

弱视, 综合疗法

691-692

综合疗法治疗旁中心注视性弱视

天津市第一中心医院眼科 (300192) 张静珠

777.440.5
R 722.580.5

本文对旁中心注视性弱视患者, 采用验光配镜、后像治疗 (同时遮盖健眼)、家庭训练的综合疗法, 取得较理想的疗效。现将 9 例 10 只眼的资料总结如下。

一般资料: 9 例 (10 只眼) 中男 4 例 4 只眼, 女 5 例 6 只眼。年龄 6 岁 2 例, 7 岁 2 例, 10 岁 3 例, 12 岁 1 例, 13 岁 1 例。弱视种类: 斜视性弱视 6 例。斜视中共同性内斜 3 例。共同性外斜 3 例。屈光参差性弱视 1 例。屈光不正性弱视 2 例。注视性质: 黄斑注视 3 例 3 只眼, 周边注视 4 例 4 只眼, 游走性注视 3 例 3 只眼 (其中 1 例右眼为周边注视, 左眼为游走性注视)。视力: 指矫正视力。0.1 者 5 例 6 只眼, 0.2 者 2 例 2 只眼, 0.5 者 2 例 2 只眼 (国际视力表)。

治疗方法: 对 9 例患儿全部进行常规视力测定, 眼前节检查正常, 除外了眼底病变, 散瞳验光配戴合适眼镜。9 例患儿治疗前都曾进行过传统遮盖和戴红色滤光片的治疗 1 年以上, 但疗效不显著。

治疗前先用温州眼科器械厂生产的 WY-I 型检眼镜检查注视性质。中心凹光反射点位于 0 环为中心凹注视, 位于 0~1 环中间跳动为相对中心注视, 位于 1~3 环为旁中心注视, 位于环外为周边注视。伴有眼球震颤者中心凹光反射为游走性者为游走性注视。

每次治疗前查视力。治疗在半暗室内进行, 遮盖健眼, 用天津产的 GZT-I 型视镜中心的黑点 5° 遮盖弱视眼中心凹, 强光照射中心凹周围黄斑部一分钟, 待形成负后像时, 令患儿对准卦在墙上的十字屏中心, 用小棍指点直到负后像消失为止, 一般为 15 分钟, 每日 1 次, 每次反复照射三遍。后像治疗期间, 遮盖健眼, 并令患儿回家做家庭训练, 每日穿针 300 根。一般连续作 1~2 个月综合治疗后视力即可恢复到 1.5, 再继续作巩固治疗一

个月。

结果: 全部患儿除 2 例 2 只眼伴有先天性黄斑发育不良视力只增至 0.4 外, 其余经过综合治疗 1~2 月后视力均达到 1.0~1.5, 注视性质转变为中心注视, 再继续巩固治疗一个月。然后停止后像治疗, 但继续让患儿严格遮盖健眼并做家庭训练, 随访治疗一年, 视力仍维持在 1.0~1.5。疗程最短为 10 天, 最长为 60 天, 平均 35 天, 治愈率为 100%。

病例介绍

例 1 女性, 10 岁。右眼斜视性弱视, 共同性外斜 25°, 右主斜。视力右 0.1, 左 1.5。视镜检查: 右环外。曾经做传统遮盖治疗 1 年, 视力仅增加到 0.2。经综合疗法治疗 2 个月, 视力增至 1.5, 巩固治疗 1 个月。停止后像治疗后继续严格遮盖健眼及家庭训练 1 年, 视力仍为 1.5。

例 2 女, 10 岁。右眼斜视性弱视, 共同性外斜 45°, 左主斜。视力右 0.1, 左 0.1。视镜检查: 右环外, 左游走性。经 3 个月的后像治疗及家庭训练。在后像治疗期间, 因左眼伴有眼球震颤, 两眼视力均差, 故没有遮盖任何眼。治疗后视力右眼增至 1.0, 左眼为 0.4。继续戴镜配合家庭训练 2 年, 右眼视力仍为 1.0。

例 3 女, 10 岁。右眼斜视性弱视, 共同性内斜 30°, 右主斜。视力右 0.2。视镜检查: 右环外。经综合治疗 1 个月视力增至 1.0。继续严格遮盖左眼及家庭训练 1 年, 视力仍维持 1.0。

例 4 女, 13 岁。右眼屈光参差性弱视。视力右 0.1。视镜检查: 右环外。曾用传统遮盖, 戴红色滤光片及光栅治疗 1 年。视力仅增至 0.2。第一次单独采用后像治疗, 在治疗期间没有遮盖任何眼及做家庭训练, 治疗 3 个月视力增至 0.8, 但在治疗期间视力经常反复, 有时可以从 0.8 降至 0.2。第二次采用综合疗法治疗 2 个月, 视力即达到 1.5。

例 5 女, 12 岁。左屈光不正性弱视。视力左

0.1。视镜检查：3环。曾采用光栅治疗，视力仅增至0.6，再也不能增加。后因某种原因未继续治疗，视力降至0.2。经采用综合疗法治疗10天，视力即增至0.8，因家长不能配合，未再坚持治疗。

讨 论

一、赫雨石强调，旁中心注视性弱视患者，在后像治疗期间一直遮盖弱视眼，但本文患儿采用遮盖健眼，治疗效果显著。如例4治疗期间一直遮盖健眼，后发现健眼视力略有下降，即嘱患儿去掉遮盖1天，次日即发现弱视眼视力由1.0降至0.7。又如例2患儿右眼为周边注视而左眼为游走性注视并伴有眼球震颤，不能固视，视力极差，在后像治疗期间虽然没有遮盖任何眼，但由于左眼视力太差相当于被遮盖，所以右眼仍占优势，故视力增加很快，而且能巩固疗效。笔者认为，对于重度弱视患者经过后像治疗，虽然视力增加很快，但往往注视性质的转变缓慢，即所增加的视力是不稳定，一旦打开健眼，健眼视力占优势，弱视眼必然放弃使用，故视力会很快下降。因此笔者主张，对于重度弱视在治疗期间注视性质不稳定时，应在密观察健

眼视力的情况下，尽量一直遮盖健眼，不要遮盖弱视眼，否则将会使疗程延长。

二、后像治疗期间，遮盖健眼，配合家庭训练是增加视力的关键一环。笔者认为家庭训练以穿针效果最好，每日穿针300根，视力提高最快。重度弱视治疗期间，因视力太差，可以先穿珠子，随着视力提高可以逐渐改成穿纽扣、缝毛衣针、大号缝衣针、中号缝衣针，在视力提高到0.6以上时，可以改成穿绣花针，总之针孔越小，穿着越费力，视力提高越快。

三、综合疗法的疗效与患儿家长的配合密切相关。要求患儿家长一定要持之以恒，严格要求患儿。如例1患儿家长对患儿严格要求，每日风雨无阻坚持后像治疗，回家后亲自盯着患儿穿针，并请学校老师监督患儿戴眼罩，因此疗效格外显著。相反例4患儿第1次后像治疗虽视力已增加到0.8，但未再坚持治疗使视力很快降至0.2。

上述临床体会，还需进一步观察总结。

(1992年2月19日收稿)

口腔粘膜无色素性恶性黑色素瘤一例

重庆钢铁公司职工医院 (630081) 董志谦

无色素性恶性黑色素瘤 (amelanotic malignant melanoma, AMM) 罕见。由于肿瘤缺乏色素、极易误诊为某些低分化恶性肿瘤。随着免疫组化及电镜的应用，能够肯定本病的诊断。

患者 男，51岁。左侧唇颊处溃烂伴疼痛7个月入院。口腔科检查：溃疡位于左侧颊粘膜与唇角交界区，约2×1cm，边缘隆起，边界清楚，底部高低不平，无假膜。取溃疡边缘组织二粒送检。病理检查：灰白色软组织二粒，0.4×0.4×0.2cm。显微镜下见肿瘤组织位于真皮内，呈巢状，巢内细胞略呈腺样及假乳头状结构。肿瘤细胞呈圆形或梭形，部分肿瘤细胞胞浆红染，部分较空，未见色素颗粒。核卵圆，染色质粗，核分裂相多见，并见异常核分裂相。黑色素染色 (Fontana-Masson) 阴性；网状纤维 (RF) 染色瘤细胞巢周围有RF。免疫组织化学染色 (单抗，DAKO产品)：波形蛋白阳性，S-100蛋白阳性，主要分布于肿瘤细胞核和胞浆内，细胞角蛋白阴性，上皮膜抗原阴性。

病理诊断：左侧唇颊粘膜无色素性恶性黑色素瘤。

讨论：光镜下未见黑色素颗粒的恶性黑色素瘤，由于其形态特殊，难于同某些低分化恶性肿瘤如低分化鳞癌、皮肤附件肿瘤、恶性淋巴瘤、梭形细胞肿瘤等相鉴别^{〔1〕}。光镜下无色素性恶黑常有以下几种特殊组织结构：1.腺样或假乳头状AMM。2.小细胞性AMM。3.粘液样AMM。4.血管外皮细胞瘤样AMM。5.印戒细胞样AMM^{〔2〕}。本病的确诊，有赖于免疫组织化学染色或电镜检查。有人认为^{〔3〕}波形蛋白与S-100蛋白联合应用如均为阳性对诊断恶黑具有重要意义。电镜下^{〔2,3〕}可在瘤细胞内见到黑色素小体或黑色素前体，瘤细胞间无桥粒及张力原纤维。

参 考 文 献

1. 伍津津, 等. 癌症, 1990, 9(5):437.
2. Nakhleh RE, et al. Am J Clin Pathol, 1990; 93: 731.
3. Sheitani K, et al. Am J Surg Pathol, 1988, 12: 28.

(1991年12月31日收稿)

word版下载: <http://www.ixueshu.com>

免费论文查重: <http://www.paperyy.com>

3亿免费文献下载: <http://www.ixueshu.com>

超值论文自动降重: http://www.paperyy.com/reduce_repetition

PPT免费模版下载: <http://ppt.ixueshu.com>
