

·标准与规范探讨·

我国急性前葡萄膜炎临床诊疗专家共识(2016年)

中华医学会眼科学分会眼免疫学组

一、概述

葡萄膜炎是世界范围的常见眼病,病因和类型众多,分类方法包括病因分类、解剖位置分类、临床病理特点分类、病程分类等。根据解剖位置葡萄膜炎可为前葡萄膜炎、中间葡萄膜炎、后葡萄膜炎、全葡萄膜炎四大类。前葡萄膜炎是葡萄膜炎中最常见的类型,约占患者总数的50%。根据病程前葡萄膜炎可分为急性、慢性和复发性3种类型。急性前葡萄膜炎的自然病程<3个月,慢性前葡萄膜炎的自然病程>3个月^[1]。

急性前葡萄膜炎按病因分为感染和非感染两类,本共识主要针对非感染性急性前葡萄膜炎。

急性前葡萄膜炎主要包括以下几种临床类型:

- (1)血清阴性椎关节病变伴发的急性前葡萄膜炎;
- (2)HLA-B27抗原相关的急性前葡萄膜炎;
- (3)特发性急性前葡萄膜炎等^[2]。

血清阴性椎关节病变主要包括4种疾病:强直性脊柱炎、炎性反应性肠道疾病(溃疡性结肠炎、Crohn病)、反应性关节炎和银屑病性关节炎,其中强直性脊柱炎、反应性关节炎伴发的葡萄膜炎90%以上为前葡萄膜炎,并且绝大多数为急性前葡萄膜炎。炎性肠道疾病、银屑病伴发的葡萄膜炎多为前葡萄膜炎,少部分表现为后葡萄膜炎和全葡萄膜炎,可为急性炎性反应,也可慢性炎性反应。HLA-B27抗原相关的急性前葡萄膜炎是指HLA-B27抗原阳性的急性前葡萄膜炎,强直性脊柱炎伴发急性前葡萄膜炎患者绝大多数为HLA-B27抗原阳性,其他血清阴性椎关节病变伴发的急性葡萄膜炎也多为HLA-B27抗原阳性^[2]。

特发性急性前葡萄膜炎则是指在临床上无法归于特定类型,又无法确定病因,又与HLA-B27抗原无关的一类急性前葡萄膜炎。

基于上述分析可以看出,多种疾病和类型在临

床上可表现为急性前葡萄膜炎^[3],也可表现为慢性前葡萄膜炎;可表现为前葡萄膜炎,也可表现为全葡萄膜炎、后葡萄膜炎^[4]。为了保证本共识的精准性,本共识所指的急性前葡萄膜炎仅包括血清阴性椎关节病变伴发的急性前葡萄膜炎、HLA-B27抗原相关的急性前葡萄膜炎和特发性急性前葡萄膜炎,其他类型前葡萄膜炎未包括在内。

二、临床表现

急性前葡萄膜炎的常见症状为起病突然,多为单眼发病,出现眼红、眼痛、畏光、流泪症状,但这些症状在不同患者和疾病的不同阶段可有很大差异。患者多有视物模糊症状,尤其伴发反应性黄斑水肿、视乳头水肿者,可有明显的视力下降。前房炎性反应严重,眼部检查可见睫状充血(严重者可出现混合充血),角膜通常透明,部分患者可出现角膜内皮皱褶,尘状角膜后沉着物(+~++++),前房闪光(+~+++),前房炎症细胞(++~++++),部分患者前房内可有蛋白质凝集物、纤维素性渗出物(膜),甚或前房积脓。虹膜可发生后粘连,瞳孔变小、瞳孔变形,眼压通常正常,也可轻度降低,少数患者因纤维素性渗出、炎症细胞碎片堵塞房角,可出现眼压升高。能看到玻璃体者,可发现前玻璃体内有细胞并混浊,虽然偶可出现反应性黄斑水肿、视乳头水肿,但眼底多无可见的视网膜、脉络膜病变^[5]。

三、诊断

1. 典型的临床表现。
2. 对怀疑感染因素引起者,应行相关检查,以确定或排除相应的感染性疾病。
3. 应仔细询问腰骶部疼痛、周围关节炎、胃肠道病变、泌尿生殖系统感染等病史。
4. 进行HLA-B27抗原测定。
5. 红细胞沉降率、C反应蛋白质含量、白细胞计数等检测,有助于评价是否伴有全身性病变。
6. 若病史提示可能伴有血清阴性椎关节病变、炎性反应性肠道疾病、银屑病性关节炎者,应建议至相关科室检查,以确定伴发的全身性疾病。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0412-4081.2016.03.003

通信作者:杨培增,400016 重庆医科大学附属第一医院眼科
眼科学重庆市重点实验室,Email:peizengycmu@126.com

7. 根据情况可行 UBM、OCT、FFA 等检查。

四、治疗

(一)糖皮质激素滴眼剂点眼

对于急性严重的前房炎性反应,应选用作用强的糖皮质激素滴眼剂,如 0.1%地塞米松、1%醋酸泼尼松龙。最初可 15 min 至半小时点眼 1 次,点眼数次后可改为每小时 1 次。对于中度炎性反应,则应降低点眼的频度至每天 3 或 4 次。对轻度炎性反应,则宜选用作用较弱的糖皮质激素滴眼剂,每天点眼 1~3 次^[5]。在使用糖皮质激素滴眼剂点眼时应注意以下问题:(1)急性前葡萄膜炎不需要使用抗生素或糖皮质激素和抗生素混合剂;(2)所用制剂和点眼频度应根据炎性反应严重程度而定;(3)单纯前房闪光不伴有前房炎症细胞,提示无活动性前房炎性反应,不是使用糖皮质激素滴眼剂的适应证;(4)对糖皮质激素滴眼剂使用时间较长者,应注意监测眼压变化。

(二)睫状肌麻痹剂和扩瞳剂点眼

所有患者使用睫状肌麻痹剂进行散大瞳孔治疗。一般选用短效睫状肌麻痹剂,如复方托吡卡胺,每天 1 次或隔天 1 次。对于严重的前葡萄膜炎患者,炎性反应严重或有瞳孔后粘连迹象者,应选用长效睫状肌麻痹剂,如 1%或 2%阿托品滴眼剂或眼膏,开始时每天 1 或 2 次,以后根据情况可改为每天 1 次或隔天 1 次;对于中度炎性反应者,则宜改用 2%后马托品眼膏或托吡卡胺,每天 1 或 2 次。

若新鲜的虹膜后粘连无法用睫状肌麻痹剂点眼拉开者,可选用强力散瞳剂(1%阿托品、2%利多卡因、0.1%肾上腺素等量混合)0.1 ml 结膜下注射。阿托品使用时应注意其作用时间长的特点,其可使瞳孔处于持久的开大状态,在此状态下也可发生虹膜后粘连,引起患者持续性畏光症状,因此对于前葡萄膜炎患者不宜长期使用该药^[6]。

(三)糖皮质激素结膜下注射和全身应用

急性前葡萄膜炎一般无须进行糖皮质激素结膜下注射,但对于严重的急性前葡萄膜炎,尤其伴有前房大量纤维素渗出和前房积脓者,可行结膜下注射糖皮质激素(如地塞米松 2.5 mg),但一般不宜多次注射。此外,患者角膜上皮有损伤者和不宜使用糖皮质激素点眼者,也可以考虑结膜下注射。对于急性前葡萄膜炎一般不需全身给予糖皮质激素治疗,对伴有血清阴性椎关节病变者可考虑全身给予糖皮质激素治疗,并建议到相关科室进行治疗。对于前房炎性反应特别严重者,可短期给予糖皮质

激素口服治疗,如泼尼松,初始剂量 20~30 mg/d,待炎性反应减轻后即应迅速减量,使用时间一般不超过 1 个月。

(四)非甾体消炎药点眼

对于急性前葡萄膜炎目前尚无循证医学证据支持全身使用非甾体消炎药。非甾体消炎药滴眼剂已用于外伤或眼前节手术所致的前房炎性反应,对急性前葡萄膜炎的效果尚无大宗病例报告。

(五)免疫抑制剂

对于单纯的急性前葡萄膜炎不需全身使用其他免疫抑制剂,但对伴发的全身疾病,可在有经验医师的指导下使用。根据患者伴发的全身性疾病,也可建议至相关科室诊治。

五、预后

急性前葡萄膜炎患者的视力预后通常良好。预防虹膜后粘连是维持良好视力预后的关键。

形成共识意见的专家组成员:

杨培增 重庆医科大学附属第一医院眼科(眼免疫学组组长,执笔人)

叶俊杰 中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院眼科(眼免疫学组副组长)

杨 柳 北京大学第一医院眼科(眼免疫学组副组长)

彭晓燕 首都医科大学附属北京同仁医院北京同仁眼科中心(眼免疫学组副组长)

张美芬 中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院眼科(眼免疫学组前任副组长)

(以下眼免疫学组委员按姓名拼音排序)

陈 玲 复旦大学附属耳鼻喉科医院眼科

陈文生 厦门大学医学院眼科研究所

迟 玮 中山大学中山眼科中心

冯 蕾 浙江大学医学院附属第二医院眼科中心

高 玲 中南大学湘雅二院眼科

李 旌 上海交通大学附属新华医院眼科

李 轩 天津市眼科医院

宁 宏 中国医科大学附属第一医院眼科

吴护平 厦门大学医学院附属厦门眼科中心

邢 琳 哈尔滨医科大学附属第一医院眼科

张 锐 复旦大学附属耳鼻喉科医院眼科

(参与讨论的其他专家)

杜利平 重庆医科大学附属第一医院眼科

庄文娟 宁夏人民医院眼科

声明 本共识内容与相关产品的生产和销售厂商无经济利益关系

参 考 文 献

- [1] Smith WM, Faia LJ, Garg SJ, et al. Anatomic classification of uveitis[M]//Garg SJ. Color atlas & synopsis of clinical

- ophthalmology: Wills Eye Institute-Uveitis. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012: 8.
- [2] de la Maza MS. Seronegative spondyloarthropathies[M]//Foster CS, Vitale AT. Diagnosis and treatment of uveitis. 2nd ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2013: 793-813.
- [3] Yang P, Fang W, Meng Q, et al. Clinical features of Chinese patients with Behcet's disease[J]. Ophthalmology, 2008, 115 (2): 312-318.
- [4] Yang P, Ren Y, Li B, et al. Clinical characteristics of Vogt-Koyanagi-Harada syndrome in Chinese patients[J]. Ophthalmology, 2007, 114(3): 606-614.
- [5] 杨培增. 葡萄膜炎疾病[M]//赵堪兴, 杨培增. 眼科学. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 182-195.
- [6] 杨培增. 葡萄膜炎诊断与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 360-364.

(收稿日期: 2015-12-16)

(本文编辑: 黄翊彬)

· 图片精粹 ·

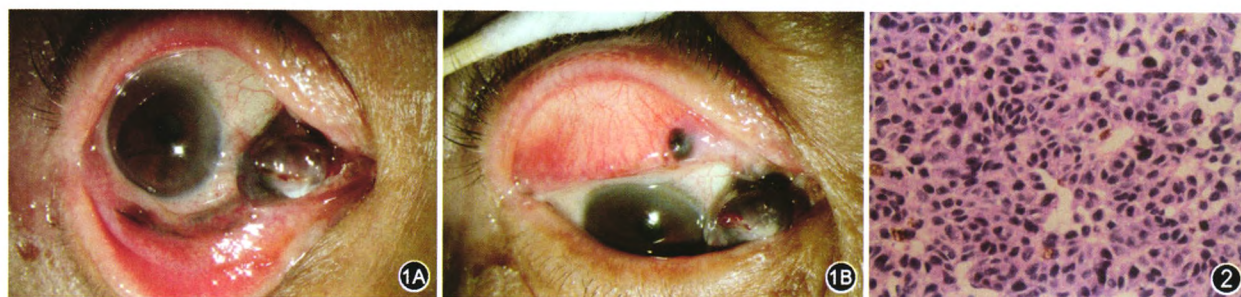
结膜色素痣恶变为黑色素瘤

赵云 翟文娟 张蕾 赵红

患者男性, 72 岁。因右眼鼻侧肿物生长 72 年, 增大 1 个月, 就诊于天津市眼科医院。患者自幼右眼内眦部可见芝麻粒大小黑色肿物, 无眼红、眼痛及视力下降等症状, 未诊治。既往高血压病史 20 年, 左侧颈动脉支架置入术后 6 年。全身体检: 未见明显异常。眼部检查: 视力右眼为 0.3, 左眼为 0.1; 眼压右眼为 12 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 左眼为 13 mmHg; 双眼眼球各方向运动自如; 右眼外观正常, 眼睑无红肿; 结膜无充血, 内眦部结膜可见直径约 7 mm 的类圆形肿物, 突出于结膜表面约 5 mm, 紫黑色, 质软, 界限清, 触之有少量出血, 活动度可 (精粹图片 1A), 上睑板边缘可见直径约 3 mm 的黑色圆形病灶, 周围结膜色素沉着 (精粹图片 1B), 下穹窿部结膜下可见黑色条带状物, 与鼻侧肿

物相连, 周围结膜色素沉着; 巩膜无黄染, 角膜透明, 前房深度正常, 无房水闪光, 虹膜纹理清楚, 瞳孔圆形, 直径约 3 mm, 对光反应灵敏, 晶状体混浊, 玻璃体及眼底窥不清。左眼外观及眼前节检查未见异常, 晶状体混浊, 玻璃体及眼底窥不清。入院行右眼眶前肿物切除及结膜囊成形术。切除组织行免疫组织化学检查: S-100(++)、黑色素瘤相关抗原 HMB45(++), Ki-67>10% (精粹图片 2)。术后组织病理学诊断: 右眼结膜黑色素瘤 (结膜色素痣恶变)

拍摄技巧探讨 使用 BX900 型裂隙灯显微镜照相系统 (Canon EOS30D 型照相机) 拍摄眼前节图像, 采用弥散光源照明, 尽可能暴露内眦部结膜肿物, 可清晰显示肿物及结膜色素沉着。



精粹图片 1 右眼结膜黑色素瘤患者右眼结膜外观 1A 示内眦部结膜可见直径约 7 mm 的类圆形肿物, 紫黑色, 质软, 界限清, 触之有少量出血, 活动度可, 下穹窿部结膜下可见黑色条带状物, 与鼻侧肿物相连, 周围结膜色素沉着; 1B 示内眦部结膜可见直径约 7 mm 的类圆形肿物, 上睑板边缘可见直径约 3 mm 的黑色圆形病灶, 周围结膜色素沉着 **精粹图片 2** 光镜下观察右眼结膜黑色素瘤患者结膜黑色素瘤组织切片, 可见肿瘤细胞呈圆形, 大小不一, 有明显异型性 HE 染色×400

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0412-4081.2016.03.004

作者单位: 300020 天津市眼科医院 天津医科大学眼科临床学院 天津市眼科研究所 天津市眼科学与视觉科学重点实验室
通信作者: 赵红, Email: zhaohongye@126.com

(收稿日期: 2015-06-03)

(本文编辑: 黄翊彬)