

# 高度近视眼特发性葡萄膜渗漏综合征的临床分析

宋殊琪 慕磊 吴真真 黄蒂 李晓娟 孙永锋  
武警北京市总队医院 北京 100027

**摘要:** **目的:** 探讨高度近视患者特发性葡萄膜渗漏综合征 (Idiopathic uveal effusion syndrome, IUES) 的临床特征和治疗。**方法:** 回顾性分析5例高度近视眼特发性葡萄膜渗漏综合征 (IUES) 的临床资料。**结果:** 5例IUES患者均为高度近视, 组织学检查: 巩膜增厚, 巩膜组成纤维增粗, 排列疏松紊乱, 巩膜组织间大量氨基酸多糖和粘蛋白沉着。入院后实施双眼颞上、下及鼻上、下四个象限的巩膜瓣下巩膜切除术, 术后3天复查, 矫正视力均提高, 从术前的 $1.21 \pm 0.15$ , 提高到术后的 $0.67 \pm 0.31$ , 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。眼底脉络膜贴附良好, 疗效满意。**结论:** IUES亦可发生在高度近视患者中, 发病原因与巩膜异常病变有关, 采用四个象限的巩膜瓣下巩膜切除术是一种有效的治疗方法, 且可以减少特发性葡萄膜渗漏综合征的复发。

**关键词:** 葡萄膜渗漏综合征; 脉络膜渗漏; 治疗; 高度近视

特发性葡萄膜渗漏综合征 (idiopathic uveal effusion syndrome, IUES), 是由于原因不明的眼内脉络膜毛细血管浆液性渗出异常增多, 聚集于脉络膜及视网膜下腔, 导致脉络膜和睫状体脱离及非孔源性视网膜脱离的一种疾病<sup>[1]</sup>。早期患者自觉某一象限视物遮挡, 眼底可见周边部脉络膜轻度隆起, 呈青褐色。如睫状体受累, 前房可变浅。随着病情进一步发展, 泡状视网膜脱离, 呈半球状或球形, 可随体位移动, 是该病最突出的特点。传统认为, 两个象限的巩膜瓣下巩膜切除术即可以取得良好疗效<sup>[2]</sup>, 四个象限的巩膜瓣下巩膜切除术已成为特发性葡萄膜渗漏综合征患者最重要的治疗方法, 且可以有效减少特发性葡萄膜渗漏综合征的复发。现将我院2019年1月至2021年1月确诊5例 (10眼) 患者采用四个象限的巩膜瓣下巩膜切除手术效果进行临床分析, 现汇报如下。

## 1 对象和方法

### 1.1 一般资料

本研究经武警北京市总队医院伦理委员会批准, 研究方法遵照赫尔辛基公告的相关原则, 收集从2019年1月至2021年1月确诊为特发性葡萄膜渗漏综合征5例 (10眼), 年龄28~40岁, 男3例, 女2例。均无糖尿病、高血压、小眼球、外伤及眼部手术史。排除继发性葡萄膜渗漏综合征患者。

### 1.2 术前检查

术前检查包括视力检测、间接检眼镜检查、非接触眼压检查、超声生物显微镜检查 (UBM)、AB型超声及吲哚青绿血管造影 (ICGA) 等。

### 1.3 临床表现

本组5例 (10眼) 中, 自觉症状为间断性视物模糊者6眼, 间断性视物模糊伴高眼压者4眼。

### 1.4 ICGA检查方法

患者取舒适坐位, 上臂平放, 宽松衣袖。用5ml注射器抽取0.9%氯化钠注射液5ml进行肘静脉穿刺并推入氯化钠注射液, 观察血管情况, 如无异常连接ICG溶液待用。嘱患者双眼固视前方指示灯, 听从医生要求向上、下、左、右四个象限看。医生对准病灶后, 将ICG溶液快速推入, 同时进行计时。

### 1.5 统计学处理

计量资料以均数±标准差 (Mean±SD) 表示, 组间比较采用独立样本 $t$ 检验, 组内手术前后比较采用配对 $t$ 检验, 按照 $\alpha = 0.05$ 的检验水准, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

### 1.6 手术方法

在局麻下行双眼巩膜瓣下巩膜切除术。术中分别于颞上、下及鼻上、下赤道部巩膜电凝止血, 分别于赤道前缘做 $4 \times 3$ 毫米之巩膜瓣厚约为巩膜厚度 $1/4$ ,  $15^\circ$ 穿刺刀切开巩膜瓣下 $3 \times 2$ 毫米切除深层巩膜, 放出脉络膜下液,  $8-0$ 线缝合巩膜瓣, 手术部位巩膜厚度:  $1.5\text{mm}$ 。手术均顺利完成。术后3天复查: 双眼矫正视力均提高, 眼底隆起的脉络膜平伏, 眼部B超显示: 双眼球后间隙未探及异常回声, 双眼眼压正常。

## 2 结果

2.1 本组5例 (10眼) 视力 (BCVA, LogMAR) 从术前的 $1.21 \pm 0.15$ , 提高到术后的 $0.67 \pm 0.31$ , 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ ) 见 (表1)。

表1 特发性葡萄膜渗漏综合征术前与术后3天最佳矫正视力比较 (Mean±SD)

Table1 Comparison of the best corrected visual acuity and the central macular thickness before and 6 months after idiopathic macular epiretinal membrane peeling (Mean±SD)

时间 time	眼数 eyes	最佳矫正视力 best corrected visual acuity BCVA(LogMAR)
术前 preoperative	10	1.21±0.15
术后 postoperative	10	0.67±0.31
t值 t value		7.584
P值 P value		0.000

2.2 术前B超检测显示：双眼睫状体、脉络膜脱离（图1）。超声生物显微镜检查（UBM）：双眼睫状体360度脱离（图2）。ICGA：早期后极部呈现脉络膜渗漏性增强的不均匀强荧光（图3）。

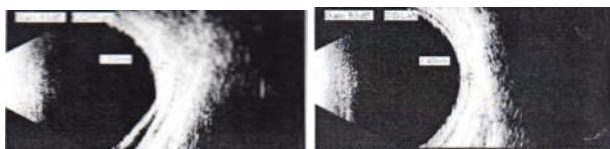


图1 双眼睫状体、脉络膜脱离

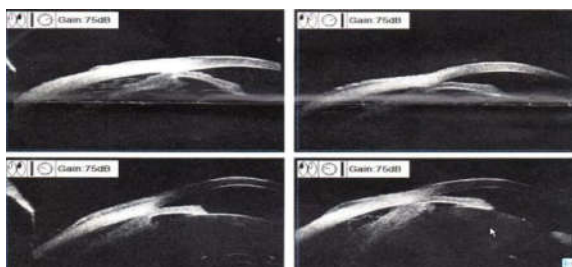


图2 超声生物显微镜检查（UBM）：双眼睫状体360度脱离

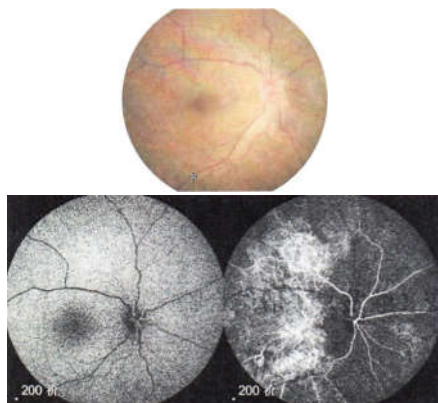


图3 早期后极部呈现脉络膜渗漏性增强的不均匀强荧光  
术后复查眼部B超显示：双眼无回声间隙消失（图

4）。板层巩膜病理检查显示：巩膜增厚，巩膜纤维增粗，结构紊乱，染色显示层间有大量氨基多糖和黏蛋白的沉着（图5）。

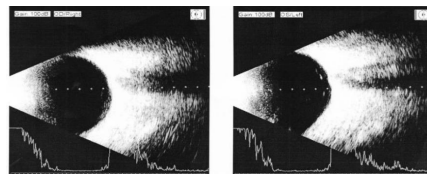


图4 出院时双眼玻璃体轻度片状混浊，无回声间隙消失

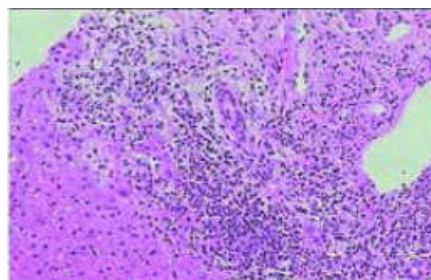


图5 板层巩膜病理检查

### 3 讨论

1963年Schepens首先以葡萄膜渗漏的病名作病例报告。一般认为，本病几乎全为男性患者<sup>[1]</sup>，其发病机理为：（1）巩膜厚度增加，涡状静脉在巩膜上的路径长，易引起血液回流受阻；（2）巩膜的蛋白质异常沉积，涡静脉压缩，降低了巩膜的导水率；（3）睫状体或脉络膜与巩膜分离，嗜酸性蛋白渗出物及淋巴细胞聚集于组织间隙，导致脉络膜淤血，通透性发生改变；（4）不明原因的视网膜色素上皮（RPE）变性及增殖，破坏色素上皮屏障，使脉络膜毛细血管血浆液性渗出异常增多，进入视网膜下腔而引起浆液性视网膜脱离<sup>[2,3]</sup>。

IUES的临床表现：（1）早期症状不明显，无眼红、眼胀感，视力无改变，累及黄斑，视力下降，（2）周边脉络膜隆起，表面光滑，逐渐发展可呈全周环形隆起，如渗出液突破RPE层进入视网膜下，表现为视网膜脱离，其特点为随体位的改变而移动。（3）前房、玻璃体腔无炎症反应。（4）眼压正常，可伴有上巩膜静脉扩张，Schlemm管充血。

IUES的临床分期：1期 仅有睫状体脉络膜脱离，无视网膜脱离，患者视力无下降或轻度下降。UBM示：巩膜与睫状体脉络膜之间为无回声暗区。B超示：脉络膜增厚，睫状体脉络膜脱离征象。眼底可见周边脉络膜隆起。2期 在1期基础上有视网膜浅脱离，坐位时范围不超过3个钟点。3期 视网膜脱离超过3个钟点。

主要手术方式：涡静脉减压术、巩膜切开术、巩膜切除术（全层或板层）、巩膜瓣下巩膜切除术<sup>[4]</sup>、玻璃体

切割眼内引流视网膜下液联合赤道部板层巩膜切除术<sup>[5]</sup>、Matlach等<sup>[6]</sup>在前房内置入20G灌注管升高眼内压后应用贯穿透热探针放出脉络膜上腔液体。

本组病例均为高度近视患者，首次入院2例患者伴有青光眼症状，检查房角为闭角性，考虑为脉络膜渗漏导致房角关闭<sup>[7]</sup>，与既往文献不相符的是患者是高度近视眼，一般发生脉络膜渗漏综合症的病例多为小眼球，或真性远视眼，我们分析导致患者发生脉络膜渗漏的原因是巩膜较厚，巩膜厚度：1.5mm，病理检查显示：巩膜增厚，巩膜纤维增粗，结构紊乱，染色显示层间有大量氨基多糖和黏蛋白的沉着。根据特发性葡萄膜渗漏综合症的临床特点，本组患者诊断明确，其发病不仅与巩膜厚度增加有关，还与巩膜组织间大量氨基多糖和黏蛋白的沉着有关。2例患者入院前有眼压升高病史，易被误诊为脉络膜肿瘤。入院后实施双眼颞上、下及鼻上、下四个象限的巩膜瓣下巩膜切除术，术后3天复查，矫正视力均提高，双眼隆起的脉络膜贴附良好，疗效满意。一般认为，两个象限的巩膜瓣下巩膜切除术即可以取得良好疗效<sup>[8]</sup>，但有病情复发的报道，分析原因可能为巩膜板层切除后，创口愈合，眼内液引流再次出现不畅，脉络膜积液存留。也有人建议行巩膜全层切除<sup>[9]</sup>。但巩膜全层切除，眼球完整性受到破坏，容易引起感染或破裂伤等严重后果。因此采用四个象限的巩膜瓣下巩膜切除术不仅治疗效果显著，而且可以有效减少特发性葡萄膜渗漏综合症的复发。

#### 参考文献

[1]张承芬.眼底病学[M].北京:人民卫生出版社,

1998:383

[2]BhullarSS,GrayMJ,KayCN.Roleforrapid surgical intervention in uvealeffusionsyndromewith associated optic neuropathy.OphthalmicSurgLasersImagingRetina.2014;45(3):e11-3.

[3]LiewSC1,McCluskeyPJ,ParkerG,etal.Bilateraluvealeffusion associated with scleral thickening due to amyloidosis. Arch Ophthalmol.2000,118(9):1293-1295.

[4]UyamaM1,TakahashiK,KozakiJ,etal.Uvealeffusionsyndrome:clinicalfeatures,surgicaltreatment,histologic examination of the sclera, and pathophysiology.Ophthalmology.2000, 107(3):441-449.

[5]万敏婕,罗彤.葡萄膜渗漏综合症的研究近况[J].国际眼科杂志,2011,11(4):647-649.

[6]MatlachJ1,NowakJ,GYPERLI.A novel technique for choroidal fluid drainage in uvealeffusionsyndrome.OphthalmicSurgLasersImagingRetina.2013, 44(3):274-277.

[7]AreiterE,NealeM,JohnsonSM.SpectrumofAngleClosure,UvealeffusionSyndrome,andNanophthalmos.JC Curr Glaucoma Pract.2016;10(3):113-117.

[8]BhullarSS,GrayMJ,KayCN.Roleforrapid surgical intervention in uvealeffusionsyndromewith associated optic neuropathy.OphthalmicSurgLasersImagingRetina.2014;45(3):e11-3.

[9]GhaziniG,RichardsCP,AbazariA.A modified ultrasound-guided surgical technique for the management of the uvealeffusionsyndrome in patients with normal axial length and scleral thickness.Retina.2013;33(6):1211-9.