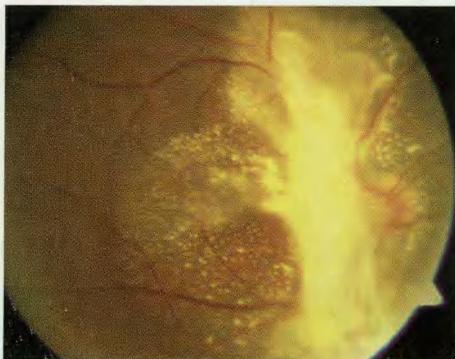


图 2 为治疗 1 个月后

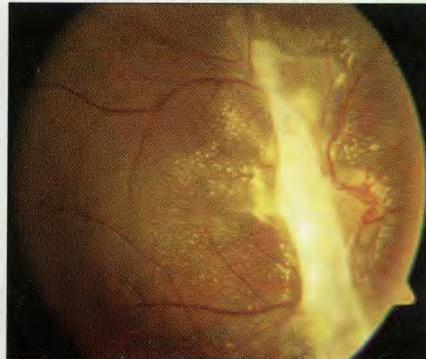


图 3 为治疗 3 个月后



图 4 为治疗 3 年后