

# 视网膜脱离伴自发性脉络膜上腔出血 临床分析

李卓 朱晓华 曾军 刘湘平

**【摘要】 目的** 描述伴脉络膜脱离的孔源性视网膜脱离患者的自发性脉络膜上腔出血的一些临床特征, 探讨其发生的高危因素, 及其在视网膜复位手术中的特征和预后。**方法** 在 879 例孔源性视网膜脱离伴脉络膜脱离患者中, 在脉络膜上腔放液术中发现为血性积液有 5 眼, 其患眼术前视力 LP-HM, B 超均显示: 视网膜, 脉络膜脱离, 患侧平均眼轴较对侧眼明显缩小。1 眼接受常规视网膜脉络膜复位术, 4 眼接受巩膜外环扎、玻璃体切割和视网膜复位术。追踪观察 6 个月~34 个月(平均 18m)。**结果** 1 眼常规视网膜复位术成功, 1 眼玻切术+环扎术成功。3 眼再次或 3 次手术成功。最终 4 眼在硅油充填下(80.0%)视网膜获得解剖和功能复位, 术后视力 CF-0.05。**结论** 孔源性视网膜脱离伴脉络膜脱离患者伴自发性脉络膜上腔出血少见, 这类患者常伴高度近视, 眼部病变发展迅速, 常伴后极部血管弓处裂孔, 早期眼球就发生明显缩小。玻璃体后界膜与视网膜牢固粘连, 首次 PPV 术中不易发现和剥除玻璃体后界膜多需要再次或多次手术。术中植入的硅油多不能取出, 预后差。

**【关键词】** 孔源性视网膜脱离; 自发性脉络膜上腔出血; 脉络膜脱离; 高度近视; 玻璃体切割术

孔源性视网膜脱离伴有脉络膜脱离又称脉络膜脱离型视网膜脱离, 是复杂性视网膜脱离<sup>[1]</sup>, 相对来说少见(2%~4%), 同时又伴有自发性脉络膜上腔出血者更为复杂和少见。随着眼科手术发展和医生临床经验的积累和对此病变认识的提高, 注意到这种复杂病情的存在及其在玻璃体视网膜术后的临床特点及其预后, 现报道如下。

## 资料和方法

一般资料: 回顾 1999~2004 年本院收治的 879 例孔源性视网膜伴脉络膜脱离患者, 在术中脉络膜上腔放液时发现为血性积液有 5 眼(5 例) 男性 4 眼, 女性 1 眼。平均年龄 42 岁(38 岁~45 岁)。术前视力为 LP-HM。病程 12~26(18±6.3)天, 患者双均患有眼高度近视, 屈光力 16D~29D(20.6±5.3)D。同时伴有中度以上的玻璃体混浊, 眼压波动在 1~4mmHg(3±1.8)mmHg。B 超显示: 患眼脉络膜脱离型视网膜脱离, 其患眼眼轴较对侧眼明显缩小。平均眼轴: 患眼为 21.9mm, 健眼为 31.7mm。术前常规检查中凝血功能正常<sup>[2]</sup>。术前均接受 5d~7d 的全身激素治疗--DXM 10mg 每日 1 次<sup>[3]</sup>。1 眼脉络

膜脱离有所好转, 接受常规视网膜脉络膜复位术。4 眼对激素治疗无明显反应, 均接受巩膜外环扎+玻璃体切割+视网膜复位术。术后追踪观察 6~34 个月(平均 18 个月)。

手术方法: 常规视网膜脉络膜复位术, 包括脉络膜上腔放液, 裂孔定位、冷凝、巩膜外加压。4 眼接受巩膜外环扎、脉络膜上腔放液、玻璃体切割和视网膜复位术。再次玻璃体切割术中主要行视网膜前膜机的剥离, 先从后部开始寻找局部机化的前膜, 用自制的弯针斗钩起, 术中发现其为较完整的膜状物, 其特征为机化膜与视盘和近 360 度玻璃体基底部相连, 在周边部可见残存的基底部玻璃体及附着在其上的色素颗粒。1 眼 1 次手术成功, 2 眼需再次手术, 另 1 眼行 3 次手术。4 眼均行硅油充填。因后极部裂孔处无脉络膜无法行激光和冷凝治疗, 硅油不能取出。

## 结 果

该 5 眼(5 例病人)在术中放脉络膜上腔下液时均发现为红黄色的血性液体<sup>[4]</sup>。4 眼在 PPV 术中发现后极部视网膜菲薄, 伴有后极部的巩膜葡萄肿和上下血管弓内的脉络膜萎缩无明显的脉络膜新生血管<sup>[5]</sup>和视网膜下的出血。3 眼有后极部血管弓处裂孔, 1 眼同时伴有周边部的裂孔。另 2 眼为周边部的多发

裂孔。3 眼术后出现严重地 PVR 增殖, 需要再次手术。在再次手术中发现其玻璃体后界膜残留, 伴有视网膜前机化膜, 其特征为机化膜与视盘和近 360 度玻璃体基底部相连, 在周边部可见残存的基底部玻璃体及附着在其上的色素颗粒。1 眼经历 3 次手术, 最终 4 眼在硅油充填下(75.0%)视网膜获得解剖和功能复位, 术后视力 CF-0.05, 明显好于术前。但因后极部裂孔处脉络膜萎缩, 无法行激光和冷凝治疗, 硅油不能取出。在随访过程中, 定期检查病人的视力, 眼压, 眼底, 并检查裂隙等, 观察病人的硅油乳化情况。1 眼出现一过性的眼压增高(术后 1 月), 3 眼出现并发性白内障(术后 6 个月~14 个月), 1 眼为继发性青光眼(术后 18 个月), 4 眼出现不同程度的硅油乳化(术后 12~34 个月)。病人的视力进行性下降, 为 HM-0.04。

## 讨 论

孔源性视网膜脱离伴脉络膜脱离是复杂性视网膜脱离, 伴脉络膜上腔自发性出血者更为复杂和少见。根据对此类病人的观察, 发现这种复杂病情的有其比较明显的临床特点, 无论是在术前, 术中还是术后。上述观察的患者均为双眼高度近视, 屈光力为 16D~29D, 较普通的视网膜脱离的患者的高度近视发生率(14%)高<sup>[5]</sup>。高度近视可能是其一个高危因素。

该类患者 B 超均发现视网膜脉络膜脱离, 患眼病变发展较为迅速, 眼压极低, 视力极差。在发病的 2 周左右患侧眼球就明显性缩小。平均眼轴: 患眼为 21.9mm, 健眼为 31.7mm。同时伴有的玻璃体混浊较重, 且对激素治疗无明显反应, 脉络膜脱离改善不明显。绝大部分的病人需要行 PPV+ 视网膜复位术。

术中放脉络膜下液时发现为红黄色的血性液体, PPV 术中发现视网膜菲薄, 后极部的巩膜葡萄肿和上下血管弓下的脉络膜萎缩, 3 眼同时伴有后极部血管弓处裂孔。

术后 PVR 增殖严重, 3 眼需再次手术。玻璃体后皮质和后界膜残留是造成术后 PVR 增殖的主要原因, 再次手术发现较为完整的有局部机化的残膜, 表面散布大量细小的色素颗粒。最终 4 眼在硅油充填下(80.0%)视网膜获得解剖和功能复位, 术后视力 CF-0.05, 明显好于术前, 但因后极部裂孔处无脉络膜无法行激光和冷凝治疗, 硅油不能取出。但因硅油长期存在所产生的并发症, 白内障, 继发性青光眼, 硅油乳化等其最终的预后差。

总之, 孔源性视网膜脱离伴脉络膜脱离患者伴自发性脉络膜上腔出血少见而复杂, 且发病原因不清。这类患者常伴极高度近视, 眼部病变发展迅速, 早期眼球就发生明显缩小, 常伴后极部血管弓处裂孔。玻璃体后界膜与视网膜牢固粘连, 首次 PPV 术中不易发现和剥除玻璃体后界膜, 多需要再次手术。需要术中注入硅油, 且硅油不能取出, 长期预后差。

## 参考文献

- 1 陈惠茹 程景宁.《玻璃体视网膜手术学》,北京人民卫生出版社, 2000: 249-250.
- 2 Delayed Suprachoroidal hemorrhage and factor VIII deficiency. Am J Ophthalmol, 2005 J, 139(1):195-7.
- 3 陈惠茹,程景宁.《玻璃体视网膜手术学》.第一版,北京人民卫生出版社, 2000:250-251.
- 4 Madelain J, Turut P, Ribstein G, Riffart G, et al. Spontaneous rupture Of Bruch's membrane and transient macular hemorrhage in patients with myopia. Ophthalmol Fr, 1989, 89(12):1453-7.
- 5 Chak M, Williamson TH. Spontaneous suprachoroidal haemorrhage associated with high myopia and aspirin. Eye, 2003, 17(4):525-7.

(收稿时间: 2007-05)

## 招聘信息

北京瑞达恒康科贸有限责任公司是一家专业眼科设备维修公司, 长期服务于眼科医生和专家。我们拥有自己独立的维修实验室及研发基地, 配备专业技术人员, 选择高品质的元器件, 为客户解决设备及配件的疑难杂症。我们主要的维修项目是: 超声乳化手柄及超声粉碎手柄, I/A 手柄和电凝器; 剪刀手柄及 A/B 超探头; 超乳玻切机; 我们今年特别推出准分子激光头的维修项目, 尤其是博士伦公司 217 准分子的维修服务, 可以为方大用户提供更多选择。我们立足于维修的同时, 也有计划投资与眼科医生共同发展, 如果您有好的创意, 可以与我们联系: 北京大兴区旧宫镇旧宫西路 5 号; 邮编: 100076; 联系电话: 010-87960326; E-mail: xuwangyan01@sohu.com