

眼球钝挫伤致睫状体脱离 23 例临床分析

王小涛

作者单位:(641000)中国四川省内江市第一人民医院眼科
作者简介:王小涛,女,硕士,主治医师,研究方向:斜弱视、视光。
通讯作者:王小涛.7794taotao@163.com
收稿日期:2011-05-27 修回日期:2011-07-29

Clinical analysis of ocular contusion with ciliary detachment of 23 cases

Xiao-Tao Wang

Department of Ophthalmology, the First People's Hospital of Neijiang, Neijiang 641000, Sichuan Province, China

Correspondence to: Xiao-Tao Wang, Department of Ophthalmology, the First People's Hospital of Neijiang, Neijiang 641000, Sichuan Province, China. 7794taotao@163.com

Received: 2011-05-27 Accepted: 2011-07-29

Abstract

• AIM: To investigate the causes, clinical manifestations, treatment, prognosis of ocular contusion with ciliary detachment.

• METHODS: Twenty-three cases (23 eyes) of ocular contusion with ciliary detachment were retrospectively studied and the causes, clinical manifestations, therapeutic procedural, prognosis and follow-up records were analysed.

• RESULTS: Impacting with objects was the most common reason for ocular contusion with ciliary detachment which was followed by trauma by the fist and blast. 15 eyes were damaged only in anterior segment, the other 8 eyes were injured in both anterior and posterior segment. Before treatment, best corrected visual acuity (BCVA) of 14 eyes was less than 0.1, accounting for 60.9%. However, the visual acuity of 16 eyes (69.6%) acquired BCVA of 0.5 or better after treatment by medicine or surgery. UBM scan displayed that ciliary detachment disappeared in 21 eyes, IOP remained normal in 21 eyes.

• CONCLUSION: Integrating UBM, by effective and timely treatment, visual acuity can improve and ciliary detachment disappear in most contused eyes. The visual acuity prognosis is usually poor when the posterior segment complications happen after contusion.

• KEYWORDS: ocular contusion; ciliary detachment; clinical signs; treatment

Wang XT. Clinical analysis of ocular contusion with ciliary detachment of 23 cases. *Guoji Yanke Zazhi (Int J Ophthalmol)* 2011;11(9):1630-1631

摘要

目的:探讨眼球钝挫伤致睫状体脱离的原因、临床表现、治疗方法及预后。

方法:回顾性分析 23 例 23 眼眼球钝挫伤睫状体脱离的病因、病情、治疗经过、结果及随访记录,对其进行分析 and 总结。

结果:物体撞击伤是引起睫状体脱离的最主要原因,其次分别为拳击伤、爆炸伤。其中 15 眼损伤眼前节,另外 8 眼合并眼后段病变。经药物或手术治疗后,初诊时最佳矫正视力 ≤ 0.1 者 14 例(60.9%),末次随访时最佳矫正视力 > 0.5 者 16 例(69.6%),UBM 检查 21 例睫状体脱离复位,21 例眼压恢复正常。

结论:结合 UBM,通过及时和有效的治疗,大部分眼钝挫伤致睫状体脱离患者的视力有所提高,睫状体复位,眼后段病变者视力预后差。

关键词:眼钝挫伤;睫状体脱离;临床表现;治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2011.09.045

王小涛.眼球钝挫伤致睫状体脱离 23 例临床分析.国际眼科杂志 2011;11(9):1630-1631

0 引言

睫状体脱离常因眼球钝挫伤引起,临床表现多种多样,若不进行完整的检查及全面的综合分析,容易误诊或漏诊,我们对 2007-04/2010-10 来我院治疗的 23 例 23 眼眼球钝挫伤致睫状体脱离患者的临床资料进行了整理、统计和分析,现将结果报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 回顾性分析 2007-04/2010-10 在我科住院,眼球钝挫伤致睫状体脱离的患者 23 例 23 眼,均为单眼受伤,男 20 例,女 3 例。年龄 15~40(平均 27.3)岁。

1.2 方法 均行视力、裂隙灯、检眼镜、眼压检查、UBM 检查明确诊断,伴有眼后段病变者行眼底荧光血管造影检查。睫状体脱离范围 $< 30^\circ$ 者 10 例,给予散瞳、双眼包扎、皮质类固醇等保守治疗, $> 60^\circ$ 者 13 例,行睫状体缝合手术,手术在显微镜下操作:局部麻醉,做以穹隆为基底的结膜瓣。距角巩膜缘 3mm 做以角膜缘为基底的 1/2 板层巩膜瓣,将巩膜瓣分离至角膜缘。距角膜缘 1.5mm 处全层切开巩膜,每次切开范围不大于 1 个时钟位,可见睫状体上腔液体流出,充分排净上腔液体后,间断缝合巩膜前唇-睫状体-巩膜后唇,边切开边缝合,直至全部缝合。缝合板层巩膜瓣及结膜。23 例均于治疗后 20~45d 进行视力、眼压、UBM 检查,术后随访 3~6mo。

统计学分析:治疗前后视力变化,用 SPSS 10.0 软件对该变量资料进行非参数统计分析,多组间比较采用秩和检验, $P < 0.05$ 作为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 受伤原因分析 患眼 23 例中,11 眼(47.8%)为物体

撞击伤,拳击伤7眼(30.5%),爆炸伤5眼(21.7%)。

2.2 临床表现 UBM 检查均可见睫状体脱离。15 眼仅表现为眼前节损伤:前房变浅甚至消失、前房积血、眼压降低、虹膜睫状体炎。其余 8 眼合并眼后节受累:脉络膜浅层脱离、眼底视盘充血水肿、视网膜静脉扩张、后极部视网膜水肿、黄斑部呈放射状皱褶。行 FFA 其中荧光渗漏 5 眼、荧光积存 2 眼、窗样缺损 1 眼。

2.3 治疗方式分析 药物治疗效果观察:单纯睫状体脱离 7 例治疗前 UBM 均可见睫状体与巩膜突之后巩膜组织有丝状连接,范围 $< 30^\circ$, 6 例治疗后睫状体脱离消失,分离处睫状体与巩膜突后组织相连,1 例治疗前后无变化。合并房角后退 3 例,治疗前 UBM 表现为房角隐窝与巩膜突距离加大,其中房角后退区域睫状体平坦部脱离 2 例,环周脱离 1 例,治疗 1mo,睫状体脱离全部复位;手术治疗疗效观察:13 例治疗前 UBM 表现为睫状体与巩膜突分离 $> 60^\circ$,前房与睫状体上腔相通,环周睫状体与巩膜间出现无回声液性暗区,其中 10 例一次手术成功,3 例一次手术失败,手术失败者中 2 例行二次手术成功,复查睫状体前外侧角附着巩膜突之后巩膜上,睫状体脱离消失,1 例放弃二次手术,复查睫状体分离仍存在者睫状体脱离未见好转。

2.4 视力恢复情况 治疗前及末次随访最佳矫正视力(BCVA)比较,差异有统计学意义($H = 8.72, P < 0.05$,表 1)。

2.5 眼压 治疗后早期 2 例出现眼压一过性升高,经抗炎和降眼压治疗后,眼压降至正常;1mo 后眼压平均 15.15mmHg。末次随访 21 例眼压均正常,平均 18.76mmHg。

3 讨论

睫状体脱离是眼球外伤后少见的并发症之一,是指睫状体与巩膜的正常附着发生分离,此分离从巩膜突开始,向后延伸形成一间隙,房水通过此间隙引流至脉络膜下腔。在我们的病例中,物体撞击伤,尤其是高速运动的物体是造成外伤性睫状体脱离的主要原因,眼钝挫伤致睫状体脱离的临床表现多种多样:(1)低眼压。眼压 $< 10\text{mmHg}$,有时甚至 $< 3\text{mmHg}$,眼球变软^[1,2]。(2)前房变浅或深浅不一。以脱离范围大小及脱离严重程度而异。(3)视力下降。早期可表现为远视力低下而近视力正常,呈“近视”状态,是因为低眼压造成晶状体悬韧带松弛,晶状体屈折力增加所致^[2]。(4)视盘水肿及后极部视网膜水肿。低眼压导致视盘及后极部视网膜循环障碍,严重者可出现内界膜皱褶,此时极易误诊为“外伤性视网膜病变”。(5)长期的低眼压使视网膜血管形成麻痹性扩张、黄斑部水肿、渗出,同时因房水循环障碍,造成晶状体、角膜营养障碍,引起屈光间质混浊,最终导致严重的不可逆转的视力下降以至眼球萎缩。

为避免漏诊和误诊,对钝挫伤低眼压患者不应忽略可能存在的睫状体脱离。UBM 是一种无创性检查方法,不受混浊屈光间质的影响,可以精确判断睫状体脱离的部位和范围^[3,4]。经过 UBM 检查,确诊为睫状体脱离者,应

表 1 治疗前及末次随访 BCVA 比较 眼(%)

	~0.1	~0.5	~0.8
治疗前	14(60.9)	9(39.1)	0
末次	2(8.7)	5(21.7)	16(69.6)

尽快治疗,原则是将脱离的睫状体复位,封闭睫状体脱离的裂隙,闭塞内引流通道,本文对 23 例患者采用不同手段进行治疗:(1)对于睫状体脱离范围 $< 30^\circ$ 者 10 例,其中 3 例合并房角后退,经散瞳、双眼包扎、皮质类固醇等保守治疗,9 例治愈。通过 UBM 观察我们认为:即使同时存在睫状体分离者,只要分离范围小,尤其是脱离睫状体与分离区巩膜突附近存在丝状连接者,通过保守治疗是可以痊愈的。对于合并房角后退,可能是后退处睫状肌纵形纤维存在细小裂隙,前房水通过裂隙进入睫状体上腔所致,通过保守治疗,裂隙封闭,睫状体复位。(2)对于睫状体脱离范围 $> 60^\circ$ 者,目前手术治疗仍是惟一行之有效的方法,尤其是分离区域的睫状体固定缝合^[5,6]。我们统计的 13 例患者经手术治疗,其中 12 例睫状体脱离复位,术中需注意的要点:a 缝合范围一般要超过 UBM 显示的范围,两端各超出 1~2 个钟点,是为防止可能存在的潜区。b 手术中行巩膜间断切口既防止了切口过大导致的低眼压,又可减少对睫状动静脉的损伤。术后早期可有一过性眼压增高(2 例),对症处理后眼压均能恢复正常。

23 例病例中,初诊时 BCVA ≤ 0.1 者 14 例(60.9%), ~ 0.5 者 9 例(39.1%),经药物或手术治疗后,所有患者视力均有不同程度提高,BCVA > 0.5 者 16 例(69.6%), ≤ 0.1 者降至 2 例(8.7%)。另我们也发现,视力预后和损伤部位有关,仅眼前节者受累者视力恢复较好,而损伤累及眼后节的患者视力恢复差。

对于眼球钝挫伤患者应做全面细致的检查,综合分析临床特征,以避免外伤性睫状体脱离的漏诊和误诊,制定有效的治疗方案,才能最大限度减轻外伤造成的损害。

参考文献

- 1 李山祥. 外伤性睫状体分离与低眼压. 眼外伤职业眼病杂志 2000; 22(3):355-357
- 2 张效房,杨进献. 眼外伤学. 郑州:河南医科大学出版社 1998: 296-297
- 3 杨文利,刘磊,朱晓青,等. 应用超生物显微镜检查及诊断眼部睫状体脱离. 中华眼科杂志 1999;36(3):194-196
- 4 Kaushik S, Aria SK, Kochhar S. Cyclodialysis cleft diagnosed by conoventional ultrasonography. *Ophthalmic Surg Lasers* 2000; 31(4): 346-349
- 5 张磊,孙兴怀. 手术治疗挫伤性睫状体脱离. 眼外伤职业眼病杂志 2000;22(1):32-33
- 6 周明. 睫状体缝合复位术治疗外伤性睫状体脱离临床观察. 眼外伤职业眼病杂志 2001;23(5):493-494