

急性症状性 PVD 致视网膜裂孔合并玻璃体积血

李慧丽,肖胜燕

作者单位:(400015)中国重庆市第八人民医院眼科
作者简介:李慧丽,副主任医师,研究方向:眼科临床。
通讯作者:李慧丽.lhl117@live.cn
收稿日期:2010-05-04 修回日期:2010-06-09

Acute symptoms of PVD induced retinal tear with vitreous hemorrhage

Hui-Li Li, Sheng-Yan Xiao

Department of Ophthalmology, the 8th Hospital of Chongqing, Chongqing 400015, China

Correspondence to: Hui-Li Li. Department of Ophthalmology, the 8th Hospital of Chongqing, Chongqing 400015, China. lhl117@live.cn

Received:2010-05-04 Accepted:2010-06-09

Abstract

• AIM: To observe the clinical characteristics and treatment effects of retinal tears with vitreous hemorrhage induced by acute symptomatic posterior vitreous detachment.

• METHODS: Retrospective analysis of 8 cases of patients concerning retinal tears with vitreous hemorrhage caused by acute symptomatic posterior vitreous detachment and clinical data was performed.

• RESULTS: The covered eyes, semi-supine and application of hemostatic agent symptomatic treatment led to the increased visibility of fundus. With timely laser photocoagulation treatment, retinal tears closed without retinal detachment.

• CONCLUSION: Full understanding of clinical features about retinal tears with vitreous hemorrhage caused by acute symptomatic posterior vitreous detachment, careful check in finding the hole, and timely tears sealing by laser photocoagulation treatment are key factors to better prognosis.

• KEYWORDS: acute symptomatic posterior vitreous detachment; retinal tear; vitreous hemorrhage; laser photocoagulation

Li HL, Xiao SY. Acute symptoms of PVD induced retinal tear with vitreous hemorrhage. *Int J Ophthalmol(Guoji Yanke Zazhi)* 2010;10(7):1368-1369

摘要

目的:观察急性症状性玻璃体后脱离致视网膜裂孔合并玻璃体积血的临床特点和治疗效果。

方法:回顾分析8例因为急性症状性玻璃体后脱离致视网膜裂孔合并玻璃体积血患者的临床资料。

结果:经双眼遮盖、半卧位及应用止血剂等对症处理,眼底可视度增加,及时予激光光凝治疗,视网膜裂孔封闭,无视网膜脱离发生,疗效满意。

结论:充分认识急性症状性玻璃体后脱离致视网膜裂孔合并玻璃体积血的临床特点,认真检查、寻找裂孔,及时行激光光凝封孔治疗是争取较好预后的关键。

关键词:急性症状性玻璃体后脱离;视网膜裂孔;玻璃体积血;激光光凝

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2010.07.045

李慧丽,肖胜燕.急性症状性PVD致视网膜裂孔合并玻璃体积血.国际眼科杂志2010;10(7):1368-1369

0 引言

玻璃体后脱离的主要并发症是视网膜裂孔和玻璃体积血。视网膜裂孔是孔源性视网膜脱离的高危因素,导致不可逆性盲。及时封闭裂孔能降低视网膜脱离发生率。但当视网膜裂孔合并玻璃体积血时,由于屈光间质混浊,影响眼底检查,临床容易误诊漏诊,从而延误视网膜脱离的治疗。回顾分析我院近5a来因为急性症状性玻璃体后脱离致视网膜裂孔合并玻璃体积血患者的临床资料,由于诊断治疗及时,取得满意效果,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 本组患者8例8眼,其中男5例5眼,女3例3眼,均为单眼发病;年龄38~62岁。高血压病史1例,全部患者否认高度近视史、糖尿病史及眼外伤史,均于起病后24h内就诊。

1.2 方法 详细询问病史,复方托品酰胺滴眼液充分散瞳后行双目间接检眼镜、Goldmann三面镜以及在裂隙灯下应用广角前置镜检查,详查双眼视网膜后极部直至锯齿缘,患眼眼底不能窥清时行眼B超检查排除视网膜脱离和眼内肿瘤。对玻璃体积血影响后极检查的患者令其立即双眼包扎头高位卧床休息,给予一定的止血剂药物如氨基己酸等,一般数小时后玻璃体积血沉降,眼底逐渐清晰,有利于我们及时发现视网膜裂孔。但个别患者要持续到第2d甚至第3d玻璃体积血才下沉,此时如果怀疑患者存在视网膜裂孔,严格的卧床休息就显得尤为重要。发现裂孔即行激光封孔治疗。应用日本NIDEK公司产MC-7000型多波长激光器,光斑直径0.2~0.5mm,激光时程0.1~0.2s,光斑间距小于光斑直径的一半,围绕裂孔作3~4行连续的激光光凝斑,激光能量以调整至能在视网膜上形成灰白色的光凝斑为准。对视网膜裂孔伴孔周网膜浅脱离的,首先在其外围以光凝点包绕2排,待视网膜下液逐渐吸收后再向内光凝,缩小包围圈,直至裂孔周围完全被激光斑覆盖。

2 结果

2.1 裂孔情况 全部检出裂孔均位于赤道部附近,马蹄形裂孔5眼,有顶盖的视网膜裂孔3眼。视网膜颞上方6

眼,视网膜鼻上方1眼,视网膜颞下方1眼。经双眼包扎头高位卧床休息数小时后检出裂孔6眼,于就诊第2d检出裂孔2眼。单纯性的视网膜裂孔7眼,视网膜裂孔伴孔周浅脱离1眼。

2.2 玻璃体视网膜 以上患者玻璃体积血经对症治疗后完全吸收,光凝裂孔封闭良好,视网膜平复,无视网膜出血等并发症。经过1a的严密随访未发现患眼再出现新的视网膜裂孔、再次玻璃体积血,无1例患者病情发展为孔源性视网膜脱离或牵拉性视网膜脱离。

2.3 视力 全部患者经对症治疗和激光光凝封孔治疗后视力提高,矫正视力均 ≥ 0.6 ,与起病前无明显差异。

3 讨论

随着年龄的增长,玻璃体液化及流变学的改变使玻璃体皮质与视网膜内界膜之间的黏附力下降,使作用于玻璃体的机械牵张力大于玻璃体视网膜的自然黏合力,导致玻璃体后脱离^[1]。玻璃体后脱离 (posterior vitreous detachment, PVD) 是指基底部分以后的玻璃体皮质与视网膜的内界膜相互分离;急性 PVD 患者,合并闪光感、和(或)出现眼前漂浮物或既往存在的漂浮物数量突然增加,称为症状性 PVD (symptomatic PVD)^[2]。当发生 PVD 时,通常患者主诉眼前有漂浮物,如点状物、飞蝇、环形物等,这是浓缩的凝胶体漂浮到视野内造成的。如果部分脱离的玻璃体对视网膜构成牵引,患者视觉会出现“闪电感”。持续的牵引可能导致视网膜血管的破裂,出血量较多时产生玻璃体积血,有的患者会描述眼前突然出现“红色的烟雾”。临床检查可见 Weiss 环,即玻璃体向前塌陷、玻璃体后界膜与视盘完全分离的标记。

玻璃体后脱离导致玻璃体与视网膜连接紧密处产生牵拉,形成视网膜裂孔。视网膜裂孔 (retinal break, retinal tear) 是视网膜感觉层的一片全层缺损。单纯的视网膜裂孔不会导致视力下降,若合并玻璃体积血或视网膜脱离,则可致严重的视力损害^[2]。玻璃体后脱离后视网膜裂孔的发生率为 8%~15%^[1]。既往资料统计,大约 15% 急性症状性 PVD 患者在首次检查时可发现视网膜裂孔,是视网膜脱离发生的高危人群。即使就诊时没有发现裂孔,急性症状性 PVD 患者在随后几周内发生视网膜脱离的几率为 2%~5%。在合并玻璃体积血的患者中,67% 患者可发现至少一个视网膜裂孔,31% 患者有一个以上的裂孔^[2]。

玻璃体本身无血管,不发生出血。玻璃体积血多因内眼血管性疾患和损伤引起,也可由全身性疾患引起,视网膜裂孔和视网膜脱离是玻璃体积血的重要病因。玻璃体与视网膜附着最紧的部位是玻璃体基底部分、视盘周围、中心凹部和视网膜的主干血管^[3]。玻璃体后脱离时视网膜

血管受牵拉损伤引起玻璃体积血,视网膜撕破产生裂孔,进一步则发展成视网膜脱离。目前激光光凝术是预防视网膜脱离的主要方法。其作用是在视网膜裂孔周围形成紧密的脉络膜和视网膜粘连,使裂孔封闭,预防液化的玻璃体沿裂孔进入视网膜神经层下。光凝的优点是操作方便、准确、能立即产生粘连作用,7~10d 时脉络膜和视网膜就能达到完全粘连,效果可靠^[2]。

玻璃体积血可使屈光间质混浊、视力下降,出血量大时由于看不清眼底很难准确判断出血的病因。此时常规的眼 B 超检查排除视网膜脱离和眼内肿瘤是不可缺少的,它能帮助我们了解玻璃体出血的程度、玻璃体后脱离及是否存在玻璃体视网膜牵引等,指导治疗方案。但当视网膜脱离较浅,又合并玻璃体积血时,超声波诊断的可靠性也可能会受到一定影响,我们还是应该待玻璃体积血部分下沉吸收后,仔细反复眼底检查避免误诊。

总结我院经验,对突然视力下降伴玻璃体积血的中、老年患者,如患者主诉起病前眼前有漂浮物且否认外伤、糖尿病、高血压等病史时,要考虑玻璃体后脱离视网膜裂孔形成的可能。如果检查患眼玻璃体出血量少,表现为尘状混浊,我们一定不能仅仅按单纯的玻璃体混浊诊断处理,因为内眼血管性疾患出血量往往较多,一时难以吸收,而视网膜裂孔出血量则相对较少。如果出血量较多,眼底不能窥清时:我们认为应该立即建议患者门诊留察限制活动,双眼遮盖是一种简单、有效的治疗方法,再结合头高位卧床休息及止血对症治疗,待玻璃体积血下沉后,尽量行双目间接检眼镜以及在裂隙灯下应用广角前置镜检查,其照明穿透力强、视野宽、立体感强,对眼球无压迫,配合患者眼球转动,可基本观察到眼后极到周边部视网膜的整个眼底,找到裂孔还是比较容易。即使裂孔周围视网膜有少量浅脱离,也可以在其外围以光凝点先包绕 2 排,配合加压包扎及中药利水方剂使用,待视网膜下液逐渐吸收后再逐渐向内光凝,缩小包围圈,直至裂孔周围完全被激光斑覆盖。如果已经有明显的视网膜脱离则应及时手术治疗。临床对急性症状性玻璃体后脱离致视网膜裂孔合并玻璃体积血患者作出早期诊断,及时应用激光封孔治疗,对避免病情发展成视网膜脱离导致患眼视功能损害具有重要意义。

参考文献

- 1 张承芬. 眼底病学. 北京:人民卫生出版社 1998:27-35
- 2 赵家良. 眼科疾病临床诊疗规范教程. 北京:北京大学医学出版社 2007:296-311
- 3 赵堪兴,杨培增. 眼科学. 第 7 版. 北京:人民卫生出版社 2008:186-187