

视网膜大动脉瘤 1 例分析

张琪, 刘承, 张朝军

作者单位:(402260)中国重庆市江津区中心医院眼科
作者简介:张琪,女,硕士,住院医师,研究方向:白内障。
通讯作者:张琪.6636262@qq.com
收稿日期:2010-12-08 修回日期:2011-01-10

张琪,刘承,张朝军. 视网膜大动脉瘤 1 例分析. 国际眼科杂志 2011;11(2):374-375

0 引言

视网膜大动脉瘤又称孤立性大动脉瘤,好发于 60 ~ 70 岁左右的老年人,以女性多见,常伴高血压、动脉硬化、高血脂、血管炎及心血管病等。本病处于稳定期时无症状,如果视网膜大动脉瘤突然破裂、出血并累及黄斑时,视力骤然下降。初诊时易误诊为其他出血性视网膜疾病。现将我科诊治的视网膜大动脉瘤 1 例报告如下。

1 病例报告

患者,女,63岁。因“左眼视力突然下降4d余”前往我科就诊。门诊检查:视力:右眼1.0,左眼:数指/眼前,矫正不提高。眼压:右眼14.8mmHg,左眼14.7mmHg。双眼眼前节未见异常,玻璃体未见混浊,眼底检查:右眼视乳头边清,颜色正常,杯盘比约0.3,动脉反光增强,明显变细,具有动静脉交叉压迹,A/V约1:2,静脉略显迂曲,黄斑区中心凹反光未见;左眼视乳头边清,颜色正常,颞上视网膜动脉第二小分支处可见直径约1/3PD黄白色动脉瘤,瘤体周围见直径约4PD大小视网膜类圆形出血,遮盖黄斑区(图1A)。相关检查:血压152/81mmHg,血糖及血脂正常。既往病史:高血压病史2a余,未正规服药控制。眼底荧光血管造影(FFA)检查见:臂-视网膜循环时间基本正常,动静脉期左眼视网膜颞上动脉第二级分支处见瘤样结节状荧光团,黄斑区大片出血性类圆形荧光遮蔽,随后瘤样荧光增强,晚期轻度荧光渗漏,黄斑区呈低荧光,未见荧光渗漏(图1B)。诊断:左眼视网膜大动脉瘤,双眼视网膜动脉硬化,原发性高血压病(一级,极高危险组)。治疗:积极控制血压并行动脉瘤体及其周围视网膜光凝治疗,同时辅以弥可保、银杏叶胶囊等营养视网膜、活血化瘀药物治疗,2mo后视力:左眼0.1,动脉瘤体大部分萎缩,呈现点状高荧光,滋养动脉明显变细,出血基本吸收,动脉瘤体周围散在不规则小斑片状脂质沉着(图2)。6mo后视力提高至0.15,出血完全吸收,动脉瘤体完全萎缩,残留陈旧激光光斑,瘤体周围残留少量小点状脂质沉着,黄斑中心反光未见(图3)。

2 讨论

视网膜大动脉瘤由Robertson^[1]首先报道,将其描述为后极部单个、大的囊状或纺锤状视网膜动脉扩张,常伴发高血压病,单眼发病居多。此后逐渐引起国内外学者关注。

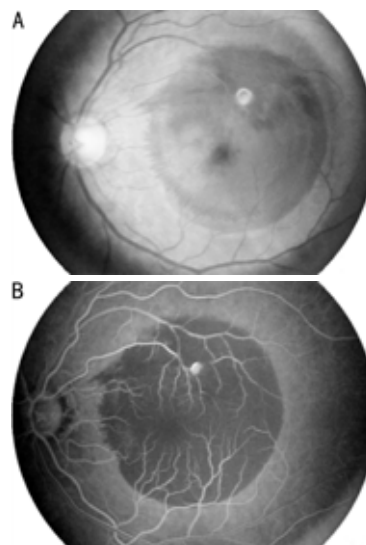


图1 发病初期 A:眼底照相;B:FFA。

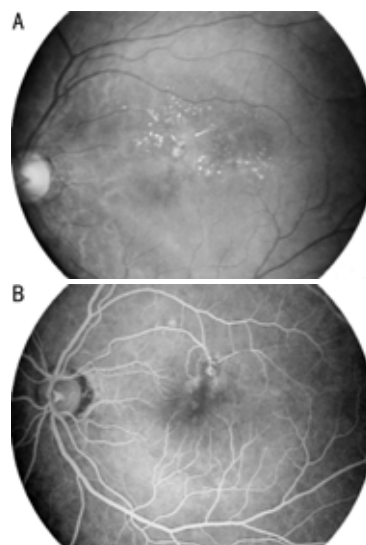


图2 发病后2mo A:眼底照相;B:FFA。

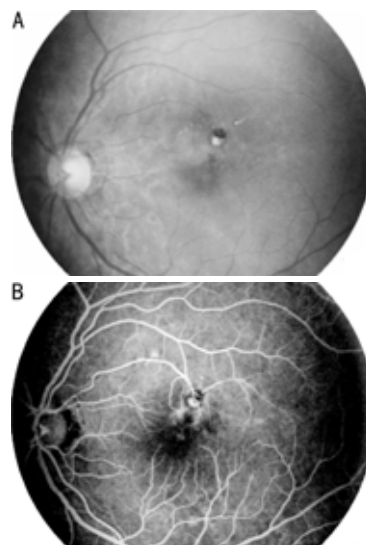


图3 发病后6mo A:眼底照相;B:FFA。

国内一项大规模调查发现中国人发病率约为0.02%^[2],国外有学者总结6个文献报告的281例患者,发现年龄

在 65 ~ 71 岁, 女性患者约占 60% ~ 80%^[3], 也有报道为 79% 者^[4]。其病因至今不完全明确, 组织学发现其血管壁变薄或纤维化, 伴有玻璃样变、出血或巨噬细胞浸润, 有时伴有胆固醇结晶。因此认为其属于获得性病变, 可能系高血压动脉硬化时, 视网膜动脉血管内的平滑肌纤维逐渐被胶原纤维替代, 动脉内膜及中膜纤维组织增生, 致动脉管壁不规则增厚, 管腔狭窄, 管径变细, 失去弹性。血压升高时促使血管壁扩张膨出形成动脉瘤。当瘤体破裂后便形成大量视网膜出血甚至玻璃体积血, 患者视力骤然下降^[5]。但也偶有报道^[6,7] 发现合并先天性疾病的。本病之所以称为大动脉瘤, 是指瘤体发生于视网膜中央动脉第二、三级分支处, 体积较大, 以区别于糖尿病视网膜病变、视网膜中央静脉阻塞等所见的微血管瘤, 也有少量报道^[8,9] 发现位于视盘附近者。动脉瘤多数为单个, 偶也可见多个动脉瘤形成在一支或几支小动脉上^[5]。临床上可将其分为三期^[10]: 初期为稳定期, 眼底除动脉瘤外, 无其他症候; 二期为代偿失调期, 瘤壁及周围毛细血管扩张, 血浆漏出, 另一些病例因瘤壁菲薄或血管内压力骤增, 造成破裂, 发生出血, 为急性代偿失调; 三期为愈合期, 此时动脉瘤机化萎缩。瘤体典型的视网膜动脉瘤因其特征临床上易诊断, 但有时因屈光介质混浊或合并有玻璃体积血、视网膜分支静脉阻塞等, 易误诊为老年性黄斑变性 (AMD)、玻璃体积血、视网膜分支静脉阻塞、糖尿病视网膜病变等。因此 FFA 检查是确诊该病的有利工具。检查中可见动脉瘤体呈囊状、梭状或粟粒状强荧光, 位于发病的动脉干上, 随动脉同步充盈, 后期出现荧光渗漏或染色, 而 AMD 出现的强荧光位于视网膜下新生血管附近, 形态多样化。如有时因大片出血导致荧光遮蔽, 瘤体无法显现时吲哚菁绿造影 (ICGA) 可作为 FFA 检查的必要补充, 协助诊断。

视网膜动脉瘤的治疗目前尚有争议。一般认为无症状的动脉瘤不做处理, 动脉瘤可有血栓形成, 瘤壁纤维化, 体积变小而自然消退^[5]。如果出血量大或黄斑区出血, 应积极进行光凝治疗。对光凝方法, 也有不同见解。有学者认为瘤体及周围均应施行光凝, 以避免动脉瘤在远端再生, 亦有人提出直接光凝大动脉瘤有一定危险性, 其一可引起瘤体破裂而致大出血; 其二可造成瘤体远端动脉闭

锁, 引起动脉供养区视网膜缺血, 如果是供养黄斑区的动脉闭锁, 其危害更为明显, 因此认为应行瘤体周围视网膜光凝^[2]。我科治疗的该位患者屈光介质清晰, 瘤体中等大小, 黄斑区出血较多, 经瘤体及周边视网膜光凝后配以药物治疗效果较好。对于伴有广泛黄斑部视网膜前出血或玻璃体积血的患者可采用玻璃体切除手术治疗^[11], 也有报告表明利用 YAG 激光破坏玻璃体后界膜以促进血液吸收者^[12]。

参考文献

- 1 Robertson DM. Macroaneurysm of the retinal arteries. *Ophthalmology* 1973;77:55-67
- 2 Xu L, Wang YX, Jonas JB. Frequency of retinal macroaneurysms in adult Chinese: the Beijing Eye Study. *Br J Ophthalmol* 2007;91(6):840-841
- 3 Guyer DR. Retina-Vitreous-Macula. Philadelphia: WB Saunders Company 1999:383-389
- 4 Pantou RW, Goldberg MF, Farber MD. Retinal arterial macroaneurysms: risk factors and natural history. *Br J Ophthalmol* 1990;74(10):595-600
- 5 Gurwood AS, Nicholson CR. Retinal arterial macroaneurysm: a case report. *J Am Optom Assoc* 1998;69(1):41-48
- 6 eL-Asrar AM, Awad A, Tabbara KF. Retinal arterial macroaneurysm in a patient with congenital heart disease. *Br J Ophthalmol* 1993;77(9):606-607
- 7 Koizumi H, Iida T, Mori T, et al. Retinal arteriolar macroaneurysm and congenital retinal macrovessel. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2009;40(5):513-515
- 8 Kowal L, Steiner H. Arterial macroaneurysm of the optic disc. *Aust NZ J Ophthalmol* 1991;19(1):75-77
- 9 Hirano K, Mitamura Y, Ogata K, et al. Three cases of retinal arterial macroaneurysm on the optic disc. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi* 2010;114(9):801-804
- 10 李凤鸣. 眼科全书. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社 1996:2395
- 11 Nakamura H, Hayakawa K, Sawaguchi S, et al. Visual outcome after vitreous, sub-internal limiting membrane, and/or submacular hemorrhage removal associated with ruptured retinal arterial macroaneurysms. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2008;246(5):661-669
- 12 Gedic S, Gür S, Yilmaz G, et al. Retinal arterial macroaneurysm rupture following fundus fluorescein angiography and treatment with Nd: YAG laser membranectomy. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging* 2007;38(2):154-156