

視 野

期 日：昭和 60 年 9 月 13 日
場 所：新潟市音楽文化会館
世話人：溝上国義（神戸大）
参加人員：400 名

1. Uththoff 症候をともなったシンナー中毒による視神経症の 1 例

○高槻玲子・小川憲司（関西労災病院）

21 歳男性，急性シンナー中毒のため両眼とも視力は“ゼロ”。徐々に視力は回復し，両眼とも矯正視力 1.0 となり，この頃より Uththoff 症候を自覚するも半年後には消失。以後，数回にわたりシンナー中毒による視神経障害を繰り返し，左眼の視野障害を残した。

追加：松崎（慈恵医大）：視力“ゼロ”というには他覚的検査で確認が必要。シンナー中毒の視機能が回復するのは，障害が髄鞘に起こるからと考える。

2. 定型的網膜色素変性症の視野分類

○飯島裕幸（山梨大）・

岡島修・岡本道香・平戸孝明（東大）

定型的網膜色素変性症の進行度をゴールドマン視野の V-4 イソプターの広さを指標として 1～4 期に分類し，比較した。対象は，40 歳未満。進行期とともに発症後の年数も増加し，一方視力は低下し，各群間に有意差を認めた。

湖崎（大阪市） 中心視野の定義は。

飯島 中心部と連続している V-4 イソプターである。

3. 視野検査の意義・内分泌 (prolactin) と hemianopsia

○野崎尚志（名古屋鉄道病院）・鶴飼光雄（同外科）・
安間哲史・平井淑江（名大）

下垂体腺腫の CT, prolactin, 視野の関係を症例をあげて検討。診断の補助手段として視野検査が前二者に劣らず簡便かつ，すぐれたものであることを指摘した。

下奥（兵庫医大） 早期診断には自覚症状も重要。無月経，性欲減退の有無は。

野崎 無月経はなし。治療により生理現象の回復有り。

遠藤（横浜市） 視野以外で腫瘍の判定のための検査について。

野崎 視野から腫瘍の種類は不能。CT から大きさ，浸潤程度を判定。内分泌検査から腫瘍の性質がわかる。各種検査を考慮して施行する必要がある。

4. 水晶体混濁の視野におよぼす影響

○吉田恒一・野々村正博・前田修司（弘前大）

術前に中心暗点または中心部イソプターの沈下を認めた白内障眼の術後視野は正常であった。後極部に限

局して最も強い混濁を認める後のう下白内障は，中心視野を沈下させると考えられた。

勝島（札幌医大） 水晶体混濁による緑内障類似の視野変化の有無。

吉田 強い皮質のくさび状混濁では不定形な周辺部視野変化を来す。

5. 心因性と思われる同名性四分の一盲の 1 症

○村松 明・栗井嗣己・古吉三紀（熊本大）

20 歳，男，左眼の急激な視力低下，瞳孔不同，同名性四分の一盲。視神経乳頭正常。神経学的検査，放射線学的検査正常，ステロイド投与後，視力の向上，らせん状視野を呈し，心因性因子の関与が考えられた。

三村（兵庫医大） 跳躍瞳孔症が疑われる。鑑別診断上 GCKtest が必要。

村松 ピロカルピンテスト陰性，散瞳剤点眼の既応なし。心因性が最も疑われる。

6. 病因別網膜神経線維層欠損所見に伴う機能変化

溝上国義・○大石麻利子（神戸大）・

金谷いく子（兵庫県立成人病センター）

網膜神経線維層欠損 (NFD) に伴う機能変化を病因別にオクトパス F プログラムで検討した。光凝固後の感度低下は凝固部のみの軽度の変化で NFD 内に限られていたが，原発性開放隅角緑内障と低眼圧緑内障では NFD 所見部を含め広範囲に感度低下を伴っていた。

7. 眼成人病検診における視野 screening の検討

○八木沼康之（星総合病院）・

菊池重幸（白河厚生病院）・加藤桂一郎（福島医大）

眼成人病の screening に Friedmann Visual Field Analyser Mark II を用い，静的視野計測を施行。視標輝度の screening 開始レベルを年齢別の指定 ND 値より 0.6 log unit 上昇させた。測定時間は短縮し，false negative の減少が考えられ，有意な方法であった。輝度は 3 カ月に 1 度チェックする必要がある。

高橋（慶大） 年齢別に macular threshold を測定したか。矯正視力測定後，近用眼鏡を用いて検査したか。

八木沼 各年齢別 ND 値から輝度を設定した。近用眼鏡所持例は使用した。

塩瀬（愛知保険センター） 25 度以遠の単発的な見落としに対する異常判定の基準。

八木沼 Mark II による異常は全て異常と判定。

8. 視野の客観的評価法の試み

○古野史郎・松尾治直（東京医大）

玉葱型立体図形の体積および形状係数による視野の客観的評価法を，模擬視野図を作成し，各種視野評価法と比較検討した。面積は周辺視野が大きく評価され，エスターマン方式は簡便だが，他に比べ正確さに劣り，AMA 方式は複雑な視野では正しく評価されず，玉葱型立体視野を用いた方法，筒井方式，中谷方式は正確であるが，煩雑である。合理的かつ簡便な方式を開発

する必要がある。

追加 可児(兵庫医大) 玉葱型視野の感度の高い中心部を3乗する理論的根拠はむずかしいと思います。節細胞の数による我々の視野評価法も考慮下さい。

9. Octopusにおける視野測定時の背景輝度の影響について

○松本長太・宇山令司・中尾雄三・大鳥利文(近畿大)

Octopus 自動視野計の背景輝度を 31.5 asb, 4 asb, 0.4 asb, 0.04 asb に変更し, 20代の正常者に対し, F_4 , F_8 を用いて網膜感度を測定。背景輝度の低下とともに網膜感度曲線は平坦化し, また dynamic working range は徐々に拡大した。Sargon プログラムM1.0, M2.0を用い, 中心性網膜症の光凝固前後の網膜感度を測定, 背景輝度を低下させることで, 病変をより明確にとらえることが可能であった。

10. オクトパス自動視野計を用いた視野負荷テストの試み

○田村 忍(三菱神戸病院)

オクトパス自動視野計F8プログラムを用い, 中心および傍中心視野の感度の測定を行った。視神経疾患の回復期において, 部位により, また回復過程の時期により感度のばらつきに差がみられ, 初期緑内障では視神経線維欠損の部位に一致して中心視野の感度の低下とばらつきを認めた。

三村(兵庫医大) 上下法以外の閾値測定をすればその値の変動がより大きくなるのでは。

田村 今回は検討していない。

11. 視野変動とその評価について

○小山哲朗(名古屋通信病院)・水谷 聡・鈴木昭弘(愛知医大)

虚血性視神経症の自動視野計の測定結果をグラフ化し, 異常者における視野変動とその評価について検討。視野障害を持つ患者では正常者では起こらないような変動が比較的感度の残っているところで容易に起こるので, 正常者の測定誤差をそのまま異常者へは適応できない。

12. Fundus Photo-Perimeterを使用したマリオット盲点の測定

○梶鏡裕子(厚生中央病院)・古野史郎(東京医大)

Fundus Photo-Perimeter CIP-1を用い, マ盲点を動的測定し, 実際の眼底と比較。正常眼ではマ盲点は乳頭より垂直方向に拡大。その原因として, 乳頭の下に集中する血管暗点と網膜感度の低下が考えられた。網膜感度は下鼻側が最も悪く, 強度近視眼でこの傾向が強かった。加齢の影響はなかった。

13. 早期緑内障の黄斑部機能の検討

阿部春樹・長谷川茂・岩田和雄(新潟大)

矯正視力1.2以上の高眼圧症, 種々の病期の原発性

開放隅角緑内障, 正常眼に対して自覚的MTF測定装置(Cadwell CTS 5000)を用いて黄斑部機能を比較検討した。明度識別閾値およびコントラスト感度は高眼圧症および極早期緑内障では正常, 以後病期がすすむにつれて低下がみられた。

勝島(札幌医大) 高眼圧症では神経線維欠損はなかったか。極早期緑内障では黄斑部領域に神経線維欠損はなかったか。

阿部 高眼圧症ではなかった。極早期緑内障では菲薄がみられた。

磯松(福井医大) 近視との関連は。

阿部 屈折異常は3D以内を対象とした。

溝上(神戸大) 黄斑部の神経線維欠損の有無と視機能との関連はどうか。

阿部 今回行ってないが, 検討すべきだ。

14. 緑内障視神経線維萎縮のOctopus-F-programによる視野変化

○大久保潔・坂井 護(神戸大)

経線上で profile perimetry を行い, 緑内障性弓状線維欠損に対応して感度低下を検出した。近位弓状線維欠損によるものは, 初期には鼻側視野に出現しやすく, 遠位弓状線維欠損に比べ耳側視野に穿破する傾向を認めた。乳頭黄斑線維に異常がおよぶものでも, 黄斑視野に異常はなかった。暗点の横断面は, 黄斑側では急峻な低下, 周辺側では緩徐な低下を示した。

井上(オリンピア・ク) 資料収集の条件で false positive が0である必要があるか

大久保 検査に対する理解度, 習熟度が高く, 極めて信頼度の高い結果が得られる。

15. 緑内障視野の改善に関する問題点について

○勝島晴美・竹田 明・国立亨治(札幌医大)・

相馬啓子(札幌市)・相沢実東(市立札幌病院)

緑内障視野の改善の程度と持続期間をゴールドマン視野について検討した。初期にみられる中心30度以内の視野異常は消失し, 数年間持続。中間, 末期では改善はみられるが短期間で不安定。

保坂(旭川医大)・塩瀬(愛知保険センター) 視野の改善がみられるというが, 器質的改善はみられるのか。

勝島 眼底写真では器質的な改善は認められない。

磯松(福井医大)・塩瀬 視野検査の頻度, 回数, 測定時間。

勝島 6カ月に一度, 何回も行わない, 15~20分。要望 北沢(岐阜大) 定性的なものでなく, 定量的なデータがほしい。

追加 湖崎(大阪市) 消失しやすい暗点の位置はない。末期でも永久改善例がある。

16. Goldmann 視野計による緑内障の視野経過

○中谷 一・藤谷博行・斎藤喜博・中内正興・岡部純子・

住江憲勇 (大阪厚生年金病院)

緑内障の視野経過は、眼圧上昇幅は大きくても減圧治療により短時間で正常に回復するものの経過は良好で、眼圧上昇幅は小さくても持続しているものは経過は悪い。

千原 (京大) 術後視野が悪化する割合は。

中谷 時期によって異なり、一概には言えない。急激な進行を示すものは減圧手術後も悪化の速度はすぐに緩徐にならない。

17. 慢性虚血性視神経症の視野

○越智利行・井上洋一 (オリンピア・ク)

慢性虚血性視神経症 (ION) と低眼圧緑内障 (LTG)、原発性開放隅角緑内障 (POAG) との視野変化について比較した。上下半盲の頻度は ION は 21.9%, LTG は 13.4%, POAG は 2.3% であった。

下奥 (兵庫医大) ION の定義は。

越智 慢性虚血性視神経症を ION と定義した。

北沢 (岐阜大) ION と LTG の上下半盲の頻度の差は。

越智 有意差はなかった。

18. 緑内障手術の視野に及ぼす影響 (視野変化の特徴について)

○関 明・西沢美恵・

小川徹郎・松尾治互 (東京医大)

緑内障手術の前後での視野体積の増加について検討した。術後に視野体積の増加は正常に近いイソプターの部位にみられる頻度が高く、減少を示すものは、神経線維束欠損の部位にみられる頻度が高かった。

19. 緑内障視野異常の新しいスクリーニング検査法について (弧状フリッカー法と2点方式)

○湖崎 弘・稲葉昌丸・塚本和子・

管 節子 (大阪市, 湖崎眼科)

弧状フリッカー視野と上下視野の2点視標を用いる検査法の使用経験を述べた。緑内障でも感度低下を検出できないことが多く、正常眼で、特に耳上側視野に感度低下を認めることがあった。

磯松 (福井医大) 正常者で感度低下を示す例に近視はなかったか。

湖崎 近視は含んでいない。

塩瀬 (愛知保険センター) 正常者の見落としの多い位置は。

湖崎 耳上側である。

20. Troxler 現象を利用する試作 campimeter の改良

飯沼 巖 (和歌山労災病院)

極早期緑内障診断に Troxler 現象を利用した campimeter の測定結果をより信頼性のあるものにするために改良を加えた。固視点を中心に経線方向に8つの視標をおいて Troxler 現象、減反応を用い喪失を調べ、全経線に布衍する。さらに、被検者への説明を徹底した。

21. 新しい自動視野計 Humphrey Field Analyser 610 の使用経験

○冨田剛司・谷口 徹・岩瀬愛子・北沢克明 (岐阜大)

Humphrey Visual Field Analyser 610 の仕様を紹介。本装置および Computer の視野異常検出能力について早期緑内障視野異常眼を対象として中心視野を測定し、Octopus 2000 の測定結果と比較検討したところ、ともに sensitivity は 95.5% で有効な検出能を示した。また、3機種には暗点検出部位に一定の傾向が見られた。

22. Humphrey 自動静的量的視野計の使用経験

○白土城照・弓田 彰 (東大)・北沢克明 (岐阜大)

Humphrey Visual Field Analyser の仕様を紹介。本装置の早期緑内障視野変化の検出能力を Octopus 自動視野計での結果と比較検討。中心 25 度以内を threshold related screening 法にて測定。sensitivity は 100%, specificity は 84.6% で、検査時間も短く、早期緑内障性視野変化検出上有用であった。

23. Fieldmaster Model 50 R の使用経験

○友永正昭・野寄 忍・

野寄千鶴子・太田安雄 (東京医大)

Fieldmaster Model 50 R の使用経験を報告した。固視監視、使用方法が簡単で、データのプリントアウトが自動的にできる。正常者では Tubinger 視野計、Goldmann 視野計とほぼ同様の結果が得られた。

24. トプコン自動視野計による黄斑部疾患の測定

○駒井 潔・西植茂晴・西美恵子・村上裕美・貫名香枝・可児一孝 (兵庫医大)

黄斑部疾患のなかでトプコン自動視野計 SBP-1000 の suprathreshold static perimetry で検出されないものは今回の検討の結果、中心感度の低下の軽いものであることがわかった。この様な疾患に対しては、さらに meridional program を追加して閾値測定が重要である。また、Amsler チャートの検査も大切である。

(文責: 溝上, 金谷, 田村)

別刷請求先: 溝上国義 〒650 神戸市中央区楠町7 神戸大医学部眼科