

李翔教授治疗虹膜睫状体炎继发青光眼误诊病例报道

刘欢¹ 李翔² 刘红佳¹ 袁铭悦¹ 周旭宇¹ 范海梅¹

【摘要】 本文报道了李翔教授治疗虹膜睫状体炎继发青光眼误诊为青光眼睫状体炎综合征+角膜炎,且错戴角膜绷带镜病案 1 例,经治后效果良好,并分析了其诊断要点及误诊原因。

【关键词】 虹膜睫状体炎; 继发性青光眼; 青睫综合征; 角膜绷带镜; 误诊病例报道

DOI:10.3969/j.issn.1674-9006.2017.01.016

中图分类号:R775

Case report of Professor Li Xiang on treating iridocyclitis inducing secondary glaucoma was misdiagnosed as Posner-Schlossman Syndrome and keratitis LIU Huan¹, LI Xiang², LIU Hong-jia¹, YUAN Ming-yue¹, ZHOU Xun-yu¹, FAN Hai-mei¹ (1. Chengdu University of TCM, Chengdu, Sichuan, 610075; 2. Department of Ophthalmology, The Teaching Hospital of Chengdu University of TCM, Chengdu, Sichuan, 610072)

【Abstract】 This paper reported and analyzed 1 cases of iridocyclitis inducing secondary glaucoma was misdiagnosed as Glaucoma ciliary body syndrome and keratitis, wearing a corneal bandage. After treatment, the effect is good, and the main points of diagnosis and the causes of misdiagnosis were analyzed.

【Key words】 Li Xiang; Iris and ciliary body; Secondary glaucoma; Green cilia syndrome; Corneal bandage; Case report of misdiagnosis

炎症相关性青光眼是指各种累及眼部(包括眼球内和眼眶)的炎症破坏了正常房水循环而引起眼压升高、视野受损而继发的青光眼^[1]。其中,以眼前部,尤其是虹膜和睫状体的炎症如“虹膜睫状体炎继发青光眼”、“青光眼睫状体炎综合征(以下简称青睫综合征, Posner-Schlossman Syndrome .PSS)”。临床上,基层医院或年轻眼科医师常将二者混为一团,一旦误诊,治疗不当,严重影响预后。现将我们收治的 1 例虹膜睫状体炎继发青光眼误诊为青睫综合征+角膜炎,错戴角膜绷带镜病案报道如下:

1 病史

患者:李某,男,60 岁,成都人。

初诊(2016 年 8 月 30):因“右眼反复红痛、畏光、视物模糊 5 月,加重 2 周”入院。5 月余前患者右眼无明显诱因发红,未就诊。4 月余前(4 月 21 日)右眼发红加重,伴红痛、畏光、视物模糊,于某职工医院诊断为“右眼青-睫综合征、右眼角膜炎”,住院期间右眼最高眼压达 40mmHg,予降眼压、抗炎、营养神经等治疗(具体药物不详)后好转出院。出院后右眼仍反复发

红,25 天前(7 月 30 日)于成都某市级医院诊断同前,先后戴角膜绷带镜 2 次(首次 15 天,休息 5 天后再次佩戴),并予美开朗、更昔洛韦眼液,安达芬、更昔洛韦眼用凝胶滴眼无改善,近 2 周加重,收入我院住院。既往“胆结石”7 年;近 4 年来先后行 3 次“结肠息肉切除术”;否认高血压、糖尿病、冠心病、乙肝等病史。专科检查:VOD 0.5(未矫),VOS 1.0(未矫),双眼光定位准确,红绿色觉正常,眼球各方向运动正常,前方轴深 3 1/2 CT,周边 1/2 CT;右眼混合充血(+++),角膜绷带镜在位,角膜雾状水肿(+++),内皮皱褶明显,瞳孔位正欠圆、直径约 2.5mm、直间接对光反射迟钝,角膜后壁 KP、房闪、细胞、虹膜及后粘连、晶体、玻璃体、眼底窥不清;左眼前后节未见明显异常;眼压:右 22 mmHg(用降压药后)、左 17mmHg。B 超:双眼玻璃体暗区内可见点状弱回声,后运动(+). 视野:双眼视敏度下降,右 MS 18.7、MD 8.8、sLV 3.8,左 MS 26.6、MD 0.9、sLV 2.1。房角、黄斑、神经纤维层 OCT 均未见异常。血清 TORCH-IgM、IgG 结果示:风疹病毒抗体 IgG15.1IU/ml,巨细胞病毒抗体 IgG>1000AU/ml,单纯疱疹病毒 I 型抗体 IgGAU/ml。肝、肾功、血、尿常规等均未见明显异常。中医诊断为 1.右眼聚星障(湿热内蕴证)2.右眼绿风内障。西医诊断为 1.右眼角膜炎 2.右眼青光眼睫状体炎综合征。入院证见:右眼红痛、畏光、视物模糊,黑睛生翳呈星点状,纳眠尚

作者简介:1.610075,四川成都,成都中医药大学;2.610072,四川成都,

成都中医药大学附属医院

通讯作者:李翔, E-mail:jeannelxiang@126.com

可,二便正常,舌红苔黄腻,脉弦。辨证为湿热内蕴证,治以清热利湿,方选“三仁汤加减”(薏苡仁 20g、冬瓜子 20g、苦杏仁 10g、土茯苓 10g、金钱草 20g、赶黄草 9g、建曲 20g、瓦楞子 20g、砂仁 10g、水牛角 10g、赤芍 10g、牡丹皮 10g、石决明 20g、蝉蜕 20g、防风 20g、白及 10g),3 剂水煎服,日 1 剂,分 3 次温服。蒿芩化湿口服液口服清热化湿。因患者长期大剂量多种眼液滴眼,眼表已难以耐受,故改变用药途径,以全身用药为主,予以头孢呋辛钠 1.5g qd、地塞米松磷酸钠 15mg qd(每 3 天递减 5mg)、更昔洛韦 0.25g bid 静滴抗炎抗病毒,醋甲唑胺口服降眼压,维生素 C 2g 静滴、胞磷胆碱钠片口服营养支持,氯化钾缓释片、钙尔奇、西咪替丁口服补钾补钙护胃;局部右眼球结膜下注射地塞米松磷酸钠 5mg+散瞳合剂(盐酸利多卡因 0.1ml+去氧肾上腺素 0.1ml)抗炎散瞳,白润洁(不含防腐剂的复方氯化钠眼液)滴眼日 3 次。

次日(2016 年 8 月 31 日):患者右眼症状无改善,视力同前,自述戴角膜绷带镜不适,异物感明显,要求取下绷带镜。取下角膜绷带镜后在裂隙灯下仔细观察,右眼角膜上皮弥漫性点片状染色,角膜雾状水肿(++) ,角膜后壁大量细尘状 KP,房闪、细胞(++),虹膜纹理模糊,瞳孔位正欠圆、直径约 2.5mm、直间接对光反射迟钝,虹膜大部分后粘连(尤以鼻侧及鼻上侧明显),晶体前囊色素沉着,玻璃体透明,视盘颜色淡红,边界清,C/D 0.4,黄斑中心凹光反射消失。故修正“右眼青-睫综合征”诊断为“右眼虹膜睫状体炎继发青光眼”,补充中医诊断“右眼瞳神紧小、干缺”。先后予美多丽(1 日 3 次)、硫酸阿托品眼用凝胶(1 日 1 次)滴眼加强散瞳力量。

第 3 天(2016 年 9 月 1 日):患者右眼红痛、畏光明显好转,VOD 0.5(小孔),VOS 1.0,右眼混合充血减轻为(+),右眼角膜上皮弥漫性减轻为小点染色、角膜雾状水肿减轻为(+),角膜后壁细尘状 KP、房闪、细胞均减轻为(+),瞳孔药物性散大 6mm,虹膜后粘连基本解除,其余同前。眼压:右 14、左 18mmHg,加中药(菊花、金银花)熏右眼。

第 5 天(2016 年 9 月 3 日),患者右眼红痛、畏光进一步好转,夜间打嗝,舌脉同前。VOD 0.6(小孔),VOS 1.0,右眼混合充血、角膜水肿、内皮皱褶进一步好转,角膜上皮弥漫点状染色、后壁细尘状 KP 明显减少,眼压:右 15.8、左 14.9mmHg,中药前方去苦杏仁、金钱草、水牛角、牡丹皮、白及,加柿蒂 20g、法半夏 10g、炮姜 10g,3 剂,日 1 剂,日 3 次。其余治疗同前。

第 10 天(2016 年 9 月 8 日):患者右眼红痛、畏光

消失,VOD 0.8(小孔),VOS 1.0,眼压:右 12、左 15mmHg,右眼混合充血进一步好转,角膜上皮散在少许点状染色,角膜水肿、内皮皱褶消失,角膜细尘状 KP 少许,房闪、细胞(±),FFA:右眼前葡萄膜炎。再次球结膜下注射(地塞米松磷酸钠 5mg+盐酸利多卡因 0.1ml+去氧肾上腺素 0.1ml+硫酸阿托品 0.3ml)增强抗炎散瞳力量,其余处理同前。

第 15 天(2016 年 9 月 13 日):VOD 1.0(小孔),VOS 1.5,眼压:右 16、左 18mmHg,右眼混合充血、角膜雾状水肿、上皮染色、内皮皱褶、KP、房闪、细胞均消失,瞳孔散大至 6mm,虹膜后粘连解除,角膜正中遗留云翳,晶体前囊色素附着,临床治愈出院。

随访 3 月:右眼未再红痛,VOD 0.8~1.0,VOS 1.2~1.5,眼压 16~18mmHg。

2 讨论

虹膜睫状体炎继发青光眼,是在虹膜睫状体炎的基础上继发眼压升高的一种病症。其病理机制为^[1]:急性期血管渗透性增高,炎性细胞、纤维素、血清蛋白及受损的组织细胞碎片等阻塞小梁网,炎症介质和毒性物质导致的小梁网炎症、水肿、内皮损伤、硬化,房水外流障碍及炎症刺激造成的房水分泌过多等引起眼压升高而导致开角型青光眼;另外,炎症引起非瞳孔阻滞性的周边虹膜前粘连,也可是瞳孔阻滞性的瞳孔后粘连(瞳孔闭锁或瞳孔膜闭),阻断后房向前的房水交通,并引起虹膜膨隆等引起眼压升而继发闭角型青光眼。其炎症机制^[2]可为眼部细菌或病毒侵犯角膜、虹膜及睫状体等组织所引起的炎症反应及抗原免疫反应所致。临床上,年轻医师常将虹膜睫状体炎继发青光眼误诊为青-睫综合征,慢性或陈旧性虹膜睫状体炎所引发的青光眼,如有完全的瞳孔后粘连和虹膜膨隆现象,多不难识别。两者之间均有眼红胀痛、视物模糊、角膜后壁 KP、眼压升高,易于混淆。但虹膜睫状体炎继发青光眼炎症及眼充血明显,视力明显下降,以眼前节炎性渗出为主,有较多的灰白色、细小 KP,明显房水混浊,瞳孔缩小伴后粘连^[3];而青-睫综合征炎症、眼充血轻微,视力下降不明显,一般在发作 3 天内出现 KP,多为粗大的羊脂状 KP,也可见细小灰白色 KP,通常数目不多,约 1~10 颗不等,大多沉积在角膜下方 1/3 区域,房水闪辉轻微,无周边虹膜前粘连,也不发生瞳孔后粘连^[4]。虹膜睫状体炎继发青光眼以控制炎症、充分散瞳为主,必要时降眼压,多能较快控制炎症及高眼压状况。而青-睫综合征大多是一种单眼发病的自限

(下转第 44 页)

2.2 诊断

由于该例患儿患眼局部肿胀明显,但血象升高不明显,且降钙素原不高。结合患儿生活在藏区,局部可见疱疹,容易误诊为病毒或者真菌感染所致的蜂窝组织炎从而误导予以抗病毒及抗真菌治疗。但是病毒和真菌感染以慢性肉芽肿炎症多见,罕见出现化脓性感染。且患儿由于使用激素治疗,从而体温、血象均不能真实反映感染程度。降钙素原对革兰阴性菌感染特异性和敏感性高,而对革兰阳性菌感染不敏感。因此我们需要综合分析,得出结论,而不能单纯从某一个症状或者指标作出诊断。

(上接第 42 页)

性眼病,其发病机理至今仍不十分清楚,有认为是一种免疫性疾病,亦有认为与巨细胞病毒或单纯疱疹病毒的感染有关^[5]。可予皮质类固醇、非甾体抗炎药、抗病毒药治疗,高血压时用降眼压药或者施行青光眼滤过性手术控制眼压^[5]。

该患者在外院误以青-睫综合征和角膜炎治疗,其角膜上皮弥漫性点片状染色既有本身炎症反应的可能,主要是长期大量多种眼局部用药刺激引起,加之再配戴角膜绷带镜,戴镜本身又导致炎症进一步加重,故病情反反复复,缠绵难愈,日趋严重。我们明确诊断后,首先取下绷带镜,改变用药途径,停止多种频滴眼液,局部仅以不含防腐剂的复方氯化钠眼液(白润洁)滴眼,避免眼表刺激,球结膜下注射地塞米松+散瞳合剂,全身应用地塞米松、更昔洛韦等抗炎抗病毒、散瞳、营养支持,炎症控制、瞳孔散大,眼表得护,配合中药辨

2.3 治疗

化脓性感染的目标是清除感染灶。所以要首先要明确是否存在脓液,是否可以切开引流排脓。关于这一点,除了传统的触诊外应结合现代影像学如 B 超、CT 等检查明确诊断。其次,选用病原菌敏感的抗生素,在培养结果回示之前尽可能选用能覆盖病原菌群的药物。最后,由于严重的感染所引发的全身中毒症状容易引起水盐电解质的紊乱,以及酸碱平衡的失调,热量的不平衡。因此治疗过程中应注意水盐电解质和酸碱的平衡以及热量的摄入。

证论治,取得良好效果。因此掌握虹膜睫状体炎继发青光眼及青睫综合征的临床特点及鉴别诊断要点,避免误诊误治,非常重要。

3 参考文献

- [1] 葛坚,王宁利主编.眼科学[M].北京:人民卫生出版社,2015,12: 283-284.
- [2] 刘彦红,郭保安.单疱性角膜炎并发虹膜睫状体炎继发青光眼一例[J].包头医学,1998,22(3):141.
- [3] 李苗,于平.青光眼睫状体炎综合征误诊的分析[J].中国医疗前沿,2009,4(8):12-13.
- [4] 张晓苹,陈积中,等.青光眼睫状体炎综合征误诊的分析[J].临床眼科杂志,2002,10(2):137-139.
- [5] 赵博,白大勇,等.青光眼睫状体炎综合征合并原发性开角型青光眼[J].中国实用眼科杂志,2004,22(2):142-143.