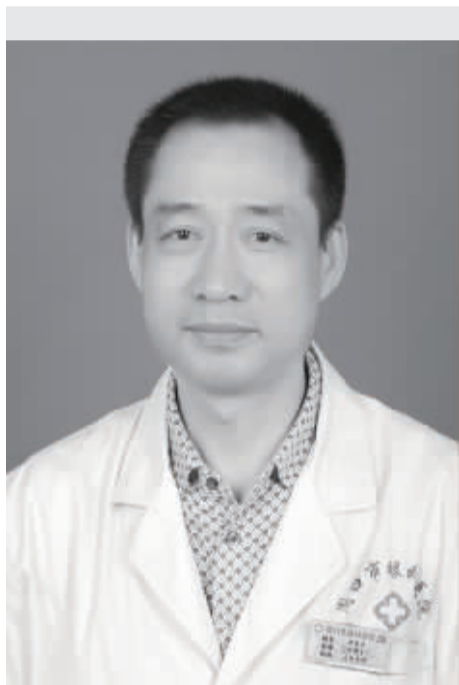




专家访谈

原发性视网膜脱离
为临床常见病

专家简介

梁春正, 主任医师, 门诊部主任, 1987年毕业于河南医科大学医学系, 学士学位, 在省、国家级眼科杂志发表论文十余篇, 获市科技成果二等奖四项, 主编眼科专著一部, 专业特长: 玻璃体视网膜病, 眼底激光。

原发性视网膜脱离为临床常见病, 患者男性多于女性, 约为3:2, 多数为30岁以上成年人, 10岁以下的儿童少见, 左右眼之间差异, 双眼发病率约为患者总数的15%。好发于近视眼, 特别是高度近视。

根据临床所见, 诊断并非十分困难, 但周边部范围较小的浅脱离, 往往易于漏诊, 尤其是极周边部的脱离, 直接检眼镜无法查到, 必须用双眼间接检眼镜或三面镜加巩膜压迫反复仔细检查后才能确定。

查到视网膜裂孔不仅为诊断原发性脱离的根据, 也是手术能否成功的关键, 因此如何能准确无误地发现所有裂孔, 十分重要。大约有80%的裂孔发生眼底周边部, 其中颞上侧最多, 颞下侧次之, 鼻上侧更次之, 鼻下侧最少。当脱离隆起较高时, 这些周围部裂孔常被遮掩, 必须从各个角度详细寻找, 必要时加压包扎双眼, 使患者静卧数日, 待视网膜略有平复后再行检查。视网膜脱离面较大, 隆起度高者往往存在数个裂孔, 除注意脱离区外, 也应注意未脱离或脱离不明显部位, 尤以上方裂孔, 因液体下沉, 裂孔处不一定见到脱离。视网膜脱离位置及形态, 往往有助于裂孔寻找。眼底上方脱离, 裂孔总是在上方脱离区内; 下方脱离, 如果脱离呈半球状隆起, 裂孔可能在其正上方, 如果是广泛性脱离, 裂孔可能在脱离区上方边缘较高一侧的上方, 如果两侧基本相同, 则裂孔常在其下方周边处。

患者亦能提供一些寻找裂孔的线索, 视野中暗点及闪光幻觉最先的位置, 与之相对应处往往是裂孔所在部位。

脱离区的小裂孔, 应与视网膜脱离面的出血点注意区别, 在用裂隙灯检查得到的范围内两者易于分离, 周边则比较困难, 甚至相当困难, 必须在一段时间内反复观察才能鉴别。

临床表现:

1. 症状及视功能检查所见

(1) 中心视力损害: 因视网膜脱离的部位及范围而异, 后极部脱离时视力突然显著下降, 周边部脱离初时

对中心视力无影响或影响甚小, 只有脱离范围扩展到后极部时, 才出现中心视力障碍。

(2) 变视症: 发生于或周边部脱离波及后极部而发生浅脱离时, 除中心视力下降外, 还有视物变形, 变小等症状。

(3) 飞蚊症: 见于多种原因引起的玻璃体混浊, 当飞蚊症突然加重时, 应注意是否为视网膜脱离的前驱症状。

(4) 闪光幻觉: 是视网膜脱离最重要的症状, 可为脱离的先兆。玻璃体变性, 与视网膜有病理粘连者, 在眼球转动时玻璃体牵引刺激视网膜而产生闪光感, 如闪光感持续存在并固定于视野中的某一部位时, 应警惕视网膜脱离于近期内发生。闪光感也可出现于已有视网膜脱离的患者, 是由液化的玻璃体自裂孔进入神经上皮层刺激视网膜细胞所引起。

(5) 视野改变: 周边部视网膜脱离, 患者可以感到病变对侧相应部位的阴影或视野缺损, 但颞侧视网膜脱离时, 其鼻侧视野缺损恰好在双眼视野范围内, 有时不为患者所觉察, 在视野检查时始被发现。

视网膜脱离是神经上皮层的脱离, 因营养供应问题视细胞首先损害。视细胞损害, 首先影响蓝色觉, 正常眼的蓝色视野大于红色视野, 用白、蓝、红三种视标检查视野。脱离相应区不仅有形视野缺损, 还可以发现蓝色、红色视野交叉。

2. 眼压

早期脱离面积不大者, 眼压正常或偏低, 随脱离范围扩大而下降, 超过一个象限者, 眼压显著降低, 甚至不能用眼压计测到。眼压之所以下降, 可能与视网膜脱离眼的流体动力学有关, 眼球后部存在着经后房, 玻璃体, 视网膜裂孔至神经上皮层下间隙, 经色素上皮转运, 再由脉络膜血管系统排出眼外的房水的错向流动。

3. 裂隙灯显微镜及检眼镜检查所见

眼球前节一般正常, 前房可以略深, 脱离日久者, 引起葡萄膜轻微的炎症反应, 房水 Tyndall 现象弱阳性, 角膜后有棕色点状沉着物。

上述玻璃体的各种病变在直像镜下亦能见到, 但不如裂隙灯显微镜检查清晰, 层次分明而有立体感。

4. 视网膜裂孔

从理论上说, 原发性脱离应100%见到裂孔, 但临床上由于种种原因, 迄今, 虽然检查方法有了很大进步, 发现率亦仅为90%左右。

位于眼底70°C范围以内的裂孔比70°C以外周边部的裂孔易于发现; 大裂孔比小裂孔易于发现, 小裂孔常在视网膜血管附近, 与出血斑容易混淆, 需反复多次仔细观察才能鉴别。

圆形裂孔较多见, 位于黄斑部者称黄斑部裂孔, 亦可位于周边部, 单个或多个簇状聚合, 也可散在性, 边缘锐利。由囊样变性引起者, 裂孔前不能见到与其大小相应的膜样盖瓣; 上玻璃体粘连牵引起者, 可以见到盖瓣(撕脱的神经上皮层)。

马蹄形或其类似裂孔, 如新月形, 舌形, 张口形等裂孔, 最多见, 约占所有裂孔性视网膜脱离的25%~68%, 其中尤以单个裂孔为多见。马蹄形等类似形成的裂孔也均由玻璃体牵拉视网膜引起, 其粘连范围较圆形裂孔更为广泛, 裂孔大小与粘连范围, 牵引强度一致。由于粘连牵拉的一端在视网膜表面, 另一端非玻璃体, 所以马蹄形裂孔基底部总是朝向周边部, 尖端指向后极部, 较大的马蹄形裂孔后缘卷缩, 阔瓣掀起, 裂孔实际面积往往大于检眼镜所见。

周边眼底视网膜的不规则裂孔比较少见, 裂孔呈线条状或不规则形, 如果线条很细, 周围视网膜又无脱离, 往往被误认为末梢血管。

锯齿缘截离为发生于锯齿缘(玻璃体基底部)及其附近, 为各种裂孔中面积最大的裂孔, 多位于颞下象限, 截离线与角膜缘平行, 占一个象限或半周, 甚至全周截离, 特名为截离的理由是此种巨大裂孔无前缘, 后缘视网膜收缩卷曲为灰白色弧形, 与暗红色无视网膜处呈鲜明对比。锯齿缘截离多见于年青人, 多数有眼球钝性外伤史, 亦可继发于视网膜劈裂症。

原发性视网膜脱离的
预防护理

原发性视网膜脱离双眼发病率约15%, 所以在一眼已发生脱离时, 另一眼必须充分散瞳检查眼底。如果发现视网膜变性, 裂孔, 已发现有浅脱离者, 就要及时采取手术以防止脱离继续扩展。仅有裂孔或仅有变性而玻璃体无明显变性, 裂孔处未见粘连性牵引, 患者亦无固定区域的闪光幻觉者, 一般不需要做预防性手术, 但必须避免持重及剧烈运动, 可较长时间应用抗衰退, 改善脉络膜视网膜微循环的中、西药物, 反之, 则宜进行冷凝或光凝治疗。裂孔在后部眼底, 视网膜下无积液不多者可用光凝; 在周边部者用冷凝。冷凝时可以不切开球结膜, 方法比较简便, 然而也要十分慎重, 要掌握好冷凝的面积, 强度等。黄斑部裂孔虽然已见到浅脱离或放射状皱褶, 只要玻璃体基本健康, 仍保持一定视力者, 不宜光凝。

总的来说, 脱离范围越小, 裂孔数越少, 裂孔面积越小, 玻璃体膜形成越轻者, 手术成功率亦越大, 反之则成功率小。术前未找到裂孔者、玻璃体与视网膜广泛粘连未能给以解除者、老年患者, 成功率低; 高度近视眼、无晶体眼及

先天性脉络膜缺损者, 成功机会更少。

脱离时间在2个月以内成功率高, 时间拖得越长, 成功的可能性越小。

手术成功与否以视网膜能否复位为标准, 但视网膜复位, 并不一定有相应的视功能恢复, 例如超过6个月的所谓陈旧性脱离, 因视细胞已发生不可逆性损害, 即使视网膜术后已经复位, 视功能亦不能改善, 视野绝对性缺损依然存在。中心视力的预后, 主要看黄斑是否受害(脱离, 囊样变性, 星芒状固定皱褶等)及受害时间的长短。

临床上偶见视网膜脱离自行复位, 原脱离区内或其边缘出现黄白色线条, 位于神经上皮层下, 视网膜血管跨越其上, 称为线状视网膜病(曾名线状视网膜炎), 此种线条可能为神经上皮层下纤维蛋白液体机化的结果。自行复位区还具有脱色斑及色素斑, 整个色调也和未脱离区不同。由于自行复位均在脱离后经过了一个较长时期, 所以视野不可能恢复; 如果线条横过黄斑部, 则中心视力即有不可逆性严重损害。



医讯

青少年患了眼病哪里看? 请到周口市眼科医院! 广大家长朋友, 广大青少年朋友, 周口市眼科医院青少年眼病体检中心正式成立了! 该中心拥有先进的检查、诊断设备, 全自动电脑验光仪、弱视治疗仪、大型磨片机, 有多种、各型眼镜供青少年选择。专业眼科医师全天应诊, 跟踪治疗。免除家长朋友们的后顾之忧。周口市眼科医院青少年眼病体检中心免挂号费, 请病友们直接到中心就诊。地址: 周口市眼科医院院内西侧



《心灵视窗》协办单位: 周口市眼科医院
新农合定点医院
城市医保定点医院
国家卫生部健康快车白内障治疗中心
中国中医科学院眼科医院协作医院
眼病健康热线: 8399747