

参考文献

- Colins ET. Developmental deformities of the crystalline lens. JAMA, 1908; 51: 1051-1056.
- Reese AB. Persistent hyperplastic primary vitreous. The Jackson memorial lecture. Am J Ophthalmol, 1955; 40: 317-331.
- Goldberg MF. Persistent fetal vasculature (PFV): an integrated interpretation of signs and symptoms associated with persistent hyperplastic primary vitreous (PHPV). Edward Jackson Memorial Lecture. Am J Ophthalmol, 1997; 124: 587-626.
- Dass AB, Trese MT. Surgical results of persistent hyperplastic primary vitreous. Ophthalmology, 1999; 106: 280-284.
- Anteby I, Cohen E, Karshai I, et al. Unilateral persistent hyperplastic primary vitreous; course and outcome. J AAPOS, 2002; 6: 92-99.
- Brown SM, Archer S, Del Monte MA. Stereopsis and binocular vision after surgery for unilateral infantile cataract. JAAPOS, 1999; 3: 109-113.

(收稿日期: 2004-09-15)

(本文编辑: 韦纯义)

睫状体脉络膜神经鞘瘤二例

赵芳 魏文斌

【关键词】 葡萄膜肿瘤/诊断; 神经鞘瘤/诊断; 葡萄膜肿瘤/治疗; 脉络膜肿瘤/诊断

中图分类号: R779.704 R739.705

例 1 患者女, 15 岁。偶然发现右眼视力下降 3 个月, 于 1999 年 8 月来我院门诊就诊。既往无眼外伤史及眼红痛史, 当地曾按“黄斑病变”治疗未见好转。眼科检查: 视力右眼数指/20 cm, 左眼 0.2 矫正视力 1.0。右眼前节无异常, 右眼鼻下方相当于睫状体及脉络膜前部的玻璃体内见棕色实性隆起, 表面呈萎缩斑样改变。眼底视盘色正常, 边界不清楚水肿, 全视网膜脱离, 黄斑受累。右眼彩色超声多普勒(CDI)检查提示: 睫状体实性占位病变, 继发性视网膜脱离。超声生物显微镜(UBM)检查提示: 右眼睫状体占位性病变。磁共振(MRI)提示: 右眼睫状体肿物(考虑腺瘤、神经鞘瘤或平滑肌瘤)、视网膜脱离。胸部透视未见异常。诊断: 右眼睫状体及前部脉络膜肿瘤、继发性视网膜脱离。于 1999 年 8 月 20 日在低血压全麻下行“右眼晶状体玻璃体切割+肿瘤切除+异体巩膜修补+重水+眼内激光光凝+硅油充填+环扎术”。手术中见瘤体透光, 切除的肿瘤表面光滑呈灰白肉样, 表面血管丰富, 手术后眼睑低位, 给予抗感染、散瞳、激素、止血治疗。手术后 10 d 出院, 视力数指/20 cm, 前房出血吸收, 视网膜平伏, 巩膜清晰可见。切除组织送病理检查, 病理报告: 右眼神经鞘瘤(Antoni A+B 型)。随访 4 年余未见复发。

例 2 患者男, 39 岁。因左眼视力逐渐下降 1 年, 于 2004 年 4 月 26 日来我院门诊就诊。既往有 5 年高血压史。眼科检查: 视力右眼 1.5 左眼 0.2。双眼散瞳检查, 左眼鼻侧晶状体前囊及皮质轻度混浊, 余前节未见异常。于 7:00~11:00 点处可见多个睫状体表面呈囊性半透明状突向玻璃体, 周边可见 4 个睫状突有血管, 其后方可见半球形表面有菲薄视网膜之半透明红黄色物。视盘边界清楚色红, 黄斑正常。右眼未见异常。诊断: 左眼睫状体占位病变(性质?); 左眼睫状上皮囊肿; 左眼并发性

白内障。左眼 B 型超声检查提示: 左眼鼻侧周边部 7:00~11:00 点处探及 14.3 mm×11.9 mm×5.8 mm 中等回声, 表面波浪状, 内回声较多(图 1)。A 型超声检查为中等波, 大部分无声衰减, 有区域声衰(+), 基底平滑, 表面囊肿, 实质内表有强斑声影。提示: 左眼睫状体实性占位病变 睫状上皮囊肿。UBM 检查提示: 左眼睫状体占位性病变(图 2)。诊断: 左眼睫状体脉络膜实性肿物 继发性视网膜脱离。胸部照片未见异常, 肝脏 B 型超声提示中度脂肪肝, 左眼 MRI 提示鼻上方占位病变(神经源性? 炎症性?), 于 2004 年 6 月 11 日被收入院。眼科检查: 视力右眼 1.2 J, 左眼 0.3 J, 眼压: 右眼 13 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa), 左眼 15 mm Hg, 左眼晶状体前囊及鼻侧轻度混浊, 7:00~11:00 点处睫状体占位病变, 睫状上皮泡状隆起, 相应部位视网膜脱离。诊断: 左眼睫状体脉络膜肿物 继发性视网膜脱离 并发性白内障。于同年 6 月 14 日在低血压全麻下行“左眼晶状体玻璃体切割+眼内肿瘤局部切除+重水+硅油充填+巩膜外冷冻术”, 手术顺利, 手术中透照肿物时肿物透光, 完整切除淡粉红色鱼肉样肿物, 大小为 13 mm×10 mm×5 mm, 边界清楚, 怀疑转移癌? 血管瘤? 手术切除组织送病理检查, 病理报告: 神经鞘瘤, 免疫组织染色波形蛋白(vimentin)强阳性, S-100 蛋白阳性, 神经元特异性烯醇化酶(NSE)阳性, 神经纤维细丝蛋白(NF)阴性, 神经胶源性蛋白(GFAP)阴性(图 3)。手术后眼睑低位, 给予抗感染、散瞳、激素、止血治疗。因前房布满积血, 眼压高, 口服降眼压药及局部点降眼压药, 反复前房穿刺放血, 并服中药丹苓冲剂。手术后 8 d 前房积血吸收, 鼻侧可见虹膜周边切口, 硅油界面可见。手术后半月前房再度积血, 眼压 14 mm Hg, 治疗半个月后积血吸收, 视力眼前数指, 眼压 10 mm Hg。眼底检查后极部视网膜平伏, 鼻侧周边部有增生。

讨论: 神经鞘瘤是来自 Schwann 细胞的神经外胚层肿瘤, 属于良性末梢神经肿瘤, 可发生于任何年龄, 以成年多见。常见于眼眶或眼睑皮下等部位, 发生于睫状体者罕见。除散瞳间接

作者单位: 430014 武汉市中心医院眼科(赵芳); 首都医科大学附属北京同仁医院眼科中心(魏文斌)

通讯作者: 赵芳, Email: whzf2003@163.com



图 1 例 2 左眼 B 型超声像。睫状体实性占位病变, 表面睫状上皮囊肿 图 2 例 2 左眼 UBM 像。睫状体、前部脉络膜实性占位病变
图 3 例 2 左眼病理切片。有明显阳性着色细胞 Vimentin 免疫组织化学染色 $\times 200$

检眼镜检查, 眼部 CDI、UBM、MRI 检查均可证实睫状体有占位性病变, 确诊需要病理学检查。免疫组织化学染色: 神经源性蛋白, 抗角蛋白, 波形蛋白, 结蛋白阴性可排除睫状体上皮来源的睫上皮细胞瘤, 平滑肌瘤和神经胶质瘤等的可能性。S-100 及 NSE 在肿瘤细胞浆内呈棕色颗粒状强阳性反应, 可诊断为睫状体神经鞘瘤。显微镜下神经鞘瘤呈特殊栅栏状排列, 核染色深, 肿瘤细胞为细长梭形, 应与脑膜瘤鉴别。上述患者经保留眼球的局部肿瘤摘除手术治疗, 手术后保留了一定的视力, 眼球

外形正常, 随访 2 个月~4 年余未见复发。

参考文献

- 1 王成林, 林贵. 罕见病少见病的诊断与治疗. 北京: 人民卫生出版社, 1999. 23.
- 2 马正中, 阚秀, 刘树范. 诊断细胞病理. 郑州: 河南科学技术出版社, 2000. 695-696.

(收稿日期: 2004-10-25)

(本文编辑: 韦纯义)

视网膜颞下支动脉阻塞一例

徐永宁 陈滨 钱晓娃

【关键词】 视网膜动脉阻塞/治疗; 栓塞

中图分类号: R774.1 R364.15

患者女, 38 岁。因左眼视物模糊伴眼前黑影遮挡 8 h, 于 2004 年 5 月 27 日来我院就诊。全身检查: 一般情况正常, 血压 150/105 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 颈动脉超声多普勒检查未见明显异常。实验室检查: 甘油三酯 192 mg/dL, 载脂蛋白 2.01 g/L; 全血黏度 5.47 mPa·s, 全血高切黏度 4.35 mPa·s, 全血低切黏度 8.64 mPa·s。患者否认既往眼病史。否认有糖尿病、多发性血管炎等病。眼科检查: 视力右眼 1.0, 左眼 0.6。眼压: 右眼 12 mm Hg, 左眼 11.3 mm Hg。右眼内外眼正常。左眼角膜透明, 前房正常, 瞳孔直径约 3.5 mm, 直接对光反射减弱, 晶状体透明, 玻璃体轻度混浊。眼底: 视盘边界清楚, 色泽正常, 视网膜动脉变细, 颞下支视网膜主干分叉处可见节段状黄白色反光, 颞下视视网膜局限性水肿, 呈灰白色混浊, 黄斑受累, 部分呈樱桃红, 中心凹反光消失 (图 1)。给予舌下含服硝酸甘油 5 mg 后行荧光素眼底血管造影 (FFA) 显示: 左眼视网膜循环时间延长。视网膜动脉 18 s 显影, 但颞下支视网膜主干无灌注; 21 s 颞下支视网膜主干近端及黄斑小分支出现荧光充盈, 远端仍无灌注, 分叉处呈强荧光, 可见动脉前峰 (图 2); 26 s 颞

下支视网膜主干分叉处呈倒“Y”形强荧光, 其远端荧光素缓慢充盈, 远端血管无充盈 (图 3); 90 s 颞下支视网膜荧光素充盈完全, 分叉处仍呈倒“Y”形强荧光 (图 4)。Humphrey 静态全自动视野检查显示左眼鼻上象限扇形缺损。临床诊断: 左眼视网膜颞下支动脉阻塞, 遂收住院。入院后即在裂隙灯显微镜下行左眼前房穿刺术, 放出前房水 0.1~0.2 ml; 静脉滴注低分子右旋糖酐 500 ml 加丹参注射液 20 ml, 每天一次; 口服维脑路通片等扩血管药物, 及降血压和降血脂等综合治疗。翌日检查左眼视力 0.8, 眼底视网膜水肿减轻。第 3 天检查左眼视力 1.0, 眼底: 视网膜水肿病灶范围缩小, 颜色变淡, 水肿逐渐消退, 黄斑部分呈桔红色, 中心凹反光出现。因患者要求出院, 遂带药离院。14 d 后复查眼底: 原病灶处视网膜色泽恢复, 水肿吸收 (图 5)。FFA 显示: 18 s 左眼颞下支视网膜荧光已充盈, 未见强荧光斑 (图 6)。Humphrey 静态全自动视野检查示左眼鼻上象限仍为扇形缺损。

视网膜分支动脉阻塞较中央动脉阻塞少见, 其病因与视网膜中央动脉阻塞相似。此患者全身检查有严重的高血压, 实验室检查有高血脂及血黏度增高, 眼底表现为颞下支视网膜主干分叉处有节段状黄白色反光, 2 次 FFA 和视野检查证实为视网膜颞下支动脉阻塞, 其临床诊断成立。FFA 中显示颞下支视网膜主