

中心性浆液性脉络膜视网膜病变患者屈光状态调查

公 有 泉

(江西省南昌爱尔眼科医院 南昌 330000)

关键词: 中心性浆液性脉络膜视网膜病变; 屈光不正; 调查

中图分类号: R 774.1

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.056

中心性浆液性脉络膜视网膜病变(简称中浆)是眼科常见且病因及发病机制不完全清楚的眼底疾病^[1]。为了探讨中浆病对人眼屈光状态的影响以及原有屈光状态是否为该病的易患因素,近几年来,我们对部分中浆患者治疗前后的屈光状态进行观察。现将结果报告如下:

1 对象与方法

1.1 对象 选择 2005~2009 年在我院就诊的中浆患者,治疗前后屈光资料完整者共 182 例(192 眼),男 165 例,女 17 例,年龄 30~50 岁,所有患者均已经眼底荧光血管造影检查明确诊断。主要采取的治疗方法有光凝、活血化瘀中药、维生素治疗。治愈标准:黄斑水肿完全消退,中心凹反光可见或经眼底荧光血管造影检查不再有荧光渗漏。

1.2 方法 治疗前对双眼进行检影验光,确定双眼的屈光状态,待中浆完全治愈后再重新验光。正视眼标准为 -0.3D~+0.5D。统计分组:第一组,对治疗前所有的患眼屈光类型进行分类,归纳各类型平均

的屈光状态(见表 1)。第二组,将治愈后检查为近视眼的眼睛汇总,回顾其治疗前的屈光状态(见表 2)。第三组,将治疗前为近视眼而治愈后检查为正视眼的眼睛汇总,回顾其治疗前的屈光状态(见表 3)。

2 结果

2.1 192 只眼治疗前的屈光状态 见表 1。192 眼中浆患者眼中,治疗前有 101 眼为远视状态。

表 1 治疗前各类屈光不正所占比例及平均屈光度 ($\bar{X} \pm S$) D				
类型	近视	正视	远视	远视变动(含原来有远视、老花)
患眼	30	61	101	
平均屈光度	-1.66 $\pm$ 1.13	0		+0.83 $\pm$ 0.32

2.2 患、健眼治疗前后平均屈光度比较

2.2.1 中浆治愈后仍为近视眼 治愈后检查有近视眼的为 22 眼,占总体中浆的 11.4%,无大于 -6.0D 以上的高度近视患者。其治疗前后的屈光状态有显著差异,而健眼无统计学意义。见表 2。

表 2 22 例患、健眼治疗前后平均屈光度比较 ($\bar{X} \pm S$) D				
眼别	治疗前	治疗后	t 值	P 值
患眼	-1.33 $\pm$ 0.75	-1.85 $\pm$ 0.72	2.338	<0.05
健眼	-1.38 $\pm$ 0.68	-1.41 $\pm$ 0.63	0.0269	>0.05

2.2.2 中浆治疗前为近视眼而治愈后为正视眼 治

使组织温度升高而达到治疗原发性肝癌的目的。体外高频热疗无副作用,与放疗、化疗等有协同作用,提高了患者生存质量,对晚期原发性肝癌患者具有一定疗效^[9]。

本组 81 例晚期原发性肝癌患者,经过 1 个疗程艾迪注射液联合 2 个疗程体外高频热疗后,其症状有不同程度缓解,疼痛、黄疸症状减轻,肝功能好转,并为 8 例患者创造了介入治疗等微创治疗机会,说明艾迪注射液与体外高频热疗联合可以改善晚期原发性肝癌患者的症状,提高其生存质量,对肿瘤大小及生存时间的影响有待进一步研究。

参考文献

[1]陈震,宋明志,刘鲁明,等.中晚期肝癌综合治疗进展[J].医师进修杂志,2002,25(10): 12-14
[2]梁爱华.近年来国内抗癌中草药药理研究[J].中医药研究,1991,5(1): 55-57
[3]黄立萍.艾迪注射液治疗晚期肝癌的疗效观察[J].实用中西医结合临床,2008,8(1): 35-36
[4]王精兵,梁惠民,冯敢生,等.植入术微波热凝固对正常组织破坏作用—影像病理观察[J].临床放射学杂志,2003,22(2): 154
[5]戴辉,侯友贤,闫业勇,等.高频透热联合化疗治疗晚期原发性肝癌临床报告[J].第一军医大学学报,2001,21(10): 765-766

(收稿日期: 2010-07-12)

艾迪注射液由人参、黄芪、刺五加、斑蝥制成,经动物实验证明具有免疫调节及抗癌双重作用。现代研究表明^[2,3],艾迪注射液是一种新型多靶点抗肿瘤药,有如下功能:(1)抑制肿瘤血管新生:艾迪能抑制血管内皮生长因子(VEGF)蛋白的表达,降低血管的密度,从而抑制肿瘤血管增生。(2)直接杀伤肿瘤细胞。(3)诱导肿瘤细胞凋亡:艾迪能使 P53 表达上调,bcl-2、PCNA 表达下调,且与艾迪注射液浓度有关。(4)多药耐药的逆转。(5)免疫调节:艾迪内含多种植物多糖,明显提高机体免疫力。

肝癌热疗的应用是继介入性治疗后对于外科不能手术切除的肝癌治疗上又一里程碑,近年来临床应用已取得了令人鼓舞的疗效^[4]。用加热的方法治疗肝癌,疗效独特而确切,且并发症少,应用范围广,前景十分广阔,也是目前在介入治疗基础之上,进一步研究与实践对肝癌综合治疗的一个热点。我们应用频率为 13.56MHz 高频振荡电流通过空气作为人体和电极间加热的介质产生高频电磁场作用于人体,电磁场的能量被组织吸收后转变为热能,

中西医结合治疗外伤性前房积血

黄娟

(江西省鹰潭市中医院 鹰潭 335000)

关键词: 外伤性前房积血; 中西医结合疗法; 甘露醇; 糖皮质激素; 中药煎剂

中图分类号: R 779.12

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.0057

外伤性前房积血是临床常见病,治疗不当常继发青光眼和角膜血染,严重危害患者的视功能。近几年来,笔者运用中西医结合治疗外伤性前房积血 32 例,无 1 例角膜血染。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 32 例中,男性 26 例,女性 6 例;年龄最小者 2 岁,年龄最大者 75 岁;其中眼球钝挫伤者 21 例,眼球穿通伤者 11 例;病程 3~21d,眼球穿通伤者病程较长。

1.2 治疗方法

1.2.1 中药治疗 基本方:当归、生地、赤芍、川芎、前胡、防风、藁本、黄芩、甘草。加减法:初期加凉血止血药,如白茅根、生大黄、生蒲黄、丹皮;无新鲜出血时加行气活血化瘀之品,如桃仁、红花、郁金;眼球穿通伤者加疏风清热之黄芩、荆芥、柴胡。水煎服,1 剂/d。

1.2.2 西药治疗 静脉点滴 20%甘露醇,1 次/d,眼压不能控制者 2 次/d,眼内点碳酸酞酶抑制剂眼药水以降眼压,如还不能控制眼压,加前房穿刺甚至前房冲洗;根据病情口服或静脉应用小剂量糖皮质激素。

1.3 结果 32 例中,无 1 例出现角膜血染。6 例眼球穿通伤者因眼球结构破坏严重,虽然角膜透明,但视网膜脱离,眼球萎缩无视力;其余 26 例视力均

恢复良好。

2 讨论

外伤性前房积血为眼外伤中最常见的一种眼病,其发病率约为眼外伤总数的 25%。前房内的少量积血,一般为眼球挫伤后虹膜血管通透性增加而渗出的血液,多易吸收。大量的积血则是由虹膜或睫状体血管断裂所致,较难吸收,易继发青光眼、角膜血染。因起病急,发展快,重者治疗须急用静脉点滴 20%甘露醇等以降眼压,口服或静脉应用小剂量糖皮质激素以减轻虹膜反应,必要时加前房穿刺甚至前房冲洗,防止角膜血染及持续高眼压导致不可逆性视功能损害。

本病相当于中医眼科的“血灌瞳神”,为撞击伤目所致。辨证为气滞血瘀,有创口者则兼有风邪外袭,治疗宜活血化瘀,疏风清热。我们所用中药基本方中当归、生地、赤芍、川芎活血化瘀,黄芩、防风、藁本、前胡疏风清热,甘草调和诸药。临证如根据局部体征及全身症状适当加减化裁,则效果更理想。

本病采用中西医结合治疗,可提高疗效,缩短病程。轻中度者可仅口服中药,或加小剂量糖皮质激素促进前房积血吸收,眼压高者加降眼压药,防止继发性青光眼的发生;重者必要时加手术治疗。从笔者观察的 32 例病例看,如果无眼球结构的严重破坏,中西医结合治疗均能恢复良好的视力。

(收稿日期: 2010-07-26)

愈后检查为正视眼的有 151 眼,占总体的 78.6%,而治疗前正视眼仅 61 眼,占 31.8%,两者有极显著差异,说明中浆患眼很大一部分有远视变动现象。本组治疗前存在近视而治愈后为正视眼有 8 例,其屈光状态在治疗前后亦有变化。见表 3。

表 3 8 例患、健治疗前后平均屈光度比较 ($\bar{X} \pm S$) D				
眼别	治疗前	治疗后	t 值	P 值
患眼	-0.92± 0.45	-0.14± 0.15	4.04	<0.01
健眼	-0.72± 0.39	-0.12± 0.17	1.06	<0.01

3 讨论

从本组结果中可看出,中浆发病前后可使眼的屈光状态产生明显差异,其主要向远视状态飘移,原因为眼底黄斑区浆液性渗漏,导致中心凹周围神经上皮层脱离隆起而形成一种病理性屈光状态;也有少数患者表现为短暂的近视状态,并可使健眼受

影响也呈短暂性的近视推测可能是为了克服暂时性远视而努力调节,造成调节痉挛所致。

正视眼的中浆发病率明显高于其他屈光状态的眼,近视眼的患病率较低,而高度近视则罕有发生中浆,可能与中浆的发病机理有关。目前一般认为中浆病是由于脉络膜循环障碍而导致视网膜色素上皮功能异常,发生渗漏所引起,而高度近视眼眼底脉络膜毛细血管萎缩,色素上皮长期处于慢性缺血状态,对于一过性的缺氧反应不敏感,所以不易导致中浆的发生。

参考文献

[1]李志华,彭晓燕.中心浆液性脉络膜视网膜病变的研究现状[J].国外医学·眼科学分册,2004,28(2): 120-122

(收稿日期: 2010-07-20)