

视网膜静脉周围炎_眼科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式
，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E8_A7_86_E7_BD_91_E8_86_9C_E9_c22_611557.htm 本病（retinal periphlebitis）亦称青年复发性视网膜玻璃体出血。由henry eales于1882年首先阐明玻璃体保积血与视网膜静脉的关系，并予以详细报导，故又名eales病。多见于20～30岁男性。双眼多在一年内先后发开门见山。易复发。【诊断】本病大多累及双眼。但双眼病情严重程度及复发频度并不一致，一眼有玻璃体大量积血眼底不能检查时，不论另眼有无症状，均应充分散瞳后检查眼底。如在眼底周边部见到一处或数处静脉小分支充盈、扭曲、附近有出血及或渗出病灶、静脉管壁白鞘或混浊，即可作为本开门见山的临床诊断论据。至于病因方面，应尽可能查清，使治疗有的放矢。详细地进行全面体检及必要的实验室检查，如胸部透视或摄片等检查有无结核或结节病。皮肤、口腔、耳鼻喉科检查有无脓毒性病灶或浅溃疡，抗“o”、梅毒快速血浆反应素试验、血象、大小便常规。由于本病大多为结核变态反应所致，结核菌素试验（mantoux test）理论上似乎是需要的，但实际上大可不必。因皮试阳性，不等于眼病由结核引起，只有病灶反应阳性，根据才算充分。而一次病灶反应可能使病情急剧恶化，视力受到毁灭性损害，所以只要患者有结核既往史，或见到全身非活动性结核病灶（如肺门或肺部钙化灶等），经各项检查又不能发现其他可疑病因者，即可据此推断。即使不能证明结核，亦可作一阶段诊断性抗结核治疗。【治疗措施】本病的治疗，大致可分两个阶段。第一阶段，即可出血突然发生

之后，当嘱患者避免强烈活动，尽量静卧。多予解释以消除视力急剧下降而产生的焦虑、恐惧情绪。并给以内服或注射安络血、维生素k、c、rutine及钙剂（是否能应用肾上腺皮质激素尚有争议）。亦可内服凉血止血中药（生地黄、白茅根、白芨、仙鹤草、侧柏炭、藕节炭、连翘、槐花等）。经此治疗3~4周，如无再出血，即可进入第二阶段。第二阶段的重点为病因治疗，其目的是防止再发。发病因为结核或结核的可能性较大者，内服异烟肼（0.3g，一日1次），异烟肼副作用较小，因此可以持续应用较长时间。必要时加用维生素b6及补充一些锌剂（长期应用异烟肼可引起微量元素锌缺乏）；如怀疑为脓毒性病灶引起者，可清除可疑病灶如龋齿、扁桃体炎、副鼻窦炎等。中药方面，因中医学辩证，患者常有“阴虚炎旺证”故以“育阴潜阳”药为主。用知柏地黄汤（知母、黄柏、生地、丹皮、萸肉、泽泻、山药、茯苓），亦可结合病因增加一些药品，如结核性者加斑竹、黄精，百部、天葵子、白芨等；脓毒性感染者加金银花、连翘、紫地丁、蒲公英、山豆根等。本病是一种慢性病，易于反复发作。因此，第二阶段的治疗，必须坚持一年或一年以上。当突然又有新鲜出血时，仍改按第一阶段治疗。一般说来，开始1~2次玻璃体积血，能较快自行吸收。但反复发作后，就难以吸收，陈旧性玻璃体积血，可试用碘剂（10%碘化钾离子透入），碘剂应出血发作后2个月开始。因从病理学上估计，此时静脉管壁损害已修复巩固，不致因碘剂作用而诱发再出血。近年来，有人主张用激光凝病变血管以防止复发，文献上有成功的报道。【病因学】本病病因多样。结核感染为常见原因已被工多数学者所承认。其发病机理，除少数是结核菌

由血源或局部蔓延直接侵袭外，就大多数而言，则为由结核菌素引起的 Ⅳ型变态反应，此等病例全身及眼疗均无活动性结核，或仅有陈旧性病变（如肺部、肺门部钙化灶），结核菌素皮肤试验强阳性，并可诱发病灶反应，使视网膜静脉炎症及玻璃体积血突然加剧。脓毒病灶，如慢性扁桃体炎、龋齿、皮肤脓肿等，亦为本病比较多见的原因。此外，血栓闭塞性脉管炎、蛔虫病、梅毒、结节病、behcet综合征等，也有引起本病的报道。【病理改变】病理学上可见两种不同情况。一是肉芽肿性，病变视网膜静脉管壁周围组织淋巴细胞结节状浸润，其间杂有上皮样细胞及巨细胞。静脉壁可见膨出，静脉内皮细胞亦有增生，严重时可阻塞管腔而使血管停滞。视网膜组织可见裂隙，并有内皮细胞覆盖，可能是代表血管吻合的开始。另一类比较多见，表现为非特异性炎症改变。这两种性质的静脉炎症，均可见到病灶附近视网膜及玻璃体出血。在偶然情况下，亦可波及邻近小动脉。病灶附近纤维蛋白团块，以及视网膜及玻璃体的出血，终于成为机化膜，形成增殖性玻璃体视网膜病变。视网膜静脉周围炎大多是原发的，病变局限于视网膜。也可以是葡萄膜炎症蔓延而来，即所谓继发性视网膜血管炎。【临床表现】视功能损害，因受累血管的大小、出血量多少及部位而定。如病变位于眼底周边部的血管、出血量不多者，患者多无自觉症状或仅有飞蚊症；当病变位于较大静脉、出血量多，突破内境界膜进入玻璃体，或出血虽少而位于黄斑部者，视力突然减退，严重者可突然下降至眼前指数、手动、甚至光感。只有在视网膜出血未进入玻璃体或玻璃体少量积血时，才能见到眼底。视网膜静脉改变常见于眼底周边部的小分支，管径扩张迂曲

，呈纽结状，管壁伴有白鞘，附近有火焰状或片状出血，其间杂有灰白色境界模糊的渗出斑，渗出斑部分掩盖静脉，使静脉似中断状或切削状。病灶处视网膜轻度水肿混浊，有时还可见到邻近小动脉累及，出现白鞘或被渗出覆盖。玻璃体内暗红色血性混浊。开始1~2次的玻璃体积血吸收较快，发病数周内已大部消失，视力也随之好转。如果黄斑部尚无损害，可恢复至正常或接近正常。本病初起时，一般仅发生在某支或某几支周边部静脉小分支，以后波及较大静脉。但也有一开始就累及较大静脉者。当发生于视盘或其附近的静脉时，视盘面水肿混浊，视网膜出血、水肿明显，黄斑部可见星芒状渗出。炎症活动期间，偶尔亦可见到脉络膜炎症病灶，病灶呈斑块状，灰黄色或灰白色，境界模糊，位于视网膜血管后方，在视网膜炎症静脉附近或有一定距离。炎症静止期间，视网膜出血及水肿消失，静脉管壁残留白鞘。如果炎症时有静脉阻塞，则该分支呈节段状或整支血管白线化，邻近处可见新生血管或形成吻合，并有瘢痕性白斑及色素斑点。本病易于复发，多次反复后，玻璃体积血越来越不易吸收，终于机化，表现为不同范围、不同形态的机化膜。机化膜上可有新生血管，薄弱的新生血管管壁易于破裂，更增加了出血反复发作的机会。另外，机化膜的收缩变易于导致牵引性视网膜脱离。【预后】本病视力预后，取决于黄斑部是否受损害，及牵引性视网膜脱离是否发生。玻璃体积血多，或反复复发者，一般预后较差。但只要黄斑部未受损害，在积血吸收及病变静脉期间，视力可恢复至原有水平或接近原有水平。反之，黄斑部被累及者，则即使出血甚少，或仅第一次发病，视力即有不可逆性损害。玻璃体大量积血，特别是

反复发作后的玻璃体积血，常不易消失，终于机化而形成增殖性玻璃体视网膜病变，或结缔组织收缩，引起牵引性视网膜脱离，预后不良。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com