

急性视网膜坏死综合征 3 例

凌受良,李湘波

(南华大学 附属南华医院,湖南 衡阳 421002)

关键词:视网膜坏死综合征; 抗病毒治疗; 皮质类固醇

中图分类号:R774.1

文献标识码:B

文章编号:1000-2510(2003)03-0355-01

急性视网膜坏死综合征(acute retinal necrosis syndrome,ARN)由日本学者 Urayama 等于 1971 年首次报道。我国从 1985 年至 1995 年间共报道 29 例急性视网膜坏死综合征¹,近年来逐渐受到眼科工作者的重视,常表现为广泛视网膜全层坏死,病情进展迅速,80%~85%患者出现视网膜脱离而导致失明²。早期诊断及治疗能挽救视力。笔者于 1999 年至 2001 年收治 3 例急性视网膜坏死综合征患者,采用积极抗病毒治疗,并试行玻璃体注射地塞米松的方法,取得较为满意的效果。

1 临床资料

1.1 资料与方法 本组患者为 1999~2001 年收治的住院病人,均为单眼发病,年龄 28~55 岁,男性 1 例,女性 2 例,右眼 2 例,左眼 1 例,起病时间 3~7 d,眼部表现:矫正视力 0.15~0.5,眼前节睫状充血(++),角膜水肿,角膜后沉着物(KP)呈灰白色(++~+++),房水闪辉(+~+++),眼底表现为玻璃体尘埃状混浊,视盘水肿,周边视网膜黄白色浸润灶,视网膜动脉旁黄白色斑块,血管变细,甚至闭塞,远端呈白线,血管周围小片状出血及云雾状渗出。3 例患者均应用无环鸟苷 100~750 mg/12 h 静脉滴注,持续 3 周,症状改善后口服无环鸟苷 200 mg,每日 4~6 次;然后静脉滴注地塞米松 10 mg,1 周后减量,2 周后改为口服强的松。早期口服肠溶阿司匹林 50 mg,每日 2 次,补充维生素 C 0.2 g、维生素 E 胶丸 100 mg、维生素 B₁,每日 3 次,疗程 4~6 周。其中 1 例行玻璃体穿刺注入地塞米松 400 μg,5 d 后重复 1 次,共 3 次。

1.2 结果 治疗 1 周后,患眼疼痛均明显缓解,充血减轻。2 周后玻璃体混浊变清,视网膜水肿好转,出血吸收,动脉充盈。3 周后,视网膜黄白色病损斑块消失。行玻璃体注射地塞米松的患者病程约 25 d,其余 2 例病程约 30~45 d,出院后视力提高 0.2~0.4。门诊随访半年后 1 例发生视网膜脱离,周边视网膜可见多数筛孔样裂孔,患者拒绝手术治疗,1 例随访 1 年视力保持 0.8,眼底正常,1 例未按医嘱随诊。

2 讨 论

急性视网膜坏死综合征是由疱疹病毒感染引起的,是一种以视网膜坏死、视网膜动脉炎、玻璃体混浊和后期视网膜脱离为特征的疾病³。病原体为单纯疱疹病毒型 HSV,也有报道为水痘带状疱疹病毒(VZV)⁴,视网膜动脉因炎性细胞浸润,内皮损害,血小板凝集功能亢进,导致视网膜脉络膜血管闭塞,血管周围淋巴细胞、浆细胞浸润,组织渗出,并有纤维组织增生,晚期视网膜神经胶质增生,视网膜色素上皮变性、萎缩,玻璃体机化牵引,最后视网膜脱离¹。

对 ARN 的早期诊断,我们认为对于合并玻璃体炎、前葡萄膜炎应常规眼底及三面镜检查,必要时行眼底荧光素造影(FFA)检查,早期表现为视网膜动脉变细,脉络膜灌注缺损;晚期表现为视盘高荧光,血管壁着色或荧光素渗漏,周边毛细血管闭塞呈弱荧光,坏死区荧光素渗漏呈斑驳状强荧光。

(下转第 363 页)

时间的肠管暴露、广泛的粘连分离、术后腹腔积血、渗液及坏死组织和异物的刺激,引起肠壁炎症反应,包括充血水肿、纤维蛋白渗出、肠管粘连导致肠麻痹、粘连不畅,造成梗阻³。炎症造成的肠蠕动减弱是梗阻的主要原因。在明确诊断前,必须排除机械性肠梗阻,如腹内疝、肠扭转、肠套叠等,以及继发于腹腔内感染或腹膜内感染、电解质平衡紊乱,所致麻痹性肠梗阻。术后早期炎性肠梗阻有其明显的特殊性,其特征如下:(1)多发生在术后2周内,典型的表现为术后很早出现排气或者少量排便,但进食后很快出现梗阻现象。(2)以腹胀为主要临床表现:患者临床表现与其他类型肠梗阻有类似之处,均会出现肠梗阻四大症状,但腹痛相对较轻,腹胀明显。(3)肠管广泛粘连,较少发生绞窄,腹部坚韧感,无胃肠型及蠕动波,不能扪及明显包块,无高调肠鸣音及气过水音。(4)保守治疗大多数有效。(5)腹透、腹平片示肠管积液、积气,大多无明显阶梯状液平面。

2.2 早期炎性肠梗阻的治疗 保守疗法是治疗术后早期炎性肠梗阻的首选方法,中西医结合治疗有利于缩短治愈时间。术后早期炎性肠梗阻其病程较长,国外统计治愈时间约17 d^{4,5}。本院30例患者平均治愈时间为7 d。在肠梗阻保守治疗常规措施基础上:(1)使用肾上腺皮质激素,能迅速有效减轻肠壁炎症、水肿和渗出。(2)抑酸剂、生长抑素的使用,能显著降低胃肠分泌量,减

少肠腔内液体潴留,有利于肠壁血液循环的恢复,加速炎症的消退,缩短病程。(3)本病中医认为属于“肠结”“关格”等范畴,主要病机是湿热中阻、气滞、血瘀而致腑气不通,在以上治疗措施基础上予以大承气汤化裁。其中大黄、芒硝泄热、通腑减少肠内积滞;赤芍、桃仁活血化瘀,促进肠壁血液循环;厚朴、枳实、木香、乌药理气,可增加肠管张力,促进肠管蠕动;炒莱菔子下气除胀。诸药合用共奏清热利湿、活血化瘀、理气导滞之功,有利于病情缓解,缩短病程。(4)广谱抗菌素的使用主要起到应激情况下预防肠道细菌移行性感染的作用。(5)在保守治疗过程中一定要严密观察患者的病情及腹部体征,可反复多次复查腹透或腹平片,及时发现手术指征。

参考文献:

- 1 黎介寿. 认识术后早期炎性肠梗阻的特征J. 中国实用外科杂志,1998,18(7):387.
- 2 朱维铭,李 宁. 术后早期炎性肠梗阻的诊治J. 中国实用外科杂志,2000,20(8):456.
- 3 李拥军,林 清. 术后早期炎性肠梗阻的诊断与治疗J. 中国医刊,2002,37(6):342.
- 4 Pickleman J, Lee RM. The management of patients with suspected early postoperative small bowel obstruction J. Ann Surg, 1989,212(1):216.
- 5 Holte K, Kehlet H. Postoperative ileus: a preventable event J. Br J Surg, 2000,87:1480-1493.

(收稿时间:2003-04-16)

(上接第355页)

该病早期积极抗病毒治疗,采用无环鸟苷静脉滴注1500 mg/m²·d。若疑VZV感染,可试用丙氧鸟苷250 mg治疗。同时行溶栓治疗,减少血小板凝集。足量的抗病毒药物后可静脉滴注地塞米松。玻璃体注射地塞米松可能机制为保护视网膜感光细胞,防止进一步坏死,减少视网膜下渗出及增生,也被用于治疗导致视力突然严重减退的视神经炎⁵。

目前,对玻璃体注射抗病毒药物的有效浓度尚有争论,联合应用皮质类固醇激素对预防并发症的作用,还难以评价,需进一步证实。

参考文献:

- 1 李凤鸣. 眼科全书M. 北京:人民卫生出版社,1996. 2239,2241.
- 2 江 睿,陈钦元,王文吉,等. 急性视网膜坏死的手术治疗J. 中华眼科杂志,1994,35(4):293.
- 3 惠延年. 眼科学. 第5版M. 北京:人民卫生出版社,2001. 135.
- 4 叶俊杰,张美芬,李维业,等. 脉络膜视网膜活检术对急性视网膜坏死病因诊断1例J. 中华眼科杂志,1994,35(3):232-233.
- 5 傅东红,王文吉,蔡松年. 无环鸟苷治疗急性视网膜坏死临床分析J. 中华眼底病杂志,1995,1(2):99-101.

(收稿时间:2003-04-11)