

的 36 例患者中, 16 例患者术后 2~3 个月时人工晶体植入于睫状沟。其中 3 例为硅油填充患者, 13 例为眼内注气患者。术后视力均达到 0.3 以上。

前囊膜的保留不影响处理前部 PVR, 不影响术后视网膜的复位率。在我们观察的 36 例患者中, 只有 1 例发生视网膜再次脱离与文献报道没有差别^[11]。一例患者出现硅油滴入前房, 考虑为晶状体悬韧带松弛所致, 由此没有引起其他并发症。

总之, 保留前囊膜的联合玻璃体手术既可以满足处理前部玻璃体, 保留了眼内的正常生理屏障, 减少了术中及术后的并发症。术后便于植入后房型人工晶体, 有利于提高视力, 是一种理想的手术方式。

参 考 文 献

- 1 McCuen BW 2nd, de Juan E Jr, Landers MB, et al. Silicone oil in vitreoretinal surgery. Part 2: Result and complications. *Retina* 1985, 5:198-205
- 2 Machemer R, Aaberg TM, Freeman HM, et al. An updated classification of retinal detachment with proliferative vitreoretinopathy. *Am J Ophthalmol*. 1991, 112:159-165
- 3 Schachar RA. Zonular function: a new hypothesis with clinical

- implications. *Ann Ophthalmol*. 1994, 26(2):36-38
- 4 McCuen BW 2nd, de Juan E Jr, Machemer R. Silicone oil in vitreoretinal surgery. Part 1: Surgery techniques. *Retina*. 1985, 5:189-197
 - 5 Lewis H, Aaberg TM. Anterior proliferative vitreoretinopathy. *Am J Ophthalmol*. 1988, 105:277-284
 - 6 G laser BM. Surgery for proliferative vitreoretinopathy. In: Ryan SJ, editor-in-chief, Glaser BM, ed. St. Louis: Mosby, 1994; v. 3, chap. 141
 - 7 黎晓新, 王景昭. 玻璃体视网膜手术学. 第一版. 北京: 人民卫生出版社, 2000, 186-187
 - 8 MacCumber MW, McCuen BW 2nd, Toth CA, et al. Tissue plasminogen activator for preserving inferior peripheral iridectomy patency in eyes with silicone oil. *Ophthalmology*. 1996, 103:269-73
 - 9 Apple DJ, Mamalis N, Lofftfield K, et al. Complications of intraocular lenses. A historical and histopathological review. *Surv Ophthalmol*. 1984, 29:1-54
 - 10 Johnston RL, Charteris DG, Horgan SE, et al. Combined pars plana vitrectomy and sutured posterior chamber implant. *Arch Ophthalmol*. 2000, 118:905-10
 - 11 Hayashi K, Hayashi H, Nakao F, et al. Intraocular lens tilt and decentration, anterior chamber depth, and refractive error after transscleral suture fixation surgery. *Ophthalmology*. 1999, 106(5):878-882
 - 12 Hakin NH, Lavin JM, Leaver KP. Primary vitrectomy for rhegmatogenous retina detachment. *Craefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 1993, 231:344-46

(收稿时间: 2006-10)

· 病例报告 ·

外伤致眼球脱臼一例

吴鸣宇 刘少章 杨黠

患者 男 18 岁 工人 因左眼外伤后 12 小时, 于 2006 年 3 月 21 日 12 时入院。患者于 2006 年 3 月 20 日凌晨 1 点醉酒后, 左眼不慎被垃圾车操作杆撞伤。伤后即到当地医院就诊, 行眼部 CT 检查敷料遮盖后转至我院治疗。入院检查: 视力, 右眼 1.0, 左眼无光感。左眼球整体脱出眶缘外, 上下眼睑皮下淤血, 眼球向外运动尚可, 向内、上、下方运动受限; 眼球呈紫黑色表面干燥, 角膜上皮水肿, 瞳孔约 6mm, 直接对光反射消失。晶状体透明, 视盘边界清、色尚红润, 视网膜呈乳白色水肿。右眼未见异常。CT 提示: 左眼球脱出伴球后血肿、积气, 视神经不连续, 眶骨未见骨折。

入院后在局麻 + 加强下行左眼球脱臼复位术。2% 盐酸利多卡因和 0.75% 布比卡因行球周及眼轮匝肌麻醉后, 剪开外眦部, 断外眦韧带。用庆大霉素生理盐水冲洗脱臼的眼球及球后软组织, 见角膜缘后 3mm 处球结膜及筋膜环形裂开, 四直肌未离断。间断缝合眼球筋膜及球结膜后眼球复位。行上、下睑褥式缝合, 加压包扎左眼。

术后予罂粟碱 90mg、甲基强的松龙 1g、静脉滴注, 每

日 1 次。术后 7-8 天分次拆除结膜缝线, 眼球基本复位, 运动不受限。视盘色红润, 但视网膜仍苍白水肿, 视力无光感。

讨论 眼球脱臼根据程度不同分为眼球半脱臼和眼球全脱臼。其原因包括外伤、眶内出血、血管瘤以及鼻窦的肿瘤^[1-3], 甚至于胸腹部压力急剧增高^[4]也可引起眼球脱臼。本例眼球全脱臼是外伤所致。眼球脱臼治疗的目的在于复位眼球及尽可能挽救视功能。本例患者眼球全脱臼伴视神经损伤 12 小时, 其视功能的恢复已无可能。手术目的在于恢复解剖位置达到美容的效果。但如眼球已完全失明, 眼内破坏严重, 且有 3 条以上眼外肌完全断裂, 这种伤眼即使眼球复位也不可避免出现眼球前段缺血, 故应尽早摘除受伤眼球^[1]。

参 考 文 献

- 1 孔龙, 宋国祥, 肖利华等. 自发性眶内出血致眼球脱臼. *中国实用眼科杂志*, 1996, 14 (10) 638
- 2 李年爽. 眼眶巨大海绵状血管瘤致眼球脱臼 1 例. *眼科新进展*, 2003, 23 (1): 44
- 3 张兴儒, 阎仁福, 晏龙斌等. 鼻窦巨大骨化纤维瘤致眼球脱臼一例. *中华眼科杂志*, 1998, 34 (5): 378
- 4 李穗琴. 胸外伤致眼球脱臼一例. *承德医学院学报*, 1996, 13 (3): 249-250

(收稿时间: 2006-12)

作者单位: 400042 重庆, 第三军医大学大坪医院野战外科研究所眼科中心

通讯作者: 吴鸣宇