150-151
维普资讯 http://www.cqvip.com
(21)

眼内注入空气治疗黄斑裂孔性视网膜脱离

临床学院眼科 张学东*

提 要 本文报告了18例黄斑裂孔性视网膜脱离病人采用眼内注入空气治疗，随访痊愈率为88.89%。此法不破坏黄斑区视网膜，不影响视力，不需行透热电凝，冷凝封闭黄斑裂孔，更不采用眼球后极巩膜加压术和兜带术，也不需行玻璃体切除再注入空气，操作简化。

关键词 视网膜脱离；黄斑裂孔；空气，眼内注入
中图分类号 R774.5 R774.05

黄斑裂孔性视网膜脱离由于其位置的特殊性以及对视力的影响，人们对封闭裂孔的方法作了很多研究。现将我院18例病人用眼内注入空气法治疗的疗效报告如下：

1 一般资料

自1994年6月至1996年6月，收治了18例黄斑裂孔视网膜脱离病人。男性6例，女性12例，平均年龄51岁。16例有屈光不正，屈光度－7.00DS→－15.00DS。所有病人住院经过双眼散瞳，眼底镜、三面镜检查，脱离范围为1/4－3/4，5例合并有周边裂孔，8例合并有玻璃体牵引及周边重度视网膜变性。

2 手术方法

所有病人均行玻璃体内注入空气，并根据眼底情况决定结合其它视网膜脱离手术，其方式有：

2.1 单纯后极部视网膜脱离其范围未达到赤道部，采用眼球压迫使玻璃体脱水后注入空气。

2.2 脱离范围达到赤道部者均采用引流视网膜下液，然后注入空气。

2.3 合并周边小裂孔加用巩膜加压术。

2.4 有玻璃体牵引、多发性裂孔、巨大裂孔加用环扎加压术。

步骤：在其它视网膜脱离手术各项操作完成后，于颞下方赤道部稍后引流视网膜下液。于颞上方角膜缘后4mm，半层切开巩膜1.5mm，置褥式预置缝线一根，然而用4号针头抽吸消毒空气3ml，由此向后向内刺入7mm，迅速向玻璃体腔内注入1～2.5ml空气，此时应询问病人有无光感，若光感消失，立即抽出少许空气或前房穿刺，静脉用脱水剂使光感恢复，维持眼压30mmHg左右，出针时用棉棒压住注入口迅速结扎缝线，关闭切口，以防气体溢出，若气泡为多个，可用棉棒轻弹眼球，使之融合成一大气泡。术后取俯卧位5天，使气泡顶压住黄斑裂孔。

3 结果

18例病人，16例裂孔封闭，视网膜平复，视力有所提高，见表1、2。

表1 手术前后视力比较

	光感	手动	数指	0.01~0.04	0.05~0.09	0.1	0.2	0.3
术前	2	2	8	5	1			
术后			1	1	4	9	2	1

表2 术式、注气量与疗效的关系

	注入空气量(ml)				疗效	
术式	1	1.5	2.0	2.5	治愈	未愈
2.1	2				2	
2.2		1	1	1	3	
2.3		1	2	1	4	
2.4		3	4	2	7	2

其中1例病人，周边有4个随圆型成串裂孔合计3PD大小，我们用巩膜环扎术，引流视网膜下液，眼内注入空气后，因病人术后产生精神症状仅俯卧30小时，但裂孔封闭，视网膜平复，随访1年半无复发。有2例病人未愈，视网膜未平复，1例重复手术，因视网膜增殖性病变改变明显，仍未平复，另一例因下方视网膜脉络膜脱离，未见裂孔，未再次手术。随访1月至2年，治愈率为88.89%。

* 女，1961－06出生，主治医师

维普资讯 http://www.cqvip.com

4 讨论

黄斑裂孔视网膜脱离由于位置特殊，传统的黄斑部外加压术或兜带术、黄斑透热电凝冷凝术，其手术难度大，且易损伤黄斑组织，术后视力难以恢复。近年来，由于气体在视网膜脱离手术中的应用，不仅大大简化了手术过程，而且不损伤黄斑组织，确为治疗黄斑裂孔视网膜脱离的首选方法。

玻璃体内注气治疗视网膜脱离的原理为：一是利用气体的浮力使脱离的视网膜复位，二是利用气泡的表面张力封闭视网膜上的裂孔，使色素上皮细胞泵功能恢复吸收视网膜下液[1]。可用于眼内注射的气体种类较多，各有其优点。空气经济、随处可取，无毒性作用，但在眼内维持时间不长。Walter认为，在不复杂的视网膜脱离病例，眼内气体一般仅需存留24至48小时，仅复杂的病例如玻璃体牵拉、巨大裂孔，下方裂孔等需延长眼内注入维持时间[2]。我们18例病人中，空气在眼内维持时间都达到了5－7天，能维持3－4天的有效气泡顶压时间，加之采用视网膜下液引流后能使视网膜迅速复位，相应地减少了气体在眼内所需时间。我们有1例复杂病人，术后俯卧30小时同样达到视网膜平复。究竟眼内气体需维持多长时间能使视网膜牢固地粘连，此病人仅属偶然还是具有一定代表性有待于进一步探讨。我们的病人，经气体在眼内维持3－4天有效顶压时间后，88.89％网膜复位。而失败的2例病人是否一定因为眼内空气泡维持时间短或是因为其它错综复杂原因所致这很难说。其它一些长效气体如C_3F_8，尽管气泡维持的有效时间长但仍有失败和复发[3]。因而我们认为对于黄斑裂孔性视网膜脱离眼内注气也可首选空气。

玻璃体切割加眼内注气术治疗黄斑裂孔视网膜脱离也取得了很大成功。国外Shoji等统计分析了250例此类病人手术方法的成功率，认为单纯眼内注气和玻璃体切割术加眼内注气术其成功率没有差别[4]，国内赵东生等[5]认为黄斑裂孔附近的条索是液化玻璃体的皮质残余，空气注入形成大泡推压可使之萎缩消失，而玻璃体切割增加了手术复杂性，故不宜采用，作者认为，玻璃体切割不应作为此病的常规和首选手术，对于失败病例和玻璃体牵引严重者可考虑行玻璃体切割术。

参 考 文 献

1.戴 红等.实用眼科杂志 1993;12:709
2.Waler H stern M.D et.al AM.Jophthalmol 1983;96:400
3.王光璘.等;实用眼科杂志 1988;6:342
4.Shoji kuriyama M.D et.al:Arch ophthalmal 1990;108:1559－1561.
5.赵东生.等.中华眼科杂志 1988;6:343

(收稿日期 1996－10－18)

Retinal detachment due to macular break treated with intraocular air injection

Zhang Xuedong, et al
Department of ophthalmology, The college of clinical medicine

Eighteen cases of retinal detachment due to macular break were treated with intraocular air injection(IOAI) to seal off the macular break.The cure rate was 88.89% on follow－up.IOAI did not damage the retinal and choroidal tissues.Therefore,it was conducive to better postoperative visual acuities.Diathermy,cryocoagulation buckling or sling on the posterior bulbar wall could be eliminated to avoid many serious complications,and vitrectomy before air injection was entirely unnecessary.

KEY WORDS Retinal detachment;Macular break;Air