

- lation of pain and magnetic resonance imaging. *Ophthalmology*, 2003, 110:1646-1649
- 11 Hickman S, Toosy AT, Miszkief 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 Druschky A and Heckmanna 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^[1]。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^[2]。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,就很难找到剥离裂口。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