

[文章编号] 1000-2200(2005)02-0139-03

·临床医学·

双目间接检眼镜直视下冷凝治疗孔源性视网膜脱离

高自清¹, 刘庆淮², 谢平², 刘肖艺²

[摘要] 目的: 探讨在双目间接检眼镜直视下冷凝治疗孔源性视网膜脱离的疗效。方法: 对 86 例(91 眼)孔源性视网膜脱离患者, 在双目间接检眼镜下查找裂孔并进行冷凝, 外加压, 根据视网膜脱离的具体情况决定环扎、放液或注入 C₃F₈、SF₆ 气体。结果: 一次性手术后视网膜复位 84 眼, 4 眼二次手术后复位成功, 另 3 眼需行玻璃体切割术。术后视力较术前明显提高($P < 0.01$)。结论: 间接立体检眼镜下冷凝治疗孔源性视网膜脱离, 创伤小, 效果好, 值得推广应用。

[关键词] 视网膜脱离; 双目间接检眼镜; 冷凝

[中国图书资料分类法分类号] R 774.13 [文献标识码] A

Cryosurgery for rhegmatogenous retinal detachment by using binocular indirect ophthalmoscope

GAO Zi-qing¹, LIU Qing-huai², XIE Ping², LIU Xiao-yi²

(1. Department of Ophthalmology, Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004; 2. Department of Ophthalmology, Jiangsu Province People's Hospital, Nanjing 210029, China)

[Abstract] **Objective** To observe the effect of cryosurgery for rhegmatogenous retinal detachment (RRD) by using binocular indirect ophthalmoscope. **Methods** Eighty six patients (91 eyes) were treated. Binocular indirect ophthalmoscope were used to find holes and to do cryosurgery, scleral compressing. Scleral buckling, releasing subretinal fluid, injecting the C₃F₈ or SF₆ in the vitreous cavity has been done if necessary. **Results** Eighty four eyes had retinal reattachment after one operation, the other four eyes had retinal reattachment after twice operation, still other 3 eyes must be done with vitrectomy. **Conclusions** The cryosurgery for rhegmatogenous retinal detachment under binocular indirect ophthalmoscope is an effective and safe method.

[Key words] retinal detachment; binocular indirect ophthalmoscope; cryosurgery

视网膜脱离 (retinal detachment, RD) 是严重的致盲性眼病^[1,2], 临床上以孔源性视网膜脱离多见, 在我国其发病率已达到 0.08%^[3]。孔源性视网膜脱离治疗的目的在于寻找并封闭所有的视网膜裂孔, 创造条件促使脱离的视网膜神经上皮与色素上皮重新贴附, 消除或缓解玻璃体视网膜牵拉, 在获得视网膜解剖复位的基础上, 最大限度恢复视功能, 因而寻找并封闭所有裂孔是其诊疗关键^[3]。我们采用双目间接眼底镜直视下冷凝治疗孔源性视网膜脱离取得满意效果, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2000~2003 年, 我科收治 86 例患者 91 眼。其中男 38 例 (39 眼), 女 48 例 (52 眼), 左眼 42 例, 右眼 49 例; 年龄 9~72 岁。高度近视者 62 例 67 眼 (73.6%), 多发性裂孔 14 例 (15.38%), 巨大裂孔 7 例 (7.69%), 锯齿缘脱离 9 例, 外伤后视网膜脱离 7 例, 合并白内障 3 例, 合并脉络膜脱离

4 例。裂孔以颞上方最多, 其次为颞下方, 其中圆孔 49 个, 马蹄孔 43 个, 其它形状裂孔 11 个。术前增殖性玻璃体视网膜病变 (proliferative vitreoretinopathy, PVR) 分级采用 1983 年国际分类法, 其中 A 级 27 例, B 级 38 例, C₁ 级 6 例, C₂ 级 4 例。

1.2 术前视力 0~0.01 者 11 眼, 0.02~0.05 者 36 眼, 0.06~0.1 者 34 眼, >0.1 者 10 眼。

1.3 视网膜脱离时间 最短为 1 天, 最长为 14 个月。

1.4 仪器与器械 (1) 常规视网膜脱离手术器械; (2) Keeler 双目间接便携式镜 (英国生产); (3) 苏州医疗器械厂生产冷凝器。

1.5 手术方法 (1) 常规方法: 沿角膜缘剪开球结膜, 做直肌牵引缝线, 暴露巩膜, 在间接检眼镜直视下用冷冻头在巩膜面顶起裂孔或变性区, 顺其外沿依次冷凝, 见视网膜结白色冰球并待其稍有扩大即停止冷凝, 立即在巩膜面上以美蓝做出标记定位, 再做下一点的冷凝。小的裂孔做单一标记即可, 大的裂孔则应对裂孔边缘分别做标记, 大的马蹄孔通常在裂孔后缘以及两角做标记。锯齿缘脱离除定好两端外, 应在后缘中心做标记。在标记处做好巩膜外加压, 使裂孔准确位于巩膜嵴的前坡上。放液不作为常规。若视网膜下液少或单纯外加压也可不放液。若下方大的球形脱离或视网膜下液较多, 考虑冷凝封闭裂孔有困难可先放液后再冷凝, 放置加压

[收稿日期] 2004-08-17

[作者单位] 1. 蚌埠医学院附属医院眼科, 安徽蚌埠 233004; 2. 江苏省人民医院眼科, 江苏南京 210029

[作者简介] 高自清 (1970-), 男, 安徽蚌埠人, 硕士研究生, 主治医师, 讲师。

块结扎缝线后观察眼底,如有偏差及时调整。对眼压偏低或视网膜复位不好的病例可注入适量的消毒空气或 C_3F_8 、 SF_6 气体。(2)高度近视需做环扎的手术方法:可先做四直肌牵引缝线,暴露巩膜,根据眼轴长度在赤道或赤道前后预置环扎带,并将连接点固定在颞下或鼻下象限的巩膜壁上,但不收紧,余下的操作同前,最后根据眼压情况调节环扎带的松紧。(3)视网膜脱离合并白内障的手术方法:可先做透明角膜切口的白内障超声乳化,清除干净晶体皮质,注意术中不要吸破后囊膜,然后前房注入少许盐酸去氧肾上腺素使瞳孔保持散大,侧切口注水使眼球密闭。再用双目间接检眼镜寻找裂孔,用冷冻头在巩膜面顶起裂孔或变性区,并按前述方法冷凝裂孔并放置加压块,根据情况决定环扎或是否注气,术毕要保证角膜切口自闭,若眼压偏高可缝合角膜一针。

1.6 疗效标准 治愈:裂孔封闭,视力提高;好转:裂孔部分封闭,视力改善不佳;失败:裂孔未封闭,视力无提高或下降。

1.7 统计学方法 采用配对 t 检验。

2 结果

2.1 治疗效果 4 眼术后裂孔未封闭,视网膜未复位,其原因是,2 眼有比较严重的视网膜牵拉,再经玻璃体切割后网膜复位;1 眼网膜下积液多,术中没放液,经二次手术放液后再冷凝视网膜复位良好;1 眼合并有脉络膜脱离。1 眼视网膜部分复位,为术中遗漏了周边的小圆孔,且未对格子样变形区进行冷凝,后经二次手术后复位。1 眼术后出现玻璃体出血,2 眼因术后较严重的 PVR 视网膜脱离范围扩大,考虑是由于冷凝过量,再经玻璃体切割后复位仍不理想,视力恢复差,其余 83 只眼均一次性手术达到视网膜解剖复位,手术成功率达 91.2%。

2.2 术后视力恢复 0~<0.01 者 2 眼,0.02~0.05 者 15 眼,0.06~0.1 者 25 眼,>0.1 者 49 眼。手术前后视力变化为:术前视力 0.066 ± 0.057 ,术后视力 0.146 ± 0.107 ($\bar{d} \pm s_d$ 为 0.0801 ± 0.0582 ; $t=13.138$, $P<0.01$),术后视力与术前视力比较有明显提高。

2.3 术后并发症 手术后一过性高眼压 17 眼(18.68%)、继发性青光眼 1 眼(1.10%)、严重的 PVR 2 眼(2.20%)、脉络膜脱离 2 眼(2.20%)、眼前段缺血 1 眼(1.10%)、白内障形成或加重 9 眼(9.89%)、无菌性葡萄膜炎 3 眼(3.30%)、黄斑前膜 2 眼(2.20%)、屈光改变 49 眼(53.85%)等。

2.4 随访 所有病例随访 6~12 个月,其中 4 例复发,眼底检查有新的裂孔形成并有明显的增殖膜,

1 例行玻璃体切割的眼球萎缩,另 3 例患者的另 1 眼发生视网膜脱离。其余均有不同程度的视力提高。

3 讨论

3.1 孔源性视网膜脱离的治疗 孔源性视网膜脱离是视网膜脱离中最常见的一种类型,其原因是玻璃体牵拉而造成视网膜裂孔,Weker(1870 年)最早指出裂孔是发生视网膜脱离的主要原因,视网膜下液来自玻璃体,封闭视网膜裂孔可以治愈视网膜脱离^[4]。因而寻找并封闭所有裂孔是其治疗关键,因此手术是其唯一的治疗手段。目前,冷凝已经成为实现视网膜内粘连公认的方法,经巩膜视网膜冷凝术是当今视网膜脱离手术中常规和广泛采用的方式。冷凝对巩膜伤害作用小,但由于巩膜厚度、血管多少、充血程度及网膜下液多少等因素,在非直视下手术时难以掌握冷冻量,可因冷凝过度造成大范围脉络膜萎缩、血—视网膜屏障破坏,同时使玻璃体内视网膜色素上皮细胞、胶质细胞等有形成分以未被解除的玻璃体牵拉为模板移行增殖,在玻璃体视网膜膜界面形成细胞纤维组织,而导致视网膜僵硬皱缩、旧裂孔重新开放或产生新孔、视网膜前膜形成等,会严重影响视网膜稳定复位并损害视功能^[5]。因此,术中准确和适度视网膜冷凝就显得十分重要,这要求术者必须在直视下用双目间接立体检眼镜经巩膜冷凝视网膜裂孔。我们在治疗此类视网膜脱离的过程中,在术前首先用双目间接检眼镜配合巩膜压迫器反复查找裂孔,并结合直接检眼镜、三面镜了解裂孔的位置、大小及有无牵拉等情况,将眼底的表现画眼底图且熟记裂孔位置,术中根据术前检查在相应区域顶压裂孔,这样能迅速定位,缩短手术时间。对裂孔位置偏前或过后而不易定位的,一个象限内数个裂孔者,可通过巩膜压迫器的配合,在裂孔后缘中点相应处缝标记线,确定标记线与裂孔的位置关系,这样即使因手术时间长,角膜上皮水肿,看不清眼底,以定位线为依据置外加压,也能很好的起到封闭裂孔的作用。冷凝十分重要,包括冷凝位置和量的控制,在术中要冷凝到脱离的网膜本身,以达到有效的继发粘连,如仅冷冻视网膜色素上皮层不能产生有效的粘连,术后效果不佳甚至导致手术失败。冷凝量主要在直视下控制,当见到裂孔边缘的视网膜结白色冰球,并稍有扩大后即松开脚踏开关,并在冷凝处冲 BBS 液以升高局部温度且解冻冷冻头,后依次做下一点的冷冻,这样可避免冷冻的不足或过量的问题,一般术后不发生严重的玻璃体混浊。如果术中见视网膜下液较深,而冷冻头加压并不能使色

[文章编号] 1000-2200(2005)02-0141-02

空肠异位胰腺 3 例报道及文献复习

凌 人

[摘要] 目的: 探讨空肠异位胰腺的临床病理特点。方法: 分析 3 例空肠异位胰腺的临床病理资料。结果: 3 例分别因胃溃疡、胆道结石、胃癌手术而意外发现, 长径 0.5~2.5 cm。结论: 空肠异位胰腺少见, 常不出现临床症状。

[关键词] 胰腺/畸形; 异位胰腺; 空肠

[中国图书资料分类法分类号] R 657.53 [文献标识码] A

Ectopic pancreas lying the jejunum: A report of 3 cases and review of the literature

LING Ren

(Department of Pathology, Jinhua Guangfu Hospital, Jinhua 321000, China)

[Abstract] **Objective** To explore the clinicopathologic features of ectopic pancreas of the jejunum. **Methods** The clinicopathologic data of 3 cases of ectopic pancreas situated in the jejunum were analyzed. **Results** Three cases of ectopic pancreas were occasionally confirmed in the operations for gastric ulcer, gallstone of biliary tract or gastric carcinoma respectively. The maximal diameter were from 0.5 to 2.5 cm. **Conclusions** Ectopic pancreas of the jejunum is rare and it is often asymptomatic.

[Key words] pancrea/malformation; ectopic pancrea; jejunum

异位胰腺是一种少见疾病, 发生于空肠者大多为个案报道^[1]。本文报道 3 例, 并作文献复习, 以期提高对该病的认识。

[收稿日期] 2004-08-01

[作者单位] 浙江省金华市广福医院 病理科, 321000

[作者简介] 凌 人(1957—), 女, 安徽合肥人, 主治医师。

素上皮贴近神经上皮, 那么先予放出视网膜下液再进行冷冻, 以避免通过过深的视网膜下液进行冷冻而产生广泛的视网膜色素上皮损害及视网膜色素上皮脱落进入玻璃体, 产生严重的增殖性玻璃体视网膜病变并发症。

3.2 治疗失败的原因 2 例失败是由于比较严重的视网膜前增殖膜, 膜的收缩牵拉使视网膜不能复位, 所以对于 PVR 比较严重的病例, 特别是增殖膜厚, 玻璃体牵拉明显的, 巩膜外手术降低了解剖复位率, 应该采取玻璃体切割术^[6]。我们对此 2 例又两次进行玻璃体切割, 术中剥膜, 眼内激光光凝, 并注入硅油, 术后视网膜复位, 出院时视力达到 0.1。2 例可能是冷凝过量导致视网膜色素玻璃体腔的播散, 既而形成 PVR, 使视网膜脱离复发。复发性的视网膜脱离并伴有 PVR 处理很困难, 我们行二次玻璃体切割后恢复仍不理想, 随访有 1 例眼球萎缩。所以虽然是直视下冷凝, 也要根据不同的情况决定冷凝的量, 且及时的解冻十分关键。2 例视网膜下液过多使裂孔未封闭, 经放液后再冷凝视网膜复位。因而对于积液多, 尤其是下方大的球形脱离, 裂孔在

1 资料与方法

本文 3 例分别收集于安徽淮南第一矿工医院(1991 年 2 月)、浙江省象山县红十字台胞医院(2002 年 5 月)及金华市广福医院病理科(2004 年 3 月)。标本均用 10% 甲醛溶液固定, 常规石蜡切片, 苏木精—伊红(HE)染色, 光镜观察。

球上的, 应放液后再冷凝裂孔, 否则冷凝不易到位。1 例放液时出血, 术后玻璃体积血, 故放液时要小心, 应在视网膜脱离较高的部位且在双目间接检眼镜直视下放液。此外还要注意有无脉络膜脱离、裂孔是否查找完全以及其他的眼部疾患的存在。

[参 考 文 献]

- [1] Moniche M, Revilla R. Repair of rhegmatogenous retinal detachments [J] . *Ophthalmology*, 1997, 104(6): 897~898.
- [2] American Academy of Ophthalmology. The repair of rhegmatogenous retinal detachments [J] . *Ophthalmology*, 1996, 103(8): 1313~1324.
- [3] Li X. Incidence and epidemiological characteristics of rhegmatogenous retinal detachment in Beijing, China [J] . *Ophthalmology*, 2003, 110(12): 2413~2417.
- [4] 傅守静主编. 视网膜脱离诊断治疗学 [M] . 北京: 科学技术出版社, 1999: 116~127.
- [5] Shama T, Challa JK, Ravishankar KV, et al. Scleral buckling for retinal detachment. Predictors for anatomic failure [J] . *Retina*, 1994, 14(4): 338~343.
- [6] Ivanisevic M. Conventional retinal surgery for rhegmatogenous retinal detachment with proliferative vitreoretinopathy [J] . *Acta Med Croatica*, 1995, 49(4-5): 207~209.