

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2016.16.030

文章编号: 1005-8982(2016)16-0142-03

病例报告

结核性葡萄膜炎并结核性脑膜炎 1 例

李芳玲, 许惠卓, 王祥珪, 熊思齐

(中南大学湘雅医院 眼科, 湖南 长沙 410008)

关键词: 结核性葡萄膜炎; 结核性脑膜炎; 眼底照相

中图分类号: R529.3

文献标识码: D

近年来,眼内结核病发病率不断增加,以结核性葡萄膜炎最为常见。据世界卫生组织报告,2011 年我国有 110 万例结核新发病例。结核性葡萄膜炎可严重危害患者的视力,若同时伴发结核性脑膜炎,其后果更为严重。

1 典型病例

患者,男,47 岁,头痛、发热、呕吐 10 d。曾在当地医院行抗病毒治疗(具体诊疗经过不详)2 d 后症状好转,停药治疗 2 d 后症状加重,遂在当地医院予以头孢他啶抗感染,减轻脑水肿治疗,症状无好转。遂于 2015 年 8 月 17 日入住中南大学湘雅医院神经内科。既往:有右眼弱视 30 余年,否认结核病史及其密切接触史。2015 年 8 月 13 日外院胸部 CT 平扫:右侧胸膜稍增厚,脑脊液常规:颜色透明、清亮,潘氏实验(+++),白细胞计数 $200 \times 10^6/L$,脑脊液压力 $>400 \text{ mmH}_2\text{O}$ 。脑脊液生化:氯 117.5 mmol/L ,葡萄糖 3.13 mmol/L ,蛋白质浓度 2.045 mmol/L 。血常规示:白细胞 $5.29 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 85.4%。血沉 18 mmol/L 。头部 CT 未见明显异常。神经系统体查:颈抵抗约三横指,余为阴性。诊断考虑为颅内感染,化脓性脑膜炎可能性大,不排除结核性脑膜炎。入院后予以完善免疫全套、风湿全套、狼疮全套、T 细胞斑点检测、结核抗体及头部磁共振平扫加增强,必要时复查腰穿检查,予以抗感染、脱水、护神经等对症支持处理。2015 年 8 月 20 日患者自诉左眼疼痛,伴视物模糊。遂请眼科会诊,眼科体查:右眼指数/20 cm,左眼 0.02,右眼结膜稍充血,前节(-),眼底:右

眼视盘边界欠清,色淡红,杯盘比约 0.3,视网膜水肿,可见片状出血灶,见图 1;左眼结膜睫状充血(+++),角膜透明,可见角膜后沉着物,前房深浅可,丁达尔征(+++),瞳孔圆,对光反射灵敏,玻璃体可见尘状颗粒,眼底:左眼视盘边界欠清,色淡红,杯盘比约 0.3,血管迂曲,后极部血管周围白鞘,部分血管闭塞,可见渗出,黄斑中心凹反欠清,见图 2。2015 年 8 月 21 日于本院复查脑脊液常规:无色微混,潘氏实验(+++),白细胞计数 $285 \times 10^6/L$,多个核细胞 20%,单个核细胞 80%,脑脊液压力 $220 \text{ mmH}_2\text{O}$ 。脑脊液生化:氯 113 mmol/L ,葡萄糖 3.25 mmol/L ,蛋白质浓度 1.52 mmol/L 。脑脊液 HIV 抗原/抗体复合物,梅毒螺旋体抗体,结核抗体检测均为(-),结核菌素试验(-)T 细胞斑点检测(+),干扰素检测 A 斑点计数为 25 个,干扰素检测 B 斑点计数为 22 个,综上考虑结核性脑膜炎可能性大。予以抗痨治疗,1 周后上述症状好转。

指测眼压:双眼眼压正常。予以复方托比卡胺滴眼液,泼尼松龙滴眼液,普拉洛芬滴眼液,阿托品眼用凝胶滴眼。2015 年 8 月 25 日双眼底荧光造影检查:右眼玻璃体腔内可见出血遮蔽荧光灶,双眼静脉期网膜面静脉稍迂曲,局部血管壁可见荧光着染灶,毛细血管扩张左眼颞上方可见片状出血遮蔽荧光灶,至晚期网膜面可见荧光渗漏,见图 3~4。

眼科考虑双眼葡萄膜炎系结核感染所致,予以曲安奈德 20 mg 双眼球旁注射。2015 年 8 月 31 日眼科复查,患者自觉左眼疼痛较前明显好转,视力提高,体查:右眼指数/20 cm 左眼 0.7(加镜),右眼结

收稿日期:2015-12-03

[通信作者] 许惠卓, E-mail: xhz1030@163.com, Tel: 15873100787

膜无充血,前节(-),眼底:视盘边界清,色淡红,杯盘比约 0.3,视网膜水肿明显减轻,出血灶基本吸收,黄斑中心凹反光欠清(图 5)。左眼结膜充血较前明显好转,角膜透明,前房深浅可,丁达尔征(-),瞳孔圆,对光反射灵敏,左眼玻璃体浑浊较前好转,眼底:左眼视盘边界清,色淡红,杯盘比约 0.3,视网膜旁血管

渗出明显减少,黄斑中心凹反光欠清,见图 6。

出院后于 2015 年 10 月 20 日到本科门诊复查:体查:右眼指数 /20 cm 左眼 1.0(加镜),双眼结膜无充血,前节(-),眼底:视盘边界清,色淡红,杯盘比约 0.3,视网膜无水肿,出血灶基本吸收,视网膜旁血管无渗出,黄斑中心凹反光欠清,见图 7。

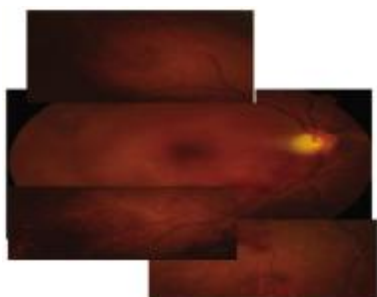


图 1 抗结核治疗前右眼眼底照相:
视网膜水肿,可见片状出血

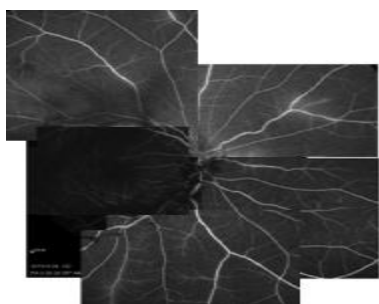


图 3 抗结核治疗前右眼荧光造影

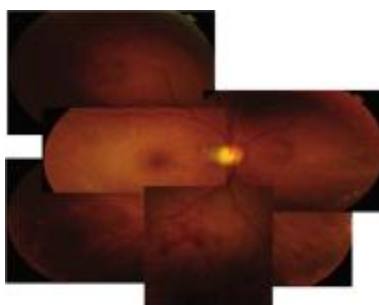


图 5 抗结核治疗 4 d 后右眼眼底照相:
视网膜水肿明显减轻,出血灶基本吸收

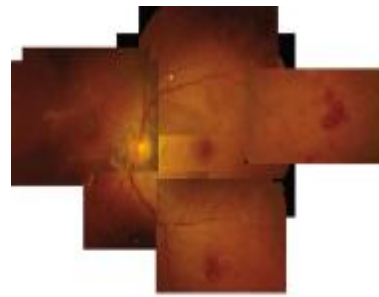
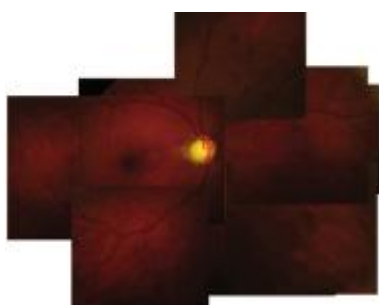


图 2 抗结核治疗前左眼眼底照相:视盘充血,
血管周围白鞘,部分血管闭塞,可见渗出



图 4 抗结核治疗前左眼荧光造影

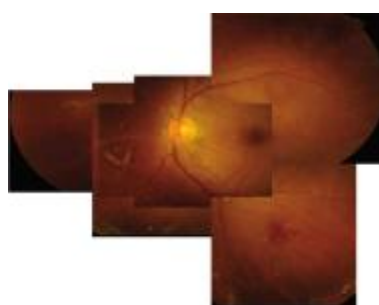


图 6 抗结核治疗 4 d 后左眼眼底照相:
视网膜旁血管渗出明显减少

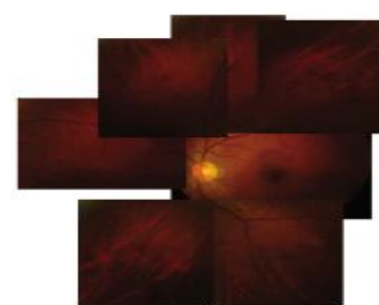




图 7 双眼抗结核治疗 1 个月余眼底照相及造影:双眼底恢复正常,视网膜无水肿,视网膜旁血管无渗出

2 讨论

结核性葡萄膜炎是一种特殊类型的葡萄膜炎。是由结核杆菌引起的肉芽肿性感染,主要发生于免疫功能低下的患者,营养不良儿童和体弱的老年患者。其主要表现为脉络膜炎,玻璃体炎,虹膜睫状体炎和全眼球炎。结核性葡萄膜炎的临床表现具有多样性,可以分为以下 5 种类型:①渗出型;②粟粒性脉络膜结核;③局限性脉络膜结核;④团球状脉络膜结核;⑤团集型脉络膜结核^[1]。结核性葡萄膜炎主要表现为:①眼底后极部灰白或黄白色病灶,伴局限性渗出;②散在性多发性眼底后极部黄白色结节;③孤立的葡萄膜团球状结核病灶^[2]。荧光素眼底血管造影:脉络膜结核早期为弱荧光,后期为强荧光;较大的脉络膜结核瘤早期显示为伴有扩张毛细血管床的强荧光,且荧光迅速增强。抗结核药物治疗有明显疗效^[3]。本例患者病情属于渗出型结核性葡萄膜炎。有结核病病史的患者,在临床上较易诊断结核性葡萄膜炎^[4]。首先结核菌素试验可作为初筛,无肺结核表现并不能排除无眼部结核的可能。其次 T 细胞斑点检测试验在结核分支杆菌感染的筛查和肺结核的临床诊断上有较高的敏感性和特异性。本患者结核菌素试验(-),T 细胞斑点检测阳性。再次,诊断葡

萄膜炎的金标准为眼内取样结核分支杆菌培养结果阳性,但该方法是有创检查,且结核分支杆菌培养时间过长,所以临床适用性降低。综上所述,在诊断结核性葡萄膜炎时,眼科医生详细查看眼底,典型的 FFA 结果,T 细胞斑点检测结果,成为诊断结核性葡萄膜炎的有力武器。

当然并不能单纯看眼部体征,患者的全身体征也不能忽略,结合本病例,患者的体征符合结核性脑膜炎的诊断。作为临床医生,一定要提高警惕,不能只局限于本专业的疾病诊断,应结合患者情况,做出综合性的评价,以免漏诊和误诊。眼科医生不应单独只看眼科的表现,而应结合患者全身情况,做出综合性的诊断评价。对于眼底表现符合葡萄膜炎的患者,一定要尽量完善相关检查,尽量找出病因,以便进行最有效的对症治疗。

参 考 文 献:

- [1] 吕永川, 陶勇. 结核性葡萄膜炎[J]. 眼科学大查房, 2014, 1: 24-28.
- [2] 李凤鸣. 眼科全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 3525-3532.
- [3] 张铭连, 杨启平, 石慧君, 等. 结核性葡萄膜炎 1 例[J]. 中国中医眼科杂志, 2015, 12(2): 73.
- [4] Gupta V, Gupta A, Sachdeva N, et al. Successful management of tubercular subretinal granulomas[J]. Ocul Immunol Inflamm, 2006, 14(1): 35-40.

(张蕾 编辑)