

EALES' DISEASE

RECURRENT INTRAOCULAR HEMORRHAGES IN YOUNG ADULT

โดย

* น.พ. นิสิต ลีละวงศ์ พ.บ.

** พ.ญ. บุญเยี่ยม เกษจำรัส พ.บ.

Henry Eales (1880-1882) เป็นคนแรกที่อธิบายถึงโรคนี้ใน Primary Retinal Hemorrhages in Young Men และเขาไม่พบว่ามีการเกี่ยวข้องกับโรคใด ๆ จึงเชื่อว่าเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุ Axenfeld และ Stock (1911) ได้ชี้ให้เห็นถึงโรคนี้ เพราะพบว่ามี ความสัมพันธ์กันอย่างมาก จนถึงกับมี บางพวก เชื่อว่าโรคนี้เป็น tuberculous retinal periphlebitis

Duke - Elder⁽¹⁾ ได้รวบรวมและสรุปว่า โรคนี้เป็นเพียง clinical manifestation ของโรคหลายโรค ดังนี้.-

(1) TUBERCULOSIS เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุด Gilbert (1935) พบเชื้อวัณโรคใกล้เส้นเลือดดำของ retina จาก section นอกจากนี้มีผู้พบ active tuberculosis ในส่วนอื่นของลูกตา เช่น Axenfeld และ Stock (1911) Flescher (1914)

และพบตามส่วนอื่นของร่างกาย เช่น Igerscheimer (1912) Davis (1920) เป็นต้น จะอย่างไรก็ตาม มีหลายท่าน เช่น Freidenwald และคณะ⁽⁵⁾ กล่าวว่า ในการให้คำวินิจฉัยโรคโดย section ว่าเป็น tuberculosis นั้น เป็นเพียงการที่หักเอาจากลักษณะที่พบเห็น ทั้งนี้ เพราะจะพบแต่ tuberculous inflammatory nodule ช่าง ๆ เส้นเลือดดำ ซึ่งแต่ละ nodule ประกอบด้วย epitheloid cells บางครั้งมี giant cell ล้อมรอบด้วย lymphocyte แต่ไม่พบเชื้อวัณโรคเลย นอกจากนี้ส่วนใหญ่ของผู้ช่วยก็ไม่พบว่า เป็นวัณโรค ในที่ใด ๆ ของร่างกาย⁽⁷⁾ ไม่ว่าจะ เป็น local หรือ systemic

(2) SEPTIC FOCI อาจเกิดจากการติดเชื้อต่าง ๆ⁽²⁾ เช่น จาก skin abscess ซึ่งรายงานโดย Spicer (1907) infected tonsil รายงานโดย Knapp (1935) และ

* อาจารย์แผนก จักษุ ไลตร, ศอ นาสิก

** แพทย์ประจำบ้านอาวุโส

ภายหลังการถอนพืชมการติดเชื้อ รายงาน
โดย Bender (1935) เป็นต้น

(3) THROMBO-ANGITIS OB-
LITERANS (Buerger's Disease) ซึ่ง
ได้รายงานและยืนยันทาง pathology โดย
Birnbaum, Prinzmetal และ Conner
(1934) Marchesani (1935)

นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่น ๆ ที่กล่าวอ้าง
กันอีก เช่น heimintiasis (Wood, 1914)
anemia (Cohan 1924) a delay in the
blood coagulation (Wilmer, 1914)
เป็นต้น และยังมีอะไรอีกหลาย ๆ อย่างที่
อาจแสดงว่า โรคนี้เป็น peripheral vas-
cular disorder⁽⁷⁾

ถ้าเป็นไปตาม Duke-Elder โรค
เหล่านี้จะถูกนำไปสู่ retina ได้โดย

ก. ไปตามกระแสโลหิต⁽³⁾

ข. แพวกระจายเข้าไป จาก ciliary
body ผ่าน pars plana โดยตรง⁽³⁾ หรือ
อาจไปเกิดเป็น choroiditis ขึ้นก่อน⁽⁴⁾
ในรายที่ไม่รุนแรงก็จะเกิด retinitis หรือ
retinal damage โดย toxin ที่มีต่อ
neuro-epithelium ของมัน หรือจากการ
ขาดอาหาร แต่ถ้าเป็นอย่างรุนแรง Bruch's
membrain จะขาด การอักเสบจะเข้าไปถึง

retina เลย เกิดการอักเสบของ choroid
และ retina ขึ้นพร้อมกัน

ค. Verhoeff (1922)⁽⁴⁾ เชื่อว่า
cells ที่ติดเชื้อจาก primary uveal focus
อาจเคลื่อนตัวไปฝังในส่วนที่ไกลออกไปของ
retina โดยเฉพาะใกล้เส้นเลือดดำเกิด
second area ของ retinitis ตรงจุดนั้น

ในผู้ป่วยบางราย⁽⁶⁾ ที่พบมี scar ของ
inactive chorio-retinitis เก่า ๆ หรือ
ที่ยังมี active chorio-retinitis อยู่บ้าง
ร่วมกับมีการมี retinal periphlebitis
ทางส่วนนอก ๆ ช่วยให้เรากาตคะเนได้ว่า
เชื้อโรคจากตรงที่ม chorio-retinitis ถูก
นำไปสู่ perivascular space ของ retina,
และเกิด secondary lesion ขึ้น และจะ
กักกั้นผนังของเส้นเลือด ทำให้แตกและ
เลือดออกได้

อย่างไรก็ตาม Elliot ได้คัดค้านความ
คิดเห็นของ Duke-Elder ทงนี้โดยที่เขา
พบว่า

ก. ในผู้ป่วยที่เขา รายงาน ในปี 1954
นั้น⁽⁸⁾ หนึ่งในสามมี active tuberculosis
อีกหนึ่งในสามมี mediastinal gland
และ 30 ในทั้งหมด 31 ราย ให้ผลบวกต่อ
tuberculin test

ข. จากลูกตา 3 ลูก ท้องควักออกเนือง
จาก สองราย เป็น glaucoma และอีก
1 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิตจากวัณโรค เมื่อตรวจ
ทาง pathology พบว่ามี lymphocyte
เพียง เล็ก น้อย อยู่น้อยๆ เส้นเลือดของ
retina และลักษณะที่พบเข้ากันไคกับกรรม
allergic basic

ค. ในรายงานปี 1958 เขาได้ใช้ steroid
ในการ รักษา พบว่า เกือบทั้งหมดได้ผล
ซึ่งแสดงว่า โรคนี้ น่าจะเป็น hypersensi-
tivity reaction และ steroid ที่ให้ ใช้
เพียงของกันไม่ให้เกิด reaction ชน

ง. จากผลการค้นคว้า 25 ปี ของ Rich⁽¹⁰⁾
พบว่า hypersensitivity นั้น อาจทำให้
เกิดความผันผวนต่อระบบ (system) ต่าง ๆ
ของร่างกายได้ทั้งมากและน้อย โดยเฉพาะ
tubercurin type hypersensitivity ใน
chronic infection นั้น เป็นเรื่องสำคัญ
มาก เพราะจะทำให้เกิด tissue damage
และ destruction ได้มากมาย

จากเหตุผลเหล่านี้เอง Elliot จึงสรุปว่า
โรคนี้ ต้อง เกิด จาก hypersensitivity
reaction ของเส้นเลือดดำ, คือ tubercilo-
protein โดยที่แต่ละบุคคลมีความทนต่อ
protein นี้นต่างกัน

Clinical picture

มักพบในชาย อายุเฉลี่ย 23 ปี สุขภาพ
ค่อนข้างดี และเกิดมีอาการ คล้าย ๆ กัน
คือ ผู้ป่วยจะ รู้สึกว่า ตามัวลงอย่างรวดเร็ว
ภายหลังที่นอนหลับ หรืออยู่อย่างธรรมดา
โดยไม่ ต้อง ไปออก กำลัง ภาย ะไร ไม่มี
อาการ เจ็บปวด และมักเป็นกับตาข้างหนึ่ง
ข้างใดก่อน และอาจเป็นซ้ำหรือสลับกัน มี
ความจริงข้อหนึ่งคือ ตาข้างซ้ายจะเป็นได้
มากกว่า (Paton 1938 - Left eye more
direct path)⁽¹⁾ ในตอนแรก เลือดที่ออก
จากเส้นเลือดที่เป็นโรค จะอยู่ทางข้าง ๆ
แล้วจึงค่อย ๆ ลามเข้าหาส่วนกลาง ถ้ายัง
macular สายตาก็จะมัวไปมาก ในรายที่
absorption ดี แม้จะมีเลือดออกมากจน
สายตาเหลือเพียงขนนมมือ ก็อาจกลับเห็น
ก็เช่นปกติได้ในระยะเวลาอันสั้น เพียงชั่ว
อาทิตย์ แต่ถ้าเป็นซ้ำ ๆ จน absorb กลับ
ไม่ทัน หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงบางอย่าง
ขึ้น ก็ จะเหลือเป็นตะกอนขุ่นอยู่ใน vitreous
ได้, นอกจากนั้นการกลับเป็นซ้ำ จะมียอดใน
ระยะแรก ของโรค แล้วค่อย ๆ ห่างออก
จนหยุด และหายไป ระยะของ activity
ของโรคแตกต่างกันได้มาก เฉลี่ยประมาณ
2-9 ปี และในผู้ป่วยรายหนึ่ง ๆ activity
ระหว่างตาทั้งสองข้างก็ต่างกัน เช่นตา

ข้างหนึ่งอาจเป็นอยู่เพียง 6-12 เดือน แต่
ตาอีกข้างหนึ่งเป็นอยู่ถึง 10-12 ปี

การตรวจ จะเห็นลักษณะของ periphle-
bitis ตามส่วนข้างๆ ของ retina โดยมี
exudate มากหรือน้อยอยู่รอบเส้นเลือดดำ
ที่เห็น ในรายที่เป็นน้อย อาจพบมีเพียงทาง
ขาวๆ บางๆ เป็นปลอกครอบเส้นเลือด ทั้ง
เส้นเลือดเองจะขยายใหญ่ อาจพบเป็นคุ่มๆ
หรือคอคเคียวเป็นช่วงสั้นๆ ถ้าเริ่มมีเลือด
ออก จะพบที่ retina ก่อน แต่ถ้าเลือด
ออกข้างมากพอ ก็จะซึมทะลุ internal
limiting membrain และปรากฏให้เห็น
ใน vitreous ในบางรายที่มีเลือดออกมาก
อาจพบเลือดมาอยู่ใน anterior vitreous ได้
ทั้งนี้ โดยผ่านไปตาม Choquet's canal
(Vogt)⁽¹¹⁾ ในรายที่เป็นมานานพอสมควร
บริเวณเส้นเลือดดำที่เห็น อาจพบมีกลุ่มเส้น
เลือดเล็กๆ ใหม่ๆ ซึ่งเปราะมากแตกซน
และช่วยทำให้เลือดออกได้ง่ายเข้า เมื่อมี
เลือดอยู่ใน vitreous ก็จะมีการ organization
และ absorpion โดยมี wandering
cells, fibroblast และ sprouting
capillaries เข้าไปใน vitreous เกิดเป็น
แผ่นของ fibrovascular tissue ที่เรียก
retinitis proliferans ซึ่ sprouting
capillaries tuft นี้ จะทำให้มีเลือดออก

ได้มากและง่ายเช่นกัน ต่อมาเมื่อ organ-
ization มีมากขึ้นๆ ก็จะต้องงทำให้เกิด
retinal separation หรือ detachment ได้
นอกจากนี้ ยังอาจเกิด secondary glau-
coma, chronic uveitis และอื่น ๆ คนไข้
อาจมีสายตาคือโพไซโคอยู่หลายปี แต่ใน
ที่สุดก็อย่างน้อยครึ่งหนึ่งตาจะบอด

Differential diagnosis

ในการพบ vitreous hemorrhages
(Callahan)⁽¹²⁾ จะต้องนึกถึง serous
retinal separation เป็นอันดับแรก (50%)
ส่วน diabetic retinopathy, Eales'
disease และ acute choroiditis นั้น
จะแยกจาก serous retinal separation
ได้โดยที่เมื่อตรวจดู จะที่ขกว่า และถ้าใช้
แสงสีแดง จะเห็นเป็นสีดำ ยกเว้นในรายที่
retinal elevation มีน้อย หรือ subreti-
nal fluid มีเลือดออกขุ่น

ในระยะหลังของโรค เป็นการยากที่จะ
แยกจาก Thrombosis ของ central
retinal vein, chronic uveitis ที่มี
vitreous ขุ่น Coat's disease และ
diabetic retinitis proliferans

Treatment

การใช้ X-rays, ascorbic acid, vitamin
K, rutin รวมทั้ง การใช้ยาเฉพาะ สำหรับ

วัณโรค แม้จะเป็นระยะยาวนานเท่าใด
พบว่าไม่ได้ผลสักเลย

Elliot⁽⁹⁾ ใ้รายงานการใช้ Cortisone
หรือ Hydrocortisone ชนิดแขวนตะกอน
ในน้ำเกลือ แยกใช้ฉีดเข้าช่องกระจก ฉีดที่
conjunctiva ครั้งละ 1 ซี.ซี. (เท่ากับ
25 ม.ก.) ทุก 2-3 เดือน เป็นระยะนาน
ตั้งแต่ 1-4 ปี ในผู้ป่วยที่เล็ดไวแล้ว 13 ราย
ทุกรายมี retinal hemorrhages และ
สามารถตรวจได้ทั่วถึงโดย Ophthalmos-
cope พบว่า 10 รายไม่มีเลือดออกอีก และ
โรคหยุดการลุกลาม 1 รายกลับมีเลือดออก
หลังฉีด 6 สัปดาห์ และ 2 รายไม่มาติดตาม
สำหรับการใช้ steroid ฉีดเข้ากล้ามเนื้อได้
พยายามกัน แต่พบว่าโดยการให้ 2 วัน
จำนวนยาที่ถูกดูดเข้าไปในลูกตานั้นมีปริมาณ
ใกล้เคียงกันมาก

ในการ ฉีดเข้าที่ conjunctiva นั้น
ปกติยาจะ absorb หหมดไปไ้ ภายใน
2-3 เดือน แต่บางคนอาจช้าหรือเร็วกว่า
มาก รายที่ฉีดมากครั้งที่สุด คือฉีดตาเขียว
18 ครั้ง ในระยะเวลา 4 ปี โดยไม่มีสิ่ง
ผิดปกติเกิดขึ้น

สำหรับการรักษาโดยใช้ desensitiza-
tion ด้วย old-tuberculin ในปัจจุบัน
ไม่นิยม เพราะเกิดมี reaction ต่อ tuber-

culin ที่ใช้ได้ง่าย และ Elliot ก็พบ serous
focal reaction ถึง 2 ราย ในรายงาน
ครั้งแรกของเขา

การรักษาโดยการผ่าตัด การเปลี่ยน
vitreous ที่ขุ่นเสียใหม่ อาจช่วยได้ในบาง
ราย แต่การผ่าตัดที่ยอมรับกันว่า ได้ผลดี
สำหรับโรคนี้ ก็คือการใช้ surface dia-
thermo-coagulation เพียงผิวๆ และเบาๆ
ตามบริเวณที่มี localized periphlebitis
และมีเส้นเลือดใหม่ ๆ เกิดขึ้น ควรทำใน
รายที่เป็นใหม่ หรือโรคยังไม่ progress
ไปมาก, มิเช่นนั้นแล้วจะไม่ได้ผล preli-
minary report รายงานโดย Donder⁽¹³⁾
ซึ่งทำผ่าตัด 10 ราย 4 รายไม่เป็น อีก 5 ราย
กลับมีเลือดออก และทำซ้ำ 4 ราย 3 ราย
ได้ผลดี การติดตามผู้ป่วยตั้งแต่ 1-16 ปี
ความมุ่งหมาย เพื่อทำลาย periphlebitic
foci และทำให้เส้นเลือดที่มีโรคอยู่ยอกัน
และเสียไป ทงนเพื่อยงกันไม่ให้เกิดมีเลือด
ออกอีก Franceschetti และ Forni⁽¹⁴⁾
ได้ทำการผ่าตัด 13 ราย 5 รายทำเพอ
ยงกัน โดยที่ยังไม่มี vitreous hemorr-
hage มาก่อน และพบแต่ periphlebitic
lesion 3 ราย ได้ผลดีหลังการติดตาม อยู่
4 ปี 1 รายเกิด plastic iritis หลังทำ
8 เดือน อีก 8 รายทำเพื่อการรักษา 5 ราย

ได้ผลดี 2 ราย ไม่มาติดตาม 1 ราย พงทำ ผ่าตัดและกำลังติดตามผล Fanta⁽¹⁵⁾ ได้ รายงานผู้ช่วย 1 ราย ที่ทำการขึงกัน และรักษา ปรากฏว่าได้ผลดี Merz และ Hauser⁽¹⁶⁾ ได้รายงาน 1 ราย นับว่าได้ผลดี Vail⁽¹⁷⁾ เชื่อว่าการทำ diathermo-coagulation ในเท่านั้น จะช่วยไม่ให้เลือดออก และเข้าไปใน vitreous ได้อีก และเขาเองได้ทำการผ่าตัดแขนง 3 ราย ได้ผลดีเช่นกัน Elliot⁽⁹⁾ ได้รายงาน ว่า ผู้ช่วย ในรายงานของเขา 1 ราย เคยได้รับการรักษาแขนงมาถึง 2 ครั้ง แต่ก็ยังมีเลือดออกอีก และหลังจากนั้นมาใช้การฉีด steroid เข้าที่ conjunctiva ไม่ปรากฏว่ามเลือดออกอีกเลยที่ตาข้างขวา ส่วนตาข้างซ้าย ก็มีแต่ retinal hemorrhages แต่ไม่มี vitreous hemorrhages เลย หลังติดตามอยู่ 4 ปี

ในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา แผนกจักษุ ๗ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้พบผู้ช่วยด้วยโรคนี้หลายราย แต่ที่มากที่สุดคืออยู่เสมอม 3 ราย ส่วนอีก 1 ราย มีเหตุผลให้สงสัยว่าอาจเป็นโรคนี้ได้

รายงานผู้ช่วย

รายที่ 1

ผู้ช่วยชายไทย อายุ 29 ปี มาโรงพยาบาล

ด้วยอาการตามัวทั้ง 2 ข้างมาประมาณเดือนเศษ เริ่มเป็นทางซ้ายและเมื่อดูคน กัดขม มัวทั้งข้างขวา มา 3 วัน

การตรวจ ตาข้างขวา สายตา 6/60 ข้างซ้าย 6/8 +

การตรวจด้วย Ophthalmoscope ตาข้างขวามี vitreous และ retinal hemorrhages ทำให้ตามองเห็น fundus ทั่วๆ ไปไม่ชัด ข้างซ้ายพบมี vitreous ชุ่น เป็นสายดำๆ เล็กน้อย ทางค่านอกของ retina พบมีบางส่วนซีดขาวกว่าปกติ, และมี periphlebitis,

tuberculin test (1 ต่อ 1000) positive 30 x 30 มม. X-rays chest มี active pulmonary infiltration on right apex. Kahn และ V.D.R.L. negative

ได้ให้การรักษาโดยให้พวก vitamin-C, vitamin-K และ rutin รับประทานและสั่งแผนกอายุรกรรม เพื่อรักษาวัณโรคปอด

หลังการรักษาวัณโรคอยู่ประมาณ 8 เดือน ไม่พบมี infiltration ที่ปอด ได้แนะนำ ผู้ช่วยไปตรวจ และเพาะเชื้อวัณโรคจากเสมหะที่โรงพยาบาลโรคปอดยศเส ผลไม่พบเชื้อ ในขณะที่ทำการรักษาโรคปอดอยู่ ผู้ช่วยได้มาตรวจประจำเป็นครั้งคราว และมีเลือดออกในลูกตาหลายครั้ง และบางครั้ง

สำหรับข้างซ้าย ครึ่งสุดท้ายที่ผู้ป่วยมาตรวจ สายตาข้างขวา 6/8 - ข้างซ้ายมองเห็นมอดได้ในระยะ 1 เมตร ตรวจ Ophthalmoscope ข้างขวา vitreous ชุ่นเล็กน้อย มีเส้นเลือดเล็กๆ ใหม่ๆ เกิดบน retina ครึ่งที่มวรอยชดขาวและเส้นเลือดคากบ 2-3 แห่ง ข้างซ้ายมี cataract ระยะ immature vitreous ชุ่นมาก ตรวจ slit lamp พบ posterior subcapsular cataract และเห็น polychromatic, ใน vitreous มีเม็ดเลือดคอยู่มาก

รายที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 24 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการตามัว และรู้สึกถ่วงๆ ที่ลูกตาเป็นสลับกันทั้ง 2 ข้าง แต่ทางซ้ายเป็นมากกว่า และบางครั้งเกิดซ้ำ ในระยะ 1 ปี ผู้ป่วยมีตามัวเป็นๆ หายๆ ประมาณ 10 กว่าครั้ง และทุกครั้งกลับหายในเวลาค่อนข้างเร็ว

การตรวจ คาข้างขวาสายตา 6/6 - ข้างซ้าย 6/8 -

การตรวจ Ophthalmoscope ข้างขวา พบ sprouting capillaries tuft ตรวจ optic disc ฟุ้งตรงขึ้นมาใน vitreous และมีบางสายย่อยลงไปติดกับ retina บริเวณ

ขอบของ retina ทางส่วนล่างมี chorio-retinitis เก่าๆ ทางข้างซ้าย พบมี vitreous ชุ่น มี periphlebitis บริเวณขอบของ retina

tuberculin test (1 ต่อ 1000) positive (20 x 20 มม.) X-rays chest negative finding การตรวจทางโลหิต no blood dyscrasia, Kahn และ V.D.R.L. negative

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยให้ vitamin C, vitamin K และ rutin เรื่อยมาและในระยะหลังได้เปลี่ยนเป็นให้ Hydrocortisone 1 ซ.ม. 25 ม.ก. ฉีดเข้าที่ conjunctiva ข้างซ้าย ขณะนี้กำลังติดตามผลอยู่

รายที่ 3

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 18 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ตาข้างหนึ่ง มัวมา มาก 1 เดือน ตามความรู้สึกของผู้ป่วยเองนั้น คาได้มัวลงทีละน้อยมาประมาณ 8 ปีแล้ว ทุกๆ ปี ผู้ป่วยจะมี ตุ่มหนอง และ พพอง ขึ้นตามตัว ขณะเดียวกันตาก็จะมีลงไปด้วย และหลังจากการรับการรักษาโดยฉีดยา ตุ่มพพองหาย คากที่เลา

การตรวจ สายตา ข้างขวา เห็นเพียง เคลื่อนไหวและเห็นแสง คาข้างซ้าย 6/12

การตรวจ Ophthalmoscope ข้างขวา ไม่มี fundus reflex และทช ข้างซ้าย พบมี vitreous opacity เล็กน้อย มี retina hemorrhages และ periphlebitis ของ inferior temporal vessel

การตรวจโดย slit lamp พบว่ามี red blood cells แทรกใน vitreous body ทั้ง 2 ข้าง แต่ข้างขวามีมาก

tuberculin test 1 ต่อ 1000 positive (35 x 30 ม.ม.), X-rays chest old calcified spots on left lung root and on right apex No evidence of recent infiltration Kahn และ V.D.R.L. negative

การรักษา ใต้ให้ Hyprocortisone ฉีดใต้ conjunctiva $\frac{1}{2}$ ซี.ซี. ข้างซ้าย 1 ครั้ง

รายที่ 4

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 22 ปี ตาข้างขวามีมา 10 วัน แพทย์ต่างจังหวัดส่งมารักษา รักษาจากขี้กั๊กใต้ โดยสงสัยว่าเป็น retinal detachment และมี vitreous hemorrhages เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลบอกว่าตามัวลงมาก เนื่องจากการกระทบกระเทือนในการเดินทาง

การตรวจ พบว่าสายตาข้างขวาเหลือ นับนิ้วมือได้ในระยะ 1 ฟุต ข้างซ้าย 6/18 และใช้แว่นแก้ใ้ 6/6

การตรวจด้วย Ophthalmoscope ข้างขวาไม่มี fundus reflex และทช เมื่อให้คนไข้มองต่ำ เมื่อตรวจดูส่วนล่างของ retina พบมีบริเวณสีขาวๆ และมีจุดสีดำๆ เช่น chorio-retinitis ข้างซ้าย พบ old chorio-retinitis ทางค่านในตึก optic disc และมี fibrous band เล็กๆ เห็นเป็นทางขาวทอดก้นอยู่ นอกจากนั้นยังพบเส้นเลือดดำ superior nasal คีบมากและมีทางขาวเป็นปลอกหุ้มหลอดเลือดความยาว ซึ่งแสดงว่าเคยมี periphlebitis มาก่อนแน่

การตรวจด้วย slit lamp พบว่าตาข้างขวามีเลือดใน vitreous มาก

tuberculin test 1 ต่อ 1000 positive (30 x 30 ม.ม.) X-rays chest no active chest disease, Kahn 3+ V.D.R.L. positive การตรวจซ้ำได้ผลเช่นกัน

การรักษา ใต้ให้ systemic steroid พร้อม anti-syphilitic drug อยู่ประมาณ 1 เดือน ไม่ดีขึ้น และยังไม่สามารถเห็น fundus ข้างขวาได้ จึงลองหันมาใช้ Hydrocortisone ฉีดใต้ conjunctiva $\frac{1}{2}$ ซี.ซี. ขณะกำลังคุณผล

สรุป

Eales' disease เป็น syndrome อันเป็นผลจาก systemic disease ต่าง ๆ และอาจมี hypersensitivity reaction เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย จากผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อย่างแน่ชัด 3 ราย 1 รายมี active pulmonary tuberculosis 1 รายมี inactive pulmonary tuberculosis และทั้ง 3 ราย tuberculin test positive

เกิน 3 + ขณะกำลังติดตามผลการรักษาทางยาอยู่ และผู้ป่วย 2 ใน 3 รายนตาออกไปคนละข้าง รายหนึ่งมี secondary cataract ร่วมกับ vitreous opacity อีกรายมี massive retinal hemorrhages ส่วนรายที่ยังสงสัยตาข้างซ้ายเป็น inactive periphlebitis และตาข้างขวา vitreous ชุนมากจากมเลือดออก, เหนไม่สามารถมองเห็น fundus ได้ จึงยากในการที่จะวินิจฉัยว่าเลือกคนที่จะออกจากสาเหตุอะไร

Summary

The well-known clinical manifestation of the recurrent retinal and vitreous hemorrhages in young men, Eales' disease, has been described and three cases are reported. When visible, the retina shows periphlebitis with exudates and hemorrhages. The recurrent of hemorrhages with organization may completely destroy the vision. Occasional improvement has resulted from surface

diathermo.coagulation of the localized periphlebitis, and long term therapy with steroid hormone, but in general treatment is ineffective. The long term treatment with steroid is recommended by the hypothesis that "the disease result from a hypersensitivity reaction in the walls of the peripheral retinal veins in patients who have been sensitized to the tuberculoprotein."