

玻璃体切除术治疗 Terson 综合征

张晶津, 杨丽霞, 林建, 郑祥榕

作者单位:(350025)中国福建省福州市,南京军区福州总医院眼科中心

作者简介:张晶津,毕业于福建医科大学眼视光系,本科。

通讯作者:杨丽霞,眼科主任,主任医师,硕士生导师,福建省眼科专业委员会副主任委员,福建省中西医结合学会眼科专业委员会副主任委员,南京军区眼科专业委员会副主任委员,全军眼科专业委员会委员,研究方向:白内障、眼底病、角膜病。

ylx0915-fj@hotmail.com

收稿日期:2010-03-03 修回日期:2010-03-24

Vitrectomy for treating Terson syndrome

Jing-Jin Zhang, Li-Xia Yang, Jian Lin, Xiang-Rong Zheng

Department of Ophthalmology, General Hospital of Fuzhou, Fuzhou 350025, Fujian Province, China

Correspondence to: Li-Xia Yang, Department of Ophthalmology, General Hospital of Fuzhou, Fuzhou 350025, Fujian Province, China. ylx0915-fj@hotmail.com

Received:2010-03-03 Accepted:2010-03-24

Abstract

• AIM: To analyse the operation time and curative effect of vitrectomy for treatment of Terson syndrome.

• METHODS: Five patients (6 eyes) with Terson syndrome underwent vitrectomy, accompanied with exchanging the gas for the liquid or argonion laser in some cases.

• RESULTS: Postoperatively, the visual acuity of 6 eyes was better than before; the vitreous cavities were all clear; retinal detachments were completely reattached.

• CONCLUSION: Vitrectomy is a safe and effective treatment for vitreous hemorrhage in Terson syndrome. Early surgery can not only recover the patients' visual acuity but also decrease the complications.

• KEYWORDS: Terson syndrome; vitreous hemorrhage; vitrectomy

Zhang JJ, Yang LX, Lin J, et al. Vitrectomy for treating Terson syndrome. *Int J Ophthalmol (Guoji Yanke Zazhi)* 2010;10(4):774-775

摘要

目的:分析 Terson 综合征玻璃体视网膜手术时机和疗效。

方法:应用玻璃体切除术,部分病例联合视网膜光凝,气体填充等治疗 Terson 综合征 5 例 6 眼。

结果:所有患者术后眼部情况均有明显改善,视力不同程度提高,玻璃体腔清晰和视网膜复位。

结论:Terson 综合征患者及时行玻璃体切除术安全有效。早期手术,切除玻璃体积血,不仅能够尽早恢复患者视力,而且能减少并发症的发生。

关键词:Terson 综合征;玻璃体积血;玻璃体切除术

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2010.04.057

张晶津,杨丽霞,林建,等.玻璃体切除术治疗 Terson 综合征.国际眼科杂志 2010;10(4):774-775

0 引言

早在 1881 年 Litten 首先报道了蛛网膜下腔出血合并眼内出血的现象。1900 年 Terson 再次描述了蛛网膜下腔出血引起玻璃体积血的现象引起人们的注意,由此命名为 Terson 综合征。现在 Terson 综合征在临床上并非罕见疾病,随着玻璃体切除手术的成熟,Terson 综合征的治疗效果得到显著改善。目前许多文献认为应用玻璃体切除术治疗 Terson 综合征安全有效。现通过回顾性收集福州总医院眼科中心 2006/2008 年收治的 5 例 Terson 综合征病例,其中 6 眼行玻璃体视网膜手术治疗,治疗效果满意,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 2006/2008 年收治 Terson 综合征患者 5 例 6 眼 双眼 1 例,单眼 5 例。均为男性。年龄 32~54(平均 41.3)岁。其中自发性颅内出血 3 例,外伤史 2 例,在当地医院行 CT、造影等相关检查,诊断“蛛网膜下腔出血”4 例,“左侧椎动脉夹层动脉瘤”1 例。5 例患者均给予针对性治疗,全身情况稳定后,转诊眼科。就诊时间为颅内出血后 43~99(平均 61)d。眼科检查:术前视力手动/眼前~指数/40cm,玻璃体腔积血,大部分患者散瞳后眼底不能窥见。B 超检查发现牵拉性视网膜脱离 1 眼,可疑视网膜脱离 2 眼。根据玻璃体出血情况及全身情况,2 眼经药物保守治疗,6 眼行玻璃体切除手术。

1.2 方法 按内眼手术常规进行术前准备,20g/L 利多卡因+7.5g/L 布比卡因混合液行球后阻滞麻醉后,采用平坦部常规三通道封闭式玻璃体切除术。在灌注液中加入盐酸肾上腺素(1:10000),在接触镜下先后切除玻璃体腔中央、周边及后极部混浊的玻璃体。再用膜剥离钩、笛针或切割头剥离并切除视网膜、黄斑前膜,解除其对视网膜的牵引;用笛针吸除血池内的积血。术中发现视网膜裂孔则视网膜光凝封闭裂孔,并联合气体填充等处理。术后俯卧位以免出血或炎症细胞沉积于黄斑区。双眼患者玻璃体手术分次进行,间隔 2~4wk。

2 结果

2.1 视网膜情况 术中见玻璃体腔积血稠厚,玻璃体腔大量增殖膜,以后极部明显。3 眼见视网膜前膜,2 眼黄斑前膜,与视网膜黏着紧密。观察发现患者就诊时间与视网膜前膜和黄斑前膜发生率成正相关,就诊时间越晚,越易发生视网膜前膜或黄斑前膜,且粘连更加紧密。术中证实其中 1 眼后极部有局限性牵拉性视网膜脱离,4 眼见周边视网膜裂孔。剥除视网膜前膜,使视网膜复位,行视网膜激光光凝封闭裂孔,同时玻璃体腔注入 C₃F₈ 填充。术后玻璃体腔清晰,视网膜复位。随访均未发生视网膜脱离等并发症。

表 1 病程与术前术后视力比较

姓名	眼别	病史	术前视力	术后视力(矫正)
患者 1	左	自发性蛛网膜下腔出血 44d	手动/眼前	0.6
	右	自发性蛛网膜下腔出血 99d	手动/眼前	0.25
患者 2	左	自发性蛛网膜下腔出血 60d	手动/眼前	0.3
患者 3	左	左侧椎动脉夹层动脉瘤 60d	手动/眼前	0.3
患者 4	右	外伤性蛛网膜下腔出血 43d	手动/眼前	0.3
患者 5	右	外伤性蛛网膜下腔出血 60d	手动/眼前	0.4

2.2 视力恢复情况 术前 5 例患者的视力均为手动/眼前, 术后均有所提高(表 1)。

3 讨论

Terson 综合征(terson syndrome, TS)又名蛛网膜下腔出血综合征,是指由急性颅内出血引起的玻璃体、视网膜和视网膜前出血,是由于自发的蛛网膜下腔出血或颅内出血引起的眼内出血。当视网膜或视网膜前的血液大量进入玻璃体时,引起严重的视力下降^[1]。现在研究发现发生自发性蛛网膜下腔出血的患者有 20%~50% 出现眼内出血,2%~8% 的患者出现玻璃体积血^[2]。但目前许多文献认为 Terson 综合征的定义应扩大为各种原因所致的颅内出血^[3]。Terson 综合征最常见的原因因为颅内血管破裂,其次是外伤引起的蛛网膜下腔出血或特发性蛛网膜下腔出血^[4]。由于本组观察病例数少,1 例为动脉瘤破裂,2 例自发性蛛网膜下腔出血,2 例外伤性蛛网膜下腔出血。目前眼内出血机制一直存在争议。主要有两种学说:(1) 颅内血液经蛛网膜下腔直接进入眼内。但目前未发现神经鞘的蛛网膜下腔与玻璃体腔有联系的解剖证据。(2) 大部分学者认为颅内压突然增高并通过脑脊液传递到神经外围的脑膜间隙,压迫视网膜中央静脉从而导致脉压升高,引起视盘与视网膜的小静脉与毛细血管扩张和出血,当出血突破内界膜进入到玻璃体时就表现为玻璃体出血^[5]。眼底荧光血管造影显示盘沿损害提示颅内高压通过视神经鞘间途径影响盘沿结构^[6]。脑外科医师亦支持重型脑损伤后 Terson 综合征的发生时颅内压急骤升高失代偿的结果^[7]。本组患者中 8 眼均有玻璃体积血,5 眼见视网膜前出血,其中 2 眼黄斑前出血。为第二种学说提供了证据。

玻璃体内的积血吸收缓慢,通常需几周或数月,甚至达 1a 左右的时间。玻璃体积血时间越长越易发生并发症,最常见的并发症是视网膜前膜和黄斑前膜^[8],甚至引起牵拉性视网膜脱离。Shultz 等报道视网膜前膜的发生率在 Terson 综合征患者中为 78%。在我们的病例中视网膜前膜 3 眼,黄斑前膜 2 眼,这些患者的眼科就诊时间 60~99d,所以玻璃体内的增殖较重。这与 Shultz 等和 Weingeist 等的报道类似。Weingeist 等通过光镜检查证实此膜由神经胶质细胞组成,认为此膜系玻璃体局部后脱离后,神经胶质细胞以脱离的玻璃体后皮质为支架增殖而形成的视网膜前膜,也可紧贴内界膜形成黄斑前膜。这两层膜的病理成分相同,但前者一般较易剥除,后者则与内界膜紧密相连,剥除困难^[9]。本组 3 眼视网膜前膜全部剥除,2 眼黄斑前膜大部分被剥除。

Terson 综合征的治疗包括药物治疗和手术治疗。随着现代玻璃体手术的兴起,应用玻璃体切除术治疗该病已成为安全有效的治疗手段^[10]。由于长期玻璃体积血可以刺激视网膜前膜的产生,且血液降解产物对视网膜有毒性

作用,长久会严重影响视力恢复,因此目前许多学者主张早期手术^[11]。尤其是对于双眼玻璃体积血患者。王吉文等认为单眼患者可观察 6mo,双眼失明者因影响日常生活与工作,应提早手术。我们观察到患者在神志清醒后发现双眼视力明显下降时常有烦躁不安的表现,这不利于患者的康复,经过手术治疗恢复视力后,患者的情绪通常有明显改善,从这一角度而言,双眼失明者也应提早手术。另有报道观察发病时间短进行手术的病例,术中机化少,视网膜前膜少,术后视力好。与本组病例观察的情况基本一致。因积血提供了视网膜胶质细胞增生的机会,也促进细胞的移行和再生,最终形成机化牵拉,引起视网膜脱离,是 Terson 综合征常见的并发症。如果各种增殖膜与视网膜粘连紧密,术中难以剥除,容易造成医源性裂孔,增加手术并发症的发生。所以对于药物治疗 2~3mo 玻璃体积血仍未吸收的病例,我们主张手术治疗。本组病例患者平均就诊时间为 61d,术前均进行 1~2mo 药物保守治疗,效果无明显改善后行玻璃体切除术。术前视力均为手动/眼前,术后视力较术前均有不同程度的提高:0.25~0.6(平均 0.36),玻璃体腔清晰,视网膜复位,裂孔封闭。因此,我们认为玻璃体切除术对治疗 Terson 综合征安全有效,提高了脑血管意外后存活患者的生存质量,且随着玻璃体视网膜手术技术的日益完善,手术并发症越来越少,Terson 综合征患者将有望恢复更好的视力。

参考文献

- 1 李凤鸣. 中华眼科学. 北京:人民卫生出版社 2005;3499-3500
- 2 Kuhn F, Morris R, Witherspoon CD, et al. Terson syndrom. Results of vitrectomy and the significance of vitreous hemorrhage in patients with subarachnoid emorrhage. *Ophthalmology* 1988;105(3):472-477
- 3 Frizzell RT, Kuhn F, Morris R, et al. Screening for ocular hemorrhages in patients with ruptured cerebral aneurysms: a prospective study of 99 patients. *Neurosurgery* 1997;41(3):529-533
- 4 刘三梅,钟捷,黎静. 玻璃体切割术治疗 Terson 综合征. 国际眼科杂志 2007;7(1):204-205
- 5 邱怀雨,张卯年. 玻璃体切除术治疗 Terson 综合征视力预后相关因素. 国际眼科杂志 2008;8(1):163-165
- 6 洪扬,麻张伟,张龄洁. Terson 综合征临床分析. 眼外伤职业眼病杂志 2005;27(4):314
- 7 Ogawa T, Kitaoda T, Dake Y, et al. Terson Syndrome: a case report suggesting the mechanise of vitreous hemorrhage. *Ophthalmology* 2001;108(9):1654-1656
- 8 王玲,朱晓华. Terson 综合征 16 例玻璃体视网膜病变特征及疗效分析. 国际眼科杂志 2005;5(6):1211-1213
- 9 Arroyo JG, Bula DV. Immunohistochemical study of the internal limiting membrane in Terson syndrome. *Retina* 2004;24(1):155-157
- 10 Gnanaraj T, Tyagi AK, Cottrell DG, et al. Referral delay and ocular surgical outcome in Terson Syndrome. *Retina* 2000;20(4):374-377
- 11 洪扬,麻张伟,张龄洁. Terson 综合征临床分析. 眼外伤职业眼病杂志 2005;27(4):314