

尤其对重度子宫腺肌症患者,术前应与患者充分沟通。目前国内相关研究报道 NovaSure 治疗短期效果确切,但其远期效果及并发症仍需大样本、长时间的临床观察。

综上所述, NovaSure 治疗月经过多安全、有效、快捷,且适用范围广,操作简单,是一项微创或可称为无创的手术,尤其适用合并严重内科疾病的月经过多患者,值得广大患者信赖,但其远期疗效及并发症有待深入研究。

参考文献

- 1 Shapley M, Jordan K, Croft PR. An epidemiological survey of symptoms of menstrual loss in the community[J]. Br J Gen Pract, 2004, 54(502): 359-363.
- 2 Cooper J, Gimpelson R, Laberge P, et al. A randomized, multicenter trial of safety and efficacy of the NovaSure system in the treatment of menorrhagia[J]. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 2002, 9(4): 418-428.
- 3 Fulop T, Róková I, Barna I. NovaSure impedance controlled endometrial ablation: long-term follow-up results[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2007, 14(1): 85-90.
- 4 Campbell P, Monaghan C, Parker M. NovaSure endometrial abla-

- tion: a review of 400 cases[J]. Gynecol Surg, 2012, 9(1): 73-76.
- 5 Lukes AS, McBride RJ, Herring AH, et al. Improved premenstrual syndrome symptoms after NovaSure endometrial ablation[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2011, 18(5): 607-611.
- 6 Kleijn JH, Engels R, Bourdrez P, et al. Five-year follow up of a randomised controlled trial comparing NovaSure and ThermoChoice endometrial ablation[J]. BJOG, 2008, 115(2): 193-198.
- 7 Sabbah R, Desaulniers G. Use of the NovaSure Impedance Controlled Endometrial Ablation System in patients with intracavitary disease: 12-month follow-up results of a prospective, single-arm clinical study [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2006, 13(5): 467-471.
- 8 宋菁华,李 斌,刘桂芝. 诺舒(NovaSure)阻抗控制子宫内膜切除系统治疗异常子宫出血的临床研究[J]. 中国微创外科杂志, 2011, 11(12): 1125-1127.
- 9 孙小丽,曾俐琴,张华明,等. 诺舒阻抗控制系统治疗月经过多的临床研究[J]. 中华妇产科杂志, 2013, 48(1): 55-57.
- 10 Fakh M, Cherfan V, Abdallah E. Success rate, quality of life, and descriptive analysis after generalized endometrial ablation in an obese population[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2011, 113(2): 120-123.
- 11 Bongers MY. Second-generation endometrial ablation treatment: Novasure[J]. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2007, 21(6): 989-994.

[收稿日期 2013-10-14][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]

临床研究·论著

玻璃体切割术治疗 Terson 综合征临床分析

郝晓艳, 王 鲜, 潘涵英

作者单位: 550004 贵州, 贵阳医学院附属医院眼科

作者简介: 郝晓艳(1973-), 女, 大学本科, 医学学士, 副主任医师, 研究方向: 眼外伤的诊治。E-mail: boruiyan@163.com

[摘要] 目的 探讨玻璃体切割术治疗 Terson 综合征的临床效果。方法 回顾性分析行玻璃体切割术治疗的 18 例(19 眼) Terson 综合征患者的临床资料。结果 19 眼术后玻璃体腔清晰, 视网膜平伏, 18 例(19 眼)患者均无手术并发症, 18 眼(94.7%)术后视力改善, 1 眼(5.3%)术后视力下降; 2 个月后 19 眼视力均恢复至 0.5 以上, 视力改善(维持)率为 100.0%; 随访术后 2 个月 1 例患者出现视网膜脱离, 发生率为 5.3%。

结论 玻璃体切割术是治疗 Terson 综合征安全有效的方法。

[关键词] 玻璃体切割术; Terson 综合征; 玻璃体积血

[中图分类号] R 77 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2013)12-1181-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.12.17

Clinical analysis on the effect of vitrectomy for Terson syndrome HAO Xiao-yan, WANG Xian, PAN Han-ying.

Department of Ophthalmology, the Affiliated Hospital of Guiyang Medical College, Guizhou 550004, China

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical effect of vitrectomy for Terson syndrome. **Methods** The clinical data of 18 patients (19 eyes) with Terson syndrome undergoing vitrectomy was analyzed retrospectively. **Re-**

sults The vitreous cavities of 19 eyes were all clear after operation, retina were flat, and there was not complications related to operation, the visual acuity of 18 eyes(94.7%) improved and that of one eye(5.3%) decreased after operation; the improving rate of visual acuity was 100.0% (19 eyes) and retinal detachment was found in one patient (5.3%) 2 months after operation. **Conclusion** Vitrectomy was an effective method for Terson syndrome and with low complications.

[Key words] Vitrectomy; Terson syndrome; Vitreous hemorrhage

Terson 综合征为急性颅内出血及蛛网膜下腔出血合并玻璃体积血的疾病,又名蛛网膜下腔出血合并玻璃体出血综合征,其多因急性颅内出血及蛛网膜下腔出血引起眼内静脉压急剧升高,造成视盘周围和视网膜血管破裂导致眼内出血,当视网膜内或视网膜前的血液大量进入玻璃体时,引起严重的视力下降^[1]。随着玻璃体切割术的开展,使这类疾病的预后有了明显改善。我院 2009-11~2013-03 对 18 例(19 眼) Terson 综合征患者进行了玻璃体切割术,获得较好的治疗效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 18 例(19 眼),男 15 例(15 眼),女 3 例(4 眼);年龄 21~33 岁,平均 27.9 岁。右眼 13 例,左眼 4 例,双眼 1 例;17 例玻璃体出血是由于颅脑损伤后引起,1 例是由于自发性蛛网膜下腔出血所致,颅内出血至行玻璃体切割术的时间为 1~5 个月,平均 2.6 个月。

1.2 术前视力 术前 17 例(18 眼)中 16 眼视力低于指数/20 cm,1 例(2 眼)经过 1 个月药物治疗观察,1 眼视力仍为指数/20 cm,另 1 眼视力达 0.8,因为患者自觉眼前黑影飘动,为改善视觉质量仍要求手术;1 例(1 眼)术前经 2 个月药物治疗视力为 0.04。

1.3 术前眼底 18 例(19 眼)患者术前进行 B 型超声波检查,均发现玻璃体混浊,未发现视网膜脱离。12 例(12 眼)发现玻璃体后脱离。所有患眼均为有晶状体眼,裂隙灯下眼底检查除 1 例(2 眼)能见到部分视网膜外,其余 17 例(17 眼)玻璃体均充满稠厚的出血性混浊,窥不见眼底。

1.4 方法

1.4.1 手术方法 所有患者均采用标准三通道经睫状体平坦部闭式玻璃体切除手术。先切除玻璃体腔中间混浊的玻璃体,然后在接触镜下用巩膜顶压法尽量切除周边以及基底部玻璃体。再用膜剥离钩或内界膜镊、切割头剥离并切除黄斑前膜。也可用笛形针吸引法剥离后皮质及视网膜前膜,或吸除血池内的血液。剥离视网膜前膜时若发生出血,于灌注液中加入肾上腺素或提高灌注瓶以升高眼压止血,或用笛形针吸尽视网膜表面的积血并进行水下

电凝止血。玻璃体基底部切除不彻底时可行预防性环扎术。对于有黄斑水肿存在的患者术中可予曲安奈德玻璃体腔灌洗以减轻水肿。双眼患者玻璃体手术分次进行,间隔 1 周。

1.4.2 随访 患者分别于术后 2 周、术后 1 个月、术后 2 个月到门诊复查眼底和视力的情况。

2 结果

2.1 术中情况 术中发现玻璃体混浊主要集中在后极部,所有术后后极部视网膜或视乳头上、黄斑区均可见薄纱状膜。所有患眼均存在玻璃体后脱离,其中完全性玻璃体后脱离 12 眼(63.2%),不完全玻璃体后脱离 7 眼(36.8%);其中伴有黄斑前膜形成 2 眼(10.5%),1 眼黄斑部有少量色素改变(5.3%)。

2.2 手术结果 剥离视网膜前薄纱状膜,然后用笛形针缓慢吸除视网膜前出血。19 眼手术中均未出现手术并发症,术毕可见玻璃体腔清晰,术后未发生再次出血。

2.3 术后视力恢复情况 出院时除 1 眼视力为 0.08(此例术前视力为 0.8,术后 2 个月恢复到 0.8)外,其余 18 眼术后视力均在 0.1 以上,视力改善率为 94.7%。2 个月后 19 眼视力均恢复至 0.5 以上,视力改善(维持)率为 100.0%。18 例(19 眼)患者术前术后视力变化情况见表 1。

表 1 18 例(19 眼)患者术前术后视力变化情况

时 间	指数/20 cm	<0.1	0.1~0.4	≥0.5
术前	17	1	0	1
术后 3 d	0	1	13	5
术后 2 个月	0	0	0	19

2.4 术后并发症 随访 1 例患者术后 2 个月出现视网膜脱离,发生率为 5.3%,再次入院行视网膜复位+硅油填充术,术后视力恢复至 0.5。

3 讨论

3.1 Terson 综合征最常见的原因是颅内血管瘤破裂,其次是外伤引起的硬膜外血肿和蛛网膜下腔出血^[2]。急性颅内出血及蛛网膜下腔出血引起的眼内出血表现为视网膜内出血、视网膜下出血、视网膜前出血和玻璃体积血,只有当视网膜内或视网膜前

积聚血液穿破内界膜大量进入玻璃体时出现玻璃体积血,才称为 Terson 综合征。研究表明自发性蛛网膜下腔出血的患者有 20%~50% 出现眼内出血^[3]。但颅内出血及蛛网膜下腔出血引起眼内出血的机理一直存在争论。大部分学者^[4]认为颅内出血后颅内压升高继发静脉压突然大幅度增高,视乳头周围毛细血管及小静脉破裂,导致视网膜内及内界膜下出血,如果出血量大就会突破内界膜进入视网膜前甚至玻璃体腔。临床上也有不伴有颅内出血的 Terson 综合征的罕见病例报道^[5,6]。

3.2 从本组资料看,药物治疗可以使患者的视力部分恢复,但视觉质量差。本组中有 2 例(3 眼)接受药物治疗者,治疗后 2 眼视力改善(分别为 0.04 和 0.8),1 眼无效;视力改善明显的患眼治疗前眼底检查能窥见大部分视网膜,仅黄斑区窥不清楚,而治疗效果差或无效的 2 眼均见玻璃体浑浊明显。因此早期眼底检查可作为判断是否接受药物治疗的一个指征,如果可窥见大部分视网膜,表示积血不重,可考虑先行药物治疗 1 个月,效果不佳或明显影响视觉质量再行手术治疗。

3.3 Terson 综合征玻璃体内的积血吸收缓慢,通常需几周或几个月,甚至达 1 年左右的时间,并且玻璃体积血时间越长越易发生并发症。长时间的玻璃体积血导致铁离子的释放和移行,引起视网膜组织脂质过氧化,从而形成不同程度的视网膜前膜和黄斑前膜^[7],这两层膜的病理成分相同,但前者一般较易切除,后者则与内界膜紧密相连,较难切除^[8]。积血存留的时间越长,形成前膜的概率越大,越牢固,根据文献报道,积血在 3 个月内手术者效果明显好于 3 个月后的患者^[9,10]。同时纤维增殖而继发牵拉性视网膜、玻璃体与视网膜粘连,均可牵拉导致视网膜脱离。

3.4 对玻璃体积血浓密严重的 Terson 综合征患者早期行玻璃体切割术,不仅能够立即清除玻璃体积血和新生血管膜,减少积血对视网膜的毒性,而且可以降低视网膜前膜与黄斑前膜的形成,解除玻璃体对视网膜的牵拉,对预防牵拉性视网膜脱离的发生和黄斑水肿及皱褶有肯定的效果,对保持和改善视功能有积极的作用^[9-12]。本组 18 例(19 眼)患者均在半年内行玻璃体切割术,大多数患者术后 3 d 视力即可见显著改善,而且本组患者手术均未出现并发症。故我们认为当积血无自发吸收迹象时,可于出血后 1~3 个月行玻璃体切割术,术前必须行 B 型超声检查,了解玻璃体与视网膜牵引的部位、范围

及有无玻璃体后脱离,若出现牵拉性视网膜脱离者应尽早手术。尤其对双眼发病及玻璃体致密积血者更为重要,而延迟手术会导致增生性玻璃体视网膜病变及牵拉性视网膜脱离,使得视力预后较差。

3.5 玻璃体切割术后常见的并发症有医源性裂孔、继发性视网膜脱离、继发性白内障、复发性玻璃体积血、术后高眼压等。本组 17 例(18 眼)患者均未出现并发症。仅 1 例患者(5.3%)术后 2 个月出现视网膜脱离再次入院手术行视网膜复位+硅油填充术,术后视力恢复至 0.5。切口附近器械反复出入眼内是医源性裂孔好发处,再加上增生性病变形形成玻璃体-视网膜粘连,因而易导致裂孔形成。故术中可联合应用视网膜激光光凝预防医源性裂孔发生。继发性视网膜脱离是玻璃体切割术后失败的主要原因,它的发生往往是由于前段残留玻璃体形成机化物条索牵引视网膜所致,注意彻底切除干净前段玻璃体,清除产生机化条索牵引视网膜的基础。继发性白内障的发生可能是切割频率偏高、能量偏大,促进白内障的形成,因此切割头不要靠近晶状体后囊,避免晶体混浊,最好用低吸力、低频率咬切。复发性玻璃体积血的发生主要是由于术中止血不够仔细或新生血管膜残留引起,术中应仔细止血,尽量剥除新生血管膜,必要时可行硅油填充术。术后高眼压多为暂时性,可对症处理。随着玻璃体手术技术的提高,高速玻切的使用,各种并发症的发生率已明显降低。

综上所述,对于 Terson 综合征的患者,玻璃体切割术是安全、有效的治疗方法。早期手术不仅能够减少手术和术后并发症的发生,而且有助于快速恢复视力,提高生活质量。

参考文献

- 1 李凤鸣. 中华眼科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:3499-3500.
- 2 刘三梅,钟捷,黎静. 玻璃体切割手术治疗 Terson 综合征[J]. 国际眼科杂志,2007,7(1):204-205.
- 3 Kuhn F, Morris R, Witherspoon CD, et al. Terson syndrome. Results of vitrectomy and the significance of vitreous hemorrhage in patients with subarachnoid hemorrhage[J]. Ophthalmology, 1998, 105(3):472-477.
- 4 邱怀雨,张卯年. 玻璃体切除术治疗 Terson 综合征视力预后相关因素[J]. 国际眼科杂志,2008,9(1):163-165.
- 5 景晓彬,孙立倩,马志中,等. 不伴有颅内出血的 Terson 综合征一例[J]. 中华眼科杂志,2012,48(1):68-69.
- 6 Hoving EW, Rahmani M, Los Li, et al. Bilateral retinal hemorrhage after endoscopic third ventriculostomy: iatrogenic Terson syndrome[J]. Neurosurg, 2009, 110(5):858-860.

- 7 王 玲,朱晓华. Terson 综合征 16 例玻璃体视网膜病变特征及疗效分析[J]. 国际眼科杂志,2005,5(6):1211 - 1213.
 - 8 Arroyo JG, Bula DV. Immunohistochemical study of the internal limiting membrane in Terson syndrome [J]. Retina,2004,24(1):155 - 157.
 - 9 Gnanaraj L, Tyagi AK, Cottrell DG, et al. Referral delay and ocular surgical outcome in Terson syndrome [J]. Retina,2000,20(4):374 - 377.
 - 10 刘鹤南,聂庆珠,陈晓隆,等. 玻璃体切除术治疗 Terson 综合征的临床疗效研究[J]. 国际眼科杂志,2009,9(7):1294 - 1296.
 - 11 张晶津,杨丽霞,林 建,等. 玻璃体切除手术治疗 Terson 综合征[J]. 国际眼科杂志,2010,10(4):774 - 775.
 - 12 洪 杨,麻张伟,张龄洁,等. Terson 综合征临床分析[J]. 眼外伤职业眼病杂志,2005,27(4):314 - 317.
- [收稿日期 2013-05-06][本文编辑 杨光 和 韦所苏]

临床研究 · 论著

腹腔镜下输卵管切开取胚加局部 MTX 注射与药物保守治疗输卵管妊娠后再次妊娠分析

李建湘, 卢素娟, 梁婵玉, 黄晓燕, 潘琦文

作者单位: 547000 广西,河池市人民医院妇科

作者简介: 李建湘(1964 -),女,大学本科,医学学士,副主任医师,研究方向:妇科肿瘤诊治。E-mail:xqj2293587@163.com

[摘要] 目的 探讨两种保守性治疗方法治疗输卵管妊娠后再次妊娠情况。方法 回顾性分析 2005-03 ~ 2008-03 该院采用保守性治疗方法治疗的 125 例未生育输卵管妊娠患者的临床资料,根据治疗方法不同,分为腹腔镜下输卵管切开取胚加局部甲氨蝶呤(MTX)注射 65 例(A组)和药物保守治疗 60 例(B组)。比较两组术后宫内妊娠、再次异位妊娠及继发不孕的情况。结果 A 组宫内妊娠发生率高于 B 组($P < 0.05$),继发不孕发生率低于 B 组($P < 0.05$),而两组再次异位妊娠发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 腹腔镜下输卵管切开取胚加局部 MTX 注射治疗未生育输卵管妊娠患者优于药物保守治疗。

[关键词] 输卵管妊娠; 腹腔镜切开取胚术; 药物保守治疗

[中图分类号] R 714 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674 - 3806(2013)12 - 1184 - 03

doi:10.3969/j.issn.1674 - 3806.2013.12.18

Analysis on re-pregnancy after treatment of tubal pregnancy with salpingotomy and embryo collection under laparoscope plus local MTX injection and drug conservative treatment LI Jian-xiang, LU Su-juan, LIANG Chan-yu, et al. Department of Gynaecology, the People's Hospital of Hechi City, Guangxi 547000, China

[Abstract] **Objective** To discuss the re-pregnancy after the treatment of tubal pregnancy with two conservative methods. **Methods** A retrospective analysis was conducted on clinical data of 125 nulliparous patients of tubal pregnancy treated with conservative methods in our hospital from March 2005 to March 2008. According to different methods, they were divided into two groups, group A, including 65 patients with salpingotomy and embryo collection under laparoscope plus local MTX injection, and group B, including 60 patients with drug conservative treatment. Two groups were compared in postoperative uterine pregnancy, ectopic pregnancy again and secondary infertility. **Results** The incidence of uterine pregnancy in group A was higher than that in group B ($P < 0.05$) and the incidence of secondary infertility in group A was lower than that in group B ($P < 0.05$), but there was no statistically significant difference in incidence of ectopic pregnancy again between two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The treatment of nulliparous patients of tubal pregnancy with salpingotomy and embryo collection under laparoscope plus local MTX injection is better than drug conservative treatment.

[Key words] Tubal pregnancy; Salpingotomy and embryo collection under laparoscope; Drug conservative treatment