

实时定位缝合术治疗外伤性睫状体脱离 11 例

蒋莉, 吴宪巍

作者单位: (117000) 中国辽宁省本溪市中心医院眼科
作者简介: 蒋莉, 女, 硕士, 主任医师, 研究方向: 白内障、青光眼、眼底病。
通讯作者: 吴宪巍, 男, 博士, 主治医师, 研究方向: 眼底病. wxw04@163.com
收稿日期: 2012-06-04 修回日期: 2012-10-15

Treatment of traumatic ciliary body detachment by real-time localized saturation

Li Jiang, Xian-Wei Wu

Department of Ophthalmology, Benxi Central Hospital, Benxi 117000, Liaoning Province, China

Correspondence to: Xian-Wei Wu. Department of Ophthalmology, Benxi Central Hospital, Benxi 117000, Liaoning Province, China. wxw04@163.com

Received: 2012-06-04 Accepted: 2012-10-15

Abstract

• AIM: To observe the results of the real-time localized suturing reattachment operation for traumatic ciliary body detachment.

• METHODS: Preoperatively the eyes were examined by slit lamp three mirror contact lens examination and ultrasound biomicroscopy (UBM). During the operation, real-time localization was used to identify the scope and position of ablatio corporis ciliaris. All of the 11 cases underwent the improved saturation.

• RESULTS: During the follow-up of 3-12 months, visual acuity was improved in all the other patients except the one with preoperative visual acuity of no light perception, visual acuity > 0.5 in 5 cases, 0.3-0.5 in 4 cases and 0.1 in one case. Intraocular pressure (IOP) was 10-18 mmHg. Shallow anterior chamber, deformed pupil and changes of the fundus were all recovered.

• CONCLUSION: Real-time localization with the improved saturation is a useful, effective and safe method to treat traumatic ablatio corporis ciliaris.

• KEYWORDS: traumatic ciliary body detachment; real-time localized; suturing reattachment operation

Citation: Jiang L, Wu XW. Treatment of traumatic ciliary body detachment by real-time localized saturation. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(11):2208-2210

摘要

目的: 观察实时定位缝合术治疗外伤性睫状体脱离的手术效果。

方法: 选择术前通过房角镜和超声生物显微镜(UBM)检查明确诊断为外伤性睫状体脱离的患者 11 例 11 眼, 术中利用房角镜实时定位, 确定睫状体脱离的位置和范围, 并观察缝合效果。

结果: 所有患者术中未出现任何并发症, 术后观察 3 ~ 12mo, 除术前已无光感的 1 例患者外, 其余均有明显的视力提高, 其中视力 0.5 以上者 5 例, 0.3 ~ 0.5 者 4 例, 0.1 者 1 例。眼压: 10 ~ 18 (平均 14) mmHg。前房、瞳孔、眼底改变均恢复正常。

结论: 本组 11 例患者采用术中实时定位, 行改良的睫状体缝合复位术治疗外伤性睫状体脱离, 手术效果确切、并发症少, 是一种值得推荐的手术方式。

关键词: 睫状体脱离; 实时定位; 缝合复位术

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2012.11.53

引用: 蒋莉, 吴宪巍. 实时定位缝合术治疗外伤性睫状体脱离 11 例. 国际眼科杂志 2012;12(11):2208-2210

0 引言

外伤性睫状体脱离多由眼球钝挫伤引起。伤力导致局部睫状体从巩膜突附着处分离, 房水经睫状体分离口进入睫状体、脉络膜上腔引起睫状体脱离, 伤眼会出现视力下降、调节力下降或丧失、浅前房、低眼压、黄斑和视神经乳头水肿等并发症, 严重威胁伤眼的视功能^[1]。外伤性睫状体脱离的治疗以手术为主, 治疗的关键是准确确定睫状体分离的范围并手术复位。传统的方法是术前通过房角镜检查确定手术范围, 但由于低眼压及角膜透明度的影响, 很难完全而准确地确定睫状体脱离的范围, 因此手术具有一定的盲目性, 常发生缝合范围不足或过大的情况。UBM 虽能弥补前房角镜的不足, 但 UBM 无法对眼球加压, 对于极窄的裂隙有时难以发现。所以, 我们通过改良手术方式, 采用实时定位缝合的方法治疗 11 例 11 眼患者, 手术疗效确切, 现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 选取我院 2009-05/2011-09 外伤性睫状体脱离患者 11 例 11 眼, 男 7 例, 女 4 例, 年龄 42 ~ 51 岁, 外伤原因均为钝挫伤。术前裸眼视力为无光感 ~ 0.05, 眼压均小于 5 mmHg, 病史 3d ~ 1a。其中 2 例为 2 次手术, 2 例同时伴有玻璃体积血、晶状体半脱位及视网膜挫伤。所有患者均有低眼压、浅前房、视网膜水肿、黄斑皱褶等。其中病史 1a 者同时伴有继发性白内障。

1.2 方法

1.2.1 术前检查方法 术前行房角镜及 UBM 检查 (图 1, 2)。11 例患者房角镜检查中仅有 4 例查出明确睫状体分离口, UBM 检查也仅有 6 例查出明确的前房与睫状体沟通口。除 2 例 2 次手术患者外, 其余患者均存在 360° 睫状体脱离。

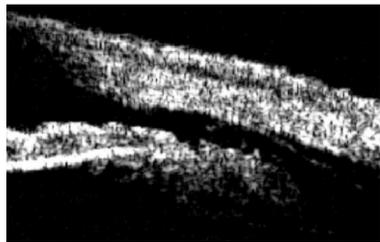


图1 UBM示睫状体分离,前房与睫状体上腔沟通。



图2 房角镜检查见睫状体分离口。

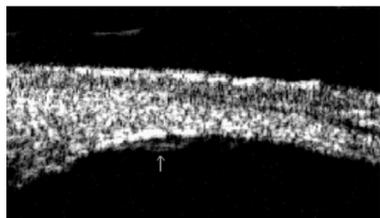


图3 术后睫状体裂隙已确切缝合。

1.2.2 手术方法 对于伴有玻璃体体积血及晶状体脱位需要同时行玻璃体切割手术的患者术前正常散瞳,单纯睫状体脱离患者术前不散瞳。常规行球后麻醉、开睑、冲洗结膜囊。单纯睫状体脱离患者,角膜侧穿刺,注入黏弹剂加深前房、升高眼内压,术中利用消毒后的三面镜检查房角一周,利用光导顶压由于同时伴有照明更容易观察到分离口。明确分离范围后做好标记。沿角膜缘剪开标记范围球结膜,电凝止血,角膜缘后2mm,平行角膜缘,利用10-0线直接缝合,跨度约1~2mm,缝合时可利用三面镜检查,确定缝合于睫状体上后再出针、结扎。需要玻璃体切割手术者需同时做常规玻璃体切割穿刺口,完成玻璃体切割后再行睫状体脱离缝合,方法同上,最后行眼内硅油填充。缝合时采用双排交错镶嵌式缝合,两排间距约0.5mm。常规完成手术切口缝合,结膜下注射地塞米松5mg,包扎术毕。术后观察视力、眼压、眼底变化情况。

2 结果

所有患者术后随访3~12mo,除术前已无光感的1例患者外,其余均有明显的视力提高,其中视力0.5以上者5例,0.3~0.5者4例,0.1者1例。眼压均恢复到正常范围,波动于11~18mmHg。前房均恢复正常深度,眼底视网膜水肿消失,术前黄斑水肿时间长者遗留黄斑区黄白色渗出。UBM检查示睫状体脱离复位良好(图3)。术后第1d,有2例患者有少量前房出血,未予特殊处理,很快自行吸收;4例出现一过性眼压升高,对症处理后4d左右恢复正常,无需长期应用降眼压药物。视网膜水肿及视神经水肿恢复较慢,约于术后3mo完全恢复。对于病程超过3mo的患者,出现不同程度白内障,其中2例行超声乳化术,术后视力达0.8。

3 讨论

睫状体脱离是外伤性低眼压的主要原因,长期低眼压可造成角膜、晶状体营养障碍,导致视功能严重损害。因此积极有效地治疗是非常重要的,而治疗的关键是准确确定睫状体分离的范围并手术复位。

3.1 术前检查 术前准确定位睫状体分离的范围是手术成功的关键。传统房角镜或三面镜检查受屈光间质清晰度及眼压高低等因素的影响,很难完全发现睫状体分离口^[2]。UBM虽能弥补前房角镜的不足,但UBM无法对眼球加压,对于前房极浅的窄裂隙睫状体分离也难以发现。我们术前采用两者结合的方法,仍有5例没有发现明显的分离口,仅查见房角后退。由此可见单纯依靠术前检查势必造成手术范围的不足,也可能因此而发生过量手术的问题。

3.2 术中实时定位的应用体会 对于术前检查无法明确定位的患者,术中应用三面镜检查实时定位睫状体离断口,对手术成功起决定性作用。我们采用术中前房穿刺,注入适量黏弹剂,必要时进行玻璃体内注射平衡液后再进行房角检查,其优势在于:(1)眼压升高,角膜不会出现皱褶,便于进行房角检查及睫状体准确缝合。(2)加深前房,周边虹膜由膨隆状变为扁平,前房角区清晰显露,极窄的房角裂隙也能显露。(3)易于区分由挫伤导致单纯睫状体表面纵形和环形肌纤维分离造成的非完全性睫状体断离,以及睫状体前部完全与巩膜突分离,其间形成裂隙造成的完全性睫状体断离^[3]。(4)能防止遗漏散在、多发的睫状体离断。(5)顶压时利用光导在照明条件下更易发现细小离断口。本组11例患者,术前均进行三面镜检查结合UBM检查,并在术中前房注入黏弹剂进行实时定位,术毕均用三面镜对睫状体缝合部位进行复查,观察缝合效果,避免遗漏。这就避免了以往手术时手术范围不足,同时也避免了不必要盲目的全周睫状体缝合,提高了一次手术成功率。术后随访结果也证明了我们的手术是成功的。

3.3 关于术式 传统的睫状体复位术采用的是切穿巩膜床,放出脉络膜上腔液体后,垂直于角膜缘的间断缝合方法^[4]。本组患者采用水平缝合,与传统的术式相比,平行于角膜缘的缝线使睫状体与巩膜贴附更紧密。双排交错式缝合避免间断缝合后缝线之间遗留细小缝隙,确保了手术效果。省略了制作巩膜瓣,既节省了手术时间,也避免了相关并发症,尤其对二次手术患者,由于第一次手术后形成的瘢痕等影响,再次剥瓣时存在出血甚至穿通的风险。缝合过程中,在出针前利用三面镜检查缝线是否穿过睫状体,使得手术更加精确,避免了无效缝针^[5]。

3.4 术后观察 本组患者中4例患者术后第1d出现一过性高眼压,分析原因可能与睫状突代偿性过量分泌;术后房角组织水肿,滤过减少;黏弹剂前房残存等因素有关。同时我们也应该警惕术后晚期的高眼压。由于睫状体脱离没有在短时间内愈合并恢复分泌功能,因此,术后晚期也可能发生眼压升高。因此我们需密切观察眼压变化,及时给予对症处理。

通过临床观察,我们发现改良的实时定位缝合术治疗伴有低眼压的睫状体脱离临床效果显著,同时简化了手术步骤,减少了手术并发症,是一种值得推广的手术方式。