维普资讯 http://www.cqvip.com

4.1 我们检测了200例献血员、其中1例抗HCV阳性，阳性率为0.5%，与美、英、西班牙、西德报导的ALT正常献血员抗HCV阳性率(0.5～1%)[1]一致，这例抗HCV阳性献血员的2袋血(200ml/袋)分别已输给了两名住院病人，一名于输血后13天检测抗HCV，结果阴性，抗体尚未产生，后因病人出院离开重庆未继续跟踪。另一袋血输给一癌症病人，不久病故，无法追踪。

4.2 特异性的丙肝抗体ELISA法存在假阳性问题，重组酵母菌表达的C_{-100-3}含有人SOD，因此血清中抗SOD可造成假阳性。RF、高Ig血症可引起假阳性。另有报导疟疾与抗HCV假阳性有关[2]。抗HCV的ELISA法的假阴性问题，存在于不论是基因工程还是多肽合成制备的包被抗原都只是HCV基因序列中的某几段，均不能代表HCV抗原的全部免疫学特征，所以灵敏度不够高，并且由于不是每个HCV感染者抗HCV均阳性(80－90%)[3]，因此漏检率较高，临床上对疑有HCV感染的病例，检测HCV－RNA以提高灵敏度。

4.3 200名献血员中抗HBc阳性率为6%，该结果为高滴度的抗HBc，表示病人处于临床患病阶段、可能有传染性，因此在献血员HBV标志的筛选时，抗HBc的检测及阳性的严格限制可减少输血后引起的HBV感染。

4.4 有报导约40%的丙肝是经输血或血制品传播[4]美国报导输血后丙肝占78－94%，日本报导输血后肝炎中，75.6%抗HCV阳性。我们检测到的6例抗HCV阳性患者经查阅病史、询问病人，其中5例与输血有关。1例阳性者曾报过两次双瓣置换术。1例结肠淋巴瘤患者因误诊消化道出血，先后多次输过全血(>3200ml)，待确诊后手术又输血，结果在术后约半年，出现乏力、厌食、巩膜黄染、肝功异常，抗HCV高滴度阳性。因此严格筛选献血员抗HCV对减少输血后肝炎十分重要，应引起足够重视。

4.5 6例丙肝抗HCV阳性病例，其中2例同时感染了乙肝(HBV)，有报导重庆地区乙、丙肝同时感染率为16.5%，这种合并感染者其临床症状较重，肝功能全面损害，其中1例已死于感染性休克，另一便发展成慢性重症肝炎。

参 考 文 献

1. 庄 辉.国外医学 流行病学传染病分册 1990;2:49
2. Antonio Aceti,等.Lancef 1990;336:1442
3. 郝连杰，译.德国医学 1990;4:214
4. 姚 赖，等.日本医学介绍 1990;11:512

(收稿日期 1995－09－21)

(上接第167页)往不能坚持随访，因此对复发与再治疗尚需进一步探讨。

参 考 文 献

1. 刘家琦.实用眼科学 人民卫生出版社 1984;563
2. 赫雨时.斜视 天津科学技术出版社 1982;194
3. 孟祥成，等.斜视弱视学 黑龙江人民出版社 1981;269
4. 陈建新，等.儿童间歇性外斜负镜治疗的疗效观察 眼科新进展 1990;10(2):38

(收稿日期 1995－10－21)

维普资讯 http://www.cqvip.com

166-167，162

非手术治疗小度数间歇性外斜视的远期观察

第二医院眼科 郭华兰 陈公洁

中图分类号 R777.41

临床上对共同性外斜视的治疗，长期以来都以手术矫正眼位为主。我院斜视弱视专科组，在治疗实践中发现小度数间歇性外斜视有近视性屈光不正的患儿，戴镜后眼位都可得到不同程度矫正。因此，从1985年至今采用负球镜加正位视训练的方法对患儿进行治疗，通过追踪观察发现效果满意，现将资料完整的60例120只眼的治疗结果报道如下

1 临床资料和方法

1.1 一般资料 本组共60例，男24例，女36例，年龄3～12岁，平均7.2岁，末次随访年龄5～16岁，平均11.2岁。全部病例均经眼科的常规检查，以除外其它眼病。视力检查用国际标准远、近视力表；眼位检查采用视野计法，部份结合三棱镜加遮盖法，分别测出两眼远(>6m)，近(33cm)斜视角，重复三次，眼运动检查，各方位无异常；测定辐辏近点用笔尖试验，用学生尺从眶外缘起记录读数，取三次平均值；作同视机检查以了解双眼视功能，然后在睫状肌麻痹下(1%阿托品眼液点眼4天，每日3次)检影验光，待睫状肌功能恢复后再复验并加负球镜。最后选择间歇性外斜远近斜视角≤20°，屈光度均为≤－3D的单纯远视或复性远视散光的患儿进行治疗。

1.2 治疗方法 所有病例在散瞳验光后加负球镜。加负球镜的原则取决于患儿的耐受程度，视力(加片后视力不低于加片前视力)和眼位改善情况。本组病例加负球镜度数最低为－1D，最高为－3D，平均－2.09D。从戴镜开始作集合训练，每日3次，每次10～20回，伴有弱视的同时用综合视练法治疗。

从戴镜开始，每半月或一月随访一次，记录远近视力，远近斜角，辐辏近点，视功能。当视力提高及眼位正常时，随访时间改为3月或半年一次。视力、眼位，视功能均达正常后，随访改为半年到一年，若三者仍稳定就可摘镜。摘镜后的定期随访九为重要，开始半月或一月查一次，然后根据视力，眼位，视功能的稳定情况，逐渐延长复查时间。

表1 60例外斜治疗前后远近斜视角的比较

	视近斜角		视远斜角	
斜视角	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
0		57		55
－5°	5	1	8	1
－10°	25	2	11	4
－15°	21		26	
－20°	9		15	
合计	60	60	60	60

2 结果

2.1 60例外斜治疗前后斜视角的比较

60例120只眼外斜治疗后看近正位率95%，看远正位率92%，与治疗前看近远斜视角比较，都有显著性改善($P<0.01$)(见表1)。治疗时间为3～18个月眼位正常，平均眼位正常率为1.28个月。追踪时间最长为10年，最短为半年。

维普资讯 http://www.cqvip.com

2.2 治疗前后视力的比较

60例120只眼外斜治疗前裸眼视力≥1.0为18只眼(占15%)，≤0.9为102只眼(85%)；戴镜视力≥1.0为18只眼(15%)，≤0.9为102只眼(85%)。治疗后裸眼视力≥1.0为76只眼(63%)，≥0.6～0.9为44只眼(37%)；戴镜视力≥1.0为104只眼(87%)，≥0.6～0.9为16只眼(13%)。治疗前的裸眼视力与戴镜视力无明显差异；治疗后的戴镜视力与裸眼视力与治疗前的戴镜和裸眼视力有显著性差异($P<0.01$)。

60例外斜视经散瞳验光均为≤+3D的单纯远视或复性远视散光，加负球镜治疗后；多数患儿视力无变化，少数可暂时下降，经弱视的综合训练后，视力都有显著提高。

2.3 负球镜治疗前后集合近点的比较

集合近点的正常值一般为8～10cm。本组的集合近点均属正常范围(平均5.5cm)(见表2)。在训练中发现，将集合近点训练到5～7cm，对维持和巩固双眼正位，建立和巩固Ⅲ级视功能有重要作用，这可能与加强内直肌功能有关。

表2 负球镜治疗前后集合近点的比较

集合近点(cm)	4	5	6	7	8	9	10	合计
治疗前		2	5	20	21	7	7	60
治疗后	8	24	18	9	1			60

2.4 负球镜治疗前后视功能的改变

本组治疗前同视机检查见部份患儿在他觉斜角处有不同深度及大小的抑制区，为无同时视，患儿均无Ⅲ级视功能。治疗后13例有Ⅱ级视功能，47例有Ⅲ级视功能，较治疗前有显著改变($P<0.01$)(见表3)。

表3 负球镜治疗前后视功能的改变

	无同时视	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级	合计	χ^2	P值
治疗前	12	39	9		60	98.72	<0.01
治疗后			13	47	60		

3 讨论

多数学者认为共同性外斜视的产生与高级中枢神经支配和解剖因素有关，由于中枢的集合冲动不足或外展支配过强或两者同时存在，造成集合与外展平衡失调，导致外斜。此外，未经矫正的屈光不正也可使调节与集合不协调。一般认为对这种病例，矫正屈光不正的原则是近视过矫，远视低矫或不矫，促使加强调节，引起辐辏，从而帮助纠正外斜位。加适度负球镜治疗，可促进调节性辐辏，刺激集合。由于每一患儿对一个单位的调节所产生的集合反应不一样，因而所加负球镜的度数也因人而异，故应根据患儿的耐受程度、视力和眼位改善情况决定加负球镜的多少。本组戴负镜后，不论在学习，生活或课外活动中均无不良反应。

由于外斜视常因集合不足，外展过强所致，因而在加球镜治疗时，同时进行辐辏功能的训练，这样更有利于加强大脑的神经冲动，进一步增强调节性内融合力，从而建立和扩大融合范围，更有利于巩固维持正常眼位。

在儿童外斜视中，以间歇性外斜视发病率最高，在间歇期，患儿有正常的视网膜对应是最理想的治疗时期，即使有眼位不正、弱视等，只要抓住时机积极治疗，几乎所有病例都能获得双眼单视功能。本组通过负球镜治疗、辐辏训练、弱视的综合训练，使小度数外斜得以矫正，视力恢复正常，并有良好的视功能。提示这种治疗方法除有良好的疗效外，还因避免了手术易被患儿和家长接受。应注意的是能否配戴合适的眼镜、进行严格的训练以及定期随访，是治疗成败的关键。特别是脱镜后的随访更为重要，本组2例脱镜2月后复发，4例3～6个月复发，均再次戴镜治疗。但脱镜后的患儿往(下转162页)