

脉络膜脱离型视网膜脱离的玻璃体手术治疗

刘 凯¹, 赵素强², 王钥铭²

作者单位:¹(250014)中国山东省济南市历下区人民医院(济南市第八人民医院)协和眼科中心;²(100101)中国北京市,北京同仁福康眼科医院

作者简介:刘凯,男,毕业于辽宁医学院,硕士,主治医师,研究方向:眼底病。

通讯作者:刘凯. Oculist2009@sina.com

收稿日期:2012-12-27 修回日期:2013-04-24

Vitreous surgery for choroidal detachment associated with retinal detachment

Kai Liu¹, Su-Qiang Zhao², Yao-Ming Wang²

¹Union Ophthalmology Center, Ji'nan Lixia District People's Hospital, Ji'nan 250014, Shandong Province, China;²Beijing Tongren Fukang Ophthalmology Hospital, Beijing 100101, China

Correspondence to: Kai Liu. Union Ophthalmology Center, Ji'nan Lixia District People's Hospital, Ji'nan 250014, Shandong Province, China. Oculist2009@sina.com

Received:2012-12-27 Accepted:2013-04-24

Abstract

• **AIM:** To approach the early post-operative clinical manifestation and vitreous surgery of choroidal detachment associated with retinal detachment.

• **METHODS:** Totally 17 cases 17 eyes suffering from choroidal detachment associated with retinal detachment were included, and patients underwent the application of glucocorticoid and vitrectomy combined with silicon oil filling operation treatment. Preoperative and postoperative surgery clinical manifestation and early curative effect were analyzed.

• **RESULTS:** Of the 17 eyes, the retinal and choroidal detachment were reattached under indirect ophthalmoscope and the application of B-mode ultrasound; After the surgery, the intraocular pressure was slightly above normal and then became stable; The inflammatory reaction was mild; Eyesight in all the cases were improved in different extents.

• **CONCLUSION:** Choroidal detachment associated with retinal detachment is one type of retinal detachment. It can obtain an early good anatomic reduction by adopting vitrectomy combined with silicon oil. Using glucocorticoid before surgery can contribute to reduce inflammation, provide a favorable condition and increase the success ratio of operation. After operation, early intraocular could be maintained at a safety range. These patients' visual restoration situation generally is poor.

• **KEYWORDS:** retinal detachment; choroidal detachment; silicone oil; vitrectomy; proliferative vitreoretinopathy

Citation: Liu K, Zhao SQ, Wang YM. Vitreous surgery for choroidal detachment associated with retinal detachment. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2013;13(5):1015-1016

摘要

目的:探讨玻璃体手术治疗脉络膜脱离型视网膜脱离及术后早期临床表现。

方法:脉络膜脱离型视网膜脱离患者 17 例 17 眼,应用糖皮质激素及玻璃体切除联合硅油填充术治疗,分析手术前后临床表现及早期疗效。

结果:患者 17 眼早期间接眼底镜及 B 超检查视网膜及脉络膜脱离达到解剖复位;术后眼压略高,之后趋于稳定;炎症反应较轻;视力均有不同程度提高。

结论:脉络膜脱离型视网膜脱离采用玻璃体切割联合硅油填充术能够获得良好的早期解剖复位。术前使用糖皮质激素有助于减轻炎症,为手术创造条件,提高手术成功率。术后早期眼压可控制在相对安全范围内。该类患者视力恢复普遍较差。

关键词:视网膜脱离;脉络膜脱离;硅油;玻璃体切除术;增生性玻璃体视网膜病变

DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2013.05.54

引用:刘凯,赵素强,王钥铭. 脉络膜脱离型视网膜脱离的玻璃体手术治疗. 国际眼科杂志 2013;13(5):1015-1016

0 引言

脉络膜脱离型视网膜脱离是一类合并脉络膜脱离的孔源性视网膜脱离^[1],该病起病急,病情发展迅速,伴严重的葡萄膜炎和低眼压,可迅速发生增生性玻璃体视网膜病变,故预后较差。本文对 17 例伴增生性玻璃体视网膜病变(proliferative vitreoretinopathy, PVR)的脉络膜脱离型视网膜脱离的治疗及术后早期疗效进行分析。

1 对象和方法

1.1 对象 收集 2009-06/2012-06 在北京同仁福康眼科医院行玻璃体手术治疗的脉络膜脱离型视网膜脱离患者 17 例 17 眼病例资料。其中男 8 例,女 9 例。年龄 21~78 (平均 50.18)岁。右眼 9 例,左眼 8 例。合并高度近视 9 眼,白内障 5 眼,玻璃体积血 3 眼。病程 1~15 (平均 8.59)wk。

1.2 方法 术前常规检查视力、非接触眼压、裂隙灯、双目间接检眼镜和 A/B 超等。使用糖皮质激素抗炎并阿托品散瞳 2~7d,术前抗生素滴眼液清洁结膜囊,球后局部麻醉+安定镇痛麻醉下,经睫状体平坦部切口行标准 20G 三通道闭合式玻璃体切割术,曲安奈德(TA)辅助眼内镊剥除或玻璃体切割切除视网膜前膜(或联合黄斑孔周围内界膜剥除),眼内激光光凝,气液交换,硅油填充。术后平均住院观察 1wk。

统计学分析:计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,应用 SPSS 13.0 软件进行配对 *t* 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

所有患者均不同程度增生性玻璃体视网膜病变(proliferative vitreoretinopathy, PVR),按照美国 1983 年制定的 PVR 分级法进行分级, PVR C3~D2。术前 B 超显示脉络膜脱离 13 例,术中确认脉络膜脱离 4 例。黄斑全

层裂孔3例,周边视网膜裂孔按象限分布为颞上孔9例,颞下孔5例,鼻上孔4例,鼻下孔5例,其中周边单一孔1例,多发孔1例。透明角膜切口白内障超声乳化术6眼,晶状体切除2眼;普通硅油填充15眼,重硅油填充2眼。术前眼轴:患眼24.83±1.99mm,健眼27.57±3.12mm, $t=4.276, P<0.001$ 。视力改变见表1。术前健眼眼压15.09±3.72mmHg,术前患眼眼压6.69±1.79mmHg,术前患眼与健眼眼压比较,有显著差异($t=9.132, P<0.001$)。术后1,2,3,4,5,6,7d眼压为26.71±14.82,25.82±12.63,19.38±7.62,19.07±8.15,19.14±6.81,20.23±6.64,18.94±5.14mmHg,术后早期眼压可控制在相对安全范围内。间接眼底镜检查视网膜复位良好。

3 讨论

脉络膜脱离型视网膜脱离基本的病理过程为视网膜裂孔、视网膜脱离、脉络脱离与低眼压相互发展的过程,因伴随严重的葡萄膜炎及PVR,手术成功率较低。随着玻璃体手术的开展,伴PVR较重病例手术也能够取得良好效果,但葡萄膜炎和PVR仍是手术失败的主要原因。

葡萄膜炎反应一般认为是视网膜色素上皮及脉络膜受刺激后发生渗出,以及炎症介质的毒性反应所致,而术前应用糖皮质激素可抑制葡萄膜炎反应,促进脉络膜上腔液体的吸收,降低血管通透性,减少渗出,从而控制炎症,减少术后并发症^[2]。也有认为术前使用糖皮质激素作用有限,而且可能延误手术时机导致PVR的迅速进展从而影响手术的成功率。而徐晶等^[3]研究认为脉络膜脱离型视网膜脱离术前应用糖皮质激素的时间长短与手术成功率无关。本研究中所有病例就诊时均伴较严重的PVR及葡萄膜炎反应,术后观察到前部葡萄膜炎反应较轻,视网膜复位,表明使用糖皮质激素有助于屈光间质的清晰及检查,并利于玻璃体手术的顺利进行。但应严格掌握使用激素的时间,以免延误手术时机,术中要尽可能切除玻璃体后皮质、周边部玻璃体及增殖膜等。

该组病例经过玻璃体切割联合普通硅油或重硅油填充。硅油在眼内可以限制玻璃体视网膜纤维增殖,普通硅油的上浮使下方视网膜表面与硅油界面之间存在空隙,细胞增殖大多局限于下方象限^[4]。而重硅油的术后增殖主要发生于上方,多认为与重硅油对下方的填充作用优于上方有关^[5]。取硅油时间一般为2~6mo,姜燕荣等^[6]认为远期的并发症取决于首次手术视网膜裂孔封闭及PVR进展有关,与硅油取出的时间无关。

术后高眼压是硅油填充术的常见并发症之一^[7],硅油填充术后早期发生高眼压的常见原因为术后眼部炎症反应、术中硅油注入过多以及无晶状体眼下虹膜周切口闭合等。刘娅利等^[8]研究表明高眼压多发生于术后2wk内,首次多发生在24h内,占86.5%。硅油注入过多术后眼压呈逐渐升高趋势,加之术后眼部炎症反应,眼压难以控制。术后短时间内的眼压高峰的出现机制可能与急性炎症反应和术后组织水肿,血浆性房水进入后房,导致眼压暂时升高有关。术后水肿的睫状体可推移虹膜根部向前,压向小梁网,使房角变窄甚至关闭,房水流出受阻,眼压升高。另外小梁组织的肿胀也可影响房水的外流而导致眼压升高。本组病例硅油填充时严格控制眼压,术后查房平均眼压略高于正常,部分患者可达40mmHg,经抗炎、局部和全身联合用药等治疗后,整体眼压趋于稳定,因此认为术后炎症引起房水循环失衡是高眼压主要原因,并没有因硅油填充过多因素。因脉络膜复位及睫状体房水分泌功能的变化,手术前后眼压均呈

表1 手术前后视力变化

时间	LP	HM	FC	>FC	眼
术前	1	9	3	4	
术后	0	1	6	10	

异常变化,也有少部分患者早期眼压偏低,排除手术切口渗漏因素之外,主要是房水分泌功能相对低下所致。

本文中8例患者因晶状体混浊影响眼底观察分别行晶状体超声乳化术或晶状体切除术。视网膜脱离复位术填充硅油后,眼的屈光状态朝远视方向移动。吕帆等^[9]研究证实,在非调节并有晶状体的状态下,硅油填充后的眼球屈光度变化了+9.19D,成为高度远视。无晶状体眼填充硅油后屈光不正约为+11.25~+13.35D,视网膜图像较原眼放大了约12倍,由此诱发一系列的双眼视觉平衡和视功能问题。在调节状态,硅油填充后的眼球屈光度变化比非调节状态下大,变化了+10.61D。人工晶状体的度数选择也发生了变化,原正常玻璃体状态下23D人工晶状体可以完全矫正,填充硅油后眼球的总屈光误差约为+9.50D,由于人工晶状体的后面与硅油相接触,形成特殊的屈光折射曲面,还可以影响或改变眼的总屈光状态,加上术前低眼压造成眼轴缩短等,因此不选择一期IOL植入。黄斑裂孔患者中心视力已造成严重损害,旁中心视力成为主要视力,因此视野改善更为重要^[10]。本组病例术后仅1例视力无变化,另16眼视力均有提高,但幅度不大,考虑与患者自身屈光状态及视网膜功能受损严重等有关。

高度近视眼患者周边视网膜变性裂孔发生率偏高,并且黄斑裂孔的几率也增加,本组病例患眼眼轴明显较对侧眼缩短,差别有统计学意义,而对侧眼眼轴均值长于正常成人眼轴长。因玻璃体混浊及增殖膜妨碍眼底检查,部分视网膜裂孔经术中切除混浊玻璃体或切除视网膜前膜后才能发现,视网膜裂孔以颞上象限居多。有4例术前B超检查等不能确定脉络膜脱离,经术中确诊,因此术前玻璃体炎症、低眼压及患眼轴较对侧眼明显缩短提示伴随脉络膜脱离可能性极大。脉络膜脱离型视网膜脱离一经确诊,立即应用糖皮质激素控制葡萄膜炎,并及时行玻璃体手术治疗,早期均可复位满意。但视力普遍不佳是影响该类患者术后满意度的主要因素。

参考文献

- 李凤鸣. 中华眼科学. 第2版. 北京:人民卫生出版社 2005;2191-2193
- 段安丽,王景昭,王宁利. 曲安奈德玻璃体腔注射治疗脉络膜脱离型视网膜脱离的初步研究. 中华眼科杂志 2005;41:606-609
- 徐晶,刘早霞. 脉络膜脱离型视网膜脱离治疗的临床分析. 中国实用眼科杂志 2009;27(9):962-965
- 周宇,袁铸,张贻转. 硅油填充66例的临床分析. 国际眼科杂志 2010;10(1):135-136
- 孟倩丽,程鹤,张少冲,等. 重硅油玻璃体腔填充治疗复杂性视网膜脱离的临床研究. 中国实用眼科杂志 2009;27(9):947-949
- 姜燕荣,黎晓新. 视网膜脱离术后硅油取出时机的探讨. 中华眼科杂志 1997;33(1):39-41
- 朱宇东,臧晶,周斌兵,等. 硅油填充术后继发青光眼的临床分析. 国际眼科杂志 2009;9(9):1758-1759
- 刘娅利,胡玉章,陈晓明. 玻璃体视网膜手术后早期眼压变化的规律性. 国际眼科杂志 2007;7(1):109-111
- 吕帆,瞿佳. 硅油填充术后眼的屈光变化. 中华眼底病杂志 2000;16(3):192-194
- 李志国,胡士荣. 显微玻璃体视网膜手术联合硅油填充治疗复杂性黄斑裂孔性视网膜脱离. 中国实用眼科杂志 2000;18(11):688-689