

眼屈光参差者过去未曾得到良好的视力矫正,或者双眼屈光参差因戴镜不适不能足矫,单眼受到抑制有关。沈丽君等<sup>[8]</sup>报道立体视功能与患者本身具有的矫正视力有明显相关性,良好的矫正视力是术后立体视恢复的必然条件。另外远近融合功能检查结果存在差别可能与两种检查方法、筛选标准不同及受调节集合瞳孔反射的影响不同所致。由于受试者均无明显的眼位异常,无运动融像障碍,故未讨论运动融像对立体视的影响。

综上所述,戴用RGP可使屈光参差患者获得清晰视力的同时,还可减少不等像视,促进融合,使多数患者获得良好的立体视觉,为屈光参差患者视力矫正的理想选择。

## 参考文献

- 瞿佳等. 视光学理论和方法. 北京:人民卫生出版社, 2004, 50-51.
- 赫雨时. 斜视. 天津:科学技术出版社, 1982, 26.
- 王宁利等. 同仁验光配镜实用技术. 人民军医出版社, 2006, 188-189.
- 吕帆, 谢培英. 角膜接触镜学. 人民卫生出版社, 2004, 25-27.
- Hong X, Himebaugh N, Thibos LN. On-eye evaluation of optical performance of rigid and soft contact lenses. *Optom Vis Sci*, 2001, (12): 872-880.
- 朱彤, 王勤美, 崔建萍. 球面与非球面镜片对近视眼高阶像差的影响. *徐州医学院学报*. 2003, 23 (6): 575-578.
- Mester U, Dillinger P, Ansterist N. Impact of a modified optic design on visual function: clinical comparative study (1). *J Cataract Refract Surg*, 2003, 29(4): 652-660.
- 沈丽君等. 准分子激光屈光性角膜手术治疗近视性屈光参差后的双眼影像不等和立体视. *眼视光杂志*, 1999, 1(1): 37.

(收稿时间 2007-06)

## · 病例报告 ·

### 葡萄膜大脑炎伴眼肌麻痹一例

张燕 贺忠江

患者 男 23岁 双眼视物不清,复视,左眼视物变形 7d。患者于半年前无明显诱因出现耳鸣,未治。10d前开始出现头痛,不伴恶心、呕吐。于2006年5月15日就诊于我院眼科,以葡萄膜大脑炎收入院。双眼视力均为0.25(矫正不能),33cm角膜映光检查左眼内斜15°。复视像检查水平复视,向左注视物像分离最大,左眼外展不能。结膜混合性充血, kp (+), 房闪 (+), 瞳孔圆, 对光反射良好。双眼视乳头隆起, 边界不清, 左眼黄斑区可见纵行皱褶, 中心凹光反射隐约可见, 右眼黄斑区未见异常。视野检查: 双眼生理盲点扩大。全身检查: 一般情况好, 肝肾功能正常。脑电图, 脑MRI, 蝶鞍区CT未见异常。有轻度脑膜刺激征。化验检查: 白细胞 $10.12 \times 10^9$ , 中性粒细胞0.85, 抗核抗体(-)。腰穿脑脊液压力114mmH<sub>2</sub>O, WBC $1.7 \times 10^6$ , L0.72, 蛋白1.2g/L, 糖、氯化物正常。听觉诱发电位波 I - V 间期大于4.5ms, 视觉诱发电位P100潜伏期延长。诊断: 葡萄膜大脑炎。左眼外展神经麻痹。治疗: 典必殊眼液点双眼, 每日4次, 复方托品酰胺眼液点眼, 每日2次。静脉点滴青霉素800万单位, 小壶地塞米松10mg加入生理盐水250mL, 静脉点滴葛根素0.4g, 胞二磷胆碱0.75g加入生理盐水250mL, 以及口服神经营养药物, 20d后检查: 双眼复视症状消失, 头痛及耳鸣症状减轻。腰穿脑脊液检查正常。

**讨论** 1906年Vogt首先报道了本病。该病是以双侧肉芽肿性全葡萄膜炎为特征的疾病, 常伴有脑膜刺激征、听力下降、白癜风、毛发变白或脱落, 是国内常见的葡萄膜炎之一。本病除了明显的病因, 如结核、弓形体、钩端螺旋体等病原体感染以外, 原因不明多属于自身免疫性疾病<sup>[1,2]</sup>: 免疫学检查可见葡萄膜大脑炎的外周血T淋巴细胞数下降, 晚

期T淋巴细胞抑制试验显示为细胞超敏反应, T淋巴细胞浸润并有浆细胞聚集, 血清及脑脊液中 $\gamma$ -干扰素明显增多及血清IgG增高。研究证明, 葡萄膜炎的发生与机体对视网膜抗原的特异免疫反应有关。本病好发于青壮年, 20岁-40岁多见, 男女无差别。该病病情严重, 病程长, 易复发, 难治疗, 预后差。反复发作是本病的主要临床特点。葡萄膜大脑炎有时仅有眼部症状或头痛, 发热症状, 缺乏本病特征, 易误诊为呼吸道疾病或病毒性脑炎<sup>[3]</sup>。Snyder (1980年) 提出新的诊断标准: 患者以前无眼部外伤或手术史, 有以下其中三个体征: ①双眼慢性虹膜炎, ②后葡萄膜炎, ③神经性耳鸣、颈项强直、脑神经或中枢神经系统症状或脑脊液淋巴细胞数增多, ④皮肤异常如脱发, 毛发异常或白癜风。

单侧性外展神经麻痹(后天性)原因复杂, 较常见的有颅底的炎症或脑膜炎, 传染性疾病如流行性感冒、白喉、外伤, 各种原因引起的颅内压升高、脑肿瘤或邻近组织的肿瘤侵犯颅底如鼻咽癌, 血管性疾病<sup>[5]</sup>。糖尿病引起外展神经麻痹<sup>[6]</sup>也有报道。但葡萄膜大脑炎引起外展神经麻痹实属罕见。

## 参考文献

- 钟长明, 等. Vogt-小柳-原田病, 临床神经病学杂志, 1990, 4: 237
- 张铭琦, 等. 内因性色素膜炎患者自身免疫反应的动态研究. 中华眼科杂志, 1991, 27: 165
- 郭茜如, 等. 重型葡萄膜炎的中西医结合治疗及随访分析. 眼科新进展, 1995, 15: 37
- 杨培增综述. 视网膜S抗原的研究进展. 国外医学眼科学分册. 1987, 11: 193
- 叶建新. 葡萄膜大脑炎13例误诊分析. 实用医学杂志, 2002, 18: 526
- 李凤鸣主编. 中华眼科学. 第二版. 北京: 人民卫生出版社, 2005, 2751-2752
- 邓得明. 糖尿病性外展神经麻痹二例. 临床内科杂志, 1998, 15: 199

(收稿时间 2007-04)

作者单位: 100730 北京, 北京军区医院眼科(张燕); 天津医科大学总医院(贺忠江)

通讯作者: 张燕, E-mail: iamyanis\_1972@yahoo.com