

急性视网膜坏死综合征 42 例的临床表现和诊治经验

商丽梅¹, 徐学东²

1. 本溪市金山医院眼科, 辽宁 本溪 117000; 2. 本溪市中心医院眼病防治中心, 辽宁 本溪 117000

摘要: **目的** 观察急性视网膜坏死综合征(ARN)的诊断及综合治疗效果。**方法** 回顾分析 1996 年 7 月至 2014 年 3 月收治的 42 例 55 眼 ARN 病例的临床资料,观察其临床表现及联合手术、药物、中医辨证施治等综合治疗方法的疗效。**结果** 42 例患者 53 眼经药物及手术等综合治疗后病情得到有效控制,临床治愈。53 眼有不同程度的视力提高,视力提高 1~5 行。仅有 2 眼因患者经济条件很差最终放弃手术治疗,终至失明。经药物治愈的 24 眼,玻璃体混浊消失,视网膜水肿消退,周边部黄白色坏死灶吸收;29 眼经过药物加联合手术治疗,随访 6~24 个月未见视网膜脱离复发。**结论** 综合治疗方法对 ARN 有效,可以控制病情恶化和提高视力。掌握时机及时做激光光凝,及时联合行玻璃体切除术、剥膜术、惰性气体或硅油填充术和巩膜扣带术,效果良好。

关键词: 急性视网膜坏死综合征;阿昔洛韦;更昔洛韦;皮质类固醇激素;视网膜脱离

中图分类号: R 774.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)01-0092-03

急性视网膜坏死综合征(acute retinal necrosis, ARN)是临床眼科不常见的一种致盲率较高的葡萄膜、视网膜疾病。该病大多表现为隐匿发病,病情进展迅速,漏诊和误诊率较高。眼科医生需提高对 ARN 的认识,力争尽早确诊,抓住时机尽早对其进行手术治疗^[1-2]。自 1996 年 7 月至 2014 年 3 月我们共收治 42 例 55 眼 ARN 患者,对其采用药物及手术等综合治疗,取得较好的疗效^[3-4],现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 ARN 患者共 42 例 55 眼。其中男 25 例,女 17 例;年龄 18~82 岁,平均 43 岁。双眼发病 13 例。所有患者均有不同程度的视力下降,视力:光感~0.6。在 42 例患者中,20 例有近期感冒病史。其中 28 例曾在当地医院诊断为急性虹膜睫状体炎来诊,另有 9 例早期被诊断为病毒性角膜炎。这 37 例患者中有 2 例在治疗过程中病情急剧恶化,玻璃体混浊迅速加重,视力迅速减退,经过上级医生详细检查眼底才被确诊为 ARN。仅 27 例初诊即被诊断为 ARN。

1.2 临床表现 在 42 例患者 55 眼中,38 眼为急性期:起病急,视力减退,常见于青年男性。自觉眼痛,畏光流泪,眼前有黑影飘动。球结膜睫状充血,房水混浊,前房可见大量浮游物,有的病例的瞳孔缘出现灰白色结节。玻璃体有较多尘埃样混浊。眼底首先出现视盘充血水肿,视网膜动脉缩窄,周围有白鞘,严

重者甚至出现小动脉闭塞,视网膜周边部动脉壁散在黄白色浸润点,呈节段状;视网膜静脉扩张。之后眼底周边部或中周部出现散在的灰白色或白色混浊,很快融合成大片灰白色渗出。1~2 周后周边部浓厚混浊从周边部呈伪足样向后极部进展,严重者全周边部受侵犯,在视网膜炎的严重阶段有的病例出现渗出性视网膜脱离,视力下降。12 眼为缓解期:发病 20~30 d 后,眼前节炎症减轻或消退,视网膜血管浸润逐渐消退,往往遗留变细的动脉;视网膜灰白病变逐渐吸收,视盘颜色变浅;玻璃体混浊加重,眼底窥视不清。5 眼为晚期:发病 1~3 个月后眼底周边部视网膜萎缩变薄,在其周边部发生多发性裂孔,突然视网膜脱离,呈破丝巾片状。视力完全丧失。13 眼双眼发病的病例中,8 例在对侧眼发病后 2 周发病,4 例在对侧眼发病后 5 周左右发病,1 例在对侧眼发病后 7 周发病^[5]。

1.3 治疗方法 (1) 55 眼全部应用了抗病毒药物^[6]。阿昔洛韦注射剂每次 250~500 mg 加入生理盐水 500 ml 内缓慢静脉滴注,每 8 小时 1 次,连续 7 d 为 1 个疗程。一般在用药 4 d 后可阻止炎症发展,静脉给药 1 个疗程后,改用口服每次 200 mg,每 6 小时 1 次,一直用至发病 6 周之后,并可以防止另眼发病。因双眼患病者,大多在一眼发病后 2~7 周另眼发病。如静脉给药 1 周炎症仍不能控制时,改用更昔洛韦注射液 5 mg/kg,静脉滴注,每日 2 次,治疗 3 周后改为维持用量 5 mg/kg,每日 1 次,静脉滴注。重组人干扰素 $\alpha_2\beta$ 注射液肌内注射,每日 1 次,每次 1 支,疗程 15 d^[2-3]。(2) 应用非甾体类抗炎药物消炎痛每日 3 次,每次 2 片。在急性期应用抗病毒药物

的前提下,用糖皮质激素作球周注射。如地塞米松注射液 2.5 mg(0.5 ml)加 2%利多卡因注射液 0.5 ml,每日或隔日 1 次,共 3~6 次。病情严重者在配合应用抗生素的同时给予地塞米松注射液 10 mg,静脉滴注,每日 1 次。3~7 d 后改为口服强的松片 40 mg,每日 1 次,1 周后逐渐减量。在抗病毒药物治疗后视网膜炎症开始消退时只给予地塞米松注射液 2.5 mg 加 2%利多卡因注射液 0.5 ml,隔日 1 次,眼周围注射或每日早晨口服强的松片 30~40 mg,以减轻玻璃体炎症反应。用药 1 周后逐渐减量。(3)眼球前段有炎症者用妥布霉素地塞米松滴眼液滴眼,每日 4~6 次,每次 1 滴。逐渐减量。用扩瞳药硫酸阿托品眼膏 1 日 3 次,涂于眼睑内。注意观察眼压。眼睑结膜囊外用不同种药物,要间隔 20 min。避免药物相互作用引起不良反应。(4)在整个治疗过程中辅助口服维生素 C 片、维生素 E 胶丸、B 族维生素片和甲钴胺片以利视神经、视网膜功能的恢复。(5)中医辨证施治:ARN 急性期治疗以清利肝胆湿热,兼以泻火解毒;缓解期治疗以舒肝清热为主,兼以活血化瘀;晚期治疗以滋阴降火,兼以凉血止血。据此我们在患者病情缓解期配合给予活血化瘀的中药如注射用血塞通缓慢静脉滴注,每次 300 mg,每日 1 次,10~15 d 为 1 个疗程^[7-9]。(6)应用抗凝剂:阿司匹林肠溶片饭后口服,每次 1 片,每天 1~4 次。病情平稳后用小剂量的阿司匹林肠溶片,每次 25 mg,每日 3 次,饭后服。(7)ARN 急性期施行预防性玻璃体切除和眼内注入阿昔洛韦 10~40 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 的治疗方法,以减轻玻璃体炎症反应,防止视网膜脱离及改善视力。(8)早期屈光间质清楚,视网膜有较大无灌注区,但尚未发生视网膜脱离或脱离范围局限者,用眼底激光对视网膜无灌注区实行激光光凝。以预防视网膜脱离,减少视网膜脱离机会或使脱离范围局限。视网膜脱离且屈光间质不清者,采用局麻下施行玻璃体切除术和剥膜术解除玻璃体牵拉并清除增生性玻璃体视网膜病变,联合惰性气体全氟丙烷 C3F8 或硅油眼内充填,使视网膜复位。以阻止视网膜脱离继续加重,保全眼球^[10]。(9)有 29 眼根据需要术中或术后行激光光凝治疗。联合行巩膜扣带术联合玻璃体切割术联合剥膜术及惰性气体或硅油填充术^[11-12]。

2 结果

2.1 视力情况 42 例患者 53 眼经药物及手术等综合治疗后病情得到有效控制,临床治愈。53 眼有不同程度的视力提高,视力提高 1~5 行。仅有 2 眼因患者经济条件很差最终放弃手术治疗,终至失明。

2.2 眼底情况 经药物治疗的 24 眼,玻璃体混浊消失,视网膜水肿消退,周边部黄白色坏死灶吸收;29 眼经过药物加联合手术治疗,随访 6~24 个月未见视网膜脱离复发。

3 讨论

ARN 又称为桐泽型(Kirisawa)葡萄膜炎^[1]。国外学者 Culbertson 于 1982 年,在 ARN 急性期摘除的眼球中发现有疱疹病毒,因此进一步研究发现单纯疱疹病毒和水痘-带状疱疹病毒感染是 ARN 的病因^[12]。机体抵抗力差的成年人易患 ARN。健康成年人也有患此病者,单纯疱疹病毒感染引起的 ARN,发病的高峰年龄多在 20 岁左右。水痘-带状疱疹病毒感染引起的 ARN,发病的高峰年龄多在 50 岁左右。ARN 一般起病隐匿,多有近期患病毒性感冒病史,初期眼前节常有肉芽肿性葡萄膜炎表现。我们多年经临床研究发现,该病例如果没有及时抗病毒治疗,则病变迅速蔓延。约 2 周后,全部出现闭塞性视网膜小动脉炎和玻璃体炎性混浊及广泛性周边视网膜炎症渗出。这种 ARN 患者的葡萄膜、视网膜炎表现一般持续 4~6 周。绝大多数的病例逐渐发展,导致视网膜脱离坏死,并常常导致严重的视力减退。而该病眼如果及时应用了足量的有效的抗病毒药物,及时行眼底激光光凝,剥除视网膜前膜,切割混浊的玻璃体,眼球内填充惰性气体或硅油等联合手术。配合应用皮质类固醇激素等治疗,则该病例的治疗和预后即得到了很大的改善^[13-14]。一旦确诊为 ARN,即应及时给予大剂量的抗病毒药阿昔洛韦或更昔洛韦进行治疗。我们的病例全部应用了阿昔洛韦 500 mg 静脉滴注,每日 3 次,7~12 d 后改为 500 mg 口服,每日 5 次,持续服用 8 周,治疗期间配合应用皮质类固醇激素。一般用药 2 d 后病变停止恶化,用药 4~5 d 后病变明显改善,并且另眼发病几率明显减少。尽管予以大量抗病毒药物治疗,使视网膜黄白色坏死灶完全吸收,但由于玻璃体条索的牵引,仍可导致视网膜脱离。因此要早期做预防性激光光凝,防止病变进一步加重引起严重并发症。一旦疑似即将视网膜坏死,病情稳定时即可行玻璃体切除术,而不必要等出现并发症再手术。避免错过最佳治疗时机。

视网膜脱离是 ARN 最严重的并发症,多呈破丝网片状,多发裂孔性视网膜脱离。以往巩膜扣带术治疗视网膜脱离,因偏于后极部的视网膜多发性裂孔难于选择适当的巩膜扣带,而玻璃体牵拉和增生性视网膜病变,使术后易于并发急性纤维蛋白反应和脉络膜脱离,使其视网膜脱离的复位率不高。在临床治疗过

程中我们应用巩膜扣带术联合玻璃体切割术和剥膜术,术中行眼球内惰性气体或硅油填充,术前和术中配合激光光凝手术治疗,提高了手术成功率。玻璃体手术可切除混浊的玻璃体;剥膜术剥除视网膜前膜,解除视网膜表面的牵引,恢复视网膜的活动度;术中行眼球内惰性气体或硅油填充,既可预防术后增殖,又可防止视网膜再次脱离,气/液交换,使视网膜复位。

ARN 急性期的主要表现多数为前部葡萄膜炎,个别眼科医师往往忽视对眼底的检查,没有做到早期确诊,延误了最佳治疗和手术时机。所以,对近期有病毒感染史或虹膜睫状体炎合并玻璃体炎性混浊的患者,要常规进行眼底检查,并时时多次反复检查对比,注意眼底周边部是否有大片灰白色渗出,动脉壁是否有黄白色浸润,是否有动脉变细闭塞,如果上述是肯定的,再有玻璃体混浊,就可以下诊断。也可以检查房水的单纯疱疹病毒抗体和水痘-带状疱疹病毒抗体,力争早期确诊避免误诊。在确诊的基础上还要抓住最佳的治疗时机。病变早期应不失时机及早行激光光凝术,封闭病灶,防止病变向后极部发展。如发生玻璃体混浊或视网膜脱离者,要及时行玻璃体切割术、剥膜术、惰性气体或硅油填充术及巩膜扣带术,以保存或挽救患者的有用视力。辅助营养支持疗法和中医药综合疗法是有效的^[15]。

总之,眼科医生一定要掌握 ARN 的临床表现,第一时间做出正确诊断和治疗,争分夺秒挽救患者的视力。

参考文献

[1] 刘家琦,李凤鸣.实用眼科学[M].3版.北京:人民卫生出版社,

2012;302-304.

- [2] 赵堪兴,杨培增.眼科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013;191-192.
- [3] 陈新谦,金有豫.新编药理学[M].11版.北京:人民卫生出版社,1998;616.
- [4] 苏莹,陈雪艺,赵玉萍.急性视网膜坏死综合征的诊断与治疗[J].国际眼科杂志,2010,10(1):102-104.
- [5] 戚建明.病毒性角膜炎伴发色素膜炎治疗探析[J].现代诊断与治疗,2013,24(11):2507-2508.
- [6] 汤锦菲,刘岚,孙洁.急性视网膜坏死综合征的诊治进展[J].中国乡村医药,2014,21(1):75-77.
- [7] 陈可翼,彭清华.眼底病特色专科实用手册[M].北京:中国中医药出版社,2007;199-205.
- [8] 龙焜,李万亥.临床药物手册[M].北京:金盾出版社,2008;158-165,521.
- [9] 张铭连.中西医结合眼科疾病诊疗手册[M].北京:中国中医药出版社,2010;319.
- [10] 李国盛,邝国平,陈书杨.预防性玻璃体切割手术治疗急性视网膜坏死综合征[J].国际眼科杂志,2013,13(10):2051-2053.
- [11] 申尊茂,李子良.眼科争论[M].北京:人民卫生出版社,1984;107-112.
- [12] 管怀进.眼科学[M].北京:科学出版社,2012;77-178.
- [13] 姜方义.急性视网膜坏死 11 例临床分析[J].中国实用眼科杂志,2011,29(12):1280-1282.
- [14] 成拾明,李岩,华焱军,等.全葡萄膜炎的临床特征及诊治分析[J].临床眼科杂志,2013,21(6):534-536.
- [15] 谭运莉,王岩春.急性视网膜坏死综合征的诊疗体会[J].医学信息(下旬刊),2013,26(12):518.

收稿日期:2014-08-07 修回日期:2014-09-10 编辑:王娜娜