

# 《中国视网膜静脉阻塞临床诊疗路径专家共识》发布 寻找病因与眼部并发症治疗应“齐头并进”

● 本报记者 张思玮

视网膜静脉阻塞(RVO)作为一种严重的视网膜血管疾病,其导致的视力下降或丧失仅次于糖尿病视网膜病变,是我国第二大致盲性眼疾,严重影响患者的视觉质量和生活质量。并且,RVO患者常伴有全身性心脑血管疾病,以及黄斑水肿(ME)、视网膜缺血,甚至新生血管(NV)形成等眼部症状。

近年来,抗血管内皮生长因子(VEGF)药物及眼内糖皮质激素缓释剂等药物的出现,使RVO患者的治疗效果与预后显著提升。

尽管如此,在我国不同地区和各级医院中,RVO的诊断与治疗策略大多基于各自的经验累积,且眼科医生对RVO早期干预的认识及其相关知识的普及程度仍有较大提升空间,急需一套规范化的临床诊疗方案。

为此,中华医学会眼科学分会眼底病学组联合中国医师协会眼科医师分会眼底病专业委员会,经过系统深入的文献调研和最新的临床研究成果分析,结合我国当前的社会经济发展实情,共同制定了《中国视网膜静脉阻塞临床诊疗路径专家共识》(以下简称《共识》)。

据悉,《共识》旨在为眼科专科医师和眼科全科医师提供易于理解并掌握的实用指导,同时提醒医生在运用《共识》时,兼顾患者的具体病情特点,结合可供选择的治疗手段、患者的经济状况等多种因素,实施个体化综合治疗方案,从而满足广大RVO患者多元化的诊疗需求。

“《共识》的发布规范了RVO的诊断,包括缺血和非缺血分型的诊断,并强调对相关并发症及早识别和治疗,有望大幅提高我国RVO整体诊疗水平。”北京大学人民医院眼科主任医师齐慧君表示,RVO是一种慢病,需要患者有非常好的自我认知和管理。

## 寻找病因是关键

RVO是不同原因引起的视网膜静脉部分或完全阻塞,导致视网膜静脉系统血液回流障碍,进而表现为视网膜静



图片来源:摄图网

脉扩张和视网膜出血的视网膜血管性疾病。其中,ME是RVO导致视力下降的直接原因。

《共识》指出,依据静脉阻塞发生的位置,RVO可分为视网膜中央静脉阻塞(CRVO)(静脉阻塞发生在视盘后)和视网膜分支静脉阻塞(BRVO)(静脉阻塞发生在分支血管)。CRVO的发病机制可大致分为并发于低灌注压的CRVO、并发于系统性或眼局部炎症性疾病的CRVO、并发于系统性或眼局部非炎症性疾病的CRVO以及原发性CRVO四大类。

低灌注压和系统性/眼局部炎症性疾病是BRVO发生的重要原因。此外,高血压、糖尿病、血脂异常、吸烟、肾脏疾病等系统性非炎症因素,以及青光眼/高血压症等眼局部非炎症性疾病也与BRVO发生相关。

对于初诊患者,齐慧君认为,需要寻找病因和危险因素,判断患者眼部病情的严重程度,并密切关注并发症。对确诊为RVO的患者,需详细询问诱因和发病过程等病史,并重点关注心血管方面的危险因素,同时通过眼部体征和眼外症状或体征寻找潜在的眼部及系统性危险因素或病因,将其与形似RVO的其他眼病进行区分。

“眼科医生和内科医生要共同合作,基于患者的病史和体征,有针对性地筛查潜在病因。”齐慧君说,与其他常见眼底病不同,RVO的诊疗应注重对病因的探寻与及时的病因学导向治疗。

为此,《共识》将RVO病因寻找置于诊疗流程的核心位置。但是现实中,仍有一些患者的病因无法查明。

齐慧君建议,应研究探索更为有效寻找RVO病因的方法。如果能够及早发现,将病因找出,并及时干预,就能够让患者获得更好的视力。

## 坚持定期随访

《共识》认为,每一位RVO患者均需接受连续随访和全病程管理以实现病情的持续监测,确保患眼保留有用视力。经过初诊评估和处置的RVO患者应接受首诊后至少2年定期随访。对首诊时非缺血型RVO患者,推荐的随访间隔为前3个月每月复诊1次,第4个月开始每2个月复诊1次直至1年,此后每3个月复诊1次直至第2年结束。

齐慧君提醒,由于RVO会不断进展,在随访过程中需要通过眼科检查随时关注RVO的进展,随时判定并发症的发生,给予及时治疗。

目前,国内外有关RVO的研究成果主要包括抗新型VEGF药物以及长效激素、激光等手段的应用,尤其是随着抗VEGF药物的发展,临床上更多地采取间隔长、高剂量的规格,减少了患者的注药负担。

“这些治疗方法确实给患者带来了视力的改善和良好的病程管理,但目前RVO治疗仍存在很多弊端,例如对患者病因的寻找和治疗的局限性。”齐慧君说。

《共识》强调,RVO的诊疗包括原发疾病/危险因素的管理和眼部并发症的诊疗两大方面。原发疾病/危险因素的筛查和确定过程应与眼部并发症的诊疗过程同时进行,不可过分强调病因/危险因素的查找而推迟眼部治疗。

## 复诊时病情评估必不可少

RVO的并发症主要有ME、视网膜缺血和缺血导致的NV形成。“如果患者发生了RVO,我们需要密切随访,及时发现并及早治疗并发症。针对ME,需要积极进行抗VEGF治疗、长效激素治疗;针对缺血,需要密切随访,必要时联合激光治疗;针对NV,需要及

时进行激光治疗联合抗VEGF治疗。”齐慧君说。

对于如何有效预防和管理并发症,《共识》给出了答案:前3个月,每月随访。3个月后,每两个月随访。从第二年起,每3个月随访。在每次随访过程中,要关注患者的视力变化、治疗反应,以及缺血的进展,根据患者的病情给予相应的干预,这样就可以有效控制和管理患者的并发症。

《共识》建议,每次复诊时的眼科检查内容和关注点均与初诊时相同,全面评估RVO三大并发症,即ME、视网膜/眼前节NV和NV性青光眼(NVG)是否存在/新发,重点关注非缺血型RVO向缺血型RVO转化的相关证据,如视网膜毛细血管无灌注区(NP)面积显著扩大、ME对连续抗VEGF药物或糖皮质激素(含眼内植入式缓释剂)治疗反应不佳或退而复现、新发眼前节NV/眼压升高/NVG等。

对随访中NP面积显著增大且伴新发视网膜NV的患眼,《共识》建议及时进行激光光凝;若发现眼前节NV或进展为NVG,则推荐全视网膜激光光凝(PRP),并在必要时联合抗VEGF药物/抗青光眼手术/玻璃体手术等综合治疗。除非患者不具备规律复诊条件,《共识》不推荐在仅存NP而无眼前节NV时即给予预防性PRP。

此外,对存在病因/危险因素的RVO患者,若随访中发现非缺血型RVO向缺血型RVO转化的相关证据,《共识》建议重新对病因/危险因素进行再评估,确保病因/危险因素已被充分发掘并得到恰当的管理和控制。

对连续抗VEGF药物治疗或糖皮质激素(含眼内植入式缓释剂)反应不佳的ME患者,除需按照《共识》“玻璃体腔注射抗VEGF药物和糖皮质激素(含眼内植入式缓释剂)”部分所述调整治疗方案外,《共识》建议重新评估病因/危险因素,以期从病因角度阻断或缓解视网膜缺血的进展和加重。

相关论文信息:<https://doi.org/10.3760/cma.j.cn511434-20240201-00056>