

玻璃体切割术治疗玻璃体积血 21 例临床分析

李 恒

作者单位: (629000) 中国四川省遂宁市中心医院眼科
作者简介: 李恒, 男, 硕士, 主治医师, 副主任, 研究方向: 眼底病、青光眼。
通讯作者: 李恒. liheng1-1@163. com
收稿日期: 2010-12-13 修回日期: 2011-02-10

Clinical analysis of vitrectomy for vitreous hemorrhages in 21 cases

Heng Li

Department of Ophthalmology, Central Hospital of Suining, Suining 629000, Sichuan Province, China

Correspondence to: Heng Li. Department of Ophthalmology, Central Hospital of Suining, Suining 629000, Sichuan Province, China. liheng1-1@163. com

Received: 2010-12-13 Accepted: 2011-02-10

Abstract

• **AIM:** To analyze the clinical effect of vitrectomy for vitreous hemorrhages.

• **METHODS:** Twenty-one cases (21 eyes) with vitreous hemorrhages underwent vitrectomy, their visual acuity was observed and the factors causing vitreous hemorrhages were analyzed.

• **RESULTS:** Of all the 21 cases, best-corrected visual acuity at last follow-up was: counting fingers-0.05 in 4 cases, $\geq 0.05-0.3$ in 12 cases, ≥ 0.3 in 5 cases, off-blindness rate (visual acuity ≥ 0.05) was 81%, off-disability rate (visual acuity ≥ 0.3) was 24%. The first three leading causes of vitreous hemorrhage were branch vein occlusion, retinal breaks without detachment and diabetic retinopathy, accounting for 76% in all.

• **CONCLUSION:** Vitrectomy for vitreous hemorrhage is a safe and effective method, most patients can significantly improve their visual acuity after operation.

• **KEYWORDS:** vitrectomy; vitreous hemorrhage; clinical analysis

Li H. Clinical analysis of vitrectomy for vitreous hemorrhages in 21 cases. *Gujing Yanke Zazhi (Int J Ophthalmol)* 2011; 11(4): 729-730

摘要

目的: 探讨玻璃体切割术治疗玻璃体积血的临床效果。

方法: 采用玻璃体切割术治疗玻璃体积血患者 21 例 21 眼。观察玻璃体切割术后视力改善情况及分析导致玻璃体积血的原因。

结果: 本组 21 例患者中末次随访最佳矫正视力: 数指/眼前 ~ 者 4 例, 0.05 ~ 者 12 例, ≥ 0.3 者 5 例, 脱盲率(视力 ≥ 0.05) 81%, 脱残率(视力 ≥ 0.3) 24%; 导致玻璃体出血的

前三位病因分别是分支静脉阻塞、无脱离视网膜裂孔和糖尿病视网膜病变, 三者共占 76%。

结论: 玻璃体切割术治疗玻璃体积血安全有效, 大部分患者术后视力可得到明显提高。

关键词: 玻璃体切割术; 玻璃体积血; 临床分析

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2011.04.061

李恒. 玻璃体切割术治疗玻璃体积血 21 例临床分析. 国际眼科杂志 2011; 11(4): 729-730

0 引言

我科 2009-06/2010-03 开展玻璃体切割术治疗玻璃体积血患者 21 例, 均取得比较好的效果, 现在报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 玻璃体积血患者 21 例 21 眼, 其中男 14 例, 女 7 例, 右眼 12 例, 左眼 9 例; 年龄 26 ~ 72 (平均 54) 岁; 病程 6d ~ 2a, 平均 47.8d; 术前视力: 光感 8 例, 手动 4 例, 数指/眼前 ~ 0.02 者 9 例。

1.2 方法 所有患者入院后均进行详细的眼部检查及全身检查, 包括眼部 B 超, 全身血压、生化和凝血功能等检查, 21 例患者术前均经眼部 B 超检查排除视网膜脱离, 对于病程 < 2wk 的患者, 常规给予药物止血治疗 2wk, 病情无改善则采取手术治疗。术前均监测血压稳定在 149/90mmHg 以下, 空腹血糖低于 8.0mmol/L 后, 行巩膜闭合式三通道玻璃体切割手术, 术中如果视网膜无明确裂孔及脱离, 给予切除视轴通道区以及巩膜穿刺口附近玻璃体, 周边保留部分玻璃体裙边; 如果发现视网膜有裂孔或视网膜有脱离则行全玻璃体切割术, 术中还根据视网膜情况联合使用 Nd:YAG 532nm 激光光凝及 150mL/L C₃F₈ (全氟丙烷) 气体或硅油行玻璃体腔填充, 术后根据玻璃体腔填充物的性质结合患者视网膜裂孔位置让患者分别采取俯卧位或半卧位休息, 所有患者术后给予常规运用抗生素及皮质激素和止血药物 2d, 对血压和血糖异常者继续监测控制。每日检查术眼视力、眼压、前房、玻璃体腔及眼底情况, 并根据检查结果给予对症处理。对于玻璃体腔未填充 C₃F₈ 气体的患者术后 1 ~ 2wk 行眼底荧光血管造影检查; 填充 C₃F₈ 气体的患者待玻璃体腔气体基本吸收后再行眼底荧光血管造影检查, 明确视网膜病变情况及玻璃体出血原因, 并且根据造影结果给予补充视网膜光凝治疗。

2 结果

2.1 术中术后并发症情况 所有患者手术顺利, 术中无医源性裂孔发生, 术中无并发眼内出血, 2 眼术前伴有白内障患者术中因晶状体混浊加重而切除晶状体, 未植入人工晶状体。21 例患者中有 20 例联合行了局部或全视网膜光凝, 4 例行玻璃体腔 C₃F₈ 气体填充, 2 例行玻璃体腔硅油填充; 术后有 5 例发生高眼压, 发生时间为术后 2 ~ 5d, 经过局部用药及对症处理, 均在处理后 2 ~ 4d 眼压降至 21mmHg 以下; 1 例在术后第 2d 发生前房积血, 经过包双眼和止血处理, 2d 后出血吸收。

表1 不同原因导致玻璃体积血术后视力情况

病因	眼			
	眼数	数指/眼前~	0.05~	≥0.3
视网膜分支静脉阻塞	7	0	4	3
无脱离视网膜裂孔	5	2	3	0
糖尿病视网膜病变	4	2	2	0
视网膜静脉周围炎	3	0	2	1
视网膜中央静脉阻塞	1	0	1	0
颅脑外伤	1	0	0	1
总计	21	4(19%)	12(57%)	5(24%)

2.2 术后视功能 所有患者术后随访1~6(平均4.3)mo, 随访期间均未再发生玻璃体腔积血, 视力均有不同程度提高, 21例患者中末次随访最佳矫正视力: 数指/眼前~者4例, 0.05~者12例, ≥0.3者5例。脱盲率(视力≥0.05)81%, 脱残率(≥0.3)24%。

2.3 导致玻璃体积血的原因 通过眼底所见结合眼底荧光血管造影检查结果, 分析导致玻璃体腔积血的原因: 视网膜分支静脉阻塞有7例(33%)、无脱离视网膜裂孔出血有5例(24%)、糖尿病视网膜病变有4例(19%)、视网膜静脉周围炎有3例(14%)、中央静脉阻塞1例(5%); 颅脑外伤1例(5%)。不同原因导致玻璃体积血术后视力对比见表1。

3 讨论

玻璃体积血是一类严重危及患者视力的疾病, 由于该病来势凶猛, 加上一旦发病后患者的玻璃体腔屈光间质不清晰, 给眼底检查寻找出血原因带来很大困难。在玻璃体切割术开展以前, 对该病主要采取药物保守治疗, 由于缺乏针对性及部分患者病程久, 其治疗效果往往不理想。自从玻璃体切割术开展以来, 随着技术和设备的不断发展和完善, 目前它已成为治疗玻璃体积血的主要方法^[1], 通过玻璃体切割术, 可以切除积血和混浊的玻璃体, 恢复屈光间质的透明性; 防止积血对眼球的破坏作用和增生性玻璃体视网膜病变的形成; 可以松解玻璃体对视网膜的牵引, 减少牵引性视网膜脱离的发生, 以提高或保持患者的视力; 防止血液对视网膜的毒性作用^[2]。同时可注入不同的眼内填充物, 平复视网膜, 维持正常眼内压, 减少视网膜脱离以及眼球萎缩的发生。对于玻璃体积血的手术时机, 以往认为玻璃体积血至少6mo不吸收者才考虑手术治疗^[3], 目前一般认为在经药物治疗后1~3mo仍不吸收者应采用玻璃体切割术治疗^[4]。

对于玻璃体积血的玻璃体切割术, 术中具体是行全玻璃体切割还是留有裙边的玻璃体次全切除, 目前学者认识不一。我们在术中根据视网膜情况决定, 对于无视网膜脱离以及检查也未发现明确视网膜裂孔的患者, 我们采取切除视觉通路区以及巩膜穿刺口附近的玻璃体, 保留玻璃体基底的裙边, 我们认为这样既达到为患者扫清视觉通路上的障碍, 又避免了切除基底部玻璃体的一些并发症, 如医

源性裂孔、损伤晶状体、锯齿缘截离等, 同时保留基底部玻璃体从解剖上也是对视网膜的一个支撑; 但是对于发现视网膜有裂孔或脱离的患者, 我们采取全玻璃体切割术, 切除中特别注意对裂孔部位的处理, 包括充分解除牵拉、激光凝甚至冷冻等。我们通过以上针对不同视网膜情况而采取不同的玻璃体切割技术治疗本组21例玻璃体积血患者, 术中无1例发生医源性视网膜裂孔, 术后随访也未发现因玻璃体留有裙边而发生视网膜脱离的情况。

本组资料中导致玻璃体出血的前三位病因分别是分支静脉阻塞、无脱离视网膜裂孔和糖尿病视网膜病变, 这与李凤鸣^[5]报道一致。通过观察, 我们发现分支静脉阻塞导致的玻璃体积血其术后视功能恢复效果较好, 分析原因可能与这类患者视网膜仅仅是部分视网膜静脉阻塞, 视网膜本身病变较其他原因所致玻璃体积血者要轻, 而且分支静脉阻塞很少发生反复出血和视网膜脱离等有关。术后视力恢复最差是糖尿病视网膜病变, 这与视网膜的长期缺血缺氧导致功能严重丧失有关, 所以即使清除了视觉通路上的障碍, 视功能的恢复也很有限。

我们体会在清除玻璃体积血恢复屈光间质透明后, 对于明确的视网膜无灌注区以及新生血管区域和视网膜裂孔变性等部位立即行视网膜光凝是非常必要的, 这样不会因术后玻璃体再积血而贻误光凝时机。同时术后及时行眼底荧光血管造影检查, 根据检查结果补充视网膜光凝治疗, 对于稳定视力, 防止再发玻璃体积血也是非常重要的。

参考文献

- 1 王卫红. 玻璃体切除术治疗玻璃体积血临床效果分析. 眼外伤职业眼病杂志 2007;4(4):289-291
- 2 Miller B, Miller H, Ryan SJ. Experimental epiretinal proliferation induced by intravitreal red blood cells. *Am J Ophthalmol* 1986;102(2):188-195
- 3 黎晓新. 玻璃体视网膜手术学. 北京: 人民卫生出版社 2000: 196-202
- 4 Ramsay RC, Knobloch WH, Cantrill HL, et al. Timing of vitrectomy for active proliferative diabetic retinopathy. *Ophthalmology* 1986;93(3):283-289
- 5 李凤鸣. 中华眼科学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社 2005:2253