

本次调查中我们发现,眼后节疾病及角膜瘢痕占视力损伤、严重视力损伤及盲患病原因的第2及第3位,青光眼位列第4位。眼后节疾病及角膜瘢痕的发病原因与环境因素、免疫因素及其它因素有关^[10-13]。海口市郊人群总体就医意识较淡薄,多数患者早期失去可以预防、治疗的机会,加之海口市郊人群多从事农业劳作,容易发生角膜植物性外伤引起角膜炎进而导致角膜瘢痕,影响视力,出现视力损伤和致盲。由此可见,防盲、治盲工作除了进行有效的手术外,还要进行普及眼病防治基础知识教育。

参考文献

- 1 Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D, et al. Global data on visual impairment in the year 2002. *Bull World Health Org* 2004; 82(11): 844-851
- 2 Liang YB, Friedman DS, Wong TY, et al. Prevalence and causes of low vision and blindness in a rural chinese adult population: the Handan Eye Study. *Ophthalmology* 2008; 115(11): 1965-1972
- 3 Huang S, Zheng Y, Foster PJ, et al. Prevalence and causes of visual impairment in Chinese adults in urban southern China. *Arch Ophthalmol* 2009; 127(10): 1362-1367
- 4 温新富, 范小全. 三亚市郊 ≥50 岁人群低视力及盲流行病学调查. *国际眼科杂志* 2010; 10(9): 1797-1798
- 5 Zhang SY, Zou LH, Gao YQ, et al. National epidemiological survey of

- blindness and low vision in China. *Zhonghua Yixue Zazhi* 1992; 105(7): 603-608
- 6 Smith TS, Frick KD, Holden BA, et al. Potential lost productivity resulting from the global burden of uncorrected refractive error. *Bull World Health Organ* 2009; 87(6): 431-437
 - 7 张婷珍, 蒋燕, 唐俊, 等. 沙湾县 45 岁及以上人群盲及低视力流行病学调查与治疗. *中国实用眼科杂志* 2004; 22(11): 934-936
 - 8 黄晓波, 邹海东, 王宁, 等. 上海市北新泾社区 60 岁及以上人群盲和视力损伤的现状调查. *中华眼科杂志* 2009; 45(9): 786-792
 - 9 Xu L, Cui T, Yang H, et al. Prevalence of visual impairment among adults in China: The Beijing Eye Study. *Am J Ophthalmol* 2006; 141(3): 591-593
 - 10 李建超, 邝国平, 武正清, 等. 冷超声乳化联合玻璃体切除术治疗白内障合并眼后节病变临床疗效观察. *国际眼科杂志* 2010; 10(10): 1971-1973
 - 11 刘彦芳, 秦莉, 张达, 等. 槲皮素对大鼠角膜碱烧伤后瘢痕形成的影响. *西安交通大学学报(医学版)* 2010; 3(1): 92-96
 - 12 温成林, 贾俊红. 角膜线形瘢痕与角膜散光之间相关性的一元方程分析. *眼外伤职业眼病杂志(附眼科手术)* 2009; 31(6): 427-430
 - 13 袁松涛, 邱晓荣, 袁南荣. 准分子激光联合板层角膜移植术在角膜瘢痕性混浊治疗中的应用. *解剖与临床* 2008; 13(6): 435-436

· 短篇报道 ·

妊娠合并原发性视网膜脱离的治疗

于佳, 石磊

作者单位: (110004) 中国辽宁省沈阳市, 中国医科大学附属盛京医院眼科

作者简介: 于佳, 女, 硕士, 研究方向: 玻璃体视网膜疾病。

通讯作者: 石磊, 男, 医学博士, 副教授, 副主任医师, 研究方向: 玻璃体视网膜疾病、儿童眼病. tbs268@hotmail.com.

收稿日期: 2012-03-26 修回日期: 2012-08-13

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5123.2012.09.71

引用: 于佳, 石磊. 妊娠合并原发性视网膜脱离的治疗. *国际眼科杂志* 2012; 12(9): 1808-1809

0 引言

妊娠期视网膜脱离是指在妊娠期间视网膜的内层即神经上皮层与色素上皮层的分离, 分为原发性脱离和继发性脱离, 妊娠期视网膜脱离由于妊娠高血压综合征的存在, 多为继发性。原发性妊娠期视网膜脱离较少见, 国内外相关报道甚少。2005-05/2012-02, 我院收治妊娠合并原发性视网膜脱离的患者 6 例, 我们对其进行了临床分析, 现报道如下。

1 临床资料

2005-05/2012-02 在我院行视网膜脱离复位术的妊娠患者 6 例 6 眼, 年龄 25~30(平均 28)岁。右眼 4 眼, 左

眼 2 眼。1 眼中度近视, 1 眼低度近视, 其他患者无特殊眼疾。视网膜脱离范围: 1 个象限 4 眼, 2 个象限 2 眼。1 眼累及黄斑, 余未累及。孕龄周次分别为 34⁺³, 30⁺², 29, 35⁺⁵, 32⁺⁴, 36wk(平均孕周 33⁺²wk)。临床表现、诊疗及预后: 4 例患者均有不同程度的视物不清, 入院前无明显诱因感觉患眼黑影遮挡, 视物变形, 无眼红、眼痛、头痛及恶心、呕吐。入院血压正常, 无全身水肿及蛋白尿。眼底检查未见视网膜血管痉挛、水肿、出血, 无出血斑, 棉絮状渗出斑及硬性小点状渗出斑。视网膜脱离结果由眼底检查(表 1)和眼 B 超确诊。术前嘱患者绝对卧床休息, 防止裂孔扩大, 合适的体位是使视网膜裂孔处于最低位置。在上方取头低仰卧位, 颞侧者取患者侧卧位, 下方者取头仰高半卧位, 鼻侧者取健侧卧位^[1]。保持头部及眼球不动或少动, 以免引起视网膜脱离范围扩大, 必要时包扎双眼以限制眼球活动。手术均为巩膜扣带术, 采用局部麻醉。因麻醉用药利多卡因、布比卡因说明书上注明“孕妇慎用”, 故使用前应向家属交代, 并签字为证。手术全程由麻醉医生以及妇产科医生监控。手术方法: 间接检眼镜直视下冷凝视网膜裂孔及变性区, 裂孔不明者根据裂孔分布原则及术中顶压检查冷凝可疑区域, 并于巩膜表面定位, 其余操作均在显微镜下完成。其中 4 眼行单纯加压术, 于裂孔处缝合硅胶海绵; 另 2 眼加缝硅胶环扎带。术中 1 眼进行了视网膜下液引流, 1 眼为降低眼内压行前房穿刺放液。视力的判断: 采用国际标准视力表, 根据手术前后视力比较, 增加 ≥2 行者为视力提高, 减少 ≥2 行者为视力下降, 否则为无变化。术前视力 < 0.1 者, 以视力 ± 0.02 为判断标准^[2]。随访: 术后 1, 3, 6mo 各随访一次, 记录治疗前后的矫正视力和视网膜复位情况, 以术后 6mo 的检查结果作为观察指标。视力预后: 在视网膜脱离波及黄斑中心凹的 1 眼

表1 患者眼底检查结果

病例	眼别	年龄(岁)	孕周(wk)	网脱范围	裂孔位置	裂孔大小(主要的)	裂孔形状	裂孔数量(个)
1	右眼	25	34 ⁺³	3:00~5:00位脱离	4:30位	<1PD	类圆形	1
2	右眼	27	30 ⁺²	颞侧脱离	周边部	≈1.5PD	椭圆形	2
3	左眼	28	29	下方脱离,累及黄斑	周边部	≈2PD	类圆形	1~3
4	右眼	28	35 ⁺⁵	6:00~9:00位脱离	8:00位	<1PD	马蹄形	1
5	左眼	29	32 ⁺⁴	6:00~8:30位脱离	7:30位	<1PD	长椭圆形	1
6	右眼	30	36	12:00~3:00位脱离	1:00位	<0.5PD	类圆形	1

中,术后中心视力稍提高;而术前黄斑中心凹未波及的5眼中,术后均维持原有视力。视网膜复位情况:单次手术视网膜解剖复位6眼,手术效果良好,术后无明显并发症发生。

2 讨论

2.1 妊娠期视网膜脱离的特点 视网膜脱离是视网膜的内9层即神经上皮层与色素上皮层的分离,分为原发性脱离和继发性脱离^[3]。妊娠期视网膜脱离多为继发性,继发于妊娠高血压综合征。此病变多发生于妊娠6mo后,妊娠9mo时多见。出现高血压、蛋白尿及全身水肿,视网膜血管痉挛、水肿、出血,血压愈高,眼底改变发生率愈高,程度愈重。而原发性妊娠期视网膜脱离因其少有危险因素存在,属偶然发生,较少见,国内外相关报道甚少^[4]。

2.2 手术方法的选择 对于此类单纯视网膜脱离,眼底无异常征象的妊娠期视网膜脱离的治疗应采取以最小的手术量,最少的组织损伤,取得最好的疗效为原则。巩膜扣带术是治疗的首选方式,术前应充分检查眼底不遗漏任何视网膜裂孔,术中要精确掌握冷凝的量,因为过度冷凝可造成大范围脉络膜萎缩,血-视网膜屏障的破坏,会严重影响视网膜稳定复位并损害视功能。其次,注意准确定位和垫压裂孔,将冷凝和垫压物限于裂孔区。再次,放液的步骤也很关键,当视网膜下液较多,采取放液有利于形成相对较高的加压嵴。放液虽然存在诸多并发症,但只要手术中精细操作,严格掌握,完全可以降低到最低限度。总之,术中操作要精细准确,并且选择恰当的手术方式。

2.3 治疗当中的注意事项 妊娠患者是个特殊群体,很多生理上的代谢、循环的负荷也与常人不同。虽然在手术方面与一般原发性视网膜脱离的患者大致相同,但从入院到

出院的一系列流程,还需特别注意。首先,入院后要做好各项监测,对进入围产期的孕妇要常规监护胎心、胎动、血压等。我院眼科特别为她们准备了产科常用的解痉降压药如硫酸镁,以备特殊需要。在进行入院常规检查时,如无意外,禁忌行胸片放射性扫描。住院期间,由于孕妇心理上本身产生负担,情绪波动大,因此我们对患者及家属以诚相待,做好家属宣教工作,向患者解释手术的必要性及可行性,消除紧张因素的作用^[5]。手术中,牵拉眼外肌时,会造成患者眼-心反射的发生,并且若手术时间过长,妊娠患者长时间的仰卧,势必会影响血压及心率的波动。这时要时刻注意监测,出现异常时可以先放松眼外肌,给予患者话语上的支持与舒缓。术后要严格用药,仔细阅读说明书,避免影响胎儿。对术后眼压高,不能耐受的患者,要及时行前房穿刺放液,避免患者因为眼部疼痛感影响自身血压。术后每天换药,观察眼部敷料包扎情况,有无渗血、松动、移位等,若患者行动不便,亦可床头换药。出院时叮嘱患者应定期随诊、复查。

参考文献

- 1 齐力梅. 视网膜脱离术后患者卧位的研究. 齐鲁护理杂志 2002;8(1):4-5
- 2 史少阳,冯雪梅,裴存文,等. 巩膜扣带术治疗陈旧性视网膜脱离. 国际眼科杂志 2010;10(9):1768-1770
- 3 宁键,阳艳军,许平. 妊高征并发视网膜脱离6例临床分析. 中国实用妇科与产科杂志 2003;19(12):768
- 4 Sibai BM, Ramadan MK, Usta I, et al. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets (HELLP Syndrome). *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:1000
- 5 陈亚琼,马岩梅,刘占宏. 孔源性视网膜脱离合并妊娠1例的护理. 中国误诊学杂志 2009;9(8):1951-1952