

后巩膜加固术治疗高度近视黄斑劈裂 1 例

王建美

邯郸爱眼眼科医院 眼底外科, 邯郸 056000

关键词: 高度近视 黄斑劈裂 后巩膜加固手术

高度近视黄斑劈裂是通过 OCT 观察才被认识的临床现象,是高度近视常见的黄斑病变之一,其发病机制尚未阐明,但是,玻璃体后皮质和内界膜的切线和向前后方向牵引、眼轴的增长、视网膜血管牵拉、视网膜脉络膜萎缩被认为是发病的重要因素,目前治疗的手段主要是玻切手术,后巩膜加固手术,玻璃体腔注气或联合后极部视网膜激光光凝术,就此将一例后巩膜加固手术治疗此病的病例报告如下。

临床资料

一、一般资料

患者,女,41岁,因右眼视力下降伴眼前波纹感1天于2024-10-03日就诊我院。患者“双眼高度近视”20年,因“左眼黄斑裂孔性视网膜脱离”于2024-4-27在我院行“左眼后入路玻璃体切割+内界膜剥除+黄斑裂孔封闭+视网膜复位+硅油填充术”,因“右眼脉络膜新生血管”于2024年5月至7月在我院行3次抗VEGF治疗。否认眼部外伤及家族疾病史。

二、检查

眼部情况:右眼裸眼视力0.02,矫正:-10.25-3.00*5=0.4,左眼裸眼视力0.04,矫正:-2.25-3.00*10=0.05。眼压右眼16mmHg,左眼17mmHg。双眼结膜无充血,角膜透明,前房中深,房闪(-),对光反射灵敏,晶体未见明显混浊。右眼玻璃体轻度混浊,视盘前偏下方可见Weiss环,散瞳后眼底检查:视盘边界清,色可,盘周可见萎缩弧,视网膜呈豹纹状改变,后巩膜葡萄肿,黄斑区色素紊乱,中心凹反光消失;左眼玻璃体硅油填充,散瞳后眼底检查:视盘边界清,色可,盘周可见萎缩弧,视网膜呈豹纹状改变,视网膜在位,黄斑区萎缩(图1)。眼部B超检查提示:右眼玻璃体混浊,右眼玻璃体后脱离,左眼硅油填充(图2)。OCT检查:右眼黄斑区视网膜劈裂,左眼黄斑区神经上皮断裂缺损(图3)。眼轴:右眼28.77mm,左眼29.12mm。

全身查体:全身一般情况良好,血常规检查、血生化检查、肾功能及凝血四项检查均未见异常,肝功能检查谷丙转氨酶94.44U/L↑,谷草转氨酶109.82U/L↑,余未见明显异常。

三、诊断

1. 右眼高度近视黄斑劈裂 2. 右眼脉络膜新生血管 3. 左眼玻璃体切除硅油充填状态 4. 左眼黄斑裂孔 5. 双眼屈光不正 6. 右眼玻璃体混浊

四、治疗

2024-10-04在静吸复合麻醉下行“右眼后巩膜加固+前房穿刺术”,具体手术过程:1.充分开睑,冲洗结膜囊,以眼球颞下方为中心沿角膜缘剪开球结膜210°,两端球结膜放射状剪开达穹窿部。2.放置牵引线,做下直肌和外直肌牵引线,向鼻上方牵拉眼球。3.放置异物巩膜加固条带用深部拉钩协助暴露,用两小斜视钩配合分离颞下方眼球筋膜,完整勾取下斜肌。加固条带(修理其中间宽度9mm,长度45mm)的颞侧端从下斜肌与巩膜间穿过,上端从外直肌下穿过。4.固定条带鼻下端下直肌牵引线向鼻下方牵拉,深部拉钩协助暴露、小斜视钩分离颞下后巩膜,条带鼻侧端从颞下涡静脉下穿过,再从下直肌下穿过。把下直肌牵引线向颞上方牵拉,条带穿过鼻下涡静脉,缝合固定在内、下直肌之间赤道前巩膜上。条带固定采用5-0铲针非吸收性外科缝合线“8”字缝合。5.固定条带颞上端外直肌牵引线向鼻上方牵拉,斜视钩勾取上直肌向下方牵拉,深部拉钩协助暴露,小斜视钩分离颞上方后巩膜,牵拉条带颞上端绕过眼球后极部,条带成“U”形展开兜住后极部。避开颞上涡静脉,条带

颞侧端缝合固定在上直肌颞侧缘赤道部巩膜上上直肌止端附近，固定缝合条带。6. 用 1ml 注射器于角膜缘 9 点处行前房穿刺放液至眼压为 Tn-1。7. 关闭手术切口。

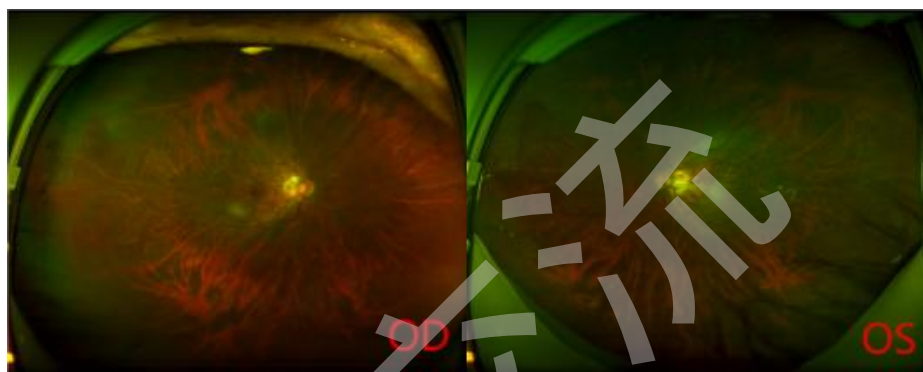


图 1 患者术前双眼眼底照相

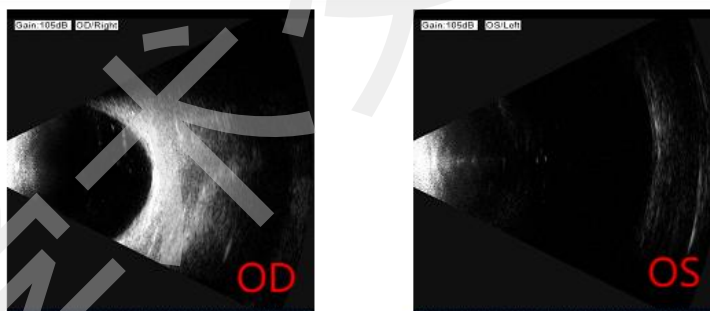


图 2 患者术前双眼 B 超检查

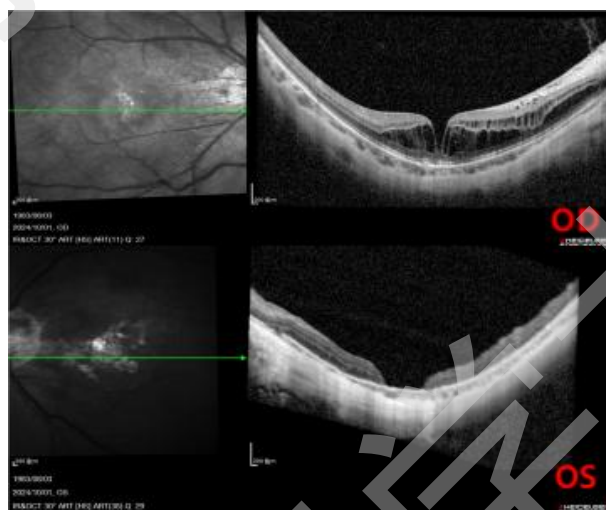


图 3 患者术前双眼 B 超检查

五、治疗结果、随访及转归

术后给予抗感染及对症治疗，术后 5 天检查，右眼视力 0.02，矫正-10.25-2.50*10=0.5，眼压右眼 16mmHg，复查眼底欧堡及 OCT（图 4、图 5）。

讨论

高度近视由于眼轴进行性延长，发生巩膜葡萄肿，后极部特别是黄斑区巩膜变薄，视网膜血液供应减少，导致黄斑劈裂形成。高度近视黄斑劈裂是高度近视常见的并发症^[1]，而且黄斑劈裂临床上多合并玻璃体的牵引，导致黄斑裂孔甚至是视网膜脱离的出现^[2]。

目前对于中心视力明显下降和（或）伴有黄斑裂孔、黄斑脱离等并发症的黄斑劈裂患眼，多主张手术治疗。但在手术指征、手术时机及方式的选择等问题上仍存在争议。

后巩膜加固术用于黄斑劈裂的治疗并不是机械性加强后部巩膜，而是适量拉紧缝合，使眼轴适量缩短，缓解巩膜葡萄肿对后极部视网膜的向外牵引力，增强 RPE 层与神经上皮层的连接，从而促进黄斑劈裂复位。植入的材料最终会和患者自身的巩膜融为一体，可以阻止眼轴进一步扩张，稳定患者的屈光度数，提高视力^[3]。

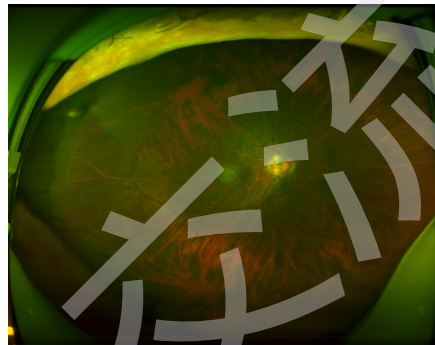


图 4 患者右眼术后 5 天眼底照相

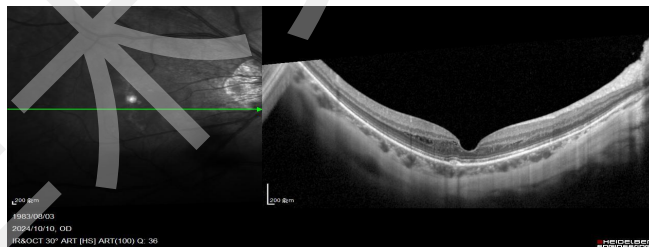


图 5 患者右眼术后 5 天 OCT

目前高度近视黄斑劈裂的具体机制尚不清楚，也缺乏有效的治疗手段^[4]。虽然玻璃体切除联合内界膜剥除可以阻止玻璃体的进一步牵引，但是却不能阻止高度近视眼轴的延长，从长期来看，也不能阻止黄斑劈裂的进一步发展，也有学者使用内界膜填塞联合自体血治疗高度近视黄斑劈裂，从短期效果看是有效的，但是我们认为从长期效果来看，后巩膜加固术是治疗高度近视黄斑劈裂较好的选择^[5]。不过，对于合并有玻璃体牵引的高度近视黄斑劈裂，玻璃体切除术联合后巩膜加固术可能效果更好，不仅解除了玻璃体牵引的因素，也缓解了眼轴增长引起的巩膜扩张。

从本病例来看，对于单纯的高度近视黄斑劈裂，后巩膜加固术是安全有效的，我们应积累更多病例，长期观察，让更多患者受益。

参考文献

- [1] Ji XY,Wang JG,Zhang JS, et al. The effect of posterior scleral re-inforcement for high myopia macular splitting [J].J Int Med Res, 2011,39 (2): 662-666.
- [2] 游昌涛, 张效房, 张金嵩, 后巩膜加固术对变性近视并发症的治疗效果 [J]. 中华眼外伤职业眼病杂志, 2010,32(11):813-816.
- [3] 薛安全, 王树林, 朱双倩, 等. 改良的后巩膜加固术治疗病理性近视的疗效观察 [J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志, 2007,9(5):332-334.
- [4] 管玉颜, 李艳芳, 栾春生. 改良后巩膜加固术治疗儿童高度近视远期效果 [J]. 中国斜视与小儿眼科杂志, 2009,17(4):175-177.
- [5] 徐艳春, 刘汉强, 牛彤彤, 等. 青少年进展性近视后巩膜加固术远期疗效观察 [J]. 中华眼科杂志, 2000,36(6):455-458.