

eased heart. Jpn Heart J, 2003, 44( 3): 403- 416.

- [ 5] Yakabe k, Ikeda S, Naito T, et al. Left ventricular mass and global function in essential hypertension after antihypertension therapy. J Int Med Res, 2000, 28: 9- 19.

- [ 6] Harada K, Tamura M, Toyono M, et al. Assessment of global left ventricular function by tissue Doppler imaging. Am J Cardiol, 2001, 88: 927- 932, A9.

( 收稿日期: 2006- 06- 27)

## • 病例报道 •

# B 超联合超声生物显微镜检查诊断特发性葡萄膜渗漏综合征 1 例

宋利兵 孟晓红 王 一

患者,男,50 岁,自述左眼视力逐渐下降伴左眼前黑影飘动 2 个月,无眼红、畏光、流泪,无恶心、呕吐等不适,否认家族中遗传病、传染病及同类眼病史。患者全身情况良好,专科情况:右眼 0.6, + 0.50DS- 1.50DC× 85= 1.0;左眼 0.4, + 0.50S- 1.00DC× 110= 0.4(DS:球镜,DC:柱镜)。右眼前节、玻璃体及视网膜均未见明显异常;左眼外眼正常,结膜无充血、角膜透明,房水清,Tyn 阴性,虹膜纹理清,无新生血管及前后粘连,晶体透明,玻璃体混浊+,眼底视乳头边界清,C/D= 0.3,下方视网膜青灰色隆起,周边 360° 视网膜棕色隆起,黄斑区反光不清。右

眼眼压 14.0 mm Hg(1mm Hg= 0.133 kPa),左眼眼压 12 mm Hg。眼 B 超显示左眼球壁下方渗出性视网膜脱离合并周边脉络膜脱离,玻璃体轻度混浊(图 1A)。超声生物显微镜显示全周 360° 睫状体脱离,前房深度稍浅,全周房角稍狭窄(图 1B,C);眼底荧光造影显示左眼后极部及中周部视网膜广泛较均匀斑点状高荧光,后期后极部局部视网膜见荧光渗漏灶。临床诊断为双眼屈光不正,左眼特发性葡萄膜渗漏综合征。行左眼巩膜板层切除手术进行治疗,剩余巩膜可透见脉络膜,随访半年视力无减退。

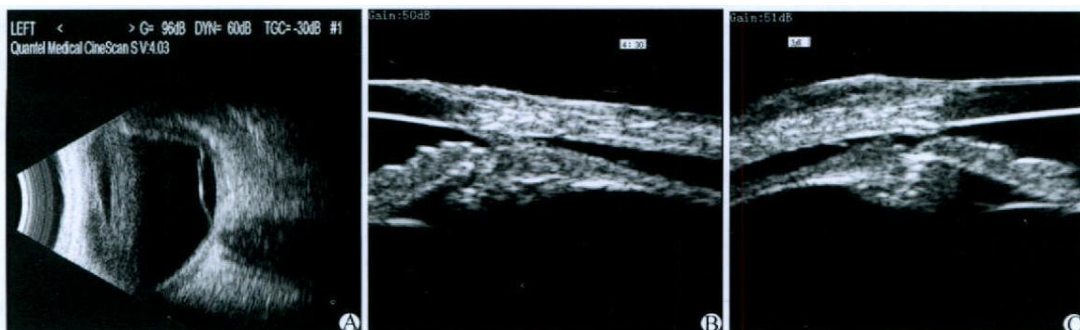


图 1 特发性葡萄膜渗漏综合征患者超声生物显微镜声像图

A: 下方渗出性视网膜脱离合并脉络膜脱离; B: 睫状体脱离,无断裂口; C: 睫状体脱离,无断裂口

讨论:特发性葡萄膜渗漏又称睫状脉络膜渗漏,临床极为少见,发病隐匿,常双眼同时发病。其发病原因尚不太明了,翁乃清等对 4 例 5 眼葡萄膜渗漏的患者巩膜作了病理观察发现,巩膜厚度显著增加,巩膜纤维排列紊乱,互相交错或呈卷曲状,纤维肿胀变性,结构不清。对于本病的诊断,超声检查有其特殊的表现:B 型超声表现为球壁下方的渗出性视网膜脱离,脱离的视网膜光滑,与玻璃体无牵拉,玻璃体可有轻度的混浊,周边部可见扁平的脉络膜脱离并与脱离的视网膜相连;同时,超声生物显微镜表现为前房深度正常或稍浅,前房内无异常回声,房角正常或稍狭窄,全周 360° 睫状体脱离。结合临床可与

大泡状视网膜脱离、脉络膜睫状体黑色素瘤、后巩膜炎等相鉴别。大泡状视网膜脱离 B 型超声表现为脱离的视网膜隆起高,但不伴有脉络膜脱离或睫状体脱离;脉络膜睫状体黑色素瘤 B 型超声和超声生物显微镜表现为周边部脉络膜或睫状体部位的实性回声,无全周睫状体脱离;后巩膜炎 B 型超声表现为后部巩膜“T”形征。本例患者左眼前节无明显炎症反应,眼压正常,结合超声影像,诊断为特发性葡萄膜渗漏综合征。对于本病的治疗常采用手术治疗,包括涡状静脉减压术、巩膜切开或切除术等。本例患者行巩膜板层切除术,效果良好,随访半年,视力无减退。

( 收稿日期: 2007- 04- 05)