

严重春季角结膜炎 1 例报道

王皎皎, 李锐锋, 张 丹

(武警重庆总队医院眼科, 重庆 400061)

[中图分类号] R777.3

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)35-5034-02

春季角结膜炎(VKC)是一种常年反复发作的眼表免疫性疾病,多在春夏季发作,热带地区比较常见,常侵犯双眼,一般发生在 20 岁以下的青少年,男性多见^[1]。轻度 VKC 对症治疗即可解决,很少造成严重的并发症,但重度 VKC 会持续很长时间并反复发作,甚至影响视力。本院收治 1 例重症 VKC 患儿,现报道如下。

1 临床资料

患者男,10 岁,因“双眼痛畏光流泪 1 个月,加重 3 d”就诊于本院。患儿自幼居住在广州,亲属诉其自 2 岁时反复发作眼痒、异物感伴畏光流泪,院外诊断“双眼过敏性结膜炎”,以后每年多次发作,曾局部点用抗过敏药物、激素类药物(具体药名不详)。眼部检查:眼睑刺激征+++ ,裸眼视力右眼 0.12,左眼 0.3,双眼上睑缘位于瞳孔上缘,睑裂高度为 6 mm,双眼睑结膜见扁平粗大乳头呈铺路石样改变(图 1),双眼结膜混合充血+++ ,结膜囊见粘丝状白色分泌物,角膜轻度雾状水肿、上皮粗糙,全角膜见大片颗粒状上皮浸润,荧光素钠染色+++ ,右眼角膜中央见大小约 2 mm×2 mm 浅层圆形白色溃疡(图 2),双眼 KP(-),角膜缘未见明显新生血管,双眼前房深度正常、Tyn(-),双眼晶状体透明,双瞳孔等大等圆约 3 mm、对光反射存在,玻璃体未见明显混浊,双眼底未见明显异常,眼压双眼 Tn。实验室检查:血常规嗜酸性粒细胞比例 13.2% (正常值 0.4%~8.0%),补体 C4 0.15 g/L(正常值 0.16~0.38 g/L),抗 O 293 IU/mL(正常值为小于 116 IU/mL),肝肾功能、血脂、电解质、类风湿因子、红细胞沉降率、免疫球蛋白、输血前 5 项、C 反应蛋白及结核抗体均未见明显异常。角膜溃疡刮片检查未见细菌和真菌,结膜刮片中发现嗜酸性粒细胞。眼科专科检查:眼部 B 型超声显示双眼后节(-),前节光学相干断层扫描仪(OCT)提示右眼中央角膜见上皮层及浅基质层缺损、厚度增加,泪液分泌试验双眼小于 10 mm。诊断:(1)双眼春季角结膜炎,(2)右眼角膜溃疡,(3)双眼干眼症,(4)双眼上睑下垂。治疗:局部双眼点用重组人表皮生长因子滴眼液每日 6 次,小牛血去蛋白眼用凝胶每日 4 次,奥洛他定滴眼液每日 2 次,妥布霉素地塞米松滴眼液右眼每日 3 次、左眼每日 2 次,聚乙二醇滴眼液每日 3 次,口服氯雷他定片 10 mg 每晚 1 片、维生素 AD 滴剂每日 1 粒,右眼佩戴治疗用角膜接触镜。1 周后患儿眼痛畏光流泪泪症明显缓解,眼部检查:裸眼视力右眼 0.4、左眼 0.6,刺激征明显减轻,双眼结膜充血减轻,角膜水肿减轻,右眼角膜溃疡局限缩小,双眼角膜点状浸润明显减少,停用地塞米松妥布霉素滴眼液,改用他克莫司滴眼液、氯替泼诺混悬滴眼液,随访 1 个月后症状基本缓解,双眼裸眼视力 0.8,右眼角膜溃疡修复遗留小片状斑翳,左眼角膜透明。

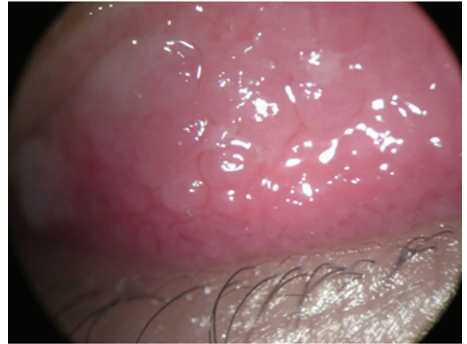


图 1 上睑结膜见铺路石样粗大乳头

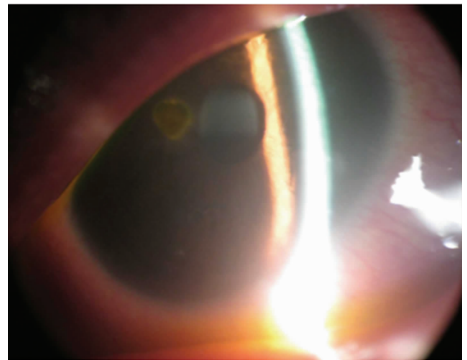


图 2 右眼角膜上方盾状溃疡

2 讨论

VKC 的过敏原目前尚不清楚,其发病机制可能是 I 型、IV 型变态反应共同作用的结果,病理变化包括从颗粒状蛋白中释放 IgE、趋化细胞因子,T、B 淋巴细胞、嗜酸性粒细胞和肥大细胞等,以及成纤维细胞的增殖迁移和结膜组织中胶原纤维的生成^[2]。临床表现主要是眼部奇痒、畏光流泪、异物感,眼部查体见上睑结膜扁平粗大乳头,呈铺路石样,肉眼检查清晰可见,裂隙灯下可见乳头直径在 0.1~0.8 mm 之间,角膜缘可见充血结节并呈胶冻状外观,严重者伴发角膜改变,分为两种:(1)表层角膜炎又称 Tobgy 上皮角膜炎,表现为角膜上方 1/2 存在弥性、粉尘状灰白色点状混浊;(2)灰白色浅层盾形溃疡,多位于角膜上方呈横椭圆形^[1]。实验室检查可发现泪液和血清中嗜酸性粒细胞数量增加,部分 IgE 水平也会增高^[3],结膜刮片也可发现嗜酸性粒细胞。药物治疗:症状较轻者可以单纯使用抗组胺药或肥大细胞稳定剂,例如洛度沙胺滴眼液和奥洛他定滴眼液。严重者 VKC 糖皮质激素是主要治疗药物之一,但长期使用会引起青光眼、白内障和感染等,所以一般不提倡长期使用“低剂量”的维持疗法^[4]。另外,还可使用免疫抑制剂,例如环孢素滴眼液和他克莫司滴眼液,国内外研究表明,对一些严

重 VKC 患者,长期使用免疫抑制剂无明显全身不良反应,是有效安全的^[2,5]。本例要与病毒性角膜炎、感染性角膜溃疡等鉴别,患儿有常年反复发作和典型症状,查体见上睑结膜呈特征性的铺路石改变,并发表层角膜炎、角膜盾形溃疡等并发症,血常规见嗜酸性粒细胞比例增高,结膜刮片见嗜酸性粒细胞,以上证据均支持 VKC 的诊断。本例患儿并发症除角膜炎、角膜溃疡外,还有少见的上睑下垂,有研究认为其原因与睑结膜纤维增生,上睑重量增加或机械性摩擦有关^[6]。

VKC 有一定自限性,很少造成严重并发症,但该患儿有表层角膜炎、盾状溃疡和上睑下垂多种并发症,治疗上除常规抗组胺药物,还局部使用了激素类药物和免疫抑制药物,治疗效果较好。但患儿既往长期反复发作,症状、体征较重,对这类重症 VKC 如何减少发病频率,以及防治其带来的严重并发症,都值得进一步探讨和研究。

参考文献

[1] 朱志忠.实用眼表病学[M].北京:北京科学技术出版社,2003:355.

[2] Vichyanond P, Kosrirukvongs P. Use of cyclosporine A and tacrolimus in treatment of vernal keratoconjunctivitis [J]. *Curr Allergy Asthma Rep*, 2013, 13(3):308-314.

[3] Leonardi A, Borghesan F, Faggian D, et al. Microarray-based IgE detection in tears of patients with vernal keratoconjunctivitis [J]. *Pediatr Allergy Immunol*, 2015, 26(7):641-645.

[4] Vichyanond P, Pacharn P, Pleyer U, et al. Vernal keratoconjunctivitis: a severe allergic eye disease with remodeling changes [J]. *Pediatr Allergy Immunol*, 2014, 25(4):314-315.

[5] 费文雷, 陈家祺, 王智崇, 等. FK506 局部治疗顽固性春季角结膜炎 [J]. *中国实用眼科杂志*, 2004, 11(24):916-917.

[6] Griffin RY, Sarici A, Unal M. Acquired ptosis secondary to vernal conjunctivitis in young adults [J]. *Ophthal Plast Reconstr Surg*, 2006, 22(6):438-400.

(收稿日期:2016-06-18 修回日期:2016-08-06)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.35.047

超声诊断胎儿三尖瓣下移畸形伴室间隔肌部缺损 1 例

刘 洁, 范 英[△]

(西南医科大学附属医院心脏超声科, 四川泸州 646000)

[中图分类号] R445.1;R541;R714.5

[文献标识码] C

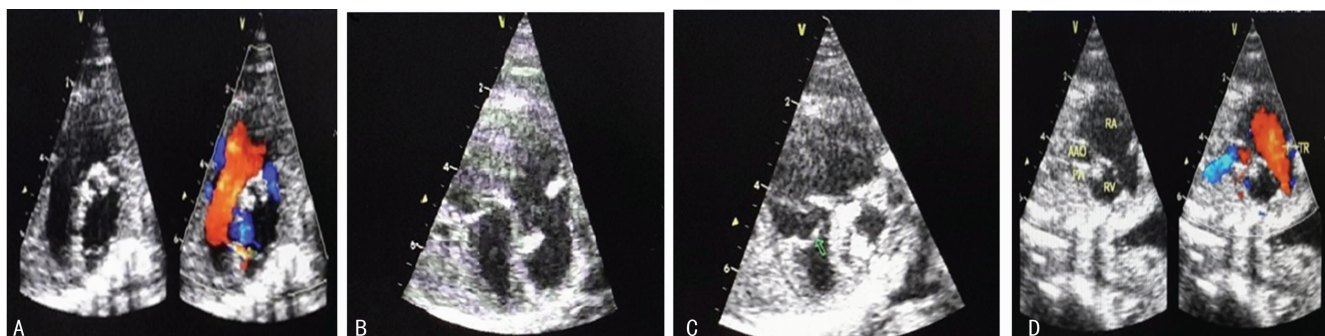
[文章编号] 1671-8348(2016)35-5035-02

三尖瓣下移畸形是一种罕见的复杂型先天性心脏病,自 1866 年被 Ebstein 发现以来,受到学术界的广泛关注,该病发病率仅占先天性心脏病的 0.03%~0.10%^[1],但病死率较高,预后差。因此,在胎儿时期发现该病对提高优生优育,改善人口质量有重要意义。现报道超声诊断胎儿三尖瓣下移畸形伴室间隔肌部缺损 1 例。

1 临床资料

孕妇,18 岁,怀孕 1 次分娩 0 次(G1P0),孕 28 周末本院行胎儿心脏超声检查,自述孕早期无感冒及服药史。超声检查:胎盘位于子宫后壁,双顶径 83 mm,股骨长 64 mm,胎心节律整齐,胎儿心脏位于左侧胸腔,心胸比例约为 50%,左、右房室连接未见异常,主、肺动脉连接正常,肺动脉位于左前方,与主动脉交叉,肺动脉主干及左右分支明显变窄(主干内径约 3.5

mm),3 支血管排列正常,肺动脉与降主动脉间见生理性导管。房间隔中上份探及回声失落约 10 mm,卵圆瓣飘向左心房,左心房后方探及至少 1 支肺静脉,上、下腔静脉汇入右心房,室间隔肌部探及多个回声失落,最大约 2.3 mm(图 1A),可见心十字交叉;三尖瓣隔瓣增厚,呈团状,回声增强,卷曲(图 1B),前瓣回声增强,冗长(图 1C),三尖瓣隔瓣距二尖瓣瓣环约 10 mm,瓣膜开放尚可,关闭错位,瓣上探及大量返流(图 1D)。超声提示:心脏瓣膜发育异常,三尖瓣下移畸形伴大量返流,室间隔肌部缺损,房间隔缺损。引产后经患者及家属签字同意,尸检显示右心稍大,肺动脉内经稍偏窄,三尖瓣前瓣未见确切异常,隔瓣发育较差,部分后瓣(后瓣后分)及隔瓣联合下移,以隔瓣明显,距二尖瓣瓣环约 18 mm;室间隔肌部缺损,最大约 5.8 mm。



A: 室间隔肌部可见回声失落及过隔血流; B: 三尖瓣隔瓣增厚, 回声增强, 发育差; C: 三尖瓣前叶冗长, 呈帆状; D: 三尖瓣上大量返流。

图 1 胎儿心脏超声图像特征