

· 病例报告 ·

中间葡萄膜炎误诊一例

李睿琴 唐仁泓

中间葡萄膜炎是一组主要累及睫状体平坦部、玻璃体基部、周边视网膜和脉络膜的炎症性和增殖性疾病。其病因尚不完全清楚,早期无明显的视功能障碍,眼前节炎症轻微或无,加之不同医生对此病的认识等方面的不同,其误诊率达58%~67%^[1]。本文报道1例伴脑脊液改变的中间葡萄膜炎病例。

患者女 49 岁 因复视 4 天入神经内科。患者诉双眼向下视时出现上下方向重影,紧贴。入院前 10 天出现头晕、头痛,经抗感染治疗无效。入院体查神经系统未见阳性体征。入院拟诊:复视查因①多发性硬化?②颅内感染?完善血常规、血沉、PPD 皮试、胸片、视野、视听诱发电位均正常。MR 示右侧枕叶小结节异常信号,性质待定,脑软化或肿瘤性病变?住院后 2 天患者出现右眼视物稍模糊,入院后第 4 天行脑脊液检查示潘迪氏阳性,细胞总数 $80 \times 10^6/L$ (参考范围:细胞计数:成人 $0 \sim 8 \times 10^6/L$),白细胞数 $60 \times 10^6/L$,蛋白定量: $804mg/L$ (参考范围: $150 \sim 450mg/L$)。经静滴抗病毒及抗菌素等对症支持治疗,患者复视明显好转,头晕减轻,脑脊液细胞数及蛋白量均有下降。入院后 1 周出现右眼稍红,予噻诺酮类眼液滴眼 1 周无明显好转或加重。眼科诊,右眼视力 0.9,左眼视力 1.0,右眼结膜轻度充血,余眼部检查基本正常,复视检查正常。诊断为:颅内感染所致?颅神经麻痹?建议予神经营养及能量合剂。3 天后患者右眼视力明显下降。右眼眼前灰白色雾样影遮挡伴点圈状灰黑色漂浮影,无明显眼痛及视物变形,无毛发及皮肤改变,无耳鸣等其他不适。再请眼科会诊,右眼视力 0.4,左眼视力 1.0。右眼睫状充血(+),角膜透明, KP 可疑,前房少许浮游细胞,玻璃体混浊,眼底视网膜近周边部见白色雪球样混浊,余眼内结构窥不清,考虑为右眼葡萄膜炎(V-KH 综合征?)。因患者存在脑脊液改变,并出现右眼葡萄膜炎,考虑为 Vogt-小柳-原田病,将患者转入眼科。转科体查:右眼视力 0.2,加小孔 0.3,左眼视力 1.2。Goldman 眼压计测右眼眼压 32mmHg,左眼眼压 14mmHg。右眼睫状充血(+),角膜光滑,透明,少量散在灰白色粉尘状 KP,前房深度可,数颗粉尘状灰白色颗粒漂浮, Tyndall (+),虹膜纹清无前后粘连,余眼前节正常,玻璃体内大量灰白色条索状及细颗粒状混浊,下方玻璃体约 5 点至 7 点半方位见数处散在雪球样白色混浊。眼底窥见欠清,隐约见视乳头边界,颜色尚可,血管走行正常,未见明显出血、渗出及视网膜隆起。转科诊断为右眼中间葡萄膜炎并颅内感染。转科后予甲基强的松 $80mgQd$ 静滴,消炎痛口服,美多丽眼液扩瞳,典必舒减轻眼液眼前节炎症,噻吗洛尔眼液滴眼及醋氮酰胺口服,沃丽汀口服,喜络明口服,地塞米松右眼球周注射 1 次。因患者转科时脑脊液白细胞仍高于正常,故同时予静滴易通过血脑屏障的头孢三代抗生素。“甲基强的松”静滴 8 天后减为 $60mgQd$ 静滴

1 周后改为“泼尼松 $50mgQd$ ”口服,并逐渐减量。眼压逐渐下降,停用降眼压药后仍平稳正常。待玻璃体混浊逐渐减轻,于转科后第 9 天完善双眼底荧光造影未发现后极部视网膜及脉络膜的异常。经治疗半月余,患者病情好转出院。出院时未诉复视等不适,右眼眼前阴影明显减少,右眼加小孔视力 1.2,右角膜后壁仅几颗色素 KP,眼前节正常,玻璃体内少量细砂状白色混浊,絮状混浊明显减少,雪球样混浊基本消失,眼底检查基本正常。予继续口服泼尼松维持治疗 3 个月并逐渐减量等对症支持治疗,电话随访已 1 月余,患者病情稳定。

讨论 中间葡萄膜炎的诊断主要根据临床表现,特别是根据玻璃体炎症细胞多于前房炎症细胞、玻璃体内典型的雪球样混浊、特征性的雪堤样病变,可伴有囊样黄斑水肿、视网膜血管炎等临床特征^[2]。本例患者右眼玻璃体内灰白色炎症细胞明显多于其前房内灰白色炎症细胞,且其玻璃体下方查见典型的雪球样混浊。该混浊由玻璃体炎症细胞凝集而成,呈致密的圆形白色混浊小团,往往贴附于后玻璃体膜,与视网膜接近但不与其接触。三面镜检查时可见其向视网膜投下的点状阴影^[2]。故考虑患者为右眼中间葡萄膜炎。其前房闪辉等前房的炎症应视为是中间葡萄膜炎向前溢出的结果,而不应认为患者既患有中间葡萄膜炎,又患有前葡萄膜炎^[2]。Vogt-小柳-原田病患者的脑脊液改变主要为淋巴细胞增多,有人发现在炎症发生 1 周内,约 80% 的患者出现脑脊液淋巴细胞增多,1~3 周则有 97% 的患者出现此种改变^[2]。本例患者虽有脑脊液细胞数的增加,但整个病程仅单眼受累,神经系统体征均为阴性,且眼底荧光造影未发现异常,故排除了 Vogt-小柳-原田病的可能。同时,虽其脑脊液细胞数升高幅度不大,多次脑脊液三大染色,神经系统体征检查等均未发现异常,但经抗感染治疗后患者升高的脊液细胞数有所下降,故笔者主要考虑为一些低毒力的非常见病原体颅内感染致脑脊液改变。在中间葡萄膜炎的治疗中,杨培增教授主张一般开始时予泼尼松 $1mg/(kg \cdot d)$ 口服,治疗 10~14 天后减量^[2]。Lustig 等也指出最常用的全身皮质类固醇药物为泼尼松,其起始剂量应足,通常为 $0.5mg \sim 1.5mg/kg/d$ 。如患者有很严重的危及视功能或生命的葡萄膜炎,则可在大剂量泼尼松治疗前用静脉内中期强的松龙治疗 ($250mg \sim 1000mg/d$),连续用 3 天^[3]。在本病例中,需鉴别患者是中间葡萄膜炎伴颅内感染,抑或是 Vogt-小柳-原田病,因后者的激素治疗时间相对更长。

参 考 文 献

- 1 李凤鸣主编. 眼科全书. 北京: 人民卫生出版社, 1996, 2164
- 2 杨培增著. 临床葡萄膜炎. 北京: 人民卫生出版社, 2004, 224~239
- 3 Yamamoto N, Naito K. Annular choroidal detachment in a patient with Vogt-Koyanagi-Harada disease. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2004; 242: 355-358

作者单位: 410013 长沙, 长沙市中南大学湘雅三医院眼科研究生

通讯作者: 李睿琴

(收稿时间: 2006-09)