

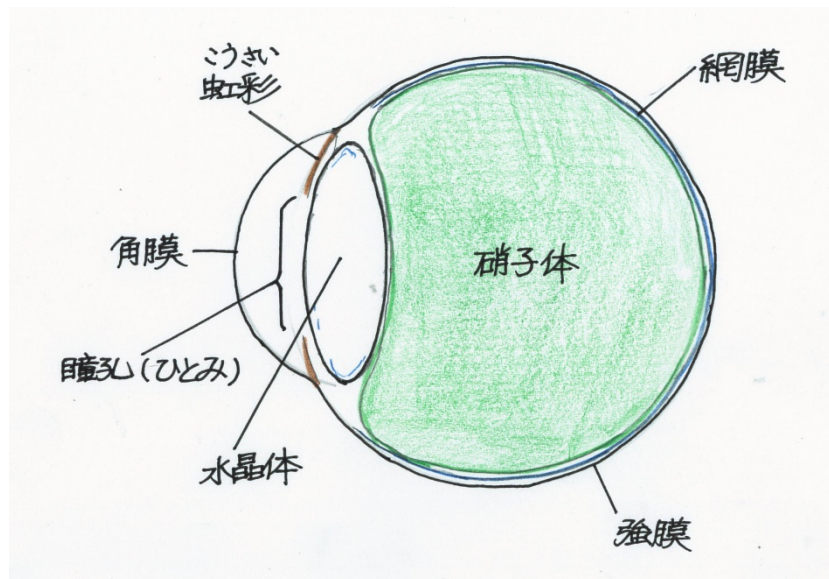
網膜剥離（裂孔原性網膜剥離）

日本網膜硝子体学会

I、裂孔原性網膜剥離とは、どんな病気なのでしょうか

1：網膜とはなんなのでしょうか

網膜とは、家の部屋にたとえると壁紙のようなもので、眼球の内側に貼り付いている神経でできた薄い膜です。その働きはカメラのフィルムによくたとえられますが、眼球の内部にあって、見た物の像を映してその信号を脳に送る、物を見るのに最も大切な働きを担っています。



2：網膜剥離とはなんなのでしょうか

この網膜が眼球の壁から剥がれる病気が**網膜剥離**です。網膜剥離には、網膜が剥がれる原因により、いろいろな種類があります。

家の部屋の場合は、たとえば壁紙に破れ目ができるのと、そこから破れ目の周囲の壁紙がめくれて剥がれて来ることがありますが、眼球の場合も、網膜に破れ目が出来て、そこから周りに向かって網膜が剥がれてくることがあります。このような網膜に開いた孔（**網膜裂孔**：もうまくれっこうと呼びます）が原因でおこる網膜剥離のことを、特に、**裂孔原性網膜剥離**（れっこうげんせいもうまくはくり）と呼んでいます。

部屋の壁紙の場合は、壁紙の裂け目から部屋の中の空気が壁紙の裏側に回って壁紙が剥がれますが、眼の網膜の場合は、眼の中の水の成分が網膜裂孔を通して網膜の裏側に回り、網膜が剥がれて来ます。

Ⅱ、網膜裂孔はどうしてできるのでしょうか

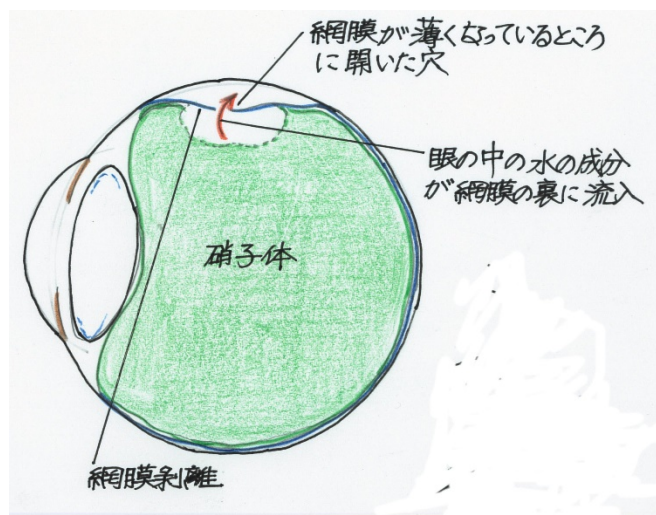
1：よく知られている外傷による網膜裂孔は原因の一部

網膜裂孔の原因としてよく知られているのは、ボクシング選手が眼球を殴打された時などに眼球が強く変形して生じるもの（**外傷性網膜裂孔**）ですが、外傷性網膜裂孔はよく知られている割には、網膜裂孔の生じる原因のごく一部にすぎないと考えられています。

原則として、外傷以外の原因による網膜裂孔は、**網膜の異常**がある場所にできます。

2：網膜が薄くなっている部分

網膜の異常としては、まず、網膜の一部に**極度に薄くなっている**部分がある異常が挙げられます。特に 20 歳前後を中心とした比較的若い年齢で起こる裂孔原性網膜剥離では、この網膜が薄くなっている部位に擦り切れたような穴が開き、その網膜の穴が原因となって起こる網膜剥離の割合が高くなります。網膜が薄くなる原因には、様々なものが知られています。

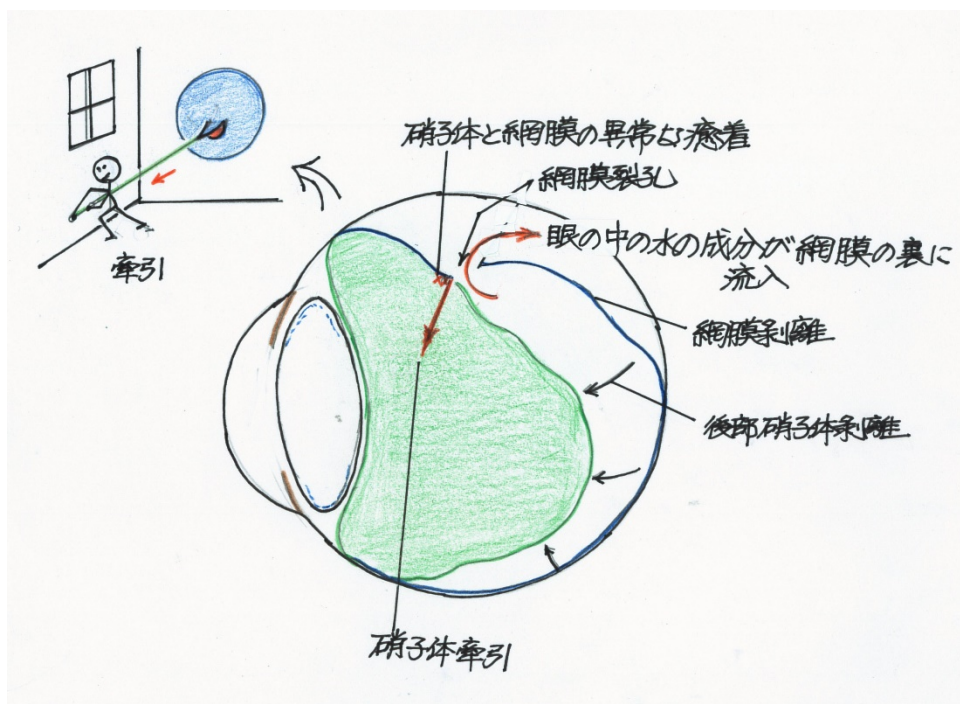


3：網膜と硝子体の病的な癒着+後部硝子体剥離

もうひとつ重要な網膜の異常が、少し難しい話になりますが**網膜と硝子体（しょうしたい）の病的な癒着（網膜硝子体癒着）**です。硝子体とは、眼球内容の後ろ側の大部分を占める透明な寒天状あるいはゼリー状のものです。寒天は、乾燥させると線維状の物になりますが、硝子体も線維やそれを維持するための細胞などを含んでいます。網膜と硝子体は、年齢が若い時は眼球の中で接触していますが、特定の場所以外では強く癒着しているところはありません。網膜と硝子体が本来は癒着していないはずの場所で強く癒着しているのが、**病的な網膜硝子体癒着**です。

硝子体は、年齢が進むにつれて収縮し、ついには眼球の内部に充満することが出来なくなって、網膜の表面から離れていきます。これが**後部硝子体剥離（こうぶしょうしたいはくり）**です。後部硝子体剥離は 60 歳頃を中心起こりますが、近視の方では早めに、遠視の方では遅めに起こる傾向があります。後部硝子体剥離が起こると網膜と硝子体は離れていきますが、病的な網膜硝子体癒着がある部位では離れることが出来ずに網膜が硝子体に強く引っ張られ（**硝子体牽引**と言います）、ついには網膜が裂けて網膜裂孔となることがあるのです。

網膜剥離の原因となる網膜裂孔のかなり多くの割合が、この病的な網膜硝子体癒着と後部硝子体剥離を原因とするものです。



Ⅲ、裂孔原性網膜剥離の症状は、どのようなものでしょうか

裂孔原性網膜剥離の症状は、飛蚊症（ひぶんしょう）・光視症（こうししょう）・視野の異常が代表的なものです。

1；飛蚊症

飛蚊症は、視界に半透明～不透明な濁りが見え、眼を動かすと揺れながら動いて見える症状です。蚊が飛んでいるのに似ているためにこの名前があります。後部硝子体剥離では、網膜から離れた硝子体の影が網膜に映るため、他に病気が無くとも飛蚊症が突然出現したことに気付くことが多いです。また、先にお話したように硝子体の中には線維や細胞がありますが、青空や白壁、あるいは読書の時のように比較的明るい光が眼の中に入る条件下では、後部硝子体剥離が無くともこれらの線維や細胞の影が網膜に映り、飛蚊症として感じられることがあります。病気が無くとも出現する飛蚊症は生理的飛蚊症（せいりてきひぶんしょう）といって、心配する必要はないものです。

裂孔原性網膜剥離に伴う飛蚊症は、生理的飛蚊症に比べて数が多く、より大型と言われることが多いですが、実際には、患者さんが飛蚊症から受ける印象だけから病気の有無を判断することは困難で、眼科医の診察を受けた方が安全です。特に普段見えていた物が見えなくなるほどの濁りが生じた場合は、重大な病気がある場合が多く、一兩日の間に眼科を受診する必要があります。

2：光視症

光が無いところでも、閃光のような光を感じるのが**光視症**です。網膜は刺激を受ければ光として感じるようになっていて、硝子体の牽引（網膜を引っ張る）などの刺激を網膜が受けると光視症が生じます。光視症は、飛蚊症よりも、患者さんが感じた場合は網膜裂孔や裂孔原性網膜剥離が生じている危険が高いと考えられていますので、眼科を受診することが勧められますが、必ずしも網膜剥離などの病気があるとは限りません。

光視症は、患者さんによっては、右眼に見えたとか左眼に見えたとかおっしやいますが、脳は光視症が左右どちらの眼に生じたかを区別する能力を持っていません。両眼を眼科医に検査してもらって、異常がないか確認してもらう必要があります。

3：視野の異常

網膜は眼球の壁に貼り付いた状態で、物を見る働きを正常に発揮できますので、網膜が眼球の壁から剥がれると働きが悪くなり、網膜が剥がれた部分の視野が暗くなり**視野の異常**が生じます。裂孔原性網膜剥離は、多くの場合進行性ですので、**進行性の視野の異常**を感じた場合は、この病気を疑って速やかに眼科を受診する必要があります。

IV、裂孔原性網膜剥離を放っておくとどうなるのでしょうか

1：恒久的な視力低下

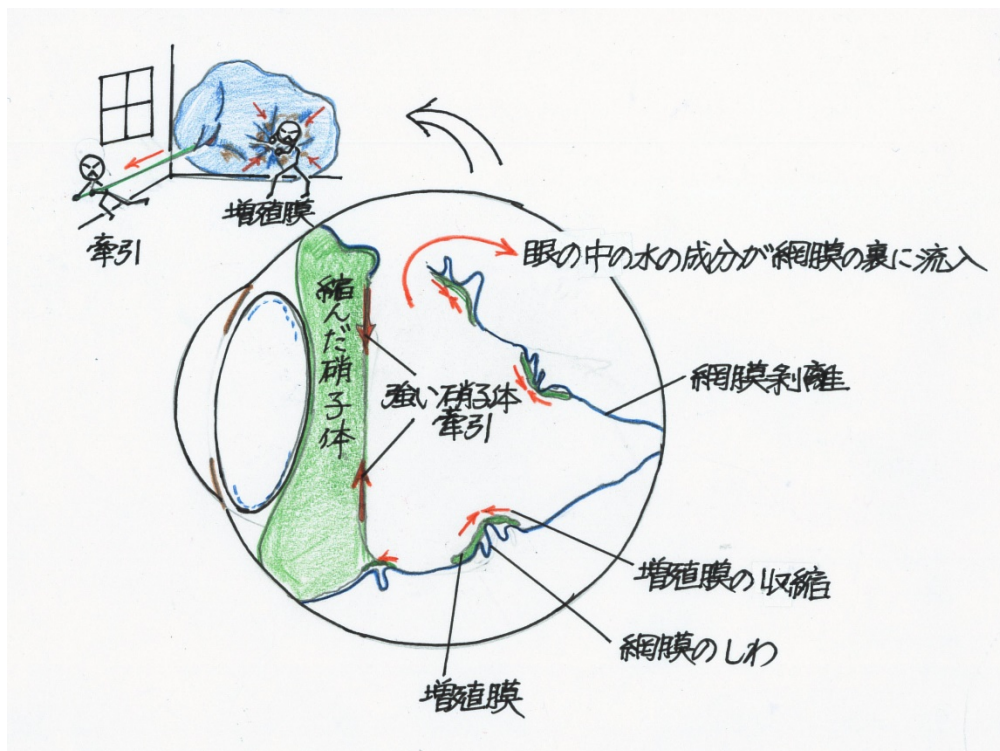
網膜の中心の部分を**黄斑部（おうはんぶ）**といい、視力を出すのに最も重要な部分です。黄斑部は、裂孔原性網膜剥離がここに及ぶと速やかに働きを失いやすい場所で、黄斑部の網膜剥離を放置しておくと、比較的短期間に視細胞が壊れて、治療をしても視力の回復が悪くなります。これはカメラに譬えるとフィルムが駄目になって写真が撮れなくなった状態と同様なので、眼鏡やコンタクトレンズをいくら作り変えても、よく見えるようにはなりません。

網膜は一続きの膜ですので、一旦生じた裂孔原性網膜剥離は徐々に拡大し、多くの場合は眼球内のすべての網膜が剥離した状態となります。剥がれた網膜は時間が経過するにつれ次第に壊れていき、物を見る働きを失って、最終的には光を感じる能力が低下して**失明**となります

2 ; 増殖硝子体網膜症

また、裂孔原性網膜剥離を放置しておく、と、眼球の壁にある細胞が何とかこの病気の状態を修復しようとして、けがを治すのによく似た細胞が眼球の内部に放出され、網膜の表面に細胞が増殖した異常な膜（増殖膜と言います）を形成することがあります。増殖膜は徐々に収縮して網膜を引っ張り、ついに網膜に皺がよってゴワゴワした状態になったものが、網膜剥離がこじれた状態である増殖硝子体網膜症（どうしょくしょうしたいもうまくしょう）です。

増殖硝子体網膜症の治療は、しばしば大変に困難です。



V、裂孔原性網膜剥離の治療はいつ始めますか

裂孔原性網膜剥離の場所が、黄斑部から離れていて自覚症状の乏しい眼球の前の方（眼底の周辺部といいます）にあり、網膜剥離が進行しない場合は治療の必要性が低く、治療を要しない場合もあります。

眼底の周辺部に裂孔原性網膜剥離が局限していても、将来的に網膜剥離が拡大することが強く疑われる場合、あるいは実際に患者さんの視野異常が日に日に悪化して、網膜剥離が拡大してきていることが確実な場合には、治療が必要です。更に、黄斑部の近くまで裂孔原性網膜剥離が及んでいる場合は、放置しておく、と患者さんが自覚する視野障害が回復しなくなる危険があり、また網膜剥離が少し進行すると、黄斑部に網膜剥離が及んで視力が低下する危険が高いため、治療が必要となります。

1：治療を急ぐ場合

黄斑部網膜に裂孔原性網膜剥離が及んだ場合、視力に重要な部分の視細胞は黄斑部の網膜剥離が治らない限りは徐々に壊れていきますが、視細胞が壊れて視力が回復しなくなるまでの時間は、**黄斑部網膜が剥離してから1日～数日**と研究によってかなり差がある期間が報告されています。

したがって、裂孔原性網膜剥離の治療は、黄斑部網膜が剥離する寸前、および黄斑部網膜が剥離した直後では、早急に治療して、黄斑部への網膜剥離の進行の防止を図るか、黄斑部網膜剥離の消失を狙うことが通例です。

2：裂孔原性網膜剥離の緊急手術に対する考え方

多くの一般の方向けの解説書には、裂孔原性網膜剥離は早期発見・早期治療が必要と書かれており、それは事実です。しかし、外国の文献にも、不十分な体制での裂孔原性網膜剥離の緊急手術は、決して手術後の良好な視機能（物を見る働き）にはつながらないと戒めている研究が報告されています。その上、治療を急ぐ性質の裂孔原性網膜剥離であっても、上述のように黄斑部の機能が回復しなくなるまでの期間はある程度の幅があると考えられていることから、**黄斑部を脅かすか黄斑部を巻き込んだ直後の全ての裂孔原性網膜剥離に当日あるいは翌日などの緊急手術が必要**というわけではないという見解が、網膜剥離を専門とする多くの眼科医に支持されています。

VI、裂孔原性網膜剥離の治療にはどんな方法があるのでしょうか

1：治療の大原則は網膜裂孔の閉鎖

裂孔原性網膜剥離の治療の大原則は、**網膜裂孔の閉鎖（裂孔閉鎖）**です。眼球の壁の細胞は、網膜の裏に溜まった水の成分を吸収する働きを持っているので、どんな方法でも裂孔閉鎖を行って、裂孔を介して眼球内部の水の成分が網膜の裏に回り込むことを防げば、剥がれた網膜は自然に眼球の壁に貼り付いていきます。網膜剥離が無くなって、網膜が本来の位置に戻ることを**網膜復位（もうまくふくい）**と言います。

網膜裂孔が一旦閉鎖されたあと、再び開放することがないように、網膜裂孔周囲の網膜と眼球の壁を癒着させて固定することが一般的です（**網膜裂孔凝固**と言います）。部屋の壁紙の修理では、壁紙の破れ目を壁に糊付けすることと同じようなものです。眼の場合は、レーザー光線で網膜を焼き付ける方法（**レーザー網膜光凝固術**）や、眼球の壁ごと網膜裂孔周囲の網膜を凍らせて糊付けの効果を出す方法（**網膜冷凍凝固術**）などが用いられます。

糊が乾くまで、すなわち網膜と眼球の壁の十分な癒着が得られるまでの期間は、研究により差はありますが、一般的には最低2週間以上は網膜裂孔の周囲の網膜復位が維持されていることが必要と考えられています。

もっと詳しく：網膜裂孔凝固の方法には、**網膜冷凍凝固・網膜ジアテルミー凝固・網膜光凝固**があります。現在最も広く行われているのは、比較的手軽に行え、凝固条件の調節がしやすく精密な治療が可能なレーザー網膜光凝固で、これは光凝固の一種です。各々の方法には一長一短があり、たとえば網膜が眼球の壁に癒着される力（糊付けの力）は研究にもよりますが、**ジアテルミー凝固 > 冷凍凝固 > レーザー光凝固**とされています。どの治療方法も凝固癒着が形成された部分は視細胞が

障害されますので、原則として凝固斑に一致して見えない所が出来ますが、糖尿病網膜症などの光凝固治療とは異なり裂孔原性網膜剥離の治療では殆どの場合に凝固治療の対象となる網膜裂孔は周辺の視野に位置するため、正しい治療がなされた場合は凝固方法によらず凝固斑による大きな視野異常は自覚されないことが通常です。実際には眼の状態によりそれぞれの凝固方法の効果や合併症が大きく変わるため、網膜剥離の状態により凝固の方法を使い分ける網膜剥離治療の専門家が少なくありません。

2：気体注入法

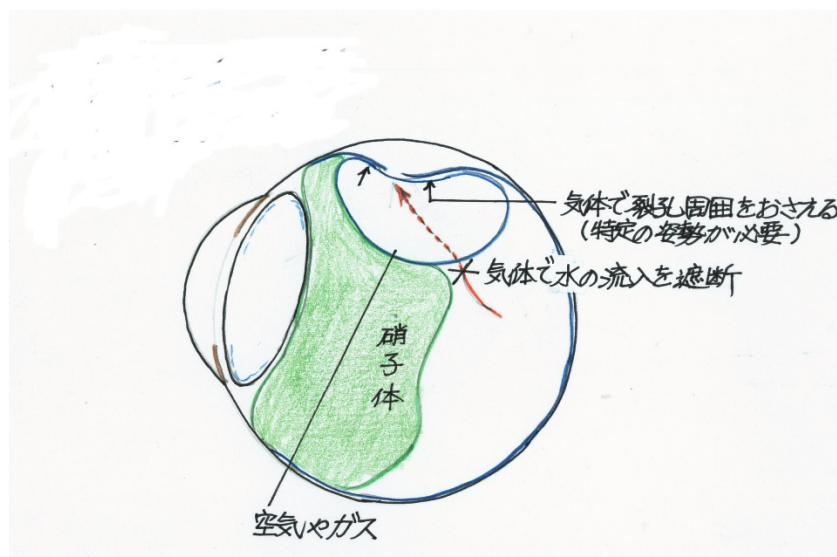
気体注入法は、眼球の内部に空気や特殊なガスを注入して、この気体を網膜裂孔に圧着させて網膜裂孔を閉鎖し、網膜の復位を得る方法です。原則として網膜裂孔凝固を併用します。

気体は眼球内で上方に移動し、その浮力で網膜裂孔に圧着しますので、①網膜裂孔が、気体が接触出来る場所（一般的には眼球の上方）にあり、また、②患者さんが、気体が網膜裂孔に接触できる姿勢を取り続けられることが、この方法で治療する条件となります。

眼内に注入した気体は徐々に眼球の組織に吸収されて減少していきます。網膜裂孔の凝固が有効となる約2週間は、網膜裂孔の周囲の網膜復位が維持される必要がありますので、場合によっては途中で気体を眼内に追加注入することがあり、また患者さんの特定の姿勢の維持が長期に及ぶことがあります。

気体注入法の対象となる裂孔原性網膜剥離の選定が必ずしも容易ではないこと、更に、**特定の姿勢を長期にわたって維持することが患者さんにとっては重大なストレス**となって治療の継続が困難になることがあり得ることから、一部の症例を除いて気体注入法が単独で行われることは多くありません。

現在は、次の硝子体手術の補完として行われることが多くなっています。



3：硝子体手術

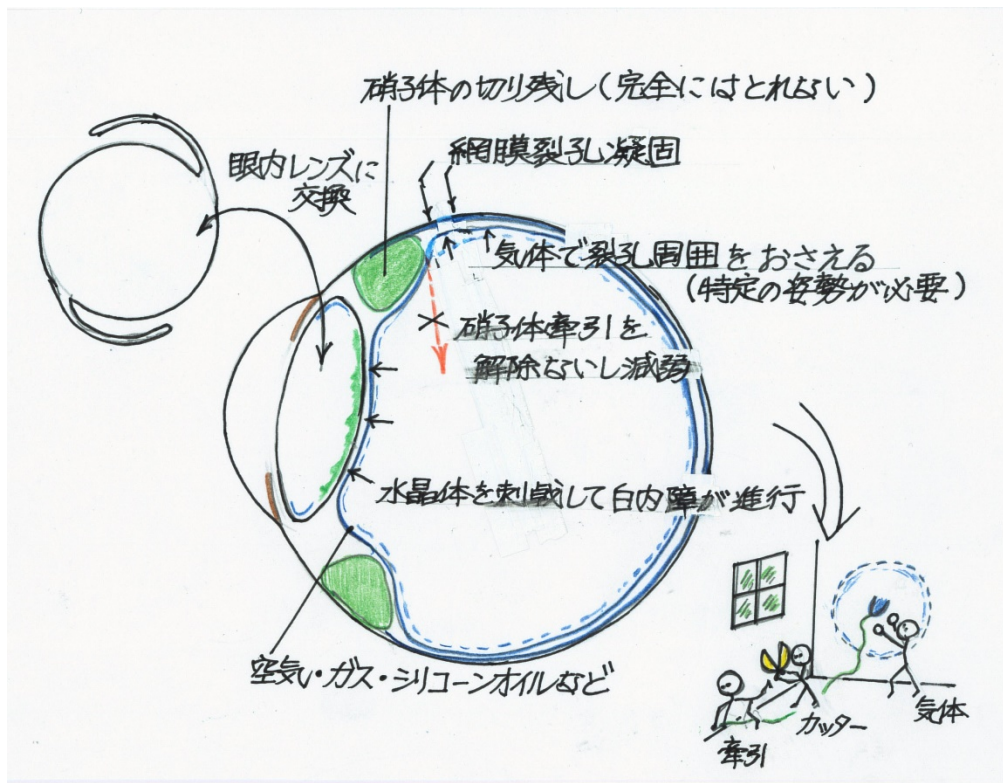
後部硝子体剥離が起こって、網膜に硝子体の牽引がかかることによって生じた網膜裂孔に由来する裂孔原性網膜剥離では、眼内に針のように細い器械を入れて硝子体を切って取り除くと、網膜にかかる硝子体牽引を解除あるいは減弱することが可能です。この後、網膜裂孔から網膜の裏に器械を入れて網膜の裏に溜まった水を吸い取りながら、同時に眼球の内部に空気を満たしていく操作で手術中に網膜をほぼ完全に復位させることができます。さらに、網膜裂孔凝固を行って手術を終了します。これが**硝子体手術（しょうたいしゅじゅつ）**の一連の流れです。

網膜を直接いじることができるため、極端に大きな網膜裂孔の治療であっても、部屋の壁紙の大きな破れ目を手で伸ばすように、網膜を綺麗に伸ばして治療することが可能ですし、原理的には眼球内のどの部位の網膜裂孔も治療することができます。また、眼内に照明装置を入れて網膜を至近距離から照らし、顕微鏡や眼内内視鏡（眼内に入れて使用できる針のように細い内視鏡）で網膜を拡大して観察することも可能なため、丁寧に観察すれば小さな網膜裂孔も発見することができます。

更に、眼内に針のような細いピンセットや鉗を入れることも出来るので、網膜の表面に形成された増殖膜を取り除くことも可能で、増殖硝子体網膜症の治療においては、硝子体手術は特に大きな威力を発揮します。

このような手術の特性から、硝子体手術の発展は、従来治療が困難とされていた難治性の裂孔原性網膜剥離の治療成績を大きく進歩させました。

近年は、手術に使用する器具も極端に細くなり、眼球の表面にある結膜を切り開くことなしに、糸で縫合する必要性も少ない小さな針孔3～4個の傷跡のみで治療が可能になっている事から、裂孔原性網膜剥離に対して現在の日本においては最も広く行われている方法となっています。



4：硝子体手術の限界

若い世代に多くみられる、網膜の薄い部分に擦り切れたような穴が開いて、そこから網膜が剥がれて来る裂孔原性網膜剥離は、後部硝子体剥離とは無関係に起こります。このような裂孔原性網膜剥離は、さまざまな理由で、特殊な場合を除いては硝子体手術の対象とは考えられておらず、後述する**強膜バックリング（きょうまくバックリング）**による治療が原則となっています。

万能のように思われる硝子体手術ですが、きちんとした基準で研究されている裂孔原性網膜剥離の治療成績は、硝子体手術を専門的に多数例に行っている施設においてできても、第1回目の手術で網膜復位が得られている患者さんの割合は 91~93%程度に留まっていることが殆どです。硝子体手術による裂孔原性網膜剥離の初回手術での網膜復位率がこの程度に留まっているのは、技術的な巧拙の問題というよりは、裂孔原性網膜剥離の病態と硝子体手術の奏効するメカニズムが関連した、もっと本質的な問題があるのではないかと考えられています。しかし、具体的なことはまだ解明されていません。

硝子体手術では、硝子体による網膜への牽引は弱められるか解除されていますが、網膜裂孔が再開しないように網膜裂孔の凝固を行い、網膜裂孔の凝固が有効となる約 2 週間は、網膜裂孔の周囲の網膜復位が維持される必要があることは、本質的には気体注入法と変わりません。そのため、網膜裂孔を気体が眼内から押さえてくれるような特定の姿勢を、手術後に患者さんが維持する必要があります。病状によっては、網膜裂孔を長い間押さえておく必要が生じるため、最初から長い間にわたって眼球の内部に存在し続ける特殊なガスを手術の時に眼内に注入することもありますし、場合によっては途中で気体を眼内に追加注入することもあります。

このような場合には、**うつ伏せ姿勢など患者さんの特定の姿勢の維持が長期に及ぶことがあり、ご高齢の患者さんなど最初からその姿勢がとれないこともあり、またより悪い状況では術後の早期に姿勢の維持を断念して治療を諦めてしまうようなことも起こっています。**

気体の代わりにシリコーンオイルという特殊な油を眼内に入れることもあります。油は水に浮きますし、眼球の壁の組織に吸収されないので、長期間にわたって網膜裂孔を押さえる働きを持っています。シリコーンオイルが眼球の中に入っている間は、見かけ上、網膜は復位しているように見えることが多いのですが、ずっと入れておくことは見え方の面からも、副作用の面からも好ましくないと考えられていますので、通常は、網膜裂孔の凝固の癒着が完成した後に、再度手術を行って、シリコーンオイルを眼球の中から取り除きます。シリコーンオイルが使用された場合も、患者さんが特定の姿勢を一定期間維持する必要があるのは気体を注入した場合と同様の欠点と考えられています。

重症の増殖硝子体網膜症の中には、見かけ上の網膜復位を維持するため、やむを得ず眼内にシリコーンオイルを入れたままにせざるを得ないこともあります。

もっと詳しく：手術後に網膜裂孔周囲の網膜凝固斑の効果が安定するまで、2週間以上網膜が復位した状態が継続される必要があるといっても、実際の治療では気体が網膜裂孔に当たる特定の姿勢の維持は、もっと短期間しか指示されない場合が多くなっています。これは、最近の研究で、多くの裂孔原性網膜剥離では2週間以上の徹底した姿勢の維持を行わなくても（つまりそこまで長期間にわたって気体が網膜裂孔に常時当たっていなくても）網膜裂孔周囲の網膜の復位が維持されることが多いということが解ってきたため、患者さんの負担の軽減に配慮し

た結果です。しかし、どのような眼でどの位の期間特定の姿勢を維持すれば大丈夫なのかは、実はまだよく解っていません。その結果、比較的緩い姿勢の制限では効果が不十分ということが治療経過の途中で判明して、その時点で眼内に気体を追加注入してより厳しい姿勢の維持を求められることもあります。また、再発した網膜剥離の治療の場合や、強度近視の眼におこった網膜剥離などの場合は、最初から2週間以上にわたる特定の姿勢の維持が求められる場合が少なくなく、これらの場合には患者さんのご協力が網膜剥離を治すためには重要になってきます。

5：硝子体手術と水晶体

60歳以上の患者さんに硝子体手術を行うと、手術後1年以内に約9割程度の患者さんで白内障が進行するという研究があります。また、水晶体を手術中に取り除いて硝子体手術を行うと、手技の安全性および確実性が更に高くなると考えられています。

そのため、40歳以上の患者さんの裂孔原性網膜剥離を硝子体手術で治療する場合には、特別な場合を除き、水晶体を取り除いて代わりに眼内レンズを入れる白内障の手術を同時に行うことがふえています。

6：強膜バックリング

強膜バックリングは、眼球の壁の外側にバックルと呼ばれる材料を縫い付けるか、あるいは眼球の壁の内部にバックルを縫い込むことにより、網膜裂孔に一致した部分の眼球の壁を眼球の中心の方向に向かって押し込み、眼球の壁を変形させる治療法です。バックルはシリコンという材質でできていますが、これはオイルではなく固体です。

極端に大きな網膜裂孔など、特殊な裂孔による裂孔原性網膜剥離では、強膜バックリングによる治療は限界がありますが、通常の裂孔原性網膜剥離に対しては、適切に行われれば95%以上の初回網膜復位率が得られるとしている研究もあります。

最も歴史がある治療法ですが、強膜バックリングが効果を発揮するしくみはまだ完全には解明されていません。裂孔原性網膜剥離の状態にもよりますが、適切なバックルが置かれた場合には6種類くらいの力が網膜を復位させる方向に働くと考えられています。強膜バックリングの治療効果が発現するしくみとして、他の治療法ではみられない独特なものとして、治療前の状態では網膜を剥離させる方向に働いていた病気の力を、手術後は網膜が復位する力に転換する作用があることが挙げられます。そのため、網膜裂孔閉鎖が網膜裂孔凝固に頼る割合が他の治療法に比べて少なく、気体注入法を補助に用いた場合でも、術後の特定の姿勢の維持は不要ないし1日間程度の短期間で十分な事が殆どです。

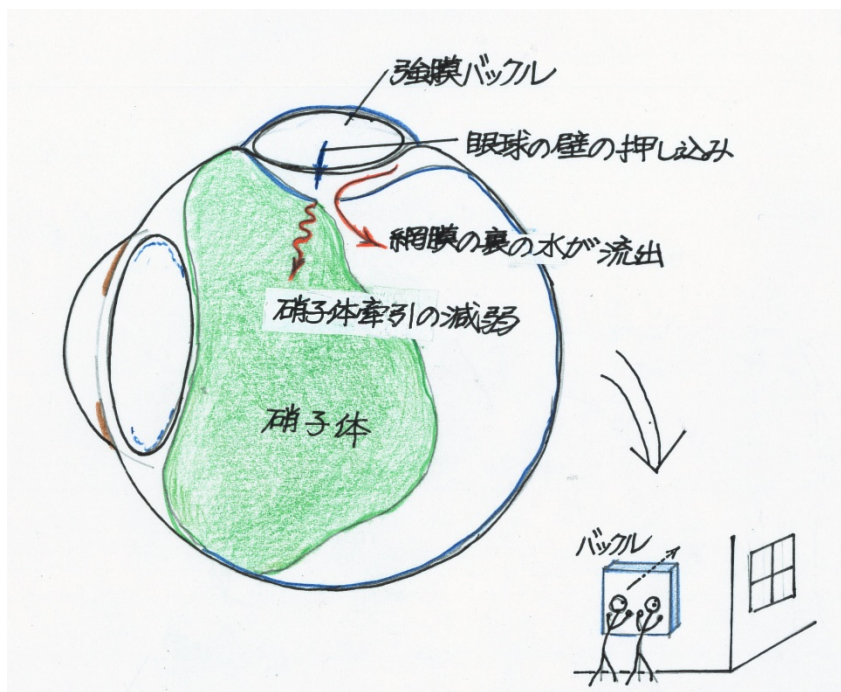
病態にもよりますが、一旦、網膜復位が得られれば、その後の網膜再剥離の危険性も低いと一般に考えられています。

もっと詳しく：裂孔原性網膜剥離では、硝子体牽引が病気の起こるメカニズムとして重要ですが、もう一つ重要なことが、眼球の壁が球形をしている（網膜裂孔の部位の眼球の壁が眼の外側に向かって飛び出している）ということです。流体力学などの難しい理屈があるのですが、網膜裂孔が出来て網膜剥離が始まった場合、通常眼球の形ですと眼の中の水の成分は眼球運

動により網膜裂孔を介して網膜の裏に流れ込み、網膜剥離を悪化させる方向に進みます。ところが強膜バックルにより網膜裂孔の部位の眼球の壁が眼球内部の方向に押し込まれる（眼の内側に向かって飛び出している）と、流体力学などの法則により網膜の裏に溜まった水の成分は網膜裂孔を介して硝子体側に流出し、網膜を復位させる方向に働かすことが解ってきています。

また、網膜裂孔が形成される母体となる異常な網膜硝子体癒着のある場所や網膜の大きな血管の部位は、もともと眼が出来てくる際に網膜と硝子体が完全に分離していないことが多く、手術をする眼科医の技術や手術器械によらずこの部位の硝子体を完全に取りきる事は理論的に不可能です。残った硝子体は手術後に多少なりとも収縮してくることが多く、収縮の程度が強ければ網膜裂孔を新たに形成したり、一旦落ち着いた網膜裂孔を再度活動させて網膜再剥離を来したりすることがあります。最近の研究では、硝子体手術のあとの網膜裂孔の形成や網膜再剥離には、この理論的に取り切れない硝子体に関係していると推測されてきています。これも難しいベクトルの理論があるのですが、眼球の壁が外に向かって飛び出している本来の形は、この場合の網膜再剥離を促進する方向に働きます。しかし、強膜バックルで網膜裂孔の部位の眼球の壁が内側に向かって飛び出す形になっていると、残存した硝子体の収縮力はベクトル理論に従って網膜裂孔を眼球壁に押し付けるように働き、網膜復位が増強するように働きます。

まだ全てが解明されたわけではありませんが、このように、網膜裂孔や異常な網膜硝子体癒着の場所を考慮した適切な強膜バックルによる眼球壁の変形には、本来の眼球の形では網膜剥離を促進する流体力学やベクトル理論の力を、網膜を復位させる力に転換する硝子体手術と異なる働きがあるらしいことが推測されてきているのです。



7：強膜バックリングの問題とされている点

強膜バックリングの欠点の一つとして、強膜を変形させることから手術後に近視や乱視が強くなる事が避けられないことが挙げられます。ただし、これは手術の方法を工夫する事やコンタクトレンズなどの調整をおこなうことで、自覚的な不自由感はある程度は軽減されます。

また、手術中や手術後の疼痛が若干強いことが欠点として挙げられています。

強膜バックリングでは、結膜を大きく切開しますので、手術後の充血や違和感が暫く持続するのも欠点とされています。

8：裂孔原性網膜剥離の治療術式の選択について

裂孔原性網膜剥離の治療においては、患者さんの状況と網膜裂孔・網膜剥離の状態から最も適切な方法を、あらゆる治療法の選択肢の中から慎重に選んで、実践する必要があります。患者さんの状況の中には、腰が悪くて術後に特定の姿勢の維持が出来ないとか、重要な取引を控えていて術後すぐに仕事に復帰したいとか、2種の運転免許を維持したいとかいろいろなことが含まれます。

硝子体手術にせよ強膜バックリングにせよ、その一方のみでこのような患者さんの要望や病気の状態に合わせてきめ細かく対応することは不可能で、車の両輪のように双方ともに重要なものであると考えられます。

Ⅶ、裂孔原性網膜剥離の手術後の注意点はなんでしょう

洗顔・洗髪制限や点眼などに関する注意が医師や看護師から説明されますので、それには従う必要があります。

1：頻度は少なくとも長期にわたる通院の必要があります

裂孔原性網膜剥離は、暫くしてから網膜が再剥離することがあり、手術後は定期的な経過観察が必要な上、飛蚊症の増加・急激な見え方の悪化・視野異常の出現・持続する疼痛などの異状が出現した場合は、速やかに手術を行った医療機関か掛かり付けの眼科医を受診する必要があります。

治療してから数か月あるいは数年経過してから起こってくる合併症もあるため、半年～1年に1度程度の眼科での経過観察は、出来る限り長期にわたって行った方が安全です。

2：仕事や運動は多くの場合で可能になります

裂孔原性網膜剥離は、適切に治療されて網膜が復位している場合には、医師によって差はありますが、時期がくれば一般的なスポーツを含む運動は許可されることが多くなっています。

仕事も、殆どの場合で手術後早期から許可されることが多いですが、大型運転免許や2種運転免許などのある程度以上の矯正視力や立体視が必要な職種、手術後の特定の姿勢の維持が困難になる職種に関しては、手術後暫くの間制限されることがあります。手術前から、医師に相談されることをお勧めします。

以上