

眼科资料汇编

10

内部资料

河南省眼科研究所
河南省人民医院眼科

1985.9

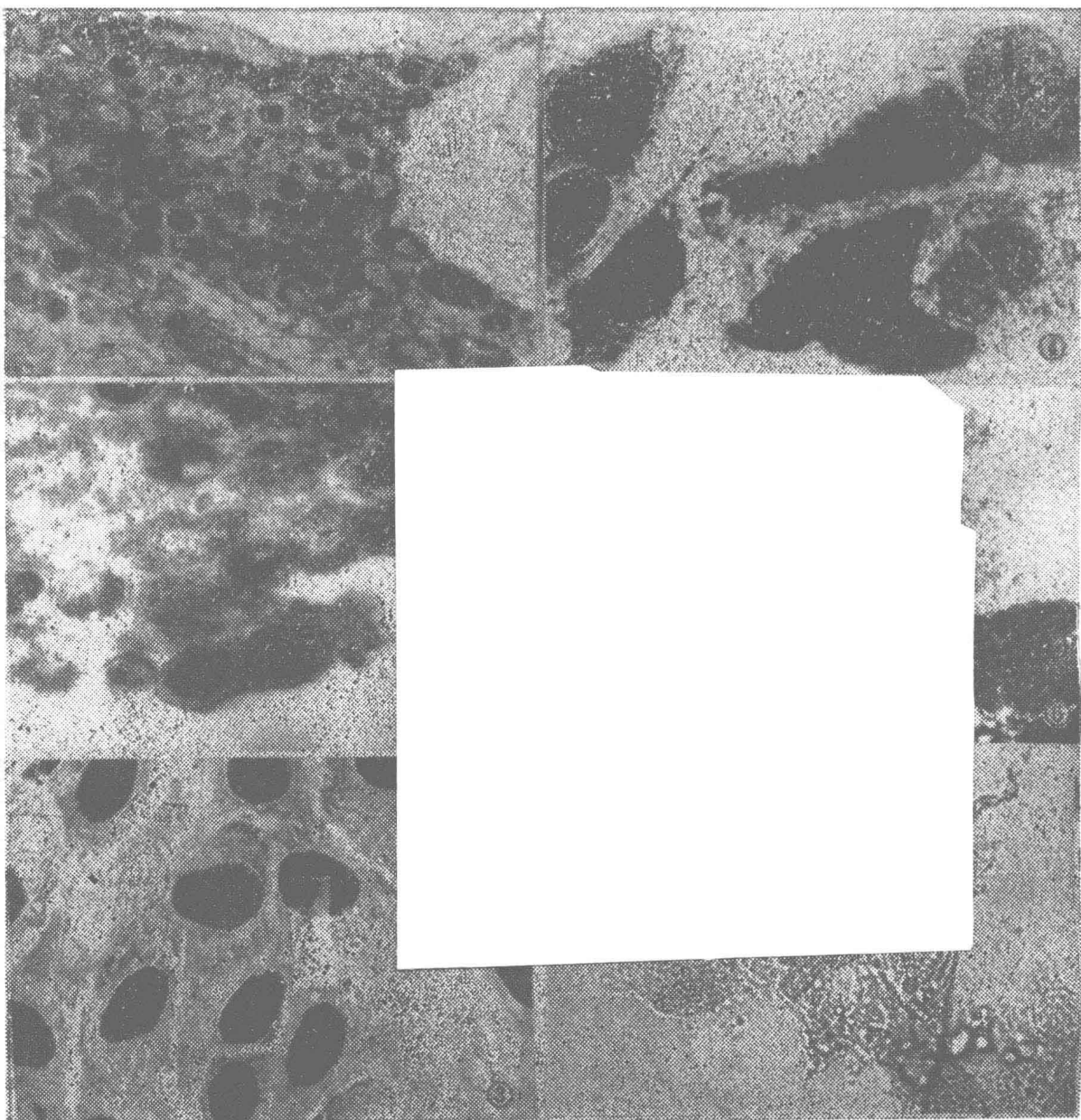
眼科奇科正編

二

二

時 處 國 際 文 學
博 學 人 民 出 版 社

1984年1月



1. 电镜下大量病原体颗粒
2. 电镜下原体颗粒和始体颗粒17000×
3. 正常乳兔肾细胞
4. 豫612株病原体感染乳兔肾细胞原胞浆内包涵体
5. 胞浆内巨大包涵体
6. 胞浆内包含体碘染不着色

目 录

论 著

屈光不正与视网膜周边部退行性病变·····	郭希让等 (1)
急性视网膜色素上皮炎对色素上皮细胞屏障的损害·····	李万琛等 (6)
视网膜母细胞瘤存活十年以上23例病例分析·····	李万琛等 (9)
青光眼手术后晚期恶性青光眼·····	杨国华 (12)
青光眼手术后疗法·····	杨国华 (14)
活血抗炎方治疗抗青光眼术后30例疗效观察·····	庄小平 (18)
应用同视机、三棱镜、角膜缘索引法在共同性斜视术前视网膜对应检 查的比较·····	王介平等 (22)
免疫抑制剂治疗Coats氏病初步报告·····	夏庆祥等 (25)
青光眼手术改进——倒转瓣的疗效·····	陈静琪等 (27)
无血清角膜保存液的临床研究·····	朱志忠等 (31)
单疱角膜基质炎的手术治疗及临床病理研究·····	朱志忠等 (38)
角膜移植治疗重症感染性角膜溃疡 (110 例疗效分析) ·····	孙秉基等 (42)
角膜创伤的实验研究 (复方甲状腺素对促进角膜上皮生长的作用) ·····	孙秉基等 (47)
角结膜鳞状上皮癌的诊断与处理·····	王印其等 (49)
河南沙眼衣原体株的分离·····	顾 珏等 (54)
沙眼豫612株病原体特性研究 (二) ·····	顾 珏等 (57)
我国正常人、家兔、豚鼠血清cAMP—PDE、cGMP—PDE活性测 定·····	韩秀娴等 (59)
角结膜上皮内皮癌 (附4例临床与病理随访报告) ·····	李季华等 (64)
环胞苷与无环鸟苷对小鼠三叉神经节内潜伏单纯疱疹病毒的作用·····	刘卫国等 (68)
疫苗免疫接种予防小鼠三叉神经节单疱病毒潜伏感染的实验研究·····	何世坤等 (74)
小剂量20%甘露醇快速静推降低眼压的观察·····	郭珠娥等 (81)
眼底荧光血管造影的不良反应及处理·····	杜秀玉 (84)
环核苷酸PDE与眼压宁等抗青光眼药物·····	葛伟建 (87)
变应性结膜炎豚鼠模型的建立·····	韩玉霞 (90)
周边虹膜切除术后的激发试验·····	栾少明等 (92)
园形裂孔性视网膜脱离的临床特点及其预后·····	沈玉英等 (96)

酞丁安对家兔实验性HSV角膜炎的实验研究.....刘慧荣等（ 100 ）

病例报告

灭滴灵治疗脆弱类厌氧杆菌性结膜炎一例报告.....韩玉霞（ 104 ）
眼心反射（附三例报告）.....杨国华等（ 106 ）
嫌色性脑垂体瘤误诊为球后视神经炎个案报告.....杨大方（ 108 ）
不完全性下颌面骨发育障碍综合征一家系.....陈静琪等（ 109 ）
先天性无虹膜合并婴幼儿型青光眼一例及其家系调查.....杨国华等（ 110 ）
乌头样白内障综合征.....杨国华等（ 113 ）
口服阿斯匹林引起便血、前房玻璃体出血一例.....陈静琪等（ 115 ）
误点“新脚气水”致眼化学性伤.....王印其（ 115 ）
晶状体过敏性眼内炎继发青光眼一例.....代维芳（ 117 ）

综述与译文

细菌性眼部感染症的现状和动向.....孙秉基（ 120 ）
荧光素钠的副作用与安全性.....罗晓娜（ 127 ）
变态反应结膜炎的诊断.....李淑芝（ 132 ）
老年人的视网膜血管病变.....杨大方（ 134 ）

屈光不正与视网膜周边部退行性病变

河南省眼科研究所 郭希让 鲍道明 孙玉兰 雷国民

视网膜周边部的退行性病变诸如格子样变性等,已证明是与视网膜脱离相关的重要病理改变,其原因不明。临床资料表明具有明显的近视倾向^(1,2)。本文通过一组屈光不正患者522只眼视网膜周边部的调查研究,确认屈光不正与视网膜周边部各种变异的关系,以了解屈光状态在视网膜脱离发病中的作用。

对 象 和 方 法

受检查者为本院门诊屈光不正患者,随机调查261例522只眼,其中男136例,女125例,男:女=1.09:1。年龄最小10岁,最大68岁,平均年龄为29.5岁。患者经2%阿托品或2%后马托品扩瞳,用屈光计或普通视网膜检验法检查屈光度数,然后加镜片校正,以配镜处方所列度数为统计依据。验光完毕后随即进行裂隙灯显微镜Goldmann氏三面镜或1060型锯齿缘附件组成的压陷三面镜进行系统检查,记录视功能及眼底状况,标记各种病变的位置大小及性质关系,建立随访卡片,定期复查连续三年记录变化情况。

到目前为止,有关视网膜退行性病变确切的临床定义还有分歧,为了便于统计,本文按下述临床特征定性分类。

格子样变性以病变形态和特有的血管缩窄白色线条样改变为主,有色素出现或无色素出现,有黄白色小点出现或无黄白色小点出现均认为系格子样变性。

霜样变性以局限性不规则的视网膜变色区(灰白色或黄白色)为标志,有或无黄白色小点均可。

囊样变性指视网膜上孤立或成簇的囊泡状视网膜变薄区,不含锯齿缘上的囊样变性。

牵引指视网膜与玻璃体发生的纤维粘连。

裂孔以裂隙光带的断裂为标志。

陈旧性视网膜脉络膜病灶指局限性的视网膜增殖性疤痕,包括单性的视网膜脉络膜萎缩病灶。

结 果 及 其 分 析

一、全组261例522只眼,共查出近视240眼(45.98%),近视散光(含复型近视散光)119眼(22.80%),远视78眼(14.94%),远视散光(含复型远视散光)55眼

(10.54%)，混合散光30眼(5.7%)。其中双眼共同属于近视性屈光不正(含近视与近视散光，下同)167例(63.98%)，共属于远视性屈光不正(含远视与远视散光，下同)63例(24.14%)。

共查出视网膜周边部退行性病变226眼(43.29%)，各种屈光不正患者视网膜周边部退行性病变患病率见表一。

表 1 屈光状态与视网膜周边部病变的检出率

屈 光 状 态	总 眼 数	病 变 眼 数	病 变 率 (%)
近 视	240	126	52.50
近 视 散 光	119	51	42.86
远 视	78	28	35.90
远 视 散 光	55	10	18.18
混 合 散 光	30	11	36.67
计	522	226	43.29

表 1 表明近视性屈光不正视网膜周边部退行性病变的患病率高，其次为混合性散光，远视性屈光不正的患病率最低 ($\chi^2 = 17.56, n = 2, p < 0.001$)。

数据显示近视性屈光不正的近视与近视散光 ($\chi^2 = 2.95, p > 0.05$)，远视性屈光不正的远视与远视散光 ($\chi^2 = 2.9, p > 0.05$)。各自之间视网膜周边部退行性病变的患病率无明显差异。表明周边部退行性病变的发生与散光无关。

二、在双眼共为近视性屈光不正的167例中，双眼病患者为64例(38.32%)。双眼共为远视性屈光不正的63例中，双眼病患者为15例(23.81%)。表明近视屈光不正双侧视网膜周边部退行病变的患病率高 ($\chi^2 = 3.96, n = 1, p < 0.05$)。

三、在522眼中共查到视网膜格子样变性47眼(9.00%)，视网膜霜样变性97眼(18.58%)，视网膜脉络膜陈旧病灶65眼(12.45%)，玻璃体视网膜粘连牵引灶34眼(6.15%)，视网膜裂孔11眼(2.11%)，网膜囊样变性20眼(3.83%)。

屈光状态与视网膜周边部各种病变的关系见表 2。

因为散光与视网膜周边部病变无明显关系，我们只分析近视性、远视性与各种病变的关系。

视网膜格子样变性中，近视性组共有44眼(12.26%)，远视性组仅有3眼(2.26%)，近视性组格子样变性的患病率明显高于远视性组 ($\chi^2 = 11.24, n = 1, p < 0.001$)。

在视网膜霜样变性中，近视性组共有83眼(23.12%)，远视性组只有13眼

表2 屈光状态与视网膜周边部各种病变的关系*

屈光状态	总眼数	格子样变		霜样变性		陈旧病灶		牵引灶		囊样变性		裂 孔	
		眼数	%	眼数	%	眼数	%	眼数	%	眼数	%	眼数	%
近 视	240	32	13.33	62	25.83	29	12.08	21	8.75	11	4.58	5	2.08
近 视 散 光	119	12	10.08	21	17.65	9	7.56	9	7.56	7	5.88	4	3.36
远 视	78	2	2.56	8	10.25	15	19.23	2	2.56	0	0	1	1.28
远 视 散 光	55	1	1.82	5	9.09	7	12.73	1	1.82	1	1.82	1	1.82
混 合 散 光	30	0	0	1	3.33	5	16.67	1	3.33	1	3.33	0	0
计	522	47	9.00	97	18.58	65	12.45	34	6.51	20	3.83	11	2.11

*表列数字包含同一眼内几种病的重复数字

(9.77%)，仍然是近视组高于远视组 ($\chi^2 = 11$, $n = 1$, $p < 0.001$)。

在视网膜脉络膜陈旧病灶中近视性组为38眼 (10.58%)，而远视性组则为22眼 (16.54%)，统计学上无差异 ($\chi^2 = 3.2$, $n = 1$, $p > 0.05$)。

视网膜囊样变性在近视性组为18眼 (5.01%)，在远视性组仅见1眼 (0.75%)，($\chi^2 = 4.75$, $n = 1$, $p < 0.05$)。

视网膜玻璃体牵引灶在近视性组为30眼 (8.36%)，在远视性组为3眼 (2.26%) ($\chi^2 = 5.77$, $n = 1$, $p < 0.05$)。

视网膜裂孔在近视性组为9眼 (2.51%)，在远视性组为2眼 (1.50%)，但无统计学上的差异 ($\chi^2 = 0.49$, $n = 1$, $p > 0.05$)。

四、在359眼近视性屈光不正中，轻度近视 ($< -2.0\text{DS}$)，共131眼，其中47眼 (35.88%)，发现有不同程度的视网膜周边部病变；中度近视 ($-2.0\text{D} \sim < -4.0\text{DS}$) 共111眼，其中53眼 (47.75%)，发现不同程度视网膜周边部病变；深度近视 ($-4.0 \sim < -6.0\text{D}$) 54眼，其中33眼 (61.11%)，发现有不同程度视网膜周边部病变；高度近视 ($\geq 6.0\text{D}$) 63眼，其中44眼 (69.84%)，发现有不同程度的视网膜周边部病变。表明视网膜周边部退行性病变随着近视度数的加深而增加 ($\chi^2 = 23.2$, $n = 3$, $p < 0.001$)。各种视网膜周边部退行性病变与近视度数的关系见表3。

在近视性屈光不正中共发现视网膜格子样变性44眼为 (12.26%)，明显地随着近视度数的加深而增加，($\chi^2 = 7.98$, $n = 3$, $p < 0.05$)。

不同近视屈光不正中霜样变性 ($\chi^2 = 6.36$, $n = 3$, $p > 0.05$)，视网膜脉络膜陈旧性病灶 ($\chi^2 = 7.28$, $n = 3$, $p > 0.05$)，视网膜玻璃体牵引灶 ($\chi^2 = 6.46$, $n = 3$, $p > 0.05$) 等表明其病变的出现率与近视度数无明显关系。

五、在133眼远视性屈光不正中，低度远视 ($< +2.0\text{D}$) 共94眼，其中23眼 (24.47%)

表3 近视度数与视网膜周边部病变*

近视度数 (D)	总眼数	格子样变		霜样变性		陈旧病灶		牵引灶		囊样变性		裂 孔	
		眼数	%	眼数	%	眼数	%	眼数	%	眼数	%	眼数	%
< -2.0	131	9	6.87	21	16.03	9	6.87	8	6.11	4	3.05	2	1.53
-2.0~< -4.0	111	14	12.61	26	23.42	10	9.01	7	6.31	1	0.9	2	1.8
-4.0~< -6.0	54	8	14.81	15	27.78	7	12.96	7	12.96	7	12.96	1	1.85
≥ -6.0	63	13	20.63	21	33.33	12	19.05	8	12.69	6	9.52	4	6.35
计	359	44	12.26	83	23.12	38	10.58	30	8.36	18	5.01	9	2.51

*表列数字包含同一眼内几种病变重复数字。

发现有不同程度的视网膜周边部病变；中度远视（+2.0D~< +4.0D）共24眼，其中9眼（3.75%）发生视网膜周边部病变；深度远视（+4.0D~< +6.0D）共8眼，其中3眼（37.5%，有不同程度的视网膜周边部病变；高度远视（+6.0D）以上，共7眼其中3眼（42.86%），有视网膜周边部病变。远视度数与视网膜周边部病变，统计见表4。各种视网膜病变在不同远视眼的出现无明显差异，（ $\chi^2 < \chi^2_{0.05}$ ， $p > 0.05$ ）。

表4 远视度数与视网膜病变*

远视度数 (D)	总眼数	格子样变		霜样变性		陈旧灶		牵引灶		囊样变性		裂 孔	
		眼数	%	眼数	%	眼数	%	眼数	%	眼数	%	眼数	%
< +2.0	94	1	1.06	9	9.57	13	13.83	1	1.06	1	1.06	2	2.13
+2.0~< +4.0	24	1	4.17	3	12.5	5	20.83	1	4.17	0	0	0	0
+4.0~< +6.0	8	1	12.5	1	12.5	1	12.5	1	12.5	0	0	0	0
≥ +6.0	7	0	0	0	0	3	42.86	0	0	0	0	0	0
计	133	3	2.26	13	9.77	22	16.54	3	3.26	1	0.75	2	1.50

*表列数字含同一眼内几种病变的重复数字。

表4表明远视度数与视网膜周边部病变的发生无关。

六、在与近视度数相关的视网膜格子样变性中，44眼中查出格子样变性区54处，平均每眼约为1.2处。在< -2.0D组中9眼9处（1:1），-2.0D~< -4.0D组中14眼20处（1:1.4），-4.0D~< -6.0D组中8眼8处（1:1），≤ -6.0D组中13眼17处（1:1.3）。近视度数与格子样变性区的范围大小见表5。

表5 近视度数与格子样变性区范围大小

近视度数 (D)	格子样 变性区数	格子样变性区范围		
		<90°(%)	90°~<180°(%)	≥180°(%)
<-2.0	9	6 (66.67)	3 (33.33)	0
-2.0~-4.0	20	14 (70.00)	5 (25.00)	1 (5.00)
-4.0~-6.0	8	4 (50.00)	2 (25.00)	2 (25.00)
≥-6.0	17	13 (76.47)	3 (17.65)	1 (5.90)
计	54	37 (68.52)	13 (24.07)	3 (6.82)

在不同近视度中,格子样变性区的范围大小之间无差异, ($\chi^2 = 1.8$, $n = 3$, $p > 0.05$)。

七、随访结果:在随访期满于三年者共124例,其中近视性屈光不正196眼,有12眼近视度数增加,幅度为-0.75~-1.50D,这12眼中有格子样变性2眼,霜样变性3眼,眼底状况无明显变化。屈光度无变化的其它眼底情况也无明显变化,仅2例原属于霜样变性在病区发生细小之白色线条,应视为格子样变性。

讨 论

有近视的人其视网膜脱离的发生率约为普通人群的10倍⁽²⁾,视网膜脱离发生在近视眼的统计数字也都在70%以上,而且近视程度越高,发生视网膜脱离的倾向也越大^(3,4)一些视网膜周边部的退行性病灶,如格子样变性、霜样变性等,都视为视网膜脱离的前征候,虽然对屈光不正在这些征候形成中,所起的作用还有异议,但是它们之间的相关性是很明显的。有人报告在-1.0以上近眼中,15%有格子样变性,而且眼轴增长时格子样变性率也增长⁽¹⁾,我们的研究和这些文献是吻合的,近视性屈光不正视网膜周边部退行性病变的患病率高于其他类型的屈光不正,而且是随着近视度增加而加剧的。在普通人群视网膜周边部的调查材料中,格子样变性为4~5.9%^(5,6)。除视网膜周边部视网膜脉络膜陈旧病灶以外,本组格子样变性在近视性屈光不正的患病率为12.26%,相当于普通人群的2.5倍,并且随着近视度数的增加而增加。

尽管格子样变性形成的裂孔,将来发展成为临床视网膜脱离的机会不算大,但是这些数字告戒我们,在我国目前青少年近视逐渐增多的情况下,必须重视并重新估价预防青少年近视的意义。

小 结

本文报告522眼屈光不正视网膜周边部退行性病变的检查及随访结果,确认近视性

屈光不正视网视周边部退行性病变的发病率高,并随着屈光度数的增加而增加,强调预防青少年近视的重要性。

参 考 文 献

- (1) Byer N E. Lattice degeneration of retina. *Surv Ophthalmol* 1979; 23: 213.
- (2) Sigelman J. Vitreous base classification of retinal tears: clinical application. *Surv Ophthalmol* 1979; 25: 59.
- (3) 黄溥倪等、406例视网膜脱离的临床分析 中华眼科杂志 1981; 17: 76。
- (4) 罗成仁等、538例特发性视网膜脱离临床分析 中华眼科杂志 1981; 17: 159。
- (5) 魏冰清等、正常眼底周边部的变异—202只眼裂隙灯显微镜压陷检查所见。中华眼科杂志 1984; 20: 41。
- (6) 傅守静等、男性青年的正常眼底所见

中华眼科杂志 1984; 20: 45。

急性视网膜色素上皮炎对色素上皮 细胞屏障的损害

河南省眼科研究所 李万琛 夏庆祥 李建新 杜秀玉

急性视网膜色素上皮炎 (Acute retinal Pigment epithelitis) 是一种好发于后极部视网膜色素上皮细胞的炎症, Krill和Deutman(1972)(1)首先对本病作了论述。此后Deutman, 吉冈久春, 松井瑞夫等(2-4)又陆续对本病作了报导和描述, 并确认本病为一个独立疾病。国内仅雷嘉启等(1983)(5)报导了本病。自从1981年以来, 我们对拟诊为中心性浆液性视网膜脉络膜病变的164例211只眼作了眼病荧光血管造影检查, 发现急性视网膜色素上皮炎者84例105只眼, 其中有23例27只眼对色素上皮细胞屏障有损害, 现将损害情况报导于后。

临 床 资 料

在84例急性视网膜色素上皮炎中, 男性68例, 女性16例。在105只眼中, 右眼36只, 左眼27只, 21例为双眼患病(占25%)。发病年龄最小者25岁, 最大者62岁, 平均年龄为39.32岁。

眼底荧光血管造影检查: 造影中所见病变形态有三种, 即有外亮中黑的荧光斑、簇集的葡萄状荧光斑及两种形态并存的荧光斑。

1、视网膜色素上皮细胞屏障受到损害者，在眼底荧光血管造影中可见荧光素渗漏，即说明有视网膜神经上皮脱离。在急性视网膜色素上皮炎105只眼中，合并有荧光素渗漏即色素上皮细胞屏障受损害者27只眼（占25.71%），其中右眼19只，左眼8只，双眼者4例。在这27只眼中，色素上皮细胞屏障受损害部位恰在急性视网膜色素上皮炎病灶部位者有16只眼（占15.24%），其中右眼11只，左眼5只。其荧光素渗漏的类型均为扩散型。

在急性视网膜色素上皮炎105只眼中，合并有色素上皮脱离者10只眼，其中右眼6只，左眼4只。色素上皮脱离部位恰在急性视网膜色素上皮炎病灶部位者4只眼（占3.81%）。

在105只眼中，急性视网膜色素上皮炎、视网膜神经上皮脱离和视网膜色素上皮脱离三者同时存在者4只眼（占3.81%）。

2、在164例211只眼的眼底荧光血管造影中，有视网膜神经上皮脱离者93例107只眼，其中右眼52只，左眼27只，双眼患病者14例。另有5例（5只眼）造影正常。在视网膜神经上皮脱离107只眼中，合并有急性视网膜色素上皮炎者27只眼，其中视网膜神经上皮脱离部位恰在视网膜色素上皮炎病灶部位者16只眼（占14.95%）。

3、在164例211只眼的眼底荧光血管造影中，有视网膜色素上皮脱离者48例55只眼，其中右眼17只，左眼24只，双眼患病者7例。在55只眼中，合并有急性视网膜色素上皮炎者10只眼，其中右眼6只，左眼4只。视网膜色素上皮脱离部位恰在急性视网膜色素上皮炎病灶部位者4只眼（占7.27%）。

典型病例

例1 单××，男，27岁，病例号29537。自觉右眼前黑影，视物模糊，视物变小一个月余。检查：视力右眼0.8⁻³，左眼1.5⁻³，双眼屈光间质清晰。检眼镜检查：右眼视乳头和视网膜血管正常。黄斑区水肿，视网膜盘状浅脱离，散在细小黄白色硬性渗出物，中心凹光反射消失。黄斑上方有细小灰色病灶。视野：右眼有中心相对暗点（5°）。全身情况：血压100/70mmHg，心肺正常，心电图正常，胸透正常。化验：WBC：6200，N：72%，L：28%，尿蛋白（—）。

临床诊断：右眼中心性浆液性视网膜脉络膜病变。

右眼底荧光血管造影：动脉前期（10"8）黄斑区上方及颞侧有不规则荧光斑，其中有遮蔽荧光的黑点。静脉期（20"7）荧光斑亮度增强。172"9病灶部位开始有荧光素渗漏。后期（682"6）荧光斑随背景荧光的消退而减弱，但大部分被荧光素渗漏所遮蔽。渗漏扩散呈强荧光，且可见一个的大腔隙（见图1）。总图1

造影诊断：右眼急性视网膜色素上皮炎合并视网膜神经上皮脱离（扩散型）。

例2 杨××，男，40岁，病历号85450。自觉右眼视物模糊、眼前黑影、视物变形变小40天。检查：视力右眼0.6，左眼1.0，双眼外眼正常，屈光间质清晰。检眼镜检查：右眼视乳头及血管系统正常，黄斑部色素不匀，散在细小黄白色硬性渗出，中心凹光反

射消失。黄斑下方有簇集灰色小病灶。视野：右眼有 $5^{\circ}\sim 10^{\circ}$ 不规则中心相对暗点。全身情况好。

临床诊断：右眼中心性浆液性视网膜脉络膜病变。

右眼底荧光血管造影：动脉早期（10"4）黄斑中心及下方有簇集荧光小点，其中间有圆形遮蔽荧光的黑点。黄斑部颞侧有一圆形荧光斑。静脉早期（12"9）及静脉期（21"4）荧光斑点随背景荧光的增强而增强。后期（622"2）黄斑下方荧光斑随背景荧光的消退而减弱，黄斑中心的荧光斑出现荧光素渗漏（扩散型），黄斑颞侧之圆形荧光斑呈强荧光，无渗漏（见图2）总图2

造影诊断：右眼急性视网膜色素上皮炎合并视网膜神经上皮脱离及视网膜色素上皮脱离。

讨 论

1、本病的临床特点^(1,3,5)：（1）发病急，6~12周可恢复，多数病人视力可恢复正常。（2）主要症状为视物模糊，眼前黑影，视物变形、变小等。（3）可单眼或双眼发病，平均年龄40~45岁。（4）本病为视网膜色素上皮疾患，病因不明，Kri11认为本病为视网膜色素上皮对感染的反应，但这与检眼镜所见不一致⁽³⁾。EOG检查正常。（5）典型的眼底所见：在视网膜深层有细小的暗灰色小病灶，有时中心可有黑色小点，其周围为淡黄色晕轮。黄斑部可有2~4处簇集小病灶。（6）眼底荧光血管造影为诊断本病的关键。其特点为急性视网膜色素上皮炎的病灶部位因色素脱失而呈现透见荧光，可为不规则的葡萄状簇集荧光斑，也可因病灶中央有色素堆积而成中心黑点（遮蔽荧光）周围亮（透见荧光），即外亮中黑的环形荧光斑。

2、视网膜色素上皮的炎症，可累及色素上皮细胞的封闭小带，使其屏障作用受到损害而发生渗漏，继之引起视网膜神经上皮脱离。在急性视网膜色素上皮炎的105只眼中，有16只眼（占15.24%）发生渗漏的部位恰在急性色素上皮炎的病灶部位，说明急性视网膜色素上皮炎约有15.24%对色素上皮细胞的屏障作用有破坏。

3、视网膜色素上皮的炎症对色素上皮细胞的基底膜及脉络膜的玻璃膜影响较小。此膜受损害时可引起视网膜色素上皮脱离，眼底荧光血管造影时表现为染料积存而无渗漏。在急性视网膜色素上皮炎的105只眼中，视网膜色素上皮脱离的部位恰在急性视网膜色素上皮炎病灶部位者仅4只眼（占3.81%）。

急性视网膜色素上皮炎、视网膜神经上皮脱离及视网膜色素上皮脱离三者同时存在于一眼者较少见（占3.81%）。

4、在急性视网膜色素上皮炎引起的视网膜色素上皮细胞屏障作用受到损害的16只眼中，荧光素渗漏全部为扩散型，且渗漏的范围较小，程度较轻。考虑其渗漏液中蛋白质及类脂的含量较少，不足以使渗漏液中比重小的水分向上喷出，故仅表现为扩散型的特点。这只是推测，其发病机理有待于进一步探讨。

5、在视网膜神经上皮脱离的107只眼中，恰在渗漏部位合并有急性视网膜色素上

皮炎者16只眼（占14.95%），可以认为视网膜神经上皮脱离者约有14.95%可能是急性视网膜色素上皮炎引起的。这与急性视网膜色素上皮炎中引起视网膜神经上皮脱离者（15.24%）基本一致，两者是偶然巧合还是有一定的规律，有待于进一步探讨。

从临床观察，急性视网膜色素上皮炎可分为不伴有和伴有色素上皮细胞屏障作用受损害两种类型，其治疗效果和估计预后，前者较好，后者较差。

小 结

本文对84例（105只眼）急性视网膜色素上皮炎的临床及眼底荧光血管造影资料作了初步总结，对急性视网膜色素上皮炎损害色素上皮细胞屏障作用的情况作了分析，并对急性视网膜色素上皮炎、视网膜神经上皮脱离及视网膜色素上皮脱离三者的关系进行了讨论。

参 考 文 献

- （1）Krill, A.E, and Deutman, A.F: Acute retinal pigment epithelitis, Am J Ophthal 74:193, 1972
- （2）Deutman A, F: Acute retinal Pigment epithelitis Am J Ophthal 78:571, 1974
- （3）松井瑞夫：图说黄斑部疾患，P.145, 金原出版株式会社（东京、大阪、京都），1977
- （4）吉冈久春，他：急性网膜色素上皮炎，临床眼科，34:367, 1980
- （5）雷嘉启，等：急性视网膜色素上皮炎24例报告，中华眼科杂志19:28, 1983
（图1、2见封三）

视网膜母细胞瘤存活十年以上 23例病例分析

河南省眼科研究所 李万琛 夏庆祥 郭希让

视网膜母细胞瘤为儿童最常见的眼内恶性肿瘤，约有 $\frac{1}{3}$ 发于3岁以前的婴幼儿，出生儿童发病率约为 $\frac{1}{3}$ 万 $\sim\frac{1}{2}$ 万^(1,2)。此病恶性程度高，死亡率高，因而早期诊断，早期治疗十分重要。从1966年以来，在我院治疗的视网膜母细胞瘤随访到的100例中，有23例存活十年以上，现将存活的23例病案分析如下：

1. 性别：男17例，女6例。
2. 眼别：右眼13例，左眼8例，双眼2例。

3. 年令: 就诊时患者年令见表 1。

表 1 就 诊 时 患 者 年 令

	<6个月	1~2岁	>2岁~3岁	>3岁~4岁	>4岁~5岁	>5岁~6岁	7岁	9岁
男	1	2	7	3	1	1	1	1
女		3	1		1	1		

4. 从发现瞳孔呈黄光反射等异常至就诊的间隔时间见表 2。

表 2 从发现瞳孔呈黄光反射等异常至就诊的时间

	<15天	16~30天	31天~2个月	2+~3个月	3+~4个月	5~6个月	未注明
男	5	4	4		2	1	1
女		1	2	1		2	

5. 临床分期为 I 期者 11 例 (13 只眼), II 期者 13 例 13 只眼 (其中 2 例为双眼患病, 另一眼为 I 期)。

6. 治疗后现已存活时间见表 3。

表 3 治 疗 后 已 存 活 时 间

	10年	11年	12年	13年	14年	15年	17年	18年	19年	22年	
男	2	2	4	3	2	1		1	1	1	
女	1		1	1	2		1				

7. 手术后病理检查发现视神经有肿瘤细胞浸润者 1 例 (男), 而死亡的 56 例中, 病理检查发现视神经有肿瘤细胞浸润者 26 例, 有耳前淋巴结转移者 1 例, 头部转移者 1 例。

8. 单眼患者均手术摘除患眼, 双眼患者手术摘除双眼者 1 例, 手术摘除一只眼而另一只眼放射治疗者 1 例。

9. 手术后经深部 X-线或钴⁶⁰放射治疗者 21 例, 其中放射剂量为 3000rad × 2 者 20 例, 4000rad × 2 者 1 例。

讨 论

1. 视网膜母细胞瘤虽然恶性程度高, 但如能早期诊断, 早期治疗仍可达到长期存活的效果。我们随访的 100 例中, 存活 10 年以上者 23 例, 其中存活 20 年以上者 1 例。潘作新

等(1979)(³)报导110例视网膜母细胞瘤中,存活20年以上者2例,存活10年以上者5例, Tudisch(1980)(⁴)报告1例转移性视网膜母细胞瘤治疗后12年仍然存活。

2. 视网膜母细胞瘤患者能长期存活的原因: (1) 患者得到了早期诊断, 延误治疗的时间短。在23例中, 除1例未注明外, 22例均在半年内得到了诊断和治疗, 其中从发现瞳孔呈黄光反射等异常到就诊的时间在2个月以内者16例(占72.7%)。(2) 视神经是否有肿瘤细胞浸润是患者能否长期存活的重要因素。肿瘤位于视神经断端者, 死亡率为65%, 若肿瘤已达到筛板后尚未抵达视神经断端则死亡率低(⁴)。本组23例中, 肿瘤细胞浸润视神经断端者仅1例(占4.35%)。在死亡的56例中, 肿瘤细胞浸润视神经断端或有转移者28例(占50%)。(3) 早发现, 早治疗。本组23例, 临床分期均为I、II期。(4) 综合治疗为治疗视网膜母细胞瘤的较好方法, 本组23例中, 手术后得以正规放射治疗者21例(占91.3%)。

3. 对双眼患者, 有1例双眼球摘除后已存活10年。郑邦和等(1980)(⁵)报导视网膜母细胞瘤432例中, 有1例生后2个月因有瞳孔散大而就诊, 摘除双眼后23年仍健在。近年来, 多数人主张双眼患者可摘除较重的一只眼, 而另一只眼给予放射治疗等措施, 既可达到长期存活的效果, 又可保留部分视力, 以减少生活中的困难。本组有一例摘除了一只眼, 另一只眼采用放射治疗, 现已存活12年。

小 结

本文对视网膜母细胞瘤存活10年以上的23例病例的临床特点作了分析, 并对其长期存活的有关因素进行了讨论。

参 考 文 献

- (1) Dulke-Elder, system of ophthalmology, Vol X, P, 672~724, 1967, Hemry kimptom, london.
- (2) Francois J, Genesis and genetic of retinoblastoma, J pedia ophthal 16: 85, 1979
- (3) 潘作新等: 视网膜母细胞瘤116例临床病理分析, 第二届全国眼科学术会议论文汇编, 中华医学会, 1979
- (4) 庞国祥综述: 视网膜母细胞瘤的治疗, 国外医学(眼科学分册): 2: 70, 1985
- (5) 郑邦和等: 视网膜母细胞瘤432例病例分析, 中华眼科杂志, 16: 296, 1980

青光眼手术后晚期恶性青光眼

河南省眼科研究所 杨国华

恶性青光眼（下称恶青）可在手术后立刻发生。也可在手术后数月数年出现^(1,2)，但恶青发生在术后十年以上的病例，文献未见报告。作者迁上三例，分别发生在术后十年、十五年、二十年，其临床特点有别于早期病例，治疗难度大，效果不佳，结合本文病例，讨论其病因、诊断与治疗，供同道参考。

临 床 资 料

例一，65岁，女，双眼急性闭角性青光眼，左眼十五年前已失明，右眼于十五年前作抗青光眼手术（术式不详），术后眼压不高，保持有用视力，能操劳家务，未用任何药物，至一九八五年五月二十六日本院就诊前三个月，右眼发红，疼痛，视力下降，当地医师检查称有炎症，眼压高，给予抗炎药物和点用匹罗卡品依色林等眼药水，用药后病情更加恶化。来我院检查时，右眼视力0.02，眼前部充血+++，角膜上皮哈气样水肿，无滤泡无前房，上方可见虹膜根切孔，瞳孔部分后粘连，晶体明显混浊，眼压 $10/3 = 50.62\text{mmHg}$ ，随点睫状肌麻痹剂，内服醋氮酰胺、强的松、消炎痛片，静点20%甘露醇三日后，眼压下降达30.39mmHg，中央瞳孔区前房呈裂隙状，患者拒绝手术治疗。

例二，男，64岁，慢性闭角性青光眼，二十年前行抗青光眼手术，术后左眼失明，右眼视力稳定，未用药物治疗，一九八五年六月十七日我院检查前，半年来眼红，视力下降，当地测眼压43.38mmhg，给抗炎缩瞳药物治疗，效果不佳。我院查视力光感（+），光定位⁺+++，色觉红（+）绿（+）眼充血++，无滤泡无前房，瞳孔小，⁺后粘连，晶体核混浊，眼底不能窥见，局部睫状肌麻痹剂，全身高渗剂，醋氮酰胺，激素使用后眼压下降，但前房不能恢复。入院作晶体摘除术，术中晶体完整娩出，并划破晶体囊膜，前房注气。术后前房恢复，但角膜颞下方水肿，上皮有小水泡，视力FE/50cm，不能矫正，眼压 $55/6 = 14.57\text{mmHg}$ 。

例三、男，55岁，双眼慢性闭角性青光眼，十年前右眼作滤过性手术，左眼虹膜切除术。术后眼压控制。因晶体混浊加重，右眼再次作晶体摘除术。一九八二年二月廿一日因左眼视力下降来我院求治，右眼视力FE/30cm，上方角膜缘有局限小过滤泡，睑裂区角膜上皮有水泡无晶体，前房浅外侧消失，角膜后Kp++，虹膜纹理不清，瞳孔不正圆，药物治疗下眼压15.88~26mmHg。左眼视力Hb/眼前，前房极浅呈裂隙状，可见上方虹膜切孔，瞳孔大，上方后粘连，晶体皮质混，C/D0.8，眼压50.62mmHg，入院后作左眼巩膜咬切术，术后仍无前房，眼压不能控制，再次作前巩膜切开，前房注气，术后前房形成，眼压25.81mmHg。