DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.05.017

论著

文章编号:1000-5404(2004)05-0416-03

复杂孔源性视网膜脱离玻璃体手术治疗分析

王 一,李世洋,陈少军,刘 勇 (第三军医大学西南医院全军眼科中心,重庆,400038)

提 要:目的 评价玻璃体手术治疗复杂孔源性视网膜脱离的疗效,并对影响疗效的相关因素及并发症进行分析。方法 对103例复杂孔源性视网膜脱离随访资料完整的病例进行回顾性研究。术前<0.02视力70眼(67.96%),≥0.02视力33眼(32.04%);其中黄斑裂孔21眼(伴PVR-C2以上12眼)、巨大裂孔11眼、其它孔源性视网膜脱离PVRC2级以上71眼(其中C2级15眼、C3级12眼、D1级13眼、D2级13眼、D3级18眼)。发病至手术时间:≤14 d 8眼,15~30 d 10眼,1~3个月37眼,3~6个月24眼,≥6个月24眼。采用常规睫状体平部三通道玻璃体切割手术,根据情况联合进行了晶体切除、巩膜外环扎、视网膜切开、视网膜切除、视网膜下膜取除等操作;82眼行C3F8填充,21眼行硅油填充。随访3~18个月。结果 视网膜复位99眼,4眼复位失败;视力提高73眼(70.87%),矫正视力<0.02,35眼(33.98%),≥0.02,68眼(66.02%),其中0.02~0.08,18眼、0.1~0.4,39眼、0.5~0.9,10眼、≥1.0,1眼。结论 玻璃体手术是治疗复杂性视网膜脱离的有效方法;尽早行手术治疗可获得更好的术后结果;提高手术技巧、加强术后随访及处理是减少术后并发症,提高手术效果的有效手段。

关键词:视网膜脱离;玻璃体手术

中图法分类号:R774.120.5;R776.4;R779.6 文献标识码:A

Vitreoretinal surgery for complicated rhegmatogenous retinal detachment

WANG Yi, LI Shi-yang, CHEN Shao-jun, LIU Yong (Ophthalmology Research Center, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To evaluate the efficacy of vitreoretinal surgery for the treatment of complicated rhegmatogenous retinal detachment and to study the correlated factors affecting the surgical outcomes. Methods Complete follow-up data from 103 patients (eyes) with complicated rhegmatogenous retinal detachment treated with vitreoretinal surgery were analyzed retrospectively. Conditions of the eyes included macular hole in 21 eyes [with proliferative vitreoretinopathy (PVR) stage C2 or more serious in 12 eyes], giant hole in 11 eyes, and PVR stage C2 to D3 in 71 eyes. Filling with C3F8 was performed in 82 eyes, and silicone oil in 21 eyes. A follow-up for 3—18 months was conducted. Results The reattachment of retina was achieved in 99 eyes (96.1%) and functional success in 68 eyes (66.0%). In eyes with functional success, visual acuity of 0.02—0.08 was achieved in 18 eyes, 0.1—0.4 in 39 eyes, 0.5—0.9 in 10 eyes, and 1.0 in 1 eye. Conclusion Vitreoretinal surgery is an effective way for the management of complicated rhegmatogenous retinal detachment. Early surgery may result in satisfactory surgical outcomes.

Key words: retinal detachment; vitreoretinal surgery

尽管目前用传统的巩膜外扣带手术治疗单纯性孔源性视网膜脱离的成功率已可达90%。但对于复杂性视网膜脱离(包括:合并屈光间质混浊的视网膜脱离、后极裂孔性视网膜脱离、巨大裂孔性视网膜脱离、黄斑裂孔性视网膜脱离、合并严重PVR的视网膜脱离、外伤性视网膜脱离以及牵引性视网膜脱离)常规巩膜外扣带手术仍难以获得成功。而现代玻璃体手术的开展为这些难治性视网膜脱离的治愈提供了可能。如何提高手术的成功率及手术技巧,减少和防止并发症发生一直是眼科临床治疗的焦点。我们对1998—2000年行玻璃体手术治疗的复杂孔源性视网膜脱离病例随访资料完整的103例进行回顾性研究。报告如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

本组103例103眼,男63例,女40例;右60眼,左43眼;术前<0.02视力70眼(67.96%),≥0.02视力33眼(32.04%);屈光度:<3.0D 51眼(49.51%),3.0~6.0D 9眼(8.74%),>6.0 D 43眼(41.75%);其中黄斑裂孔21眼[伴PVR(proliferative vitreoretinopathy, PVR)C2级以上的12眼]、巨大裂孔11眼、其它孔源性视网膜脱离PVRC2级以上71眼(其中C2级15眼、C3级12眼、D1级13眼、D2级13眼、D3级18眼)。外院曾行过巩膜外手术者25眼。发病至手术时间:≤14 d 8眼,15~30 d 10眼,1~3个月37眼,3~6个月24眼,≥6个月24眼。

作者简介:王 一(1962—),男,四川省叙永县人,硕士,主任医师,教授,主要从事玻璃体视网膜疾病和眼外伤的临床与基础方面的研究,发表论文24篇。电话:(023)65314576

收稿日期:2003-07-17;修回日期:2003-10-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

1.2　手术方式

采用常规睫状体平部三通道玻璃体切割手术, 根据情况联合进行了晶体切除40眼、巩膜外环扎 14 眼、视网膜切开 16 眼、视网膜切除 3 眼、视网膜下膜取除 7 眼等操作, 对伴有 PVR 者均行彻底剥膜松解网膜, 97 眼术中应用全氟化碳液(perfluorocarbon liquids, PFCL, 临床上称"重水")辅助手术操作。

1.3　玻璃体腔填充材料

82 眼行 C3F8 填充, 21 眼行硅油填充。

1.4　随访时间

3~18 个月。

2　结果

2.1　视网膜复位及视力情况

最终视网膜复位 99 眼(96.11%), 4 眼复位失败。其中行一次手术成功 88 眼(85.44%)、二次手术 12 眼, 成功复位 10 眼(一次术后有 3 例 3 眼自动放弃再手术)、三次手术 2 眼, 成功复位 1 眼。视力提高 73 眼(70.87%), 矫正视力<0.02, 35 眼(33.98%), ≥0.02, 68 眼(66.02%), 其中 0.02~0.08, 18 眼、0.1~0.4, 39 眼、0.5~0.9, 10 眼、≥1.0, 1 眼。

2.2　并发症

术中出血 1 眼、医源性裂孔 4 眼、脉络膜脱离 1 眼; 术后前房积血 9 眼、并发性白内障 17 眼、重水残留 11 眼、硅油入前房 2 眼、继发青光眼 1 眼。术中出血者经提高灌注压, 肌注立止血得以控制。医源性裂孔术中行冷凝或激光封闭处理。脉络膜脱离因灌注管置入脉络膜上腔, 经重安置而解决。术后前房出血经保守治疗自行吸收。并发白内障部分于二次手术时切除, 部分行白内障摘除人工晶体植入。重水残留者经前房穿刺取出。硅油入前房为 2 例有晶体眼, 经前房穿刺放出。继发青光眼经取油后得以控制。

3　讨论

玻璃体手术是治疗复杂性视网膜脱离的重要手段, 随着技术的发展和手术技巧的提高, 尤其是全氟化碳液的临床应用, 使得手术成功率大大提高。以前报道复杂视网膜脱离手术成功率为 65%左右[1,2]。而近年来报道复杂性视网膜脱离玻璃体手术成功率达 90%~95%[3,4]。本组资示料结果显示: 一次手术视网膜解剖复位率为 85.4%, 而通过 2 到 3 次手术则视网膜最终解剖复位率达 96.1%, 并有 70.9%的患者视力较术前提高。玻璃体手术不仅能去除混浊的屈光间质、松解玻璃体牵引和使固定的视网膜充分活动, 并在全氟化碳液的有力帮助下能充分地剥除增殖膜、完成眼内视网膜下液排出和方便激光光凝, 而且还可通过采用长效膨胀气体或硅油的玻璃体腔填充, 从而使这类病例获得相当高的成功率。

全氟化碳液(重水)的应用使玻璃体手术操作更容易、剥膜更彻底、内排液更简单, 为手术的成功奠定了基础。然而, 若术中使用不当或气液交换不全, 可导致全氟化碳液进入视网膜下或玻璃体腔内全氟化碳液残留等并发症, 本组病例虽无 1 例全氟化碳液进入视网膜下, 但有 11 眼不同程度玻璃体腔内全氟化碳液残留, 均于术后通过前房穿刺取出。为防止全氟化碳液应用中的并发症, 我们认为: ①应在网膜牵引完全松解后方能使液面满过视网膜裂孔, 否则全氟化碳液可进入到视网膜下; ②气液交换时要仔细耐心, 务必将全氟化碳液完全置换出, 以避免残留带来其它并发症; ③对已发生的全氟化碳液残留病例, 若是无晶体眼, 可通过前房穿刺取出; 若是有晶体眼, 残留为少许小滴者行观察, 对残留较多者需再行手术取出。

玻璃体手术的玻璃体腔内填充是保证手术成功很重要的步骤。虽然目前对玻璃体腔内填充物(长效膨胀气体如 C3F8、C2F6、SF6 和硅油)的认识较前有很大提高, 并有许多经验的积累, 但如何选用填充物仍有很多争议。一些研究认为硅油填充成功率更高[3,5], 而另一些报道则认为 C3F8 与硅油无明显差异[6]。而由于硅油填充存在诸多并发症(如青光眼、白内障、角膜变性等), 而且需二次手术取油, 增加病人痛苦和负担。因此如何选用填充物是目前临床困惑的问题。本组病例应用 C3F8 填充 82(79.6%)眼, 用硅油填充仅 21(20.4%)眼。

按以往对巨大裂孔性及 PVR- D 级以上的视网膜脱离通常用硅油填充, 而本组资料中巨大裂孔性及 PVR- D 级以上的视网膜脱离 55 眼(占 53.4%), 表明应用 C3F8 填充这类病例仍可获得很高的视网膜复位率。我们认为关键在剥膜彻底, 视网膜松解充分, 光凝或冷凝确实, 才是保证手术成功的关键所在。而我们硅油选用仅在网膜严重僵硬、较大范围的网膜切开或切除、180°以上巨大裂孔者。减少硅油填充, 可减少硅油并发症和必须的二次手术取油给病人带来的不便和痛苦。

手术并发症是影响手术效果和愈后的一个因素。本组资料中发生的并发症包括: 术中、术后出血、医源性裂孔、脉络膜脱离、并发白内障、重水残留、硅油入前房、继发青光眼。经过及时和恰当的处理均未造成严重后果。至于如何防止手术并发症, 我们的体会是: ①为防止术中术后大出血应注意对血管旁的膜剥离不要强行撕拉, 行视网膜切开或切除前应做好充分的电凝并尽量避开大血管。②医源性视网膜裂孔虽难完全避免, 但只要操作仔细, 动作轻柔, 提高剥膜技巧, 并注意玻切头和光导进出口玻璃体的处理, 这一并发症则可大大减少。③保证灌注头进入玻璃体腔后再开灌注水, 并在术中保持灌注压的稳定是防止术中脉络膜脱离的有效方法。④术中做好下方虹膜周切孔、术后保持良好的体位并及时取出填充硅油是减少并发性白内障和继发青光眼的关键。总之, 尽量避免和处理好术中、术后并症也是提高手术成功率和减少并发症带来的视功能损害的重要环节。

尽管目前玻璃体手术治疗复杂性视网膜脱离的已有很高的解剖复位率, 然而对于视功能的恢复和提高仍不

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

令人满意,本组资料显示:视力较术前提高有70.9%,而视力在0.02以上的只有66.0%,视力0.1以上的仅占48.5%。表明改善术后视功能仍是目前需要解决的问题。从本组资料分析有3个特点:①术前视力低下者多(≤0.02占67.9%);②发病到手术的时间长,3个月以上48眼(46.6%),而1个月以上则高达85眼(82.5%);③严重PVR病例多。这些因素都影响术后视功能,而最为重要的是发病至手术的时间,时间越长视网膜的功能越差,PVR的程度越重,手术难度越大,术后的视功能越差。因此,让患者充分认识视网膜脱离的严重性和及时治疗的必要性非常重要。

参考文献:

[1] 王景昭. 玻璃体手术治疗复杂性视网膜脱离[J]. 中华眼科杂志, 1993, 29(4): 205-207.
[2] 张少冲, 高汝龙. 玻璃体显微手术治疗复杂性视网膜脱离[J]. 中华眼科杂志, 1993, 29(4): 202-204.
[3] 韩丽蓉, 彭亚军, 夏风华, 等. 玻璃体切除术治疗复发性复杂性视网膜脱离[J]. 第二军医大学学报, 2000, 21(3): 284-286.
[4] Kapran Z, Uyar O M, Kaya V, *et al*. Recurrences of retinal detachment after vitreoretinal surgery, and surgical approach[J]. Eur J Ophthalmol, 2001, 11(2): 166-70.
[5] 王 方, 张 晢, 李佩娟, 等. 玻璃体切除、全氟丙烷气体或硅油填充治疗复杂性视网膜脱离[J]. 临床眼科杂志, 1997, 5(4): 199-202.
[6] The Silicone Study Group. Vitrectomy with silicone oil or perfluoropropane gas in eyes with severe proliferative vitreoretinopathy: results of a randomized clinical trial[J]. Silicone study report 1. Arch Ophthalmol, 1992, 110(6): 780-792.

(编辑 汪勤俭)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2004)05-0418-01

显微手术切除蝶骨嵴脑膜瘤

Microsurgical removal of sphenoid ridge meningiomas

廖毅超, 蒋广元, 梁新强, 宋星智, 张征军, 黄 航 (广西壮族自治区第二人民医院神经外科, 桂林 541002)

我科于1996年8月至2001年9月在显微镜下成功切除蝶骨嵴脑膜瘤10例,效果良好,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

男4例,女6例。年龄:36~69岁,平均50.1岁。病程半月~8年,平均1.6年。头晕、头痛7例,视力下降2例,癫痫3例,轻偏瘫1例,双侧视乳头水肿4例,精神异常1例,患侧眼外凸及患侧颞部外凸各1例。

1.2 影像检查

所有病例行头颅CT扫描,平扫混杂密度1例,等密度1例,稍高密度8例,瘤周伴水肿4例,蝶骨嵴及颞骨骨质增生增厚2例,增强扫描病灶均匀明显强化9例,部分轻微强化1例(该例术前误诊为脑胶质瘤)。磁共振成像(MRI)检查2例,其中1例发现肿瘤内侧有产生流空效应的血管影,颈内动脉受侵犯并向内移位,同时发出分支动脉参与供血,1例大脑中动脉受压上抬移位。数字减影脑血管造影检查2例:其中1例由眼动脉及大脑中动脉供血,1例由颈内动脉及颈外动脉发出分支双重供血。

1.3 肿瘤大小、部位和病理类型

肿瘤大小按最大径:小于4.5 cm 2例,4.5 cm~7.0 cm 6例,大于7.0 cm 2例。肿瘤部位根据最近简化分类:内侧型(起源于蝶骨小翼或前床突)7例,外侧型(起源于蝶骨大翼向外侵犯颞骨)3例。病理类型:内皮细胞型5例,成纤维型4例,间变性1例。

1.4 手术和结果

1.4.1 手术入路 以翼点为中心额颞部切口,额颞开颅9例,其中2例断颧弓;1例采用额部冠状切口,额一眶一颧开颅联合入路。肿瘤切除程度按改良Simpson's法分级[1]:Ⅰ级3例,Ⅱ级6例,Ⅲ级1例。无手术死亡,术后发生短暂精神障碍综合征2例,对侧肢体轻瘫1例;1例因术后发生术侧额颞叶脑内血肿而行血肿清除及去骨瓣成减压术,术后发生对侧肢体瘫痪。

1.4.2 随访 术后全部病人随访半年至5年,尚未发现肿瘤复发,其中恢复正常生活工作8例,生活自理1例,需要他人照顾1例。

2 讨论

蝶骨嵴是颅底脑膜瘤好发部位之一,手术切除是最有效治疗方法[2],但由于肿瘤起源于蝶骨嵴大、小翼,毗邻周围脑组织非功能区,开始多无明显临床表现,如肿瘤无明显瘤周水肿,发现时多半肿瘤较大,要全切除肿瘤而又不增加对周围正常组织损害并非易事。随着显微手术普及、手术技巧不断提高及现代影像学的飞速发展,手术治疗可得到满意的效果。

2.1 CT、MRI、DSA检查的重要性

根据脑膜瘤为脑外占位病变特征,平扫时病灶为均匀略高密度或等密度,增强后扫描多数发生均匀明显强化,CT即可确

(下转422页)

作者简介:廖毅超(1968-),男,广西壮族自治区桂林市人,主治医师,主要从事颅内肿瘤及脑血管疾病、显微手术治疗方面的研究。电话:(0773)3840010

收稿日期:2002-10-29;修回日期:2002-12-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net