

LASIK 手术后可能的潜在并发症。术者应警惕近视患者 LASIK 手术前可能存在引起 RRD 的潜在病变, 对可能导致 RRD 的视网膜病变进行有效的预防性治疗。

参 考 文 献

- 1 Aras C, Ozdamar A, Karacorlu M, et al. Retinal detachment following laser in situ keratomileusis. *Ophthalmic Surg Lasers* 2000; 31: 121-125
- 2 Stulting RD, Carr JD, Thompson KP, et al. Complications of laser in situ keratomileusis for the correction of myopia. *Ophthalmology* 1999; 106:13-20
- 3 Pallikaris IG, Siganos DS. Excimer laser in situ keratomileusis and photorefractive keratectomy for correction of high myopia. *J Refract Corneal Surg* 1994; 10:498-510
- 4 Salah T, Waring GO III, El Maghaby A, et al. Excimer laser in situ keratomileusis under a corneal flap for myopia of 2 to 20 diopters. *Am J Ophthalmol* 1996; 121:143-155
- 5 Knorz MG, Liermann A, Seiberth V, et al. Laser in situ

keratomileusis to correct myopia of -6.00 to -29.00 diopters. *J Refract Surg* 1996; 12:575-584

- 6 汪芳润. 近视眼底改变. 见李凤鸣主编, 眼科全书(下册), 北京: 人民卫生出版社, 1996, 2575-2576
- 7 Ozdamar A, Aras G, Sener B, et al. Bilateral retinal detachment associated with giant retinal tear after laser-assisted in situ keratomileusis. *Retina* 1998; 18:176-177
- 8 Cengiz A, Akifo, Murat K, et al. Retinal detachment following laser in situ keratomileusis. *Ophthalmic Surg Laser* 2000; 121-131
- 9 Arevalo JF, Ramirez E, Suarez E, et al. Rhegmatogenous retinal detachment in myopic eyes after laser in situ keratomileusis: frequency, characters, and mechanism. *J Cataract Refract Surg* 2001; 27:674-680
- 10 Wilkinson CP, Rice TA. *Michels Retinal Detachment*, 2nd ed. St. Louis, MO, CV Mosby, 1997; 77
- 11 Bo Qin, Tie-Ying Zhao, Hong-Bo Cheng, et al. Prophylactic laser photocoagulation for retinal breaks before LASIK. *International Journal of Ophthalmology* 2005; 5(6): 1104-1106

(收稿时间: 2006-05)

· 病例报告 ·

巨大筛窦囊肿一例

王金明 林成武 刘春江 侯咏华

患者 女 48岁 发现右内眦部渐进性增大包块15年, 时伴头晕恶心和眼前条状阴影近1周。16年前曾在他院行右内眦部包块切除手术。

入院检查: 视力: 右 0.5, 左 1.0; 两眼眼压正常; 右眼球凸出。右内眦有一球形隆起, 波及鼻根部及上下眶缘, 范围约 3.5cm × 4.0cm 大小, 触之柔软, 波动感不强, 无溃破。眼球外移但眼球转动尚可, 注视光源时反光点尚居角膜中央。泪道冲洗阻力大, 且诱发头晕恶心。右眼底见视乳头色淡红, 无旁中心注视。鼻腔见右中鼻甲水肿内移, 鼻中隔偏左。全身情况良好。

CT、MRI 片示右眼肌锥内侧与鼻腔之间(右眼眶肌锥外与右筛窦间)3.4cm × 2.8cm × 3.0cm 大小占位性软组织影(图 1, 2), 向前向外及颅内生长, 右筛窦眶板骨质大部分已被吸收, 侵及额窦, 前颅底板部分消失, 右眼球受挤压, 向

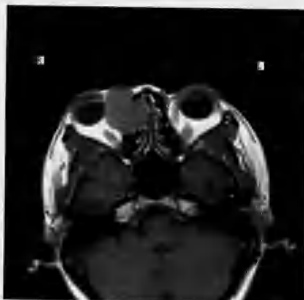


图 1

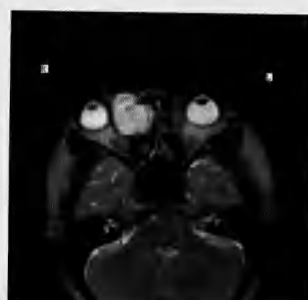


图 2

颞上侧移位, 诊断右侧筛窦粘液囊肿。

2005 年 10 月 19 日在基础麻醉、表面和局部浸润麻醉下行右侧筛窦囊肿摘除术。行内眦部 3.5cm 长纵弧形切口, 凹向颞侧。术中见囊肿 4.0cm × 3.5cm × 3.2cm 大小, 泪骨吸收, 仅存前嵴, 眶隔骨板消失, 额窦底壁破坏, 上颌骨颧突侵蚀, 使右筛窦、额窦、部分眼眶和鼻腔形成一大腔, 腔内充满乳白色果冻样粘稠囊液, 泪囊、泪小管被推向眶下壁。清除囊内容物及囊壁, 修补眶隔, 术腔填塞碘仿纱条, 关从囊腔底部向中鼻道开窗引流至鼻孔保持引流通畅。

术后行抗炎止血处理, 1 周后从前鼻孔分次抽出鼻腔碘仿纱条, 4 周取完。内眦部切口一期愈合, 右眼球逐步内移, 两月后基本回位同左侧。囊液病检报告为右筛窦囊肿, 培养无细菌生长, 镜下为大量胶原性物质, 部分为坏死成份, 少量红细胞、白细胞, 囊壁为纤维组织, 无明显上皮。

讨论 粘液囊肿多发于筛窦, 次为额窦, 上颌窦少见。多认为是鼻窦自然口完全堵塞所致, 少为自发囊肿。受阻分泌物积累, 蛋白含量过高, 渗透压增加, 水钠潴留, 压力过大压迫骨壁, 破骨细胞被前列腺、甲状腺素和淋巴细胞激活因子激活, 致骨质破坏。本例筛窦囊肿侵犯眶内、额窦、颅底, 导致眼球移位, 眶隔破坏, 额窦融合, 直抵鼻腔和前颅凹底骨板, 达 4.0cm × 3.5cm × 3.2cm 大小确属少见。该患者 16 年前曾行手术, 可能系囊壁未剥离干净, 或窦口引流不畅而致复发, 其后缓慢发展, 侵及周围结构, 最终出现头晕、恶心, 即为压迫眼球、牵拉眼肌所致, 尚未出现颅内压增高的喷射状呕吐症状。筛窦囊肿的治疗应行手术为主, 尽量清除囊壁, 保持窦口通畅是关键。

(收稿时间: 2006-10)