

视网膜孔源性玻璃体出血 23 例临床分析

马利波, 闻 矩, 张 志, 张建东

作者单位:(110005)中国辽宁省沈阳市爱尔眼科医院
作者简介:马利波,毕业于大连医科大学,硕士,主任医师,研究方向:眼底病、视网膜疾病。
通讯作者:马利波.chuan0808@vip.163.com
收稿日期:2010-03-08 修回日期:2010-04-30

Clinical analysis of 23 cases with rhegmatogenous retinal vitreous hemorrhage

Li-Bo Ma, Ju Wen, Zhi Zhang, Jian-Dong Zhang

Shenyang Aier Eye Hospital, Shenyang 110005, Liaoning Province, China

Correspondence to: Li-Bo Ma. Shenyang Aier Eye Hospital, Shenyang 110005, Liaoning Province, China. chuan0808@vip.163.com

Received:2010-03-08 Accepted:2010-04-30

Abstract

- AIM: To investigate the pathogenesis, clinical features and treatment of retinal vitreous hemorrhage .
- METHODS: Twenty-three eyes of spontaneous vitreous hemorrhage were collected, the reason of vitreous hemorrhage was the horse shoe-shaped retinal hole associated with vessel breaks 2 eyes were with the simple concurrent vitreous hemorrhage, 21 eyes were with rhegmatogenous retinal detachment complicated with vitreous hemorrhage; 3 eyes were performed only with laser treatment, 20 eyes underwent extra-retinal detachment surgery or vitrectomy.
- RESULTS: After laser or surgical treatment, there was no bleeding recurrence in the 23 eyes, hole was closed, the visual acuity of 22 eyes was better than or equal to that of preoperative, 1 eye of recurrent retinal detachment was the traction retinal detachment.
- CONCLUSION: Rhegmatogenous vitreous hemorrhage is a major reason for vitreous hemorrhage, early diagnosis and timely treatment can achieve a satisfactory effect and avoid serious complications.
- KEYWORDS: retinal hole; vitreous hemorrhage

Ma LB, Wen J, Zhang Z, *et al.* Clinical analysis of 23 cases with rhegmatogenous retinal vitreous hemorrhage. *Int J Ophthalmol (Guji Yanke Zazhi)* 2010;10(6):1160-1162

摘要

目的:探讨视网膜裂孔源性玻璃体出血的发病原因、临床特征和治疗效果。

方法:收集了自发性玻璃体出血病例 23 眼,玻璃体出血原因均为马蹄形视网膜裂孔伴裂孔区血管撕裂所致,2 眼为单纯视网膜裂孔并发玻璃体出血,21 眼为孔源性视网膜脱离并发玻璃体出血;3 眼行单纯激光治疗,20 眼行外路视网膜脱离手术或玻璃体切除手术。

结果:经激光或手术治疗后 23 眼均无出血复发,裂孔封闭,22 眼视力好于或等于术前,1 眼视网膜脱离复发为牵拉型视网膜脱离。

结论:孔源性玻璃体出血是玻璃体积血的重要原因之一,尽早明确诊断、及时治疗可以取得满意疗效,避免严重并发症。

关键词:视网膜裂孔;玻璃体出血

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2010.06.047

马利波,闻矩,张志,等.视网膜孔源性玻璃体出血 23 例临床分析.国际眼科杂志 2010;10(6):1160-1162

0 引言

视网膜裂孔并发视网膜血管撕裂是自发性玻璃体出血的主要原因,通常是玻璃体后脱离造成变性区视网膜牵拉产生裂孔,同时撕裂裂孔区血管所导致,随着血液进入玻璃体,患者的首发症状常常表现为闪光感、黑影漂浮或原有黑影发生变化,甚至视力急剧下降,如果临床经验不足或缺乏仔细的眼底检查加之不恰当的保守治疗会延误病情,导致视网膜脱离及严重玻璃体出血的发生发展,给治疗和预后带来麻烦,我们在工作中遇到的 23 例该类患者,今报告如下,供同道借鉴。

1 对象和方法

1.1 对象 我院 2002-01/2009-07 收治的伴有玻璃体积血的单纯视网膜裂孔或玻璃体积血并发孔源性视网膜脱离病例共 23 例 23 眼,男 10 例 10 眼,女 13 例 13 眼,年龄 43 ~ 73 (平均 57) 岁。症状及病程:主诉首发症状均为视物眼前有黑影飘动,多数患者伴有闪光感。5 例患者曾于外院就诊,诊断为玻璃体混浊或玻璃体积血,给予保守治疗直至病情加重转来我院就诊,18 例患者首诊即来我院。23 例患者均为 1 次性出血,其中伴有高度近视 6 例,伴有 2 型糖尿病或高血压患者或兼而有之的患者 5 例,病程为 5d ~ 4mo。体征:视力:指数/20cm ~ 0.6,眼压:9 ~ 14 (平均 12.4) mmHg;玻璃体混浊程度^[1]为 II 级 7 眼, III 级 9 眼, VI 级 7 眼;术前眼底检查及 B 超检查证实,除 2 眼不伴有视网膜脱离外,余 21 眼均伴有视网膜脱离,视网膜脱离范围:裂孔周围浅脱离 1 眼,脱离 < 2 象限 6 眼,脱离介于 2 ~ 3 象限之间 12 眼,全脱离 2 眼。23 眼具体诊断如下,视网膜裂孔并发玻璃体积血 1 眼,裂孔源性玻璃体积血并发非缺血性视网膜中央静脉阻塞 1 眼,原因不明性玻璃体积血并发视网膜脱离 5 眼,孔源性视网膜脱离并发玻璃体积血

16眼。其中18眼术前明确检查到视网膜裂孔,均伴有视网膜裂孔部位血管异常,4眼为血管呈桥状骑跨于裂孔前后瓣之间或自视网膜撕脱游离于裂孔缘处,12眼为裂孔缘血管断裂,18眼均为静脉;伴有血管异常的视网膜裂孔全部为马蹄形裂孔,均位于赤道至周边区域视网膜,裂孔大小为1~2PD之间,11眼的裂孔位于颞上区,4眼裂孔位于颞下区,2眼裂孔位于鼻上区,1眼裂孔位于鼻下区;15眼为单裂孔,1眼为2个裂孔,2眼为分布于2个象限的多个裂孔。

1.2 方法 未手术治疗3眼,行保守及激光治疗治愈,1眼为颞上赤道区视网膜裂孔伴有血管断裂并发视网膜中央静脉阻塞,为新鲜出血,积血沉于下半区玻璃体中,单纯行裂孔周围光凝,并给予针对视网膜中央静脉阻塞的保守治疗;1眼初期为原因不明性(曾误诊为Aales病)玻璃体积血,裂孔位于颞下被出血遮盖,经保守治疗积血吸收后,发现裂孔,没有出现视网膜脱离,即行激光光凝治疗;1眼为颞上周边区裂孔伴血管断裂,积血沉于下方玻璃体,裂孔周围浅脱离约1.5个视乳头直径范围,仅给予浅脱离周围激光光凝3~4排并保守治疗,后随着浅脱离平复,补充光凝至裂孔缘部,上述3眼均同时行血管断端光凝,随访期间视网膜保持复位。行外路巩膜扣袋视网膜脱离复位术4眼,其中2眼术前可见血管呈桥状骑跨于裂孔瓣间,术前2~3d分别于裂孔前后瓣的该段血管两端行激光光凝,闭塞该段血管,防止术中血管断裂致严重眼内出血;手术采用局部麻醉,在手术显微镜下分别行外放液、冷凝、巩膜扣袋,因为患眼均为视网膜马蹄形裂孔,硅压后裂孔处形成鱼嘴样皱褶,所以有3眼行过滤空气球内注射,用以短期填充帮助封闭裂孔。行玻璃体切除手术16眼,剥离增殖膜、裂孔周围玻璃体切除干净以解除对裂孔盖的牵拉、有骑跨于裂孔瓣间血管均电凝之以免术中断裂出血、重水注入或气-液交换平复视网膜、眼内光凝封闭裂孔同时光凝裂孔缘已经断裂的血管,200mL/L C₃F₈或硅油眼内填充,术中联合晶状体切除2眼,同期行人工晶状体植入。16眼术中均可见玻璃体血性混浊或机化,术前眼底情况不明的5例病例,于术中可见均为马蹄形裂孔视网膜脱离,4眼为单裂孔,1眼为两个裂孔,颞上周边裂孔4眼,鼻上周边裂孔1眼。16眼均伴有裂孔缘玻璃体牵拉,未发现其它出血原因,2眼伴有血管骑跨于裂孔间,14眼可见裂孔缘有血管断端,均已经闭塞。4眼行硅油填充,12眼行200mL/L C₃F₈气体填充,硅油填充眼于1次术后3~6mo取出硅油,2眼取硅油时行晶状体切除,其中1眼同期植入人工晶状体。所有术眼术毕指测眼压T₁~T_n,视力为光感以上。

2 结果

2.1 眼底情况 全部23例患者随访11~24mo,其中3例单纯激光封闭眼,裂孔封闭良好,未出现视网膜脱离;1眼硅油填充眼3mo取出硅油后出现了视网膜脱离复发,眼底可见颞上周边区裂孔封闭良好,鼻侧、下方及颞下区域视网膜由于术后PVR的发展出现了牵拉性浅脱离,随访期间体征无变化,患者拒绝进一步治疗;余19例手术眼末次术后随访期间眼底及B超检查均无视网膜脱离的复发,裂孔封闭良好。

2.2 玻璃体混浊情况 患者23眼均未出现玻璃体再次出

血,玻璃体混浊较术前明显好转或消失,5眼出现了下方玻璃体机化,3眼为外路视网膜脱离手术眼,2眼为单纯激光封闭眼,随访期间无变化。

2.3 视力和眼压 随访过程中视力有明显提高21眼,多数病例视力接近或达到患病前水平,矫正视力在0.06~0.8之间。1例单纯裂孔并发视网膜中央静脉阻塞眼激光治疗后不久继发黄斑水肿,所以随访期间视力较激光治疗前明显下降,患者表示理解,目前随访治疗中;1眼由于视网膜脱离复发视力较术前无改善。1例硅油填充眼3mo由于硅油乳化而出现眼压高,药物控制并取出硅油,眼压恢复正常;其他个别病例术后眼压高均药物所控制。随访期间眼压为11~21(平均14.3)mmHg。

2.4 并发症及处理 术中1眼行视网膜下液放液时出现脉络膜出血,大部分血自放液口流出,少量流入裂孔附近视网膜下,后出血自行停止;术毕1眼光感消失,因球内注气致眼压过高所致,经前房穿刺放水降低眼压后恢复光感;术后1~3d,4眼出现眼压升高,为惰性气体填充眼,气体膨胀或顶压致晶状体虹膜隔前凸所致,经调整体位及药物治疗恢复正常;1眼由于硅油乳化于硅油填充3mo后出现高眼压,药物治疗并取出硅油后眼压恢复。1眼术后早期出现脉络膜脱离,为外路手术眼,疑为术中放液致眼压过低所致,给予激素维持治疗,密切随访,术后3wk时脉络膜脱离消失,视网膜保持平复。3眼术后继发白内障,1眼为硅油填充眼,取硅油时切除晶状体并植入人工晶状体;2眼为惰性气体填充眼,未进一步治疗。1眼发生了后发性白内障,为惰性气体填充术后的人工晶状体眼,行Nd:YAG激光治疗,视力好转。1眼硅油填充眼出现了硅油乳化,乳化滴浮于前房上方,随着硅油取出而消失。

3 讨论

视网膜裂孔并发血管破裂是自发性玻璃体积血的重要原因之一^[2],无脱离的视网膜裂孔源性出血者占22.4%,伴有视网膜脱离的裂孔源性出血者占14.9%^[3]。在临床检查中遇到玻璃体出血患者时我们的注意力常常偏重于外伤、糖尿病性视网膜病变、视网膜静脉周围炎、视网膜静脉阻塞、老年黄斑变性等一些常见的玻璃体积血性疾病,而忽略了视网膜裂孔源性的玻璃体积血。因此在治疗上由于没有针对原因治疗,延误病情,导致更严重的视网膜脱离的发生^[4]。本组数例病例就诊初期均由于误诊并给予不恰当的治疗,出现了孔源性视网膜脱离,不得不通过玻璃体视网膜手术来解决问题。所以玻璃体出血也是孔源视网膜脱离漏诊原因之一^[5]。

玻璃体后脱离是导致视网膜裂孔产生继而血管破裂出血的元凶^[6,9],Sarrafizadeh等^[7]报道,在伴有玻璃体积血的急性玻璃体后脱离患者中,视网膜裂孔发生率高达70%。作为一个常态的生理现象,玻璃体后脱离多发生在中、老年患者,后脱离时既可以撕破变性视网膜导致视网膜裂孔形成,也可以撕破脆弱的视网膜血管甚至撕断穿越裂孔区的血管引起玻璃体出血。如果仅仅是单纯撕破周边区血管引起少量出血常可以自行吸收,眼底检查时可见局部微量视网膜前血迹,周围血管可以不表现出体征,通过B超检查可以证明玻璃体后脱离的存在,临床上这样的病例不在少数。但是如果血管断裂出血,由于出血量大会出现明显的症状,出血与裂孔同时出现,所以玻璃体后

脱离发生后出现出血,这种伴有视网膜裂孔而出现的血管撕裂在体征上通常表现为血管断裂或血管骑跨于裂孔上,本组病例多数表现为血管断裂,血管断端分别游离于裂孔前后瓣上,都已闭塞,没有活动出血,但由于视网膜脱离的存在,活动性增加,所以随时有再次大出血的可能性。上述体征尤其易发生于上方及颞侧赤道或赤道前区视网膜,玻璃体与视神经、血管和基底部粘连紧密,视神经与颞侧基底部区域玻璃体体积较鼻侧大,跨越距离更长,那么玻璃体脱离后随着眼球旋转颞侧玻璃体产生的旋转张力比鼻侧大,加上重力的关系,很容易就会导致颞侧及上方区域视网膜撕裂孔的形成,尤其是颞上区,这就是马蹄形裂孔易发生于上方及颞侧视网膜区域的原因^[1]。本组病例19眼裂孔均发生于上方或颞侧视网膜,符合上述原理。Seelenfreund等^[10]曾对伴有大量玻璃体积血的视网膜裂孔患者进行观察显示,所有患者的视网膜裂孔均位于赤道或赤道前,并且均位于上方象限,本报道与之接近。该类玻璃体出血患者症状具有特征性,尤其裂孔位于上方时,自上而下的血流会让患者有明显的黑影飘动感,所以患者通常就诊很及时,但常常这种表面化的玻璃体出血掩盖了视网膜裂孔甚至脱离的真相,早期由于屈光间质混浊,难以发现视网膜裂孔,即使是出血量不大或出血有所吸收,如果缺乏细致眼底检查,很容易遗漏上述体征,给予不恰当的保守治疗,延误病情,导致视网膜脱离的发生。一些中老年人出现闪光感或眼前云雾状影飘动等玻璃体后脱离症状者应该常规的散瞳、眼底周边检查。另外一些高危人群如高度近视、有外伤史、一眼视网膜脱离史、家族性视网膜脱离史的患者如果出现上述症状及体征行B超及详细眼底检查是必要的。对于原因不明性玻璃体积血,除了常规排查视网膜分支静脉阻塞、糖尿病视网膜病变等常见出血原因外,还应警惕是否视网膜裂孔源性的玻璃体出血的可能。早期及时的止血、促吸收治疗,适当的静卧,利于及时地查找出视网膜裂孔防止视网膜脱离的发生。即

使没有视网膜脱离,在积血吸收后全面的眼底检查,查找视网膜裂孔并行激光封闭裂孔及断裂的血管是必须的,以防再次出血。

由于视网膜脱离的发生,手术治疗是必不可少的,玻璃体切除手术的普及使该类病例的治疗取得了很好的疗效。对于一些出血少、吸收好、脱离较局限的病例,外路手术治疗仍不失为首选,在保守治疗好转后我们采用手术显微镜下裂孔定位、冷凝、巩膜扣袋的手术治愈了4眼,操作简单,疗效肯定。本组病例特征明显,术前或术中无一例外观察到了伴有裂孔瓣玻璃体牵拉的马蹄裂孔,证实了术前推测,并于一些文献报道相一致。及早明确诊断,及时干预治疗是防止严重并发症,恢复理想视功能的关键。

参考文献

- 1 刘文. 视网膜脱离显微手术学. 北京:人民卫生出版社 2007:61
- 2 张承芬. 眼底病学. 北京:人民卫生出版社 1998:354-356
- 3 李凤鸣. 眼科全书. 北京:人民卫生出版社 1996:2412-2418
- 4 王文吉,陈钦元,戴为英. 孔源性视网膜脱离合并玻璃体积血的治疗. 中华眼科杂志 1993;29(4):214-215
- 5 魏文斌,王景昭. 孔源性视网膜脱离误漏原因浅析. 中华眼底病杂志 1994;10(3):188
- 6 张月琴,周华敏,沈泽民. 伴玻璃体出血的无视网膜脱离视网膜裂孔的诊断和治疗. 上海第二医科大学学报 2005;25(7):736-737
- 7 Sarrafzadeh R, Hassan TS, Ruby AJ, et al. Incidence of retinal detachment and visual outcome in eyes presenting with posterior vitreous separation and dense fundus-obscuring vitreous hemorrhage. *Ophthalmology* 2001;108(12):2273-2278
- 8 王玉,田洁,张华. 视网膜裂孔导致玻璃体出血临床分析. 中国实用眼科杂志 2002;20(7):550-551
- 9 孙建初,孙心铃. 伴玻璃体出血的视网膜裂孔临床分析. 中国实用眼科杂志 2004;22:617-618
- 10 Seelenfreund MH, Sternberg I, Hirsch I, et al. Retinal tears with total vitreous hemorrhage. *Am J Ophthalmol* 1983;95(5):659-662