维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253 - 3626(2003)02 - 0235 - 03

玻璃体积血的手术治疗分析

彭 惠,李平华

(重庆医科大学临床学院眼科,重庆 400016)

【摘 要】目的:探讨玻璃体积血的手术治疗情况及早期手术的意义。方法:31 例(32 眼)行玻璃体切割术,部分联合晶体摘除或环扎、视网膜复位术。对其临床效果进行分析、评价。结果:绝大多数患者的视力比术前有明显提高,达到有用视力者占 81.3%。结论:玻璃体切割手术已成为治疗玻璃体积血的主要手段之一,术后视力恢复好,并发症少。

【关键词】玻璃体积血;玻璃体切割术

【中国图书分类法分类号】R774.1 【文献标识码】B 【收稿日期】2002 - 06 - 25

Survey of vitrectomy for the treatment of vitreous hemorrhage

PENG Hui, et al

(*Department of Ophthalmology, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*, 400016)

【Abstract】*Objective*: To explore the surgical situation and the importance of early surgery for vitreous hemorrhage. *Methods*: Thirty - one patients received pars plana vitrectomy, parts combined with cataract and silicone bucking, and retinal surgery. The effect of the operation was evaluated. *Results*: The post - operative visual acuity of majority improved obviously, 81.3% above practical acuity. *Conclusion*: Vitrectomy is an effective method for treating vitreous hemorrhage. Visual acuity recovery was better and fewer complications occurred.

【Key words】Vitreous hemorrhage; Vitrectomy

玻璃体积血是一种严重的玻璃体病变,损害视力。大量而长期的玻璃体积血对眼部组织造成破坏而致视功能永久损害。随着玻璃体手术的开展,玻璃体积血的原因要比普通教科书上提到的多得多,而且不同的病因有不同的发病机制与病理改变;且预后极大改观,不仅可以防止出血的复发、治疗原发疾病并阻止该疾病的发展,而且可以保存或提高有用视力。回顾 2001 年 3 月~2002 年 6 月共收治玻璃体大量积血且视力严重低下的患者 31 例(32 眼),经玻璃体手术治疗以后,取得较好的疗效。现将临床资料分析如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

男 25 例,女 6 例。年龄 8~77 岁,平均(38.2 ± 11.5)岁,单眼 30 例,双眼 1 例,共 32 眼,右眼 13 眼,左眼 19 眼。病程半月至 24 个月,平均 2.6 个月。术前患者均经过全身常规检查以及视力、眼压、裂隙灯显微镜、检眼镜、三面镜检查和眼部 B 超检查。玻璃体积血参考 Ziemianski(1980)的 4 级分级方法。

1.2 术前情况

31 例(32 眼)均以玻璃体大量积血为主要手术指征而住院治疗,积血程度均为Ⅲ~Ⅳ,其中 6 例 B 超显示有视网膜脱离,术前均经过药物治疗无效。术前视力,光感 10 眼,手动 12 眼,数指 8 眼,0.01~0.03 2 眼。

1.3 治疗方法

手术在 Leica 手术显微镜下,使用美国 Storz 公司的 Millenniun 玻璃体切割机,按常规睫状体平坦部三切口闭合式玻璃体切割术进行[1]。灌注液用含有高渗葡萄糖、氟美松、肾上腺素及妥布霉素的乳酸钠林格注射液。术中用巩膜穿刺刀在 10 点、2 点及颞下方角膜缘后 3.5mm 处(无晶体眼 3mm 处)做巩膜一次性全层切开,切口 0.9mm。逐一放置灌注头,光导纤维及切割头,在角膜缘部位缝合角膜接触镜固定圈。在光导照明时分辨清切割头部位后,切率为 500~600 次/min,负压为 22.6~39.9kPa,由前向后,由中心向周边逐步切除积血之玻璃体,并根据不同的病变切除玻璃体腔内的机化条索,及增生膜组织。用笛针吸除网膜前积血或进行网膜前膜剥离。对<40 岁的患者,并在施行玻璃体切割手术前,于巩膜表面两直肌之间行预置缝线,并放置 3mm 宽巩膜环扎带。其中 4 眼因晶状体混浊明显行晶状体摘出或晶状体切除术,对裂孔性视网膜脱离者,行眼内激光封孔或

作者介绍:彭 惠(1967-),女,硕士,讲师,
主要研究方向:玻璃体视网膜疾病。

维普资讯 http://www.cqvip.com

巩膜外冷凝,内放液,玻璃体腔内注入 16% C_3F_8 或硅油,术中见有视网膜新生血管,无灌注区者行眼内激光治疗,术后根据不同病因对症治疗。

2 结 果

2.1 玻璃体积血原因

根据术中眼底所见及术前检查和病史有:增生性糖尿病性视网膜病变3眼(9.4%),视网膜静脉阻塞7眼(21.9%),视网膜脱离6眼(18.8%),高血压性眼底出血4眼(12.5%),视网膜静脉周围炎4眼(12.5%),玻璃体后脱离2眼(6.3%),眼外伤6眼(18.8%)。

2.2 术后视力

在32眼中,术后26眼(81.3%)视力提高,4眼视力不变,2眼视力下降。视力<0.01者3眼,0.01~0.04者7眼,0.05~0.08者9眼,0.1~0.5者11眼,>0.5者2眼,最好一眼视力达0.8。

2.3 手术并发症

(1)复发性玻璃体积血2眼;(2)并发性白内障或白内障加重4眼;(3)暂时性眼压升高3眼;(4)医源性裂孔1眼。

3 讨 论

3.1 玻璃体积血手术时机

本组患者治疗结果表明,大多数玻璃体积血患者经玻璃体切割手术后,视力显著提高。本文31例(32眼)手术成功率为81.3%。早期玻璃体切除术治疗玻璃体大量积血对保持和改善视功能、预防或减少牵引性视网膜脱离的发生有其肯定的效果[2]。玻璃体切割术不仅能够立即清除玻璃体积血和新生血管膜,而且可解除玻璃体对视网膜的牵拉,预防黄斑水肿和皱褶,同时,对于需要激光光凝治疗的患者,手术中可行眼内激光光凝,促使新生血管的消退或防止新生血管的产生,从而减少玻璃体再积血的机率及新生血管性青光眼的发生。再者,早期玻璃体切除,纤维血管膜的牵引与视网膜粘附比较松,分离和剪切较容易;视网膜较厚仍富有弹性,操作时不易发生医源性裂孔;黄斑功能永久性改变尚未形成,有利于视功能的恢复。因此,我们认为,玻璃体积血患者经药物治疗1~2个月仍不吸收者,应考虑行玻璃体切割手术,手术前应密切B型超声检查,了解视网膜情况,一旦B型超声显示有视网膜脱离者,应尽早手术。从本文手术效果看,早期手术患者术后视力提高明显。

3.2 玻璃体积血原因分析

玻璃体出血的原因繁多[3],在进行玻璃体手术前,应尽可能地对产生出血的病因作初步分析,如长期患有糖尿病的患者,双眼或单眼发生玻璃体出血,首先要考虑增殖性糖尿病性视网膜病变。老年高血压患者,尤其过去有过多次反复出血史,往往由分支或总干静脉阻塞引起。有多次反复眼内出血史的年青患者尤其是男性,则要考虑视网膜静脉周围炎(Eales氏病)。有明确的眼部外伤,出血多与外伤直接有关。由颅脑外伤或颅内A瘤自发破裂所致急性颅内压增高,同时并发1眼或双眼玻璃体积血时应考虑Terson综合征。中老年人,无高血压、糖尿病及外伤史,突然发生1眼玻璃体出血,有可能是由玻璃体后脱离引起。对于无高血压、糖尿病的老年人,发生1眼玻璃体出血,B超检查玻璃体混浊外,还在后极部眼底显示有扁平实质性降起,另眼扩大瞳孔检查黄斑区有玻璃疣或色素改变的多为湿性老年黄斑变性,脉络膜新生血管膜引起的玻璃体出血。除以上常见病因外,如FEVR(家族性渗出性玻璃体视网膜病变)、Coats病、RB(视网膜母细胞瘤)、先天性视网膜劈裂症和镰刀状细胞贫血等也可导致玻璃体出血。以上病因,虽然另眼的眼底检查有很大的参考价值,但有时仍然只有依靠去除了玻璃体出血以后,根据各自独特的眼底表现才能确诊。本文有增生性糖尿病性视网膜病变、视网膜静脉阻塞、视网膜脱离、高血压性眼底出血、视网膜静脉周围炎、玻璃体后脱离、眼外伤等原因造成玻璃体积血。无论如何,术前应进行详细的眼部检查、对病因进行初步的估计,以便作好充分的思想准备与必要的器械与材料等方面的物质准备工作,有利于手术的顺利进行。

3.3 玻璃体手术并发症问题

玻璃体切割手术后常见的并发症有医源性裂孔、继发性或并发性白内障、复发性玻璃体积血、术后高眼压、术后眼内感染等[4]。为了减少医源性裂孔的发生,手术前必须行B型超声检查,了解玻璃体与视网膜牵引的部位、范围及有无玻璃体后脱离,以便在手术时玻璃体积血未完全清除前特别注意这些部位以免损伤视网膜,手术中在剥膜、分离玻璃体视网膜粘连时,可用眼内剪分离切断粘连处,不用镊子撕拉大片机化膜,对于大片机化膜可分步骤剥离而不是一次撕下,粘连紧密处应注意不可强行剥离;最后手术结束前必须仔细检查视网膜,尤其要压迫周边部巩膜,检查巩膜切口后方的视网膜有无裂孔,一旦发现裂孔,可用激光光凝封闭裂孔,对于极周边无法光凝的裂孔,可用冷凝。后部裂孔用长效气体填充,周边裂孔可行外加压、巩膜环扎。术后的高眼压均为暂时性,发生于行全氟丙烷或硅油填充,尤其是晶状体切除的患者。常见原因包括气体或硅油注入过量,瞳孔阻滞,糖皮质激素性青光眼,血影细胞性青光眼。对于气体或硅油注入过量,手术结束时要注意眼压情况,术毕及术后均可放出部分气体或硅油。对于瞳孔阻滞引起的高眼压者,嘱患者保持低头位,另外注意硅油眼的虹膜根部切口是否阻塞,若发现阻塞可用快针头作穿刺,使其重新开放,加用药物控制眼压一般可以缓解。继发性视网膜脱离是玻璃体切除术后失败的主要原因,它的发生往往是由于前段残留玻璃体形成机化物条索牵引视网膜所致,注意彻底切除干净前段玻璃体,清除产生机化条索牵引视网膜的基础,玻璃体切除前作硅胶条环扎,可以避免产生条索的基础,缓解机化条索牵

维普资讯 http://www.cqvip.com

引作用。术中发生的视网膜裂孔,常常是切除视网膜前膜或切除机化条索时咬切吸力过强或条索在咬切时牵引视网膜致视网膜裂伤,预防是用高频咬切视网膜前膜,避免咬伤视网膜和牵引视网膜。当咬切前段玻璃体时,切割头不要靠近晶状体后囊,避免晶体混浊,最好用低吸力、低频率咬切。玻璃体机化灶有较多新生血管时应作眼内电凝,凝固新生血管后再切除机化条索或机化膜,防止术中出血。一旦发生术中出血,可升高眼内灌注瓶,眼内电凝止血,运用止血药物、重水等。另外,玻璃体切割手术后即使发生玻璃体再积血,积血一般均能自行吸收,本文 2 眼出现复发性玻璃体积血,经止血治疗后 1 眼视力达 0.4,另 1 眼 0.1。玻璃体积血切除术后常规静脉滴注广谱抗生素 5～7 天,预防继发眼内感染[5]。

目前玻璃体切割手术已成为治疗玻璃体积血的重要手段之一,术后视力的提高与术前视力、术前有无白内障、术前有无虹膜新生血管,有无黄斑皱褶或牵引性视网膜脱离,有无医源性裂孔以及玻璃体积血的病程等有关。

参 考 文 献

[1] 黎晓新主编. 玻璃体视网膜手术学[M]. 第 1 版,北京:人民卫生出版社,2000;196－202.

[2] Kumar A, Tiwari HK, Singh RP, et al. Comparative evaluation of early vs. deferred vitrectomy in Eales' disease[J]. Acta Ophthalmol Scand, 2000;78(1):77－78.

[3] 王文吉. 玻璃体积血与手术治疗[J]. 中华眼底病杂志,1997;13(3):177－178.

[4] Scott IU. Vitreoretinal surgery for complications of branch retinal vein occlusion[J]. Curr Opin Ophthalmol, 2002;13(3):161－166.

[5] Doft BH, Wisniewski SR, Kelsey SF, et al. Diabetes and postoperative endophthalmitis in the endophthalmitis vitrectomy study[J]. Arch Ophthalmol, 2001;119(5):650－656.

(上接第 227 页)

1999;19(8):451－452.

[5] 朱江帆. 普通外科内镜手术学[M]. 山东:山东科学出版社,2001;263－271.

[6] Boutelier P. Complications of laparoscopic cholecystectomy: evaluation study[J]. Bull Acad Natl Med, 1998;182(3):617.

[7] 冉瑞图. 关于胆囊切除术致医源性胆管损伤的预防的几点意见[J]. 中国实用外科杂志,1995;15(8):530－531.

[8] 王广义,谭毓铨. 医源性胆管损伤的防治进展[J]. 中国实用外科杂志,1999;19(8):497－499.

[9] Lillemoe KD, Pitt HA, Cameron JL. Postoperative bile duct stcictures[J]. Surg Clin North Am, 1990;70(6):1355.

[10] 黄志强. 当代胆道外科学[M]. 1998:648.

[11] 石景森,杜立学. 胆道手术后常见并发症的预防[J]. 肝胆外科杂志,2001;9(6):405－406.

[12] 姚英民,刘青光,于 良,等. 腹腔镜胆囊切除术中并发症分析[J]. 肝胆外科杂志,2001;9(5):364－365.

[13] 汤朝晖,付晓晖,宗 明. 腹腔镜胆囊切除术中转开腹原因分析[J]. 肝胆外科杂志,2002;10(2):127－128.

[14] Sandberg A, Alinder G, Bengmark S, et al. Accidental lesion of the common bile duct at cholecystectomy[J]. Ann Surg, 1989;201:329.

[15] 许 斌,沈世红. 医源性胆管损伤[J]. 肝胆外科杂志,2001;9(5):377－388.