

玻璃体切割治疗复杂视网膜脱离 45 例临床分析

刘志刚

作者单位: (629000) 中国四川省遂宁市中心医院眼科
作者简介: 刘志刚, 男, 主任医师, 副院长兼眼科主任, 研究方向:
白内障、屈光手术。
通讯作者: 刘志刚. lzg8538@126.com
收稿日期: 2011-10-24 修回日期: 2012-01-30

Clinical analysis of modern vitrectomy in treatment of 45 cases with complex retinal detachment

Zhi-Gang Liu

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

Correspondence to: Zhi-Gang Liu. Department of Ophthalmology, Suining Central Hospital, Suining 629000, Sichuan Province, China. lzg8538@126.com

Received: 2011-10-24 Accepted: 2012-01-30

Abstract

- AIM: To assess the effectiveness of modern vitrectomy on complex retinal detachment.
- METHODS: Totally 45 cases (45 eyes) of complex retinal detachment underwent modern vitrectomy combined with 150mL/L C₃F₈-gas or silicone-oil tamponade.
- RESULTS: Fifteen eyes underwent vitrectomy with C₃F₈-gas tamponade, 13 (87%) eyes achieved retinal reattachment primarily. 30 eyes underwent vitrectomy with silicon-oil tamponade, 27 (90%) eyes achieved retinal reattachment primarily. The comparison between two groups has no significant difference. The visual acuity after operation was counting fingers in 2 eyes; 0.02-0.05 in 3 eyes, 0.06-0.1 in 10 eyes; 0.12-0.25 in 19 eyes, greater than or equal to 0.3 in 11 eyes. The main complication in operation was iatrogenic slit pore. The main complications after operation were secondary glaucoma and complicated cataract.
- CONCLUSION: Modern vitrectomy combined with C₃F₈-gas or silicone-oil tamponade is a useful procedure for complex retinal detachment. The visual acuity of most patients after operation could improve.
- KEYWORDS: modern vitrectomy; complex retinal detachment

Liu ZG. Clinical analysis of modern vitrectomy in treatment of 45 cases with complex retinal detachment. *Guji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(3):502-503

摘要

目的: 分析玻璃体切割术治疗复杂性视网膜脱离的效果。
方法: 对 45 例复杂性视网膜脱离行眼内闭合式玻璃体切割术, 术毕玻璃体腔行 C₃F₈ 气体或硅油填充。
结果: 玻璃体切割联合玻璃体腔注气术 15 眼, 1 次手术视网膜复位 13 眼 (87%); 玻璃体切割联合玻璃体腔内硅油填充术 30 眼, 1 次手术完全复位 27 眼 (90%)。统计学检验两组 1 次手术视网膜复位率的差异无显著意义。术后视力: 数指/眼前者 2 眼, 0.02~0.05 者 3 眼, 0.06~0.1 者 10 眼, 0.12~0.25 者 19 眼, ≥0.3 者 11 眼。术中常见的并发症有医源性视网膜裂孔, 术后并发症最多见是继发性青光眼和白内障。
结论: 玻璃体切割联合眼内填充能有效地治疗复杂性视网膜脱离, 术后大部分患者视力能得到改善。
关键词: 玻璃体切割术; 复杂性视网膜脱离
DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2012.03.39

刘志刚. 玻璃体切割治疗复杂视网膜脱离 45 例临床分析. 国际眼科杂志 2012;12(3):502-503

0 引言

复杂性视网膜脱离, 由于患眼在视网膜脱离的同时合并眼组织其它病理改变, 不仅增加了手术的难度, 而且也严重影响了患者视功能的恢复, 常规巩膜外垫压或环扎术难以使视网膜平复, 我院自 2009-07/2010-08 开展玻璃体切割术治疗复杂视网膜脱离, 取得较好效果, 现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 本组资料共有 45 例 45 眼, 其中男 23 例, 女 22 例, 年龄 22~71 (平均 52.42) 岁, 右眼 20 例, 左眼 25 例, 病程 5d~2a, 平均 66d。术前视力: 光感者 23 例, 手动/眼前者 10 例, 数指/眼前者 6 例, 0.02~0.1 者 6 例。45 眼中, 合并高度近视 12 例, 其中 3 眼曾行巩膜外垫压术后视网膜脱离复发, 3 例是黄斑裂孔, 其中 2 眼曾接受单纯玻璃体腔 C₃F₈ (全氟丙烷) 填充术, 黄斑前膜者 2 眼, 巨大裂孔者 5 眼。按照美国视网膜学会命名委员会的 PVR (增殖性玻璃体视网膜病变) 分级标准 (1983): PVR B 级者 16 眼, PVR C 级者 26 眼, PVR D 级者 3 眼。

1.2 方法 应用常规三通道经睫状体平坦部闭合式玻璃体切割术, 根据患者视网膜脱离的程度、裂孔的位置、玻璃体视网膜的增生程度及晶状体的混浊程度等不同, 手术方式也有所不同。

1.2.1 玻璃体切割联合玻璃体腔注气术 玻璃体切割联合玻璃体腔注气术共 15 例, 2 例因合并白内障术中联合晶状体超声乳化吸除术, 术毕玻璃体腔注入 150mL/L C₃F₈ 气体。

1.2.2 玻璃体切割联合玻璃体腔内硅油填充术 玻璃体切割联合玻璃体腔内硅油填充术共 30 例, 其中包括 2 例前次注 C₃F₈ 气失败者和 3 例曾接受巩膜外垫压术后视网

膜脱离患者,1例进行晶状体切除,2例进行视网膜切开和部分视网膜切割术。术中所有患者均彻底切除玻璃体,并且根据不同情况进行剥膜、视网膜切开,气液交换,眼内光凝、巩膜外冷凝。术毕保持眼压 Tn,其中填充 C_3F_8 气体的患者比填充硅油患者的眼压稍高。

1.2.3 术后处理 C_3F_8 气体或硅油填充者术后均取俯卧位休息,俯卧位时间约 3~4wk,并且根据患者裂孔的位置适当调整头位,尽可能保持裂孔居于上位,便于气体和硅油顶压。全身、局部应用抗生素和皮质类固醇激素防感染和抗炎,每日活动瞳孔;前房渗出较重,一般术后第 2d 开始局部热敷,3次/d,每次 5min 以上;眼压升高超过 30mmHg 时给予药物降眼压;如果硅油乳化或者术后因硅油原因导致继发青光眼药物降眼压不理想,则取出硅油,术后随访 2~12(平均 5.1)mo。

统计学分析:采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 视网膜复位情况 术后一次视网膜复位 40 眼(89%),填充 C_3F_8 气体的 15 眼中视网膜复位 13 眼(87%),填充硅油的 30 眼中视网膜复位 27 眼(90%)。填充 C_3F_8 气体和填充硅油两组视网膜复位率差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 术后最佳矫正视力情况 数指/眼前者 2 眼,0.02~0.05 者 3 眼,0.06~0.1 者 10 眼,0.12~0.25 者 19 眼, ≥ 0.3 者 11 眼。

2.3 并发症 术中并发症:发生医源性视网膜裂孔 12 眼,发生脉络膜脱离 1 眼,晶状体损伤 2 眼,术中 1 眼因混浊严重影响手术实行晶状体切除。术后并发症:高血压 27 眼,其中 C_3F_8 填充发生 12 眼,硅油填充发生 15 眼;所有高血压均发生在术后 1~7d,经过抗炎、应用降眼压药物及局部热敷处理,均在处理后 2~4d 眼压降至 25mmHg 以下;术后随访中,9 眼眼压升高至 32~41mmHg,均发生在术后 3~4wk,所有患者均长期应用妥布霉素地塞米松眼液,考虑系局部运用皮质激素眼液所致,嘱停用皮质激素眼液同时局部滴降眼压眼液,1wk 内眼压均降至正常;术后发生白内障 19 眼,发生时间为术后 3mo,其中 2 眼因白内障较重行了白内障手术治疗;术后发生前房出血 2 眼,均发生在术后第 2d,给予止血治疗,出血在 2d 内吸收。

2.4 硅油取出情况 术后有 5 眼因硅油乳化,接受硅油取出术,术后视网膜未发生脱离。其余患者因硅油未乳化,而且眼压正常,目前未考虑取出硅油。

2.5 视网膜脱离复发情况 术后发生视网膜脱离复发 3 例,其中 C_3F_8 填充 2 例,硅油填充 1 例,均发生在术后 1mo 左右,建议患者再次手术,患者放弃继续治疗。

3 讨论

复杂性视网膜脱离指常规巩膜扣带手术难以获得成功而必须联合玻璃体手术的视网膜脱离,包括合并屈光间质混浊、巨大裂孔、后极部裂孔和黄斑裂孔性视网膜脱离、外伤性视网膜脱离、牵引性视网膜脱离、合并脉络膜脱离及合并严重增生性玻璃体视网膜病变(proliferative

vitreo retinopathy, PVR) 的视网膜脱离^[1,2],玻璃体手术是治疗复杂性视网膜脱离的重要手段,它不仅能去除混浊的屈光间质,松解玻璃体牵引,而且当脱离的视网膜出现固定皱襞和广泛的视网膜前膜时,使用玻璃体手术能清除视网膜前膜,打开视网膜固定皱襞。并在全氟化碳液的帮助下能充分剥除增殖膜,完成眼内视网膜下液的排出和方便眼内光凝,最后借助 C_3F_8 气体或硅油填充顶压视网膜从而提高视网膜的复位率^[3]。

在本组 45 例中一次术后视网膜复位 40 例,所有患者术后视力均有不同程度改善,其中 ≥ 0.06 者 40 眼(89%),取得较好效果。对于术毕玻璃体腔填充物的选择,我们把握以下原则:对于病程较长、PVR 严重、多次手术、黄斑白孔、以及同时合并上下方向的多发裂孔及注气失败等均选择硅油填充,本组观察两种填充物的视网膜复位成功率甚为接近,玻璃体切割联合玻璃体腔注气术共 15 例,1 次视网膜复位 13 眼(87%),玻璃体切割联合玻璃体腔内硅油填充术共 30 眼(包括曾经注气失败的 2 例和曾经接受巩膜外垫压术 3 例),1 次视网膜复位 27 眼(90%),经统计学检验两组 1 次视网膜复位率的差别无统计学意义,结果和吴苗琴等^[4]报道一致。

本组病例所观察到的术中并发症中最多见的是医源性视网膜裂孔,我们分析这主要与术者和助手配合不够熟练有关,另外在贴近视网膜切除玻璃体时保持低吸力和高切速、同时运用较锋利的切割头可以有效防止医源性视网膜裂孔的发生;本组中术后最多见的并发症是高血压,主要为手术后短期的眼压升高,可能与手术后睫状体水肿、出血、炎症反应及组织碎屑致瞳孔阻滞、房角阻塞有关,同时注气、注油过多或气体膨胀致虹膜晶状体隔前移或硅油泡直接引起瞳孔阻滞等也会导致眼压升高。根据眼压升高的情况采取降眼压药物对症治疗,同时我们局部给予热敷 3 次/d,5min/次,临床观察可以加快患者眼部炎症的消退,同时通过加快房水循环有利于前房炎症物质的排除,加强降眼压的效果。对于术后局部使用皮质激素眼液导致眼压升高情况,我们在本组中出现 9 眼(20%),提醒我们在随访中,需要监测眼压,同时也需要监测患者用药情况,要注意防止激素性青光眼的发生。

通过对本组病例的观察,我们认为玻璃体切割联合硅油填充或惰性气体填充能有效地治疗复杂性视网膜脱离,在使视网膜解剖复位的同时能够恢复一定的视力,两种填充物手术的视网膜复位率没有统计学上的差异。

参考文献

- 1 黎晓新,姜燕荣. 复杂性视网膜脱离的玻璃体切除术联合 SF6 或硅油填充的手术复位率的比较. 中华眼科杂志 1995;31(4):250
- 2 段安丽,王宁利,王景昭. 脉络膜脱离型视网膜脱离. 国外医学眼科学分册 2005;29(4):279-282
- 3 黎晓新,王景昭. 玻璃体视网膜手术学. 北京:人民卫生出版社 2000:321
- 4 吴苗琴,阮素芬,池新昌,等. 玻璃体切除联合眼内填充治疗复杂性视网膜脱离. 眼外伤职业眼病杂志 2005;27(5):330-332