

· 病例报告 ·

梅毒性葡萄膜炎一例

刘琦 王雨生

【关键词】 梅毒/并发症; 葡萄膜炎/病因学

中图分类号:R759.1 R773.9

梅毒感染是 50 年代以前我国葡萄膜炎的主要病因之一^[1],解放后此类患者逐渐减少,但近年又有回升趋势。我科于 2004 年 1 月收治 1 例梅毒性葡萄膜炎患者,现报告如下。

患者女,50 岁,于 2004 年 1 月 16 日因“左眼视物不清伴眼痛 1 个月,加重 3 d”收住我科。入院时患者一般情况良好,心、肺、腹部未见异常,双手可见少量绿豆大小淡红色斑点。眼科检查:视力右眼 1.0,左眼数指/0.01(针孔);眼压:右眼 9 mm Hg (1 mmHg = 0.133 kPa),左眼 8 mm Hg。右眼检查内外眼均未见明显异常。左眼外眼正常,球结膜混合充血,角膜后 KP 阳性,房水闪辉阳性,房水可见细小灰白色细胞,瞳孔圆,药物性散大,晶体密度高,玻璃体混浊,可见细胞漂浮,眼底欠清晰。荧光素眼底血管造影(FFA)显示左眼底视盘毛细血管扩张,明显渗漏荧光;视网膜静脉迂曲、扩张,视网膜毛细血管渗漏荧光,以后极部显著。视觉电生理显示:左眼 F-ERG_a, b 波,OPs 波下降,P-VEP P 波低,峰时长,提示:左眼视网膜及视传导机能不良。眼部 B 型超声波显示:左眼玻璃体炎性混浊,眼球后壁粗糙、增厚,以后极部为主,未见视网膜脱离光带。实验室检查:循环免疫复合物定量 2.16 μg/ml(正常值 0~1.5 μg/ml),IgG 20.36 g/L(正常值 6.58~18.37 g/L)。诊断左眼葡萄膜炎。给予糖皮质激素和改善微循环药物治疗。用药后第 2 天,患者自觉症状好转,疼痛消失;3 d 后病情明显好转。住院第 9 天患者要求出院,出院时视力左眼 0.3,左眼结膜充血消失,角膜后 KP 消失,房水闪辉阴性,房水细胞消失,玻璃体混浊明显减轻,眼底可见,但较模糊,视盘色淡,边界不清,视网膜静脉迂曲。嘱患者出院后继续维持糖皮质激素治疗。

出院后第 3 天,患者自觉左眼症状再次加重,在当地医院给予大剂量糖皮质激素治疗后自觉症状无缓解,再次来我院就诊。于 2004 年 1 月 29 日第 2 次住院。入院时患者双手红色斑点增大增多(图 1),且双脚也出现红色斑点。眼科检查:视力右眼 1.0,左眼 0.3。眼压:右眼 10 mm Hg,左眼 7 mm Hg。右眼检查未见明显异常。左眼外眼正常,结膜轻度充血,角膜后 KP 阴性,房水闪辉阴性,瞳孔圆,药物性散大,玻璃体混浊与第 1 次出院时相仿,但眼底视盘上方出现大量黄白色渗出,眼底细节不清楚。入院后第 3 天,患者自觉右眼也出现类似左眼早期症状,但眼科检查未见明显异常。皮肤科会诊检查发现:梅毒螺旋体抗体明胶颗粒凝集试验(TPPA)阳性,快速血浆梅毒环状卡

片试验(RPR)阳性,滴度 1:32。诊断二期梅毒。眼科修正诊断:梅毒感染性葡萄膜炎。给予青霉素及糖皮质激素治疗,2 周后病情有所好转,左眼玻璃体混浊较前减少,眼底视盘上方渗出未见加重。于 2004 年 3 月初随访,眼科检查:右眼玻璃体混浊,玻璃体腔内细胞漂浮,眼底尚未出现明显病变,左眼玻璃体混浊及眼底病变进一步减轻。



图 1 患者手部像。患者第 2 次住院时双手红色斑点(玫瑰疹)增大增多

讨论 梅毒是由梅毒螺旋体感染引起的传染性疾病,一期梅毒为感染局部浸润性丘疹、硬结,发展为无痛性溃疡,即硬性下疳。二期梅毒为泛发期,全身皮肤、黏膜出现蔷薇疹群,伴脱发、指甲甲损害、脑膜炎、脑脊髓膜炎、肝炎、肾炎、性膜炎、关节炎、眼部病变等^[2]。梅毒性葡萄膜炎是由梅毒螺旋体感染引起的一种慢性传染病在眼部表现的一种类型。可分为先天性梅毒性葡萄膜炎和后天性梅毒性葡萄膜炎,后天性梅毒性葡萄膜炎常见于梅毒的第二、三期,约 50% 患者双眼发病^[3]。其主要表现在虹膜括约肌部位有椭圆形或球形隆起,其隆起表面有毛细血管网覆盖,玻璃体呈尘埃状混浊,眼底后极部或围绕视盘附近脉络膜视网膜播散状灰黄色渗出斑或地图样形态,病变可扩大到赤道部。视网膜水肿,视盘边界不清楚,并有色素增生表现,视网膜血管可被渗出物环绕,晚期可出现围绕视盘的环形萎缩区,FFA 早期病变区背景荧光增强,晚期视网膜深层荧光素贮留,色素上皮脱离^[4]。

对于梅毒性葡萄膜炎的诊断主要根据临床特征性症状、病史、全身表现,结合血清学检查确诊,主要以 TPPA 检出阳性为准。对于病因不明的葡萄膜炎患者,如果在短期内病情出现反

复,特别是在糖皮质激素减量过程中就出现病情反复的,皮肤出现斑疹、鳞屑、丘疹的,应高度怀疑梅毒感染可能性^[4]。对其治疗越早越好,青霉素是最好的抗梅毒药物。早期给予青霉素 G160 万 U,6 h 肌肉注射 1 次,10 d 为 1 个疗程;严重者青霉素 G960 万 U,加入 5% 葡萄糖溶液 500 ml 静脉内滴注。对青霉素过敏的患者可以用四环素或红霉素治疗。局部治疗以散瞳为主,可联合应用糖皮质激素局部点眼^[2,3,6]。从我们收治这例患者来看,糖皮质激素可以作为抗梅毒治疗的辅助治疗,利用糖皮质激素对炎性细胞的移行及向炎症部位聚集的抑制作用^[1],起到控制炎症的目的。

Barile, Flynn^[5]在 1997 年对 522 名患者的回顾性研究表明,梅毒是引起葡萄膜炎的重要原因,对于葡萄膜炎的患者应常规检查梅毒的血清学指标,而且眼科医生应该在梅毒性葡萄膜炎患者的治疗中发挥更积极的作用。有学者通过研究认为,某些梅毒感染性葡萄膜炎患者的首要表现可能以玻璃体炎为主^[6],这与本例患者情况相似。最近 Tamara, Vrabec^[7]指出,梅毒和艾滋病之间的关系比预期的要密切,常常因为患者发生了梅毒性葡萄膜炎,而考虑做相关检查,发现合并患有艾滋病。本例患者,追问其病史得知其丈夫曾于 2 年前有不洁性生活史,患梅毒已治愈,但当时患者无任何症状,曾在当地医院做过相

关检查未发现异常。患者首次来就诊时以玻璃体混浊为主要体征,FFA 检查发现视盘及视网膜毛细血管渗漏严重,再次发病时视网膜出现大量黄白色渗出。近年梅毒感染又有上升趋势,眼科医生应充分认识这一特殊类型葡萄膜炎的特征,减少漏诊和误诊。

参考文献

- 1 杨培增,李绍珍. 葡萄膜炎. 北京:人民卫生出版社,1998. 100-101, 119-121.
- 2 金秀英. 性病传染性眼病. 见:李凤鸣,主编. 眼科全书(下册). 北京:人民卫生出版社,1996. 3556-3559.
- 3 彭广华,李志杰,李辰. 梅毒性葡萄膜炎. 见:彭广华,李志杰,李辰,主编. 现代眼科治疗学. 广州:广东科技出版社,2001. 341-342.
- 4 李志英. 梅毒性脉络膜视网膜炎 3 例. 中国中医眼科杂志,2001, 4:194-195.
- 5 Barile GR, Flynn TE. Exposure in patients with uveitis. Ophthalmology,1997,104:1605-1609.
- 6 Kuo IC, Kapusta MA, Rao NA. Vitritis as the primary manifestation of ocular syphilis in patients with HIV infection. Am J Ophthalmol, 1998,125:306-311.
- 7 Tamara R, Vrabec MD. Posterior segment manifestations of HIV/AIDS. Surv Ophthalmol, 2004,2:131-157.

(收稿日期:2004-06-11)

(本文编辑:韦纯义)

双眼真性小眼球,右眼葡萄膜渗漏综合征一例

王文莹 王方 曹晖 邱庆华

【关键词】 葡萄膜疾病/遗传学; 小眼/遗传学; 葡萄膜疾病/诊断

中图分类号:R773.904

患者男,23岁。右眼上方出现黑影 17 d 入院。否认家族史。眼科检查:右眼视力手动/20 cm,不能矫正。左眼视力 0.15。屈光 +14.00DS,矫正视力 0.4。双眼眼压均为 13 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa)。双眼角膜直径 8 mm,角膜透明,结膜充血,巩膜浅层血管扩张。右眼前房闪辉阳性,细胞阴性,周边虹膜膨隆。散瞳检查眼底:右眼视网膜呈球形灰白色隆起,接近晶状体后囊膜,无明确裂孔。A 型超声显示双眼轴长 14 mm。双眼脉络膜同等增厚。右眼 T 形视网膜脱离,僵硬,视网膜下液清亮。右眼鼻侧、颞侧睫状体脱离。双眼房角窄,虹膜极度膨隆。超声生物显微镜(UBM)显示双眼前房内颗粒状回声,前房轴深 2.176 mm,各方向虹膜膨隆。右眼各方向睫状体部明显肥厚,上方腔隙性睫状体脱离。颞侧絮状物与睫状体平坦部粘连。左眼未见睫状体脱离。CT 检查显示双眼眼球较正常明显小,右眼晶状体玻璃体密度高且模糊,双眼眼环厚 2 mm,双眼视神经形态密度正常,双眼眶骨结构未见异常。

诊断:双眼真性小眼球,双眼高度远视,右眼葡萄膜渗漏综合征。治疗:巩膜瓣下开窗术,涡静脉减压。四个象限距角膜缘 6~8 mm 做 4 mm×5 mm,2/3 全层巩膜厚的巩膜瓣,其下切除 1.5 mm×1.5 mm 深层巩膜,切除顺序鼻上、鼻下、颞上、颞下。颞下方使用 0.4 mg/ml 丝裂霉素棉片 3~4 min,平衡盐溶液冲洗。手术中见 Tenon 囊肥厚,巩膜血管扩张,巩膜增厚,切穿巩膜后漏出液无色透明。手术后未使用药物治疗。病理检查:手术中切除的巩膜标本放在 3% 戊二醛和 2.5% 多聚甲醛中,环氧树脂包埋,制成超薄切片,送电镜检测。以早期青光眼患者非穿通小梁切除术的巩膜组织标本作为对照(图 1)。电镜下可见:与正常巩膜组织比较,小眼球眼大部分区域胶原纤维密度、直径正常。病变眼某些区域胶原束模糊或呈不规则排列,此外部分胶原纤维见扭转和磨损(图 2)。

手术后 4 个月复诊,视力 0.02,不能矫正。视网膜下液大部分吸收,颞侧、下方视网膜仍呈灰白色隆起,玻璃体粘稠,与视网膜粘连紧密。

手术后 16 个月复诊,视力 0.04,矫正视力 0.08 (+14.00 D)。赤道前视网膜仍呈浅灰白色。只有极少量视网膜下液残留,鼻侧视网膜少许皱褶。

作者单位:100730 北京同仁医院眼科中心(王文莹),上海市第一人民医院(王方、曹晖、邱庆华)

通讯作者:王文莹,Email: docwenying@yahoo.com.cn