

23G 微创玻璃体切割术治疗 Terson 综合征的疗效观察

郑春昌, 谭荣强, 丁琼, 张蕾, 吴林彬, 周家承

作者单位: (526020) 中国广东省肇庆市第一人民医院眼科

作者简介: 郑春昌, 男, 主治医师, 研究方向: 眼底外科、眼眶病。

通讯作者: 郑春昌. zcc19h@126.com

收稿日期: 2014-01-03 修回日期: 2014-03-18

Observation of therapeutic effect of 23G micro invasive vitrectomy in treating Terson syndrome

Chun-Chang Zheng, Rong-Qiang Tan, Qiong Ding, Lei Zhang, Lin-Bin Wu, Jia-Cheng Zhou

Department of Ophthalmology, the First People's Hospital of Zhaoqing, Zhaoqing 526020, Guangdong Province, China

Correspondence to: Chun - Chang Zheng. Department of Ophthalmology, the First People's Hospital of Zhaoqing, Zhaoqing 526020, Guangdong Province, China. zcc19h@126.com

Received: 2014-01-03 Accepted: 2014-03-18

Abstract

• **AIM:** To observe the effect of 23G micro invasive vitrectomy in treating Terson syndrome.

• **METHODS:** Six cases (11 eyes) of Terson syndrome with severe vitreous hemorrhage were performed 23G micro invasive vitrectomy since conservative treatment did not show effect on them. Membrane peeling and silicone oil tamponade were applied according to the retinal conditions. We observed the postoperative visual acuity (VA), retina and complications.

• **RESULTS:** All the cases had obvious improvement of postoperative VA, in which 8 eyes in 11 (73%) was better than 0.5. The postoperative VA of one eye (9%) were less than 0.1 because of pre-existing proliferative vitreoretinal diseases and retinal detachment.

• **CONCLUSION:** 23G micro invasive vitrectomy is an effective approach in treating Terson syndrome. Most of the cases indicate good visual outcome. However, the cases with severe proliferation have poor outcome. We recommend performing an early 23G micro invasive vitrectomy for the failure of conservative treatment in Terson syndrome.

• **KEYWORDS:** Terson syndrome; 23G micro invasive vitrectomy; vitreous hemorrhage

Citation: Zheng CC, Tan RQ, Ding Q, *et al.* Observation of therapeutic effect of 23G micro invasive vitrectomy in treating Terson syndrome. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2014;14(4):763-764

摘要

目的: 探讨 23G 微创玻璃体切割术治疗 Terson 综合征的疗效。

方法: 对伴有严重玻璃体积血的 6 例 11 眼 Terson 综合征患者在保守治疗无效后行 23G 微创玻璃体切割术, 术中根据视网膜情况行剥膜或硅油填充, 观察术后视力、视网膜及并发症情况。

结果: 术后所有患者的视力均有明显提高, 11 眼中 8 眼 (73%) 术后视力 ≥ 0.5 , 1 眼 (9%) 因术前存在严重的玻璃体视网膜增殖性病变和视网膜脱离, 术后视力低于 0.1。

结论: 23G 微创玻璃体切割术是治疗 Terson 综合征的有效手段, 大部分患者术后视力恢复较好, 但增殖性病变严重的患者术后视力欠佳, 对于 Terson 综合征在保守治疗无效的情况下建议早期行 23G 微创玻璃体切割术干预。

关键词: Terson 综合征; 23G 微创玻璃体切割术; 玻璃体积血

DOI: 10.3980/j.issn.1672-5123.2014.04.57

引用: 郑春昌, 谭荣强, 丁琼, 等. 23G 微创玻璃体切割术治疗 Terson 综合征的疗效观察. *国际眼科杂志* 2014;14(4):763-764

0 引言

Terson 综合征是德国眼科专家 Litten 于 1880 年首先描述, Terson 于 1900 年首次提出颅内出血可以是玻璃体出血的原因之一, 并且认为这种眼脑综合征是蛛网膜下腔出血的征象, 命名为 Terson 综合征。Terson 综合征属于特殊类型的玻璃体积血, 此类患者常常因为脑外伤或脑部手术史而使得眼部症状被忽略而延误了治疗。我科 2010-03/2013-03 确诊并行 23G 微创玻璃体切割术 (23G TSV) 治疗 Terson 综合征病例 6 例 11 眼, 现将结果报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 2010-03/2013-03 在我科就诊并行 23G TSV 治疗的 Terson 综合征病例 6 例 11 眼。男 4 例 7 眼, 女 2 例 4 眼, 年龄 22~61 (平均 41) 岁。有明确头部外伤史者 2 例 3 眼, 颅内血管瘤者 4 例 8 眼。在我院或外院神经外科住院治疗全身情况稳定后转到我科治疗。从颅内出血到行 23G TSV 的平均时间为 3.2mo。术前视力: 光感 3 眼, 手动/眼前 2 眼, 数指/眼前 30cm 者 4 眼, 0.04 者 1 眼, 0.1 者 1 眼。眼科检查: 眼前段无明显异常, 均可见显著的玻璃体混浊, 散瞳后部分患者尚可见玻璃体内未吸收完全的积血, 9 眼眼底窥不见, 2 眼可见部分周边视网膜。术前 B 超检查显示中低度振幅的致密回声, 提示玻璃体积血, 1 例 1 眼有牵拉性视网膜脱离, 术中亦证实有视网膜脱离。

1.2 方法 所有患者均采用 23G TSV, 先切除玻璃体腔中间混浊的玻璃体, 然后在接触镜下切除周边及后极部玻璃体, 用笛形针吸除血池内的血液, 有视网膜前膜或黄斑区

视网膜前膜者剥离前膜,注意预防医源性黄斑裂孔的发生,1例有视网膜脱离者在复位视网膜后选择眼内激光光凝裂孔并行眼内硅油填充。术后给予抗炎、对症支持治疗。对于双眼患者,我们将两眼的手术时间间隔为2wk。术后随访观察3~8(平均5.5)mo。

2 结果

2.1 术中情况 术中发现玻璃体出血多数集中于后极部,对新鲜的出血用笛针轻吸就可以将其吸除,而对于那些陈旧性的出血,因为与视网膜紧密粘连,笛针通常难以吸除,故常用眼内镊将其夹出;双眼同时出血者病变基本对称;术中还发现病程较长的患者发生了不同程度的视网膜前膜或黄斑前膜,还有1例发生视网膜脱离。黄斑部前膜大多沿颞侧血管弓生长,并于视网膜紧密相连,将其完全剥离干净有一定困难。

2.2 术后视力 术后随访观察3~8(平均5.5)mo,视力均提高。术后3mo,最佳矫正视力 ≥ 0.5 者8眼(73%),0.1~0.4者2眼(18%), <0.1 者1眼(9%)。我们发现视力预后与出血部位及病程相关:无黄斑区视网膜前出血6眼,有黄斑区视网膜前出血5眼,前者较后者术后视力显著提高;病程3mo内患者(7眼)较超过3mo患者(4眼)视力恢复明显加快及提高。

2.3 术后并发症 术后1眼发生了一过性的眼压升高,为眼内硅油充填眼,在给予降眼压、对症处理后降至正常,且未再次反复。未出现再次眼内出血、眼内炎等严重并发症的发生。眼内硅油充填者因并发白内障于术后3mo取出硅油的同时行白内障手术。

3 讨论

Terson综合征大多数继发于血管瘤和外伤引起的蛛网膜下腔出血或者自发性的蛛网膜下腔出血,本组病例中有3眼是外伤后发生蛛网膜下腔出血,8眼是颅内动脉瘤所致的自发性蛛网膜下腔出血。目前大多数人认为是由于颅内压增高,压力通过神经鞘膜的鞘间隙传达到视乳头周围,进而引起视乳头结构的破坏,导致视网膜静脉回流受阻^[1],压力升高而血管破裂,出血于视网膜或内界膜下,出血量大时可以穿透内界膜到达玻璃体内。我们的患者中11眼均有玻璃体出血,3眼有视网膜前出血,2眼有黄斑前出血,为此机制提供依据。

Terson综合征的玻璃体切割手术治疗由来已久,但大多数是行传统的20G经睫状体平坦部玻璃体切割手术^[2,3],近年来微创玻璃体切割手术(TSV)已成为眼科的研究热点,微创玻璃体切割手术和传统的20G经睫状体平坦部玻璃体切割手术相比,具有手术损伤小、手术后反应轻、恢复快等优点^[4],但其手术适应证多集中于黄斑部疾病。自从23G玻璃体切割手术推出以来,经结膜免缝合的玻璃体切割手术的适应证明显扩大,比较复杂的玻璃体视网膜病变也成为了微创玻璃体切割手术的适应证。Terson综合征患者的玻璃体积血多数集中在后极部,其最常见的并发症就是视网膜前膜和黄斑前膜,少数病程长的患者并发视网膜脱离。这一特点决定了其手术难度相对没有那么复杂,符合行23G微创玻璃体切割手术的适应证。本研究的6例11眼的23G TSV手术也证明术中主要是处理后极部玻璃体积血和视网膜黄斑前膜,1例视网膜脱离为牵拉性,手术操作相对没有那么复杂。另外一点就是由于Terson综合征患者往往经历过颅脑手术,且经历过

较长时间的康复理疗期,部分患者会对再次手术有恐惧而配合欠佳,或对术后缝线刺激引起的异物感极为敏感,而23G TSV手术恰恰可以缩短手术时间,结膜免缝合,极好地解决了这一问题。

Terson综合征的另一热点就是手术时机的选择。部分学者倾向于保守治疗3~6mo后积血不能吸收再进行手术干预^[5],而另有部分学者倾向于早期干预治疗。Schultz等^[6]认为手术与保守治疗远期视力相同,只是手术组的视力恢复较快,但这一结果与他们所选择的病例有关。而有部分研究则提倡在双眼受累的患者应早期手术,单眼受累患者则可观察3~6mo^[7,8]。Velikay等^[9]建议对于确诊为Terson综合征的患者应密切随访,一旦经B超发现视网膜前膜形成应立即行玻璃体切割术,预防后期严重并发症的产生。相对而言,我们更倾向于早期手术干预,即经药物治疗后没有明显吸收倾向的患者即可手术治疗,其理由如下:(1)由于国情所限,部分患者不能及时、规律的进行随访观察,因此有部分患者复查不及时,当再次复诊时就已经出现了长时间的视网膜脱离,严重影响患者的视功能恢复;(2)Terson综合征患者大部分为年轻患者且多数处于康复理疗期,肢体行动不便,保守治疗时间过长不但疗效不确定,而且容易造成玻璃体腔增殖严重或视网膜脱离,术中需注入惰性气体或硅油,对患者的生活和心理均造成巨大影响;(3)慢性积血刺激视网膜前膜的产生以及积血吸收过程中产生的毒性物质都可能对视功能造成损害,且视网膜前膜或黄斑前膜的产生增加了手术难度和风险;(4)随着玻璃体视网膜手术技术的进步,特别是微创玻璃体手术系统的使用,手术的效果得以明显改善,且没有严重的手术并发症。因此患者更要及早就诊手术治疗,减少玻璃体腔严重增殖、牵拉性视网膜脱离等严重并发症的发生,更好地恢复视力,提高生活质量。对于双眼Terson综合征的患者我们手术间隔时间一般为2wk,主要是考虑到多数患者还处于全身肢体的康复理疗期,且患者及家属在短时间内双眼分别接受手术需要一个心理适应过程。

Terson综合征的传统玻璃体手术已开展多年,但微创玻璃体手术系统目前已较为成熟,且对患者起到更好的治疗效果,建议在确定手术适应证的情况下推广使用。

参考文献

- 1 张承芬,眼底病学.第1版.北京:人民卫生出版社 2008:356-357
- 2 吴敏,李娟娟,李铎,等.玻璃体切割手术治疗Terson综合征的疗效分析.国际眼科杂志 2008;8(5):1052-1053
- 3 武丽娜,贺涛,邢怡桥,等. Terson综合征的治疗及预后分析.临床眼科杂志 2011;19(1):66-68
- 4 Gallemore RP, Thomas EL. Minimally Invasive Vitreoretinal Surgery. *Review of Ophthalmology* 2002;9(8):11-16
- 5 陶海,侯宝杰,吴海洋,等.微创玻璃体切割手术的现状.中华眼底病杂志 2004;20(3):200-201
- 6 Schultz PN, Sobol WM, Weingeist TA. Long term visual outcome in Terson syndrome. *Ophthalmology* 1991;98(12):1814-1819
- 7 Carcia-Arumi J, Corcostegui B, Tallada N, et al. Epiretinal membranes in Terson syndrome. *Retina* 1994;14(10):351-355
- 8 Gnanaraj L, Tyagi AK, Cottrell DG, et al. Referral delay and ocular surgical outcome in Terson syndrome. *Retina* 2000;20(4):374-377
- 9 Velikay M, Datlinger P, Stolba U, et al. Retinal detachment with severe proliferative vitreoretinopathy in Terson syndrome. *Ophthalmology* 1994;101(1):35-37