DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.02.040

对于肿瘤细胞(尤其是白血病细胞)是否存在相同的作用?两种因子在炎症趋化作用上会不会也存在协同增强效应?10 ng/ml的浓度是否最低有效浓度等,都是在两种因子推向临床的过程中必须解决的问题。

参考文献:

[1] Wolpe S, Cerami A. A Macrophage inflammatory proteins 1 and 2: members of a novel superfamily of cytokines[J]. Faseb J, 1989, 3(9): 2 565—2 573.

[2] Nicholls S E, Lucas G, Graham G J, *et al*. Macrophage-inflammatory protein-1 alpha receptor expression on normal chronic myeloid leukemia $CD34^+$ cells[J]. J Immunol, 1999, 162(10): 6 191—6 199.

[3] Lord B I, Dexter T M, Clments J M, *et al*. Macrophage-inflammatory protein protects multipotent hematopoietic cells from the cytotoxic effects of hydroxyurea *in vivo*[J]. Blood, 1992, 79(7): 2 605—2 609.

[4] Owen LYNCH P J, Adans J A, Brereton M L, *et al*. The effect of chemokine rh MIP-1α and a non-aggregating variant BB-10010 on blast cells from patients with acute myeloid leukemia[J]. Bri J Haematol, 1996, 95(2): 77—84.

[5] Gilomore G L, Depasquale D K, Shadduck R K, *et al*. Cell cycle regulation protective of BB-10010 treatment on chemotherapy—induced neutropenia in mice[J]. Exp Hemetol, 1999, 27(3): 195—202.

[6] Owen LYNCH P J, Czaplewski L G, Hunter M G, *et al*. The growth inhibitory role and potential clinical value of macrophage inflammatory protein 1 alpha in myeloid leukemias[J]. Ieuk Lymphoma, 1998, 30(2): 41—53.

[7] Hermouet S, Corre I, Lippert E, *et al*. Interleukin-8 and other agonist of Gi2 protein: antocrine paraceine growth factors for human hematopoietic progenitors acting in synergy with colony stimulating factors[J]. Leuk Lymphoma, 2000, 38(1—2): 39—48.

[8] Mantel C, Aronica S, Luo Z, *et al*. Macrophage inflammatory pretein-1 alpha en hance growth factor stimulated phosphatidylcholine metabolisms and increase cAMP levels in the human growth factor dependent cell line Mo7e events associated with growth suppression[J]. J Immanol, 1995, 154(5): 2 342—2 350.

[9] 曾慧兰. 白细胞介素8及其受体与白血病关系进展[J]. 国外医学:输血及血液学分册, 1997; 20(6): 337—340.

(编辑 谢义霞)

个案与短篇

文章编号: 1000-5404(2002)02-0204-02

氪激光结合中药治疗视乳头小凹合并黄斑部浆液性脱离1例

Treatment of a case of pit of optic disc associated with macula detachment by Kr laser and traditional Chinese herbs

江文珊, 阴正勤, 孟晓红, 余 涛 (第三军医大学附属西南医院眼科, 重庆 400037)

先天性视乳头小凹是一种少见的发育障碍性疾病,可合并黄斑部视网膜浆液性脱离,严重影响患者视功能。本科收治1例先天性视乳头小凹合并黄斑部视网膜浆液性脱离患者,经用氪激光及中药结合治疗后取得满意效果,现报告如下。

1 临床资料

陈某,女,38岁。于1999年7月30日就诊,诉左眼视力下降1周伴视物变形。眼部检查:右眼正常。左眼视力0.1,左外眼及眼前节正常,眼底见视乳头较右眼大,面积约5.414 mm^2(右眼视乳头面积约1.945 mm^2),下方视乳头可见一面积约1.199 mm^2椭圆形浅黄色凹陷,深度约4 D,伴视乳头下弧,视乳头颞下方约7×7视乳头直径(PD)范围局限性视网膜浆液性脱离,波及黄斑部,见图1。眼底荧光血管造影显示:动脉期视乳头小凹处呈低荧光,静脉期以后小凹中有染料渗漏,逐渐增强,晚期小凹内充满荧光,颞下方脱离区有淡染料积存,见图2。吲哚青绿造影示:早期乳头颞下方即可见圆形浅淡荧光池,透过荧光池可见下方粗大的脉络膜血管,晚期染料积存,荧光池边界清楚。

作者简介:江文珊(1972—),女,重庆市西阳县人,硕士,医师,主要从事眼底病方面的研究。电话:(023)68754402

收稿日期:2001-05-15;修回日期:2001-12-20

于1999年8月6日在表麻下行左眼视乳头小凹周围盘缘外氪红激光交错式光凝,光斑直径100 μm,能量120~200 mW,爆光时间0.1 s,59点,Ⅰ级光斑反应。随访2月病情无缓解,局部浆液性脱离范围稍扩大,黄斑囊样水肿,视力下降至0.06。于1999年10月18日以氪红激光在小凹颞侧及下方盘缘外行增强光凝,同时以氪黄激光光凝网膜脱离边缘以阻止网脱范围扩大,光斑直径50~200 μm,能量120~220 mW,爆光时间0.07~0.1 s,132点,Ⅰ~Ⅱ级光斑反应。患者同时有白带增多,胸脘痞闷,食欲差等症状,舌淡苔白腻,脉细。辨证为脾虚湿滞,以中药参苓白术散加减配合治疗(党参20 g、茯苓12 g、白术10 g、扁豆15 g、山药10 g、苡仁30 g、泽泻12 g、当归12 g、郁金10 g、柴胡12 g、肉桂3 g,共10剂口服)。11月5日复查,左眼视力0.1,黄斑区上方网膜隆起降低,,网膜脱离范围缩小,以氪黄激光光凝缩小的网膜脱离边缘,光斑直径200 μm,能量190 mW,爆光时间0.15 s,252点,Ⅱ级光斑反应,继续配以中药参苓白术散加减内服。11月30日复查,黄斑下方仍局限性网脱,以氪红激光行小凹颞下方盘缘外重复光凝,同时对脱离边缘环绕光凝,光斑直径100~200 μm,能量140~190 mW,爆光时间0.1~0.15 s,35点,Ⅱ级光斑反应。12月22日复查,左眼视力0.3,后极部网膜复位,黄斑区色暗红,少许皱褶及色素沉着。随访半年视力增至0.4,无复发,见图3。

(下转211页)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

再彻底注吸皮质。

总之, 后囊破裂多与手术操作不慎有关, 术中动作粗暴, 对残余皮质过分注吸均易导致后囊破裂及玻璃体脱出。另外, 注意选择合适的病例, 最好避免操作Ⅳ级核, 以免发生后囊破裂等严重并发症。一旦发生则应行前部玻璃体切割术, 彻底清除脱出的玻璃体, 减少术后并发症的发生。

参考文献:

[1] 何守志. 超声乳化白内障吸除术[J]. 中华眼科杂志, 1997, 33(4): 313—317.

[2] Meng Y, Magd S A, Waring G O. A study on stretching capacity of continuous circular capsulorhexis and nucleus delivery[J]. Chung Hua Yen Ko Tsa Chih, 1995, 31(4): 277—279.

[3] Kuchynka P, Krepelkova J, Novak P, *et al*. Phacoemulsification. The method of choice in cataract surgery[J]. Cesk Oftalmol, 1992, 48(5): 321—324.

[4] Prasad S. Phacoemulsification learning curve: experience of two junior trainee ophthalmologists[J]. Cataract Refract Surg, 1998, 24(1): 73—77.

[5] Mathai A, Thomas R. Incidence and management of posteriorly dislocated nuclear fragments following phacoemulsification[J]. Indian J Ophthalmol, 1999, 47(3): 173—176.

[6] Yap E Y, Heng W J. Visual outcome and complications after posterior capsule rupture during phacoemulsification surgery[J]. Int Ophthalmol, 1999, 23(1): 57—60.

(编辑　谢义霞)

(上接 204 页)

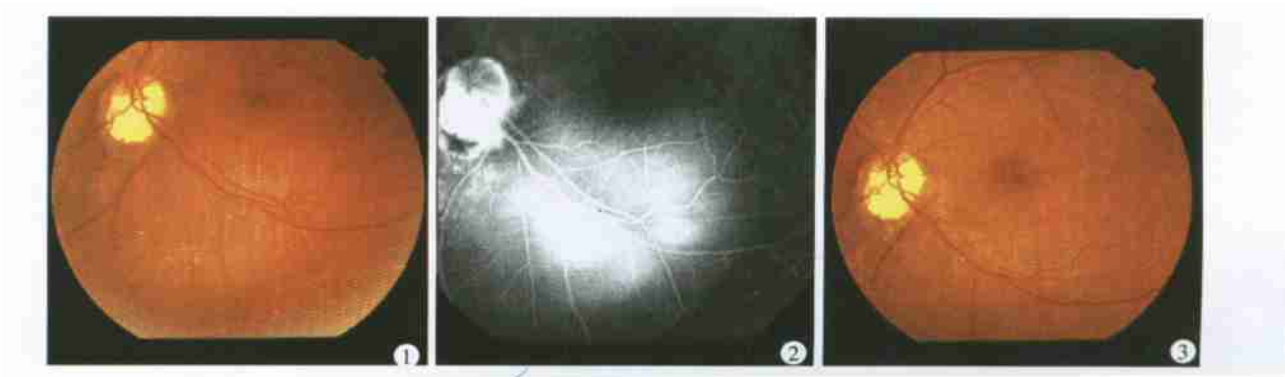


图 1　术前照片　可见下方视乳头小凹, 呈浅黄色, 视乳头颞下方约 7×7 PD 范围浆液性视网膜脱离, 波及黄斑

图 2　眼底荧光造影后期像　视乳头小凹内充满荧光, 视网膜脱离区内有淡染料积存

图 3　术后照片　见后极部视网膜平复, 黄斑少许皱褶, 视乳头颞侧及黄斑上下血管弓内可见激光斑

2　讨论

视乳头小凹的性质不明, 有人认为该病是视乳头神经实质内的先天性缺损[1], 它常与视乳头下弧、视乳头部分缺损、视乳头前膜等伴发, 有人认为与胚裂闭合不全有关, 小凹 70%发生于颞侧, 20%发生于中心, 10%发生于其它部位。小凹位于颞侧的患者中, 约 1/3 病例可发生黄斑区网膜水肿、渗出、浆液性脱离, 可达一至数个 PD 范围[2]。一旦发生黄斑区浆液性网膜脱离, 视力可急骤减退, 并出现视物变形, 日久将发生黄斑囊样变性, 甚至裂孔, 造成永久性视力障碍[3]。

《素问·至真要大论》有"诸湿肿满, 皆属于脾"的论述, 且中医眼科理论认为黄斑疾病多从脾论治, 结合患者全身症状, 辨证为脾虚湿滞。脾虚不能制水, 水湿上泛, 积于黄斑区视网膜下, 造成黄斑区浆液性视网膜脱离; 湿阻中焦, 气机升降失调, 故见胸脘痞闷、纳差; 脾虚水湿下陷, 故见带下增多; 舌淡苔白腻, 脉细与之相符。治以健脾利水渗湿之法, 方以参苓白术散加减。以党参、茯苓、白术平补脾胃之气, 配以扁豆、山药、苡仁、泽泻渗湿, 当归、郁金、柴胡行气活血利水, 肉桂温化水湿。

本例患者初期在小凹周围的盘缘外行氪红激光交错式光凝, 封闭液体进入网膜下的通路, 与叶俊杰等[4]的方法相似, 但本例患者网脱范围广, 网膜下积液多, 仅行小凹周围盘缘外光凝未能阻止病情发展, 为使网脱局限, 借鉴激光治疗网脱的经验, 于脱离区边缘环形行堤坝式光凝, 同时结合健脾利水渗湿之中药, 促进网膜下液吸收, 取得满意效果。说明对于黄斑区浆液性脱离范围太广, 网膜下积液量多的病例, 可联合使用堤坝式光凝法使网脱局限, 同时配以健脾利水渗湿之中药, 更有利于网膜下液的消退吸收, 使网膜更快复位, 水肿加速消退, 避免出现因黄斑区网膜持续性浆液性脱离及水肿所造成的黄斑囊样变性及裂孔, 尽快地、更好地恢复患者的视功能。

关键词: 视乳头小凹; 激光; 中药
中图法分类号: R774.05　　文献标识码: B

参考文献:

[1] Apple D J. Congenital anomalies of the optic disc[J]. Surv Ophthalmol, 1982, 27(1): 3—41.

[2] 北京工农兵医院眼科 编. 眼底病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1978. 29—30.

[3] Ferry A P. Macula detachment associated with congenital pit of the optic nerve head, pathologic findings in two cases simulating malignant melanoma of the choroid[J]. Arch Ophthalmol, 1963, 70(1): 346—349.

[4] 叶俊杰, 张承芬. 视乳头小凹合并黄斑部浆液性脱离的临床观察与治疗[J]. 中华眼科杂志, 1988, 24(6): 344—347.

(编辑　陈聪连)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net