

治愈一例特殊类型的病毒性视网膜炎

韩丽荣 姚宜 唐建明

患者 男, 21 岁, 因右眼视力下降 1w, 于 2003 年 6 月 28 日来我院门诊求治。此前因工作过度紧张劳累, 并血压升高, 已用降血压药物治疗。

眼部检查: 视力右眼 0.2, 左眼 1.2。右眼外眼无异常, 眼前房见 Tyndall (+ ~ ++)。扩瞳检查眼底, 见玻璃体内点状浑浊, 视乳头鼻上方黄白色渗出病灶, 约直径 2-3 个 PD, 明显隆起, 表面血管扩张, 似为新生血管, 视乳头上方条状出血, 黄斑似水肿增厚, 无中心反光。其余处视网膜平伏无异常。左眼内外眼均正常, 双眼眼压正常。

FFA 检查示右眼视乳头鼻上方黄白色病灶内见血管极度扩张, 似为新生血管并强烈渗漏, 远端局部毛细血管闭塞呈无灌注区, 后极部小血管广泛扩张和较多微动脉瘤并渗漏, 晚期致后极部和黄斑轻度水肿。(见图 1 ~ 6)

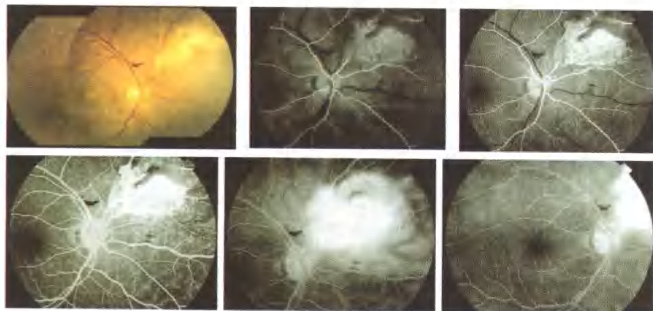


图 1 首诊时右眼彩色眼底照片, 显示视乳头鼻上方黄白色隆起病灶, 边界不清, 伴少许出血

图 2 ~ 6 首诊时右眼眼底荧光血管造影早、中、晚期照片, 显示鼻上方病灶处极度扩张的小血管网, 似为新生血管, 晚期强烈渗漏。黄斑和后极部视网膜轻度水肿

OCT 检查示右眼黄斑区神经上皮脱离。(见图 7)

全身情况未见异常, 血压 135/70mmHg。

化验室检查: 血常规: 白细胞总数 $10.9 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 $7.4 \times 10^9/L$, 其余指标正常。尿粪常规均正常。肝肾功能除抗-HBs 阳性以外其余正

常。胸透及心电图无明显异常。

考虑为右眼感染性视网膜血管炎合并脉络膜炎, 伴黄斑水肿。于当天收住院治疗。先给予抗生素和激素静脉点滴, 局部点抗生素眼药水和扩瞳治疗, 并维持降血压药物, 效果不明显。同时化验 HIV 抗体和弓形虫抗体 IgM, 并作 OT 试验, 结果均为阴性。作前房穿刺, 抽取房水作 PCR (病毒 DNA) 检测, 报告结果为阴性。但临床上仍疑为病毒感染, 入院第四天改用阿昔洛韦静脉点滴治疗。患者视力便日渐有好转, 入院后一周, 视力恢复至 0.8, 小孔视力 1.0。检查眼底, 见黄斑水肿明显减轻, 鼻上方黄白色病灶处表面似新生血管处有少量新鲜出血。于 7 月 4 日予以右眼病灶处激光治疗。激光治疗后第三天发现右眼鼻上大片视网膜前出血 (图 8), 玻璃体浑浊, 视力下降至 0.6, 10 天后出血进入玻璃体腔, 视力进一步下降至 0.2。因家属对手术有顾虑, 经保守治疗后于 7 月 23 日出院, 出院时右眼视力小孔 0.3。

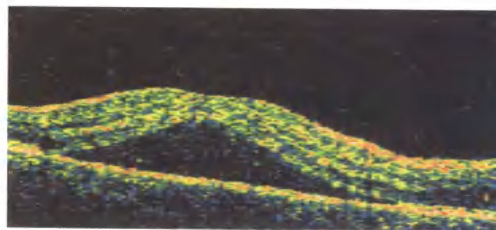


图 7 首诊时右眼 OCT 检查显示黄斑水肿, 神经感觉层下积液



图 8 右眼药物治疗后 1 周行鼻上病灶处激光治疗, 激光后第三天发生视网膜前出血的眼底彩色照片

出院后第5天来门诊复查, 视力略有好转, 右眼0.4, 前房仍有浮游细胞, Tyndall征(+), 其余眼前段正常。眼底检查见视乳头前玻璃体浑浊, 机化膜覆盖, 下方玻璃体内团块状出血机化物, 视网膜平伏。右眼B超检查提示玻璃体大团块状混浊和条索僵硬, 与病灶处视网膜粘连紧密(图9-10)。随决定手术治疗于当天再入院。



图9、10 右眼发生视网膜前出血后3周时眼部B超照片, 显示出血进入玻璃体呈团块状混浊, 病灶处仍隆起并与玻璃体内混浊机化膜粘连

7月31日于局麻下行右眼玻璃体切除+20%SF6气体填充术。术中见鼻上方病灶处与玻璃体机化膜粘连紧密不能分离, 此处膜残留, 其余玻璃体机化切除干净。术后常规应用激素和抗生素, 但见房水混浊, 下方球结膜水肿, 术后第5天, 房水混浊有加重, 玻璃体内气体减少至50%, 但玻璃体混浊明显, 予以球旁注射甲基强的松龙40mg。用药后上述情况未见好转, 出现羊脂状KP, 玻璃体混浊明显加重, 球结膜水肿加重, 患者自觉光线日渐变暗, 根据病情发展, 考虑病毒感染复发的可能性大, 随激素尽快减量至停, 于术后第六天重新加用阿昔洛韦静脉给药。次日病情便有所缓解, 视力0.3。术后第10天查, 视力又下降至0.08, 眼底见后极部视网膜水肿, 鼻上方病灶灰白色渗出有扩大, 下方球结膜水肿无减轻。立即将阿昔洛韦量再加大。数天后病

情渐减轻, 视力逐渐提高, 角膜KP消失, 前房和玻璃体混浊减轻, 后极部水肿渐消退, 术后4周出院。出院时视力0.6, 小孔1.0。再入院治疗期间, 对患者再作了一系列化验检查, 白细胞计数两次检查分别是 8.8 和 $9.7 \times 10^9/L$, 中性粒细胞计数正常。眼病原体组合IgM抗体(包括麻疹病毒, 腺病毒3型, 沙眼衣原体, 单纯疱疹病毒I型和II型, 水痘带状疱疹病毒, 柯萨奇病毒A24型, 鼠弓形体)全部阴性, 抗CMVIgM弱阳性(\pm), 抗CMVIgG阳性(+)。复查右眼底荧光血管造影可见鼻上方病灶除玻璃体机化膜处荧光遮蔽以外, 周围尚有荧光渗漏, 包括脉络膜低荧光和荧光渗漏, 黄斑无水肿(图11-12)。阿昔洛韦静脉给药治疗2周后改口服, 出院后继续口服用药。出院诊断: 右眼病毒性视网膜炎。



图11 右眼行玻璃体切除术后1个月时眼底彩色照片, 显示病灶处隆起度降低, 出血吸收, 病灶周围和黄斑区有黄白色硬性渗出



图12 右眼行玻璃体切除术后1个月时眼底荧光血管造影照片, 显示鼻上方病灶中心有玻璃体机化膜粘连残留处因荧光遮蔽为低荧, 周围尚见轻度荧光渗漏

出院后门诊随访共2年零7个月, 患者视力逐渐恢复至完全正常, 随访至第6个月起双眼视力均1.5, 但右眼前房一直有少许浮游细胞, 玻璃体内点状混浊, 视网膜平伏, 鼻上方病灶逐渐吸收缩小, 但仍有隆起(图13), 病灶远端和视乳头周围见较多斑点状硬性渗出, 复查OCT, 黄斑无水肿。复查血常规, 白细胞计数 $8.0 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 $0.72 \times 100\%$ 。



图 13 右眼术后 2 个月 B 超检查显示病灶隆起度降低, 但仍有隆起

讨 论

巨细胞病毒性视网膜炎通常发生在全身免疫力低下的患者, 如艾滋病, 恶性肿瘤或器官移植作过放疗或化疗者等, 典型的眼底表现为后极部大血管周围大片灰黄色渗出伴斑点状出血为特征, 西方国家称之为奶酪加番茄酱的外观, 同时有血管的病损改变。治疗以用阿昔洛韦静脉给药为主, 预后不良^[1,2]。

本病例患者经检查排除 HIV 感染, 也无全身罹患肿瘤病史及器官移植史, 虽然抗 CMV IgM 弱阳性 (±), 抗 CMV IgG 阳性 (+), 但从眼底表现看, 与巨细胞病毒性视网膜炎的眼底改变也有很大不同, 从前房的 PCR 检测, 也未查到 CMV 病毒 DNA, 据此不能肯定巨细胞病毒感染。但从患者发病情况, 眼部病变的表现, 完全不能排除感染性视网膜炎。特别是治疗结果证明, 阿昔洛韦治疗有效, 而且手术后治疗过程中, 单纯用抗生素和激素, 病情明显有反复, 再次给用阿昔洛韦治疗后便又得到控制。因而该病例似乎疱疹病毒感染得到间接的证实。

视网膜受到疱疹病毒 (水痘带状疱疹病毒) 感染所致的急性视网膜坏死综合症, 往往是从周边小血管的炎症开始, 逐渐扩展到各个方位, 并向后极部蔓延, 引起大面积视网膜坏死。同时伴有严重的葡萄膜炎和玻璃体炎^[3,4]。对照本病例的表现, 也不尽相同, 而且对患者的病毒抗体 IgM 抗体检测, 结果阴性, 也不支持疱疹病毒感染的急性视网膜坏死综合症的诊断。

由细菌和真菌感染引起的内源性眼内炎都会有明显的白细胞计数增高, 病情更加凶险, 象本病例视网膜上如此大的病灶, 如果没有强有力的抗生素和抗真菌药物及时作玻璃体内给药对应治疗, 是不

可能得到控制的。本病例的临床表现也不支持内源性眼内炎的诊断。而其他如弓形体病, 结核性脉络膜炎等等均证据不足。

综上, 该病例的确切诊断有一定的困难。考虑到①该患者发病前有过度疲劳, 全身抵抗力下降的情况, ②眼部病变和眼底的病灶外观上更接近病毒感染的表现, ③抗病毒治疗有良好效果, 患眼痊愈并一直保持良好视力, ④化验室检查提示抗 CMV IgM 弱阳性 (±), 抗 CMV IgG 阳性 (+), 这项检测是在已经用过抗病毒药物治疗后进行的。据此几点, 我们认为患者系病毒感染基本可以确定, 但不能确定是何种类型的病毒。巨细胞病毒感染预后较差, 严重的疱疹类病毒感染对视力影响也很大, 而本病例治愈后一直很稳定。

患者在治疗过程中发生视网膜前出血和玻璃体出血, 特别是在激光治疗后第三天发生大出血, 是否与激光治疗直接有关值得商榷。我们曾请有关专家会诊, 认为患者鼻上方病灶处荧光造影提示为新生血管, 应激光封闭之。我们将该病例提交 2003 年全国眼底病学术会议讨论, 又有专家认为不是新生血管, 而是极度扩张的病变血管, 不应作激光, 大出血便是激光造成的。根据我们的观察, 在激光治疗前病灶处已经开始有新的出血, 或许不作激光, 也会发生这样的大出血。另外, 从患者初诊时的彩色照片和黑白照片以及荧光造影照片看, 很难辨认其不是新生血管而是病变扩张的视网膜正常血管。但是, 对该病例的激光治疗确实有些操之过急, 应药物保守治疗观察时间稍长一些再作决定, 这样可能更为稳妥, 这也是我们在该病例治疗过程中应该接受的教训。

参 考 文 献

- 1 胡天圣. 葡萄膜炎的眼底表现; 赵家良. 获得性免疫缺陷综合征眼底改变. 见: 张承芬, 主编. 眼底病学. 北京: 人民卫生出版社, 1998, 460-479, 662-673
- 2 周晓美, 张武林, 李彬. 艾滋病视网膜炎一例. 中华眼底病杂志, 2002, 314-315
- 3 Kanski JJ. Acute retinal necrosis. In: Kanski JJ, ed. Clinical Ophthalmology. 3rd ed, Butterworth - Heinemann Ltd, 1994, 182-183
- 4 Culbertson WW, Blumenkranz MS, Pepose JS, et al. Varicella zoster virus is a cause of the acute retinal necrosis syndrome. Ophthalmology, 1986

(收稿时间: 2006-04)