

迟发性脉络膜上腔出血的手术治疗

韩晓冬, 孟 璪, 朱赛林

作者单位:(710014) 中国陕西省西安市, 西安爱尔古城眼科医院
作者简介:韩晓冬,男,主治医师,研究方向:眼底病。
通讯作者:韩晓冬. redaimexiao@163. com
收稿日期:2011-07-08 修回日期:2011-08-10

Surgical treatment of latent suprachoroidal hemorrhage

Xiao-Dong Han, Li Meng, Sai-Lin Zhu

Department of Ophthalmology, Xi'an Aier Ancient City Eye Hospital, Xi'an 710014, Shaanxi Province, China

Correspondence to: Xiao-Dong Han. Department of Ophthalmology, Xi'an Aier Ancient City Eye Hospital, Xi'an 710014, Shaanxi Province, China. redaimexiao@163. com
Received:2011-07-08 Accepted:2011-08-10

Abstract

- AIM: To investigate the pathogenesis, risk factors, clinical presentation and curative effect of latent suprachoroidal hemorrhage.
- METHODS: Vitrectomy combined with radial equatorial sclerotomy was performed in 4 patients with latent suprachoroidal hemorrhage from February 2008 to September 2010 and the therapeutic effect was observed.
- RESULTS: Suprachoroidal hemorrhage disappeared completely in all cases. Choroidal reattachment was acquired and visual function was improved in various degrees.
- CONCLUSION: Latent suprachoroidal hemorrhage is a seriously blinding oculopathy. Correct diagnosis, opportune operative timing and appropriate surgical methods are helpful to relieve or even cure this disease as well as to save the eye and visual function. Vitrectomy combined with radial equatorial sclerotomy is an effective treatment for latent suprachoroidal hemorrhage.
- KEYWORDS: suprachoroidal hemorrhage; vitrectomy

Han XD, Meng L, Zhu SL. Surgical treatment of latent suprachoroidal hemorrhage. *Guji Yanke Zazhi(Int J Ophthalmol)* 2011;11(9):1646-1647

摘要

目的:探讨迟发性脉络膜上腔出血的发病机制、诱因、临床表现及手术治疗方法。
方法:对2008-02/2010-09来我院就诊的4例迟发性脉络膜上腔出血患者,进行玻璃体切割联合巩膜赤道部放射性切开开放血疗法手术治疗并观察疗效。
结果:患者4例术后脉络膜上腔积血均完全被清除,脉络

膜视网膜解剖复位,视功能取得不同程度提高。

结论:迟发性脉络膜上腔出血是一种严重的致盲性眼病,但如果能正确诊断,手术时机掌握恰当,采用合适的手术方法,则能使病情得以缓解或治愈,挽救眼球甚至视功能。玻璃体切割联合巩膜赤道部放射性切开开放血疗法是治疗本病的有效方法。

关键词:脉络膜上腔出血;玻璃体手术

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2011.09.053

韩晓冬,孟璪,朱赛林.迟发性脉络膜上腔出血的手术治疗.国际眼科杂志2011;11(9):1646-1647

0 引言

迟发性脉络膜上腔出血是一种罕见的严重的内眼手术并发症,其发病较驱逐性脉络膜上腔出血要缓和,但预后亦较差。它可发生于白内障、青光眼、穿透性角膜移植、玻璃体视网膜的手术后,偶见自发出血,亦有少数病例双眼先后发病。我院自2008/2010年的2a中共收治4例迟发性脉络膜上腔出血患者,本文对这4例病例进行回顾性研究,探讨该病的发病机制、诱因、临床表现、处理及预后,现将结果报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 病例来源于2008-02/2010-09的2a中在我院就诊及手术的4例迟发性脉络膜上腔出血患者,第1例为眼球钝挫伤致前房积血1期前房灌洗手术后20h无光感患者;第2例为高度近视白内障术后2d患者;第3例为视网膜脱离行玻璃体切割硅油填充术后4mo行取油术后16h突然眼痛患者;第4例为自发性脉络膜上腔出血后25d患者,无手术史。除第1例患者为外伤所致,另外3例均是高度近视且全身有高血压、动脉硬化病史,其中1例有明显便秘史。4例患者均表现为屈光间质混浊,前房及玻璃体大量积血,其中外伤患者前房黑球样积血,眼压低,眼轴缩短,已有萎缩迹象。术前行UBM及B超(图1)检查,确定脉络膜出血方位、范围以及脉络膜上腔积血液化情况,然后根据液化程度选择手术时机,一般均在出血后2wk左右。术前控制血压及全身情况,必要时给予镇静药物。

1.2 方法 采用标准三通道闭合式经睫状体平坦部玻璃体切割术,巩膜灌注口选择避开出血位置或选择前房灌注,前房出血明显时行角膜缘穿刺行前房积血灌洗,术中酌情行超声粉碎或玻璃体切割头切除晶状体,中轴部玻璃体切割后,观察眼底情况,选择脉络膜出血较多方位角膜缘后10mm做1~2mm放射性巩膜全层切开,可见棕黑色浓稠液体流出,巩膜两侧轻加压辅助液体流出,观察眼底情况,并继续完成玻璃体切割手术,基底部玻璃体用巩膜顶压器暴露并切除干净,用全氟化碳液体注入辅助后极部脉络膜出血排除,如果出血范围较大,可选择多方位赤道

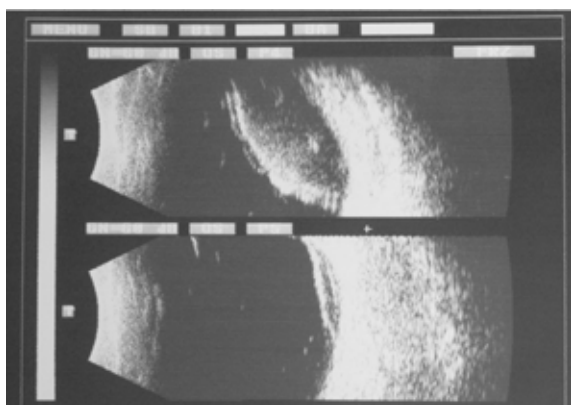


图1 手术前 B 超图像。

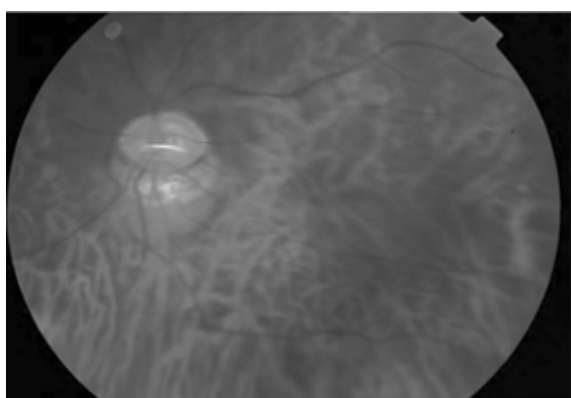


图2 同一例患者手术后眼底照相(硅油充填眼)。

部放射性巩膜全层切开,赤道前出血可选择气液交换并适当提高眼压辅助排出,然后根据视网膜情况进行眼内光凝,气液交换,6:00 位虹膜造孔,外伤患者因 aPVR 故联合环扎手术,4 例患者均行玻璃体腔硅油充填。依次缝合巩膜外放射性切口,巩膜穿刺口及结膜伤口。术后俯卧位,观察残留脉络膜上腔出血吸收状况,处理术后并发症,适当应用活血化瘀药物促进残留积血吸收,如有前房积血合并高眼压可行前房穿刺放液。

2 结果

患者 4 例均取得脉络膜积血成功排除,其中 1 例患者因手术时机选择较早(为出血后第 10d)于手术中发现脉络膜上腔积血未完全液化,术后仍残留部分血液,经药物治疗 1mo 后完全吸收(图 2)。术后视网膜复位良好,分别于术后补充激光治疗,1 例患者于 6mo 后硅油取出术后视网膜再次脱离,患者放弃治疗。其余 3 例患者视网膜复位良好,BCVA 分别提高到 0.1,0.12,0.06。并在术后 4mo 左右行硅油取出。复查至今未发现明显异常。因 3 例患者均是高度近视,取油后配戴低度数镜片,未行 2 期人工晶体植入。

3 讨论

脉络膜上腔出血可分为驱逐性和迟发性两种。手术

中突然发生的为驱逐性脉络膜上腔出血,术后几小时至 1wk 发生的为迟发性脉络膜上腔出血^[1]。关于迟发性脉络膜上腔出血的发病机制,临床工作者已经进行了大量的研究,一般认为迟发性脉络膜上腔出血与驱逐性脉络膜上腔出血有相似的发病机制,出血来源于睫状后短动脉或后长动脉或其一主干坏死和破裂,也有可能是静脉破裂所致,好发部位是睫状动脉从巩膜入脉络膜上腔处。机制可能是在长期严重的脉络膜脱离致低眼压或巩膜扣带导致涡静脉回流受阻,脉络膜血管流体力学发生变化致血管破裂出血,外伤也可引起血管直接撕裂。其危险因素主要以高血压、动脉硬化、糖尿病、凝血异常及老年患者多见,眼部情况多见于青光眼、高度近视,以及脉络膜新生血管患者^[2]。

迟发性脉络膜上腔出血多发生于内眼手术 3~6h,甚至 7d 以后发生。临床表现为患者多在如便秘,翻身等用力致腹压突然改变,或情绪波动后突然感觉眼球剧烈疼痛,视力锐减甚至光感,眼压可正常或偏高,玻璃体甚至前房多有血细胞或积血,可伴有恶心、呕吐等症,疼痛可能为出血对睫状后长神经的刺激所致,与眼压并无因果关系。确诊为本病后须积极治疗,控制血压、脱水治疗、镇痛、镇静等治疗后,积极完善术前检查,等待手术时机。

术前检查很重要,主要包括 CT, B 超和 UBM 等检查,了解出血方位、范围以及血液液化情况,一般手术时机选择在出血后 7~14d^[3],另外,脉络膜上腔的血液液化后,可被房水静脉引流至巩膜表层,使巩膜染黄^[3]。所以手术前观察结膜或巩膜颜色变化也可间接判断血液液化状况,如果变黄则有可能已经液化。手术操作方面主要在于灌注口部位选择,巩膜外放射形切口的部位选择以及术中重水应用,气液交换时机也很重要。特别要强调的是术中及术后应维持眼压的稳定,防止持续性低眼压,以避免此严重并发症的发生^[4]。在术中经常发现位于后极部的脉络膜上腔积血不能排出,1 例患者因后极部为黄斑裂孔,且对应处脉络膜萎缩露白,所以当气液交换时可见大量的脉络膜上腔积血从黄斑孔溢出,由此我们设想可否采用眼内电凝造孔吸出液化的脉络膜上腔积血来取代巩膜全层切开放血,这有待于今后我们从实践过程中进一步观察研究。

本研究结果表明,即便是无光感的此类患者也不应放弃治疗^[5],如果诊断准确,手术时机选择恰当,大部分患者均有保留眼球甚至恢复部分视功能的可能性。

参考文献

- 1 Magaluri S, Bueno CL, Fuller IB, et al. Delayed suprachoroidal hemorrhage and factor VIII deficiency. *Am J Ophthalmol* 2005;139(1):195-197
- 2 黎晓新. 玻璃体视网膜手术学. 北京:人民卫生出版社 2000:174
- 3 李凤鸣. 中华眼科学. 北京:人民卫生出版社 2005:1920-1921,2061
- 4 魏文斌,杨文利,王景昭. 驱逐性脉络膜上腔出血的手术处理. *中华眼科杂志* 1998;34(6):408-410
- 5 王叶楠,马志中. 重新认识机械性外伤无光感眼. *国际眼科纵览* 2006;30(6):382-385