

巩膜外手术治疗孔源性视网膜脱离的临床分析

易银武¹, 胡昌波¹, 朱学春¹, 胡丕清¹, 姜德泳²

作者单位:¹(415000)中国湖南省常德市,常德第一人民医院眼科;²(410007)中国湖南省长沙市,湖南博雅眼科医院眼科
作者简介:易银武,学士,副主任医师,研究方向:眼底病。
通讯作者:胡昌波,硕士,医师,研究方向:眼视光学. 171693157@qq.com
收稿日期:2011-12-16 修回日期:2012-02-27

Evaluation of treating rhegmatogenous retinal detachment by outer-scleral operation

Yin-Wu Yi¹, Chang-Bo Hu¹, Xue-Chun Zhu¹, Pi-Qing Hu¹, De-Yong Jiang²

¹Department of Ophthalmology, the First People's Hospital of Changde, Changde 415000, Hunan Province, China; ²Department of Ophthalmology, Hunan Bright-Yard Eye Hospital, Changsha 410007, Hunan Province, China

Correspondence to: Chang-Bo Hu. Department of Ophthalmology, the First People's Hospital of Changde, Changde 415000, Hunan Province, China. 171693157@qq.com
Received:2011-12-16 Accepted:2012-02-27

Abstract

• **AIM:** To evaluate the clinical effects of patients with rhegmatogenous retinal detachment (RRD) treated by outer-scleral operation.
• **METHODS:** Totally 220 cases (220 eyes) with RRD at our hospital were analysed randomly. There were 70 cases (70 eyes) suffering from complicated RRD and 150 cases (150 eyes) from non-complicated RRD. They were performed scleral encircling and buckling associated with cryotherapy and drainage (or without drainage) or scleral buckling associated with cryotherapy and drainage (or without drainage) respectively.
• **RESULTS:** No significant difference was shown between the two operations for complicated RRD and non-complicated RRD. The rate of anatomic retinal attachment of non-complicated RRD reached 89.3%, while that of complicated RRD stood at 72.9%.
• **CONCLUSION:** Outer-scleral operation is a kind of effective surgery to treat non-complicated RRD, it is better to perform vitreoretinal surgery on complicated RRD. Scleral encircling is not very necessary in the RRD surgery.
• **KEYWORDS:** rhegmatogenous retinal detachment; surgery; evaluation

rhegmatogenous retinal detachment by outer-scleral operation. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(4):770-771

摘要

目的:探讨两种巩膜外手术方式治疗孔源性视网膜脱离的效果。
方法:选取我院孔源性视网膜脱离(RRD)患者220例220眼,其中复杂性视网膜脱离70例70眼,非复杂性视网膜脱离150例150眼。分别实施巩膜环扎+外加压+冷凝+放液(或不放液)术及巩膜外加压+冷凝+放液(或不放液)术。
结果:两种手术方式对复杂性RRD和非复杂性RRD的效果均无统计学意义($P > 0.05$),但非复杂性视网膜脱离患者一次性成功率为89.3%,而复杂性视网膜脱离患者一次性成功率仅为72.9%。
结论:巩膜外手术对非复杂性视网膜脱离是一种行之有效的手术。而巩膜环扎在视网膜脱离手术中并非完全必要。
关键词:孔源性视网膜脱离;手术;评价
DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2012.04.60

易银武,胡昌波,朱学春,等. 巩膜外手术治疗孔源性视网膜脱离的临床分析. 国际眼科杂志 2012;12(4):770-771

0 引言

孔源性视网膜脱离(RRD)是一类严重影响视功能的疾病。目前巩膜外加压及环扎是最常用的手术方法,尤其是对增殖性玻璃体视网膜病变(PVR)较轻的患者^[1]。为了达到最小的手术量、最小的组织损伤而又取得最好疗效的原则,我们在2008-03/2010-10对220例220眼RRD患者随机应用两种不同的手术方案进行治疗,现分析报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 选取RRD患者220例220眼,其中男122例122眼,女98例98眼,年龄23~76(平均52.4)岁。按照张少冲等^[2]视网膜分类方法将本组患者分为非复杂性RRD 150例150眼,复杂性RRD 70例70眼。其中黄斑裂孔19例19眼。找不到裂孔者、漏斗形RRD、巨大裂孔和6mo以上陈旧性RRD不在本组患者之列。

1.2 方法 我们对所有患者随机选用了两种手术方案,其中A组:巩膜环扎+外加压+冷凝+放液术(或不放液)108例108眼(其中复杂性RRD 38例38眼);B组:巩膜外加压+冷凝+放液术(或不放液)112例112眼(其中复杂性RRD 32例32眼);术中裂孔定位、冷凝均在间接眼底镜下进行。随访3~12mo。

统计学分析:采用SPSS 17.0统计学软件进行分析,行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

所有患者中,A组手术总成功97眼(89.8%),B组共

表1 两种不同手术对RRD总成功率的比较 眼(%)

分组	n	复杂性RRD		非复杂性RRD	
		成功	不成功	成功	不成功
A组	108	32(84.2)	6(15.8)	65(92.9)	5(7.1)
B组	112	27(84.4)	5(15.6)	74(92.5)	6(7.5)
合计	220	59(84.3)	11(15.7)	139(92.7)	11(7.3%)

表2 两种不同手术对RRD一次性成功率的比较 眼(%)

分组	n	复杂性RRD		非复杂性RRD	
		成功	不成功	成功	不成功
A组	108	28(73.7)	10(26.3)	62(88.6)	8(11.4)
B组	112	23(71.9)	9(28.1)	72(90.0)	8(10.0)
合计	220	51(72.9)	19(27.1)	134(89.3)	16(10.7)

成功101眼(90.2%),两者经统计学处理均无显著性意义($\chi^2=0.008, P>0.05$,表1),说明环扎并未明显提高手术成功率,且术后眼不适、红肿明显多于非环扎组,耗时更长,损伤更大。A组和B组一次性成功率见表2。A组和B组各有1例1眼分别于出院后1mo和3mo时复发,A组出现2例2眼继发性青光眼和1例1眼扣带综合征。

3 讨论

RRD的手术原则是封闭裂孔,促进视网膜复位,并使之牢固地与色素上皮及脉络膜粘合。在双目间接检眼镜直视下,采用外路手术治疗视网膜脱离具有手术简单、经济、临床效果好、并发症少等优点^[3]。张卯年等^[4]对PVR中A和B或部分C级患者进行巩膜环扎或巩膜外加压及巩膜外冷凝术,90%以上患者可获治愈。巩膜环扎意味着对裂孔形成最大的“屏障”,既封闭已发现的裂孔,也顶压周边部没有查到的裂孔或可疑的格子样变性,造成新的“锯齿缘”,松解玻璃体条带对视网膜的牵引,从而减少复发,提高手术成功率。但不适当的环扎术可造成眼球变形、屈光度改变、斜视、眼前段组织缺血和继发性青光眼等并发症^[5]。我们通过本组患者发现两种手术方案对复杂性视网膜脱离和非复杂性视网膜脱离的疗效无统计学意义,我们的研究表明巩膜外加压由于在眼内形成了明显的加压嵴,已经缓解了玻璃体对该局部视网膜的牵引,且手术损伤小,术后反应轻,并发症少,复发率并未明显增加,而巩膜环扎成功率非但无明显提高,而且延长了手术时间,术后反应大,并发症多。所以我们认为巩膜外手术中巩膜环扎并非必要或者慎重使用。但是,并不是所有病例通过外路手术都可以获得成功^[6],那些找不到裂孔或PVR严重的患者即使行环扎手术也很难成功,相反我们曾遇到在一个象限有7个裂孔,或者几个裂孔分布在两个象限的均未环扎的患者,其手术获得成功。两种手术方案对复杂性RRD成功率为72.9%,对非复杂性RRD达90%以上,说明复杂性RRD最好行玻璃体视网膜手术。其失败的原因主要是裂孔卷边、PVR太严重或裂孔太大、太靠后。对于是否要排除视网膜下液一直存在争论。许多人认为只要裂孔封闭,视网膜下液多可自行吸收,且可避免眼内感染等一些并发症。但我们观察发现大部分患者还是放液为好:(1)视网膜隆起过高者,术中不易定位,裂孔不易封闭,而放液后手术中即可发现裂孔是否在加压嵴上并及时调整;(2)不排除视网膜下液很难形成一个理想的手术嵴;(3)可以减少眼压增高的风险。但在下列情

况下可考虑不放液:(1)视网膜下积液很少,放液有一定的危险性;(2)裂孔在上方,而下方积液不多时;(3)裂孔周围积液很少者。放液时应避开裂孔,尽量选择视网膜隆起高处,直肌下或拟加压处巩膜面,就用4号半皮试针做切口后斜形穿入以免伤及视网膜,液体尽可能一次排干净,切口可不缝合。

在检查和手术方面,我们认为术前对患者应该用直接眼底镜、间接眼底镜和三面镜反复检查,三者配合,缺一不可。手术前对视网膜脱离情况、裂空位置及数目心中有数,并绘出详细图纸。再结合术中情况用间接眼底镜定位,一般均可将裂孔垫压准确。对于隆起过高已遮蔽视乳头、黄斑的患者,应包扎双眼,采取适当体位卧床休息1~2d,这样可使视网膜隆起程度减轻,暴露视乳头和黄斑,有利于裂孔的发现和手术的成功。伴有脉络膜脱离者,双眼包扎,卧床休息,全身给予20g/L复方甘露醇和激素治疗几天,待脉络膜复位后再手术。其他患者应尽早手术,以挽救更多视力。有的玻璃体体积血完全看不到眼底,当积血吸收后,应扩瞳用三面镜仔细检查视网膜有无干洞或浅脱离,而不要被暂时的视力恢复所蒙蔽,以免错过最佳处理时机。如果玻璃体体积血或玻璃体混浊仅挡住下方部分视网膜,甚至直接眼底镜尚难以窥清眼底,只要在间接眼底镜下能找到裂孔,我们认为不必长期等待,及时手术往往奏效,而且这种患者裂孔绝大部分在上方。对于复杂性视网膜脱离已被公认为是玻璃体视网膜手术的指征^[2],但如果患者经济条件差,我们仍不能放弃,巩膜外手术仍能使相当部分患者保留一些视功能,我们注意到有的黄斑裂孔、脉脱性网脱甚至尚未形成漏斗状的视网膜全脱患者通过巩膜外手术获得成功。

参考文献

- 1 王晓珏,许迅,张哲,等. 视网膜脱离环扎术后黄斑裂孔的治疗. 中华眼底病杂志 2000;16(3):211
- 2 张少冲,刘恬. 视网膜脱离手术治疗方案的选择. 中华眼科杂志 2003;39(12):766
- 3 包永琴,马景学,王书芬,等. 巩膜扣带术治疗孔源性视网膜脱离. 中国实用眼科杂志 2007;25(6):632-633
- 4 张卯年,胡春,姜彩辉,等. 巩膜环扎术在孔源性视网膜脱离玻璃体手术中的应用评价. 中华眼底病杂志,2002,18(3):213
- 5 黄欣,赵培泉,王文吉. 孔源性视网膜脱离的最小量巩膜外加压手术. 眼外伤职业眼病杂志 2006;28(12):918
- 6 子瑛,张鹰,黄磊,等. 陈旧性原发性视网膜脱离的临床特点及治疗. 眼外伤职业眼病杂志 2007;29(6):465-466