



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, 颞下支视网膜局限性水肿, 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

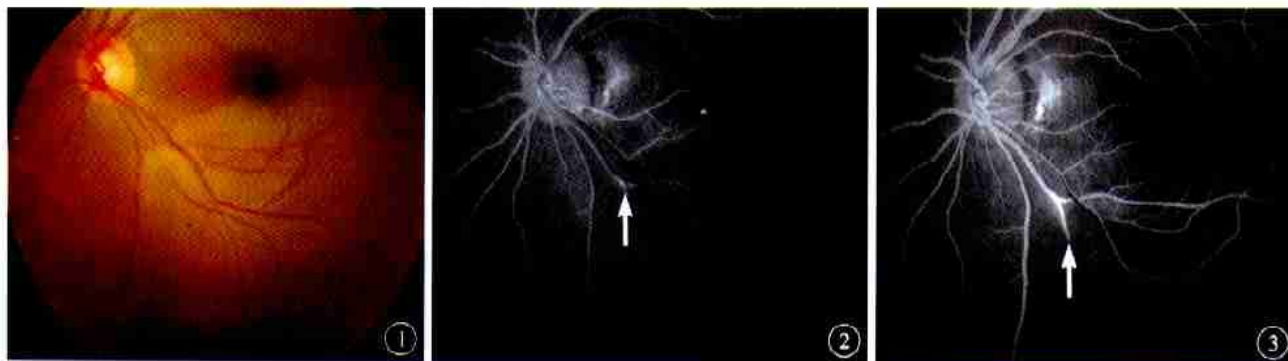


图 1 左眼治疗前彩色眼底像。颞下支动脉主干分叉处可见节段状黄白色反光,引流区视网膜水肿 图 2 左眼治疗前 FFA 像。21 s 时颞下支动脉主干近端及黄斑支充盈,远端仍无灌注,分叉处呈强荧光(白箭) 图 3 左眼治疗前 FFA 像。26 s 时颞下支动脉主干分叉处呈倒“Y”形强荧光(白箭),其远端缓慢充盈

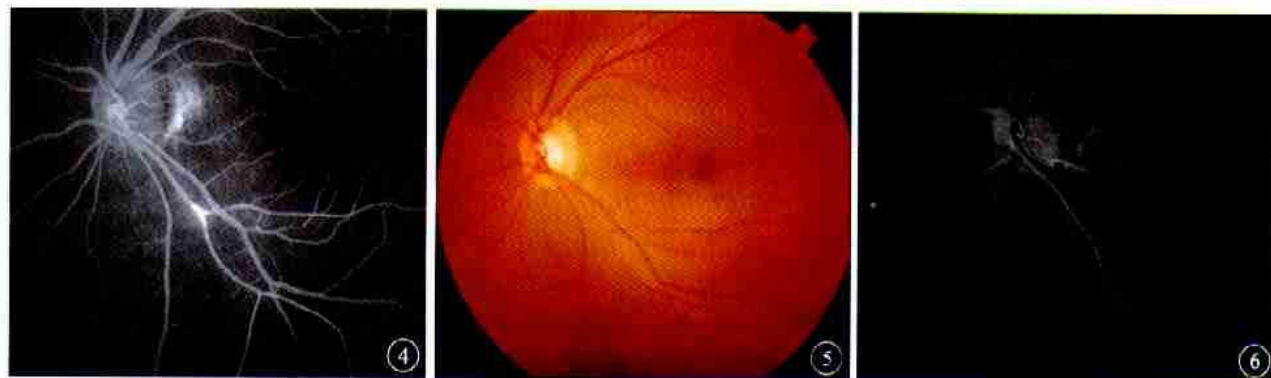


图 4 左眼治疗前 FFA 像。90 s 时颞下支动脉充盈完全,分叉处持续强荧光 图 5 左眼治疗后彩色眼底像。颞下视网膜颜色恢复,水肿吸收 图 6 左眼治疗后 FFA 像。18 s 时颞下支动脉荧光素已充盈

干分叉处呈倒“Y”形强荧光,说明血管阻塞直接由栓子栓塞引起,我们考虑此栓子最可能为胆固醇栓子,而促使栓子形成的原因不明。对于部分年轻患者而言,多种相关因素可导致栓塞形成^[1]。临床上视网膜分支动脉阻塞的预后一般较好,虽然本例患者起病突然,视野缺损亦永久性存在,但是因发现早,治疗及时,故中心视力预后好。

参考文献

- 1 Greven CM, Slusher MM, Weaver RG. Retinal arterial occlusions in young adults. *Am J Ophthalmol*. 1995;120: 776-783.

(收稿日期:2004-09-20)

(本文编辑:韦纯义)

· 消息 ·

现代微机视野的检测及阅读学习班将在深圳市举办

为了提高临床眼科医师及技术人员的微机视野检测及阅读水平,促进青光眼等各种眼病的诊断水平提高,中华眼科杂志编委会决定于 2005 年 12 月 20~26 日在广东省深圳市举办现代微机视野的检测及阅读学习班。

视敏度(视力)和视野是视功能中最重要的两个方面,视野可衡量黄斑区以外的视功能。而本世纪 70 年代以来,计算机自动视野计的问世、开发与应用,显著提高了视野检查的敏感性,使临床视野检查进入了新的时代。而高通分辨率视野检查、图形分辨视野检查、蓝黄色视野检查、周边位移阈值、闪烁和时间调节视野检查以及全视野心理物理学测验等,正在研制和完善中。虽然现代视野检查从检测过程到结果评估都已经实现自动化,但仍需从根本上理解其原理。因此作为基础的视功能检查手段,相关科室的医师和研究者必须了解视野检测的运用范围、方法以及局限性等。视野计及其检测方法的迅速进展,为视野学增添了更多的新内容,同时也使许多传统概念得到更新。

本次学习班将邀请我国从事青光眼及视野研究的知名专家和学科带头人进行专题讲座。内容包括(1)视野相关的视觉电生理基础知识;(2)视野相关的光学基础知识;(3)视野学的历史及相关知识;(4)详细阐述 Humphrey 视野计的各项参数,并应用大量材料说明 Humphrey 视野计的结果并进行分析;(5)OCT 检测的原理及结果的分析;(6)视盘杯盘比、盘缘面积、视神经纤维层分析;(7)倍频视野检查的原理以及结果分析;(8)各种视野计介绍。学习班期间将对目前相关研究领域的热点问题展开讨论,并穿插进行疑难问题解答。凡参加学习班者将颁发国家级 I 类继续教育学分证书。联系地址:北京东四西大街 42 号中华医学会中华眼科杂志编辑部,邮编:100710;联系人:郭维涛;Email:guoweitao@cma.org.cn。联系电话:010-65273360,65249989-1428。

中华医学会中华眼科杂志编委会