

后天性视网膜劈裂 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/308/2021\\_2022\\_\\_E5\\_90\\_8E\\_E5\\_A4\\_A9\\_E6\\_80\\_A7\\_E8\\_c22\\_308985.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E5_90_8E_E5_A4_A9_E6_80_A7_E8_c22_308985.htm) 名称后天性视网膜劈裂

所属科室眼科病因本病发病的基础是周边微小囊样变性（peripheral micro-cystoid degeneration）。锯齿缘邻近处视网膜外丛状层有一种病理标本上称为Blessing-Iwanoff腔的小囊泡存在。这种小囊泡在双目间接检眼镜或三面镜下呈灰白色混浊斑点，随年龄增长缓慢扩民用并相互融合，使外层与内核层之间劈裂而形成大囊腔。囊腔内壁（内层）因神经成分变性消失而变薄，最后仅剩内境界膜及神经胶质(gliar)；外壁（外层）残留视细胞层及色素上皮层。病程发展中，囊腔继续扩大，囊腔与囊腔之间保留有以M&uuml;ller细胞为主的神经胶质组织，成为维系内外壁的柱状索(neural pillars)。柱状条索断裂后，残端附着于内壁的内面。内外壁间囊样腔内，有透明的粘液贮留。粘液为沾多糖酸(mucopolysacchric acid)。临床表现 检眼镜下，劈裂位于眼底周边部，半球状隆起的内壁菲薄而透明，所以表面呈被水浸透的平滑的丝绢样光泽（watered silk appearance），劈裂处前级与锯齿缘连接，后缘境界鲜明，陡削，附于内壁的视网膜血管，在外壁可见其投影（vassel shadow）。视网膜血管白线化、平行鞘膜等改变也常可见到。内壁内面到处可以见到白色明亮的雪花斑（snow flacks），经种斑点即前述柱状条索断裂端附着外。此外，假如用裂隙灯显微镜仔细观察内壁内面，还能见到一些微细的半球状凹面，如同锤击过的金属片的陷痕（beaten metal appearance），这是有过微小囊样变性留下的痕迹。视细胞层

仍附着于色素上皮层，成为劈裂的外壁。检眼镜下是难以看清的。然而用巩膜压迫器轻压巩膜，可以见到被压隆起处的外壁呈白色混浊，称为压迫性白色（white with pressure）。劈裂的内壁或外壁，均可发生圆形小裂孔。内壁裂孔常见于靠近锯齿缘的周边部，很小。外壁的裂孔则偏后面较大。劈裂边缘与健康视网膜交界处，偶伴有色素的所谓分界线（demarcation line）。本症发生于正视眼或远视眼，很少伴有近视。玻璃体常无病变。80%累及双眼，而且两侧对称。发生部位最多为颞下侧周边，颞上次之。鼻侧者非常少见。由于病变局限于周边部，所以患者常不自觉。只有当劈裂越过赤道部向后扩展，非凡是视细胞层与双极细胞层分离、神经元被切断后，才能检出相应的神经绝对性缺损。只要病变尚未侵及黄斑部，仍可保持良好中心视力。但对本病来说，假如并不并发视网膜脱离，扩展到靠近黄斑部的情况极为少见。诊断根据上述临床现象的特征性改变，可以作出诊断。双眼间接检眼镜及裂隙灯显微镜具体检查眼底，有助于本病与裂孔性视网膜脱离及先天性视网膜劈裂症的鉴别。治疗关于本病需要不需要治疗的问题，学者说法不一，综合各家所见及笔者经验，提出如下建议： 仅有内壁裂孔，长期追踪检测视野，缺损无明显扩大者，不必处理。 劈裂范围向后扩展已达或超越赤道部者。光凝或冷凝整个病变区，也可在与病变区后方边缘邻接的健康视网膜上施行光凝。 内外壁均有裂孔时，在裂孔缘光凝或冷凝将裂孔封闭。也可仅封闭外壁裂孔，内壁裂孔不予处理。 已合并视网膜脱离者，是手术的重要指征。行巩膜扣压术。并封闭外层裂孔。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问

