

表现为急性致密玻璃体积血的视网膜裂孔形成

齐海燕¹, 惠延年²

作者单位:¹(471003)中国河南省洛阳市,中国人民解放军第534医院眼科;²(710032)中国陕西省西安市,第四军医大学西京医院眼科

作者简介:齐海燕,女,主任,主治医师。

通讯作者:惠延年,男,教授,博士研究生导师,研究方向:眼底病。fmmuhyn@fmmu.edu.cn

收稿日期:2011-01-12 修回日期:2011-03-01

The formation of retinal hole manifested as acute and dense vitreous hemorrhage

Hai-Yan Qi¹, Yan-Nian Hui²

¹Department of Ophthalmology, No. 534 Hospital of Chinese PLA, Luoyang 471003, Henan Province, China; ²Department of Ophthalmology, Xijing Hospital, Fourth Military Medical University, Xi'an 710032, Shaanxi Province, China

Correspondence to: Yan-Nian Hui. Department of Ophthalmology, Xijing Hospital, Fourth Military Medical University, Xi'an 710032, Shaanxi Province, China. fmmuhyn@fmmu.edu.cn

Received: 2011-01-12 Accepted: 2011-03-01

Abstract

• AIM: To report 4 cases of acute and fundus obscuring, dense vitreous hemorrhage due to the formation of retinal hole.

• METHODS: Retrospective case study. The medical records of all patients were reviewed.

• RESULTS: Four patients included 2 male and 2 female with ages of 38 to 69 years old. The involved eye was the right eye (also high myopia) in one case and the left eye (myopia 1 case, emmetropia 2 cases) in 3 cases. The history of disease course was 1 day-3 weeks. The visual acuity was hand movement-0.04 at initiate visit and improved in all cases following treatment of retinal hole by means of pars plana vitrectomy in 3 cases and laser photocoagulation alone in one case. The final vision was 0.04, 0.2, 0.6 and 0.8, respectively.

• CONCLUSION: We should be aware that acute vitreous hemorrhage can be induced by the formation of retinal hole. Early diagnosis and seal of the retinal hole can avoid retinal detachment and achieve better visual recovery.

• KEYWORDS: retinal hole; vitreous hemorrhage; treatment

Qi HY, Hui YN. The formation of retinal hole manifested as acute and dense vitreous hemorrhage. *Guji Yanke Zazhi* (Int J Ophthalmol) 2011;11(4):683-685

摘要

目的:报告4例因视网膜裂孔形成而表现为急性、掩盖眼底观察的致密玻璃体积血的病例。

方法:回顾性病例研究,复习各例的临床记录。

结果:患者4例为2男2女,年龄38~69岁。患眼为右眼(也为高度近视眼)1例,左眼(近视1例,正视眼2例)3例。病程1d~3wk。首诊时视力为手动~0.04。经过玻璃体手术(3例)和单纯激光光凝(1例)处理视网膜裂孔,最后随访视力均有改善,分别为0.04,0.2,0.6与0.8。

结论:对于因视网膜裂孔形成引起的急性玻璃体积血应保持警惕,早期诊断和封闭裂孔可避免视网膜脱离,获得较好的视力恢复。

关键词:视网膜裂孔;玻璃体积血;治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2011.04.043

齐海燕,惠延年.表现为急性致密玻璃体积血的视网膜裂孔形成.国际眼科杂志2011;11(4):683-685

0 引言

无明显外因的急性玻璃体积血,常见于视网膜血管性疾病,如视网膜静脉阻塞、糖尿病视网膜病变、特发性视网膜血管炎(Eales病)等,但也可见于急性玻璃体后脱离或视网膜裂孔形成,尤其发生在高度近视眼^[1-3]。患者常主诉突然发现眼前出现大片黑影,视力模糊,而眼科检查往往因玻璃体高度混浊,看不清眼底。此时如何进一步检查、诊断而恰当的处理,取决于对相关眼病病程的透彻了解、详细观察和随访。如果判断失准,可能采取过度治疗或丧失时机。例如,因视网膜裂孔形成撕裂视网膜血管引起了大量的玻璃体积血,如果以为是视网膜血管病,可能会在随访期发生视网膜脱离,影响治疗效果。我们在此报告几例较为典型的此类病例。

1 对象和方法

1.1 对象 在门诊中发现的急性玻璃体积血病例23例中,病史均短于1mo,积血致密掩盖眼底观察,根据全身病史和发病特征,高度怀疑为视网膜裂孔形成的患者。患者如原有系统性疾病如糖尿病、高血压,或者原来已发现视网膜出血,可以诊断为糖尿病视网膜病变或视网膜静脉阻塞引起玻璃体积血的,不列入本次观察对象。反复玻璃体积血伴视网膜血管炎表现的中青年患者,考虑为特发性视网膜血管炎(Eales病),也排除在外。

1.2 方法 对每例患者详细询问发病经过,了解系统性疾病史,进行详细的眼科检查。除常规的视力、眼压、裂隙灯和检眼镜检查之外,强调仔细的眼部A/B超声探查,以及视觉电生理学检查。对玻璃体高度混浊,但没有其他特殊发现的患眼,密切随访并做A/B超声复查,间隔不超过1wk。对短期内玻璃体积血没有吸收、眼底不清、高度近视眼、另1眼有视网膜脱离病史、随访不便的患者,及时征得患者知情同意后做玻璃体手术。按常规三通道玻璃体切除术入路,先清除玻璃体积血,找到视网膜裂孔,特别注意解除

表1 视网膜裂孔形成患者的临床资料

序号	性别	年龄(岁)	系统性病史	屈光状态	首诊时眼底	术前视力	治疗方式	术后视力
1	女	38	无	近视	不清	0.02	PPV	0.04
2	男	67	高血压	正视	不清	手动	PPV	0.2
3	男	69	无	正视	不清	0.04	PPV	0.6
4	女	67	无	近视	不清	手动	激光	0.8(矫正)

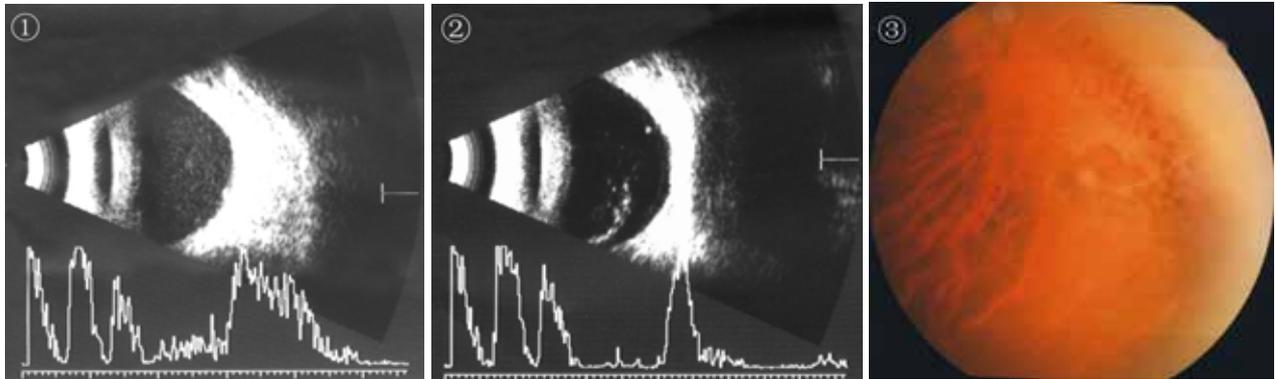


图1 玻璃体积血发病后1d的超声图像,注意眼后壁前的点状高密度阴影。
 图2 发病后15d的超声图像,注意点状阴影在视网膜之前,没有视网膜脱离。
 图3 发病后4mo和2次光凝后的眼底彩色照像,可见视网膜裂孔,边缘不整齐,内侧缘的白色瓣膜实际上位于视网膜之前。

周边玻璃体对视网膜瓣膜的牵拉,在“重水”下沿视网膜裂孔边缘做激光(532nm)融合性光凝3排。最后做玻璃体内 C_3F_8 长效气体充填。若为高度近视眼伴广泛周边变性,另1眼视力不佳,或患者随访不便,则手术眼用硅油充填。若患者理解病情,有随时复诊的条件,则采取密切随访,等待玻璃体积血逐渐吸收与下沉,允许检查眼底。一旦可以看到视网膜裂孔,就进行视网膜光凝治疗,封闭裂孔边缘。这类患者可能避免玻璃体手术。

2 结果

2.1 一般资料 在急性玻璃体积血的23例中,有4例是属于视网膜裂孔形成引起的。患者的一般资料见表1。4例患者为2男2女,1例年龄为38岁,其余为67~69岁。患眼为右眼(也为高度近视眼)1例,左眼(近视1例,正视眼2例)3例。病程1d~3wk。首诊时视力为手动~0.04。对3例采取了玻璃体手术治疗,手术时间在发病后3~7d。其中,例1为双眼高度近视,其左眼因视网膜脱离已行玻璃体手术和硅油填充。右眼在急性玻璃体积血发生后3d做了手术,术中发现颞上象限有2个视盘直径大的马蹄形裂孔,上有桥状血管,术毕眼内充填了硅油。例2和例3为正视眼,患者不便于随访,在发病后1~3wk内做了玻璃体手术,手术中也发现有马蹄形裂孔伴视网膜血管撕裂,术眼由 C_3F_8 填充。这3只患眼在手术后,视网膜裂孔闭合,没有发生视网膜脱离及其他并发症。例4经过单纯视网膜激光光凝处理视网膜裂孔(详见典型病例报告)。4只患眼的最后随访视力均有改善,分别为0.04,0.2,0.6与0.8。治疗后随访2~36mo,病情稳定。

2.2 典型病例 女,67岁。于就诊前1d下午突然发现左眼前发雾,有黑影飘动,视物模糊,无外伤、糖尿病和心血管疾病等明显诱因。既往双眼配戴-3.00D眼镜。检查:OD,0.06,矫正0.8;OS,手动/眼前。眼压:OD,12mmHg;OS,15mmHg。右眼未查见明显异常。左眼:前玻璃体在裂隙灯下有无数红细胞漂浮。检眼镜下,玻璃体弥漫性暗灰色混浊,中下方有粗条状暗红色血块,眼底不清,仅上方

周边部有弱红色反光。当即做眼部A/B超声检查,结果显示中、后部玻璃体弥漫性混浊,与球后内壁回声没有间隙,提示没有玻璃体后脱离或视网膜脱离,颞侧上方的后壁之前有一个点状高密度影(图1)。嘱患者半卧位;并告知自查左眼视野的方法。1~2wk复诊,或视野明显变化随时来诊。口服云南白药3d,以及维生素类药。患者5d后检查,左玻璃体团状混浊下沉,眼底上半呈红玻璃样,上方周边部可见视网膜血管,颞上方有一个灰白色膜样物。15d时检查:视力不提高,左玻璃体散在红细胞,红反光增强,但细节仍不清。复查B超,仍无玻璃体后脱离(图2)。发病28d时,患者自觉无明显变化,眼前无固定阴影。检查:左玻璃体仍然混浊,上方周边部视网膜可见,看不到病灶。至42d时,自觉眼前有条状物随眼球转动而飘动。视力:OS:0.04,矫正:0.25。玻璃体混浊减轻,但仍看不到病变区。自发病后55~83d,共复查3次,左眼视力提高到0.12(矫正0.5),中央玻璃体仍混浊。在83d时,清楚看到颞上象限约2:00位、距视盘约8~10PD处有视网膜裂孔,呈马蹄形,大小约1.5~2PD,裂孔瓣膜浮起在视网膜前,有桥状血管与视网膜相连。当即行视网膜激光光凝术。随后又补充2次光凝。3mo后,左视力0.15,矫正0.8。玻璃体积血下沉到下方血管拱之下。6mo时,玻璃体积血吸收,视力稳定。但仍可见桥状血管及其上的盖膜,以及周围的光凝斑(图3)。

3 讨论

玻璃体积血是引起无痛性视力突然下降的最常见临床病理诊断之一,常常由伴系统性疾病(如糖尿病、系统性高血压病、血液病等)的视网膜血管异常引起,或眼部的血管性疾病(如Eales病)引起。有时也由玻璃体后脱离或视网膜裂孔形成引起^[1,3]。据Hollands等^[2]对大量文献资料的分析,在发生急性玻璃体漂浮物或玻璃体积血的病例中,视网膜裂孔的发生率为可高达14%。因此,对出现眼前漂浮物,尤其是漂浮物增加的患者,应该加强随访检查,警惕视网膜裂孔形成及视网膜脱离^[3]。我们的病例

积累较少,尚不能得出因视网膜裂孔形成引起急性玻璃体积血的实际发病率,但我们认为,在老年患者或近视患者,保持对此病的警惕是重要的。我们在临床工作中,的确也遇到多例延误诊断、直到出现明显视网膜脱离才采取手术治疗的例子。这些患者的视力结果都比较差。

在因视网膜裂孔形成引起急性玻璃体积血的患眼,早期诊断显然具有积极的意义。这些病例的视网膜裂孔,总是发生在视网膜血管附近,由于玻璃体的后脱离,牵拉视网膜形成裂孔,同时血管撕裂,因此才会引起较多的出血,以至于遮盖眼底。在 Tan 等^[4]报告的一组病例中,53.7%视网膜裂孔在手术前经检眼镜或超声检查发现,其余仅在手术中发现。显然,在出血量较少的患眼,或出血下沉没有在玻璃体内弥散时,用间接检眼镜的强光可能看到裂孔。另一个理由是,发生在上方的视网膜裂孔总是占较大比例,随着血液下沉,上方视网膜总是先被看到。在完全无法直视眼底的情况下,仔细的超声检查十分重要。正如我们的典型病例所显示的,在首次的超声检查中就看到了视网膜回声上的反射点(图1),指示这个部位的病变。仔细、按顺序的眼球扫描,常常能发现视网膜的断裂线,即视网膜裂孔的存在。

在这些病例,在视网膜脱离发生之前,封闭裂孔能获得较好的视力后果。关于治疗的选择,有2种策略。如果能在视网膜脱离前发现裂孔,采用视网膜光凝封闭裂孔,可以避免玻璃体手术,是一种相对简便、有效、并发症少、花费小的治疗方式。Kreissig^[1]曾详细描述了对这类急性玻璃体积血的处理方法和结果。即让患者半卧位并制动,防止视网膜前出血进入玻璃体内引起弥漫性混浊,以便于

早期做激光或冷凝治疗。但如像我们的典型病例,积血一开始就混入玻璃体内,以至于长期不能看到裂孔。幸运的是,这位患者能按时经常复查,在3mo内都没有发生视网膜脱离。在严密的随访下,应用激光处理,避免了玻璃体手术,获得了较好的视力恢复。另一方面,一些研究者主张早期的玻璃体手术^[4,5]。其动机显然也是为了抢在视网膜脱离发生前控制病情发展。在 Tan 等^[4]的系列中,平均发病后3d即做了玻璃体手术,患眼视力从0.01提高到0.8。但还是有2例发展到视网膜脱离,并且出现一些可接受的、如白内障加速等并发症。Dhingra 等^[5]的手术时机在发病后1~28d。在我们的4例中,3例选择了玻璃体手术。看来多数此类患者,尤其在不能肯定视网膜裂孔存在及其发展危险的情况下,选择玻璃体手术治疗也是明智的。

参考文献

- 1 Kreissig I (著), 惠延年(译). 视网膜脱离最小量手术治疗实用指南. 北京: 北京科学技术出版社 2004;25-37
- 2 Hollands H, Johnson D, Brox AC, *et al.* Acute-onset floaters and flashes: is this patient at risk for retinal detachment? *JAMA* 2009;302(20):2243-2249
- 3 van Overdam KA, Bettink-Remeijer MW, Klaver CC, *et al.* Symptoms and findings predictive for the development of new retinal breaks. *Arch Ophthalmol* 2005;123(4):479-484
- 4 Tan HS, Mura M, Bijl HM. Early vitrectomy for vitreous hemorrhage associated with retinal tears. *Am J Ophthalmol* 2010;150(4):529-533
- 5 Dhingra N, Pearce I, Wong D. Early vitrectomy for fundus-obscuring dense vitreous haemorrhage from presumptive retinal tears. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2007;245(2):301-304