

# VKH 综合征临床早期诊断与治疗的观察分析

秦磊, 曾平, 刘军, 古洵清

作者单位:(518040)中国广东省深圳市,暨南大学第二临床学院  
深圳市眼科医院  
作者简介:秦磊,男,硕士,主治医师,研究方向:青光眼、白内障。  
通讯作者:秦磊. gdqn@sina.com  
收稿日期:2010-07-20 修回日期:2010-08-16

## Research of early diagnosis and treatment on Vogt-Koyanagi-Harada syndrome

Lei Qin, Ping Zeng, Jun Liu, Xun-Qing Gu

Shenzhen Eye Hospital, the Second Clinical Institute of Jinan University, Shenzhen 518040, Guangdong Province, China  
**Correspondence to:** Lei Qin. Shenzhen Eye Hospital, the Second Clinical Institute of Jinan University, Shenzhen 518040, Guangdong Province, China. gdqn@sina.com  
Received:2010-07-20 Accepted:2010-08-16

### Abstract

- **AIM:** To analyse the problems in the early diagnosis and treatment of clinical cases with Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) syndrome.
- **METHODS:** Twenty-five cases 50 eyes with VKH syndrome were collected and analysed, routine examination of FFA and OCT were performed, its reason and differential diagnosis method were analyzed, most of them were diagnosed correctly, some of them were diagnosed as central serous chorioretinopathy (4 cases), glaucoma (2 cases), optic nerve-retinitis (5 cases). All the cases were given high dose corticosteroid treatment, and examined with OCT after two weeks.
- **RESULTS:** After one week, all the patients' visions recovered to better than 0.5 in 78% of eyes.
- **CONCLUSION:** FFA and OCT are the useful methods on early differential diagnosis of the VKH syndrome. Early correct diagnosis for VKH syndrome and high dose corticosteroid treatment are the important factors for the better prognosis.
- **KEYWORDS:** Vogt-Koyanagi-Harada syndrome; early diagnosis; OCT

Qin L, Zeng P, Liu J, *et al.* Research of early diagnosis and treatment on Vogt-Koyanagi-Harada syndrome. *Int J Ophthalmol (Guji Yanke Zazhi)* 2010;10(10):1998-1999

### 摘要

**目的:**观察分析 VKH 综合征临床病例早期诊断与治疗中的问题。  
**方法:**收集、分析 VKH 综合征临床病例 25 例 50 眼,分别行眼科常规及 FFA 和 OCT 检查,分析其原因和鉴别诊断方法,大部分病例可获得早期正确诊断,也有少数病例曾

被诊断为中心性浆液性脉络膜视网膜炎(4 例)、青光眼(2 例)、视神经视网膜炎(5 例)等;所有确诊病例均给予大剂量糖皮质激素治疗,治疗 2wk 后复查眼部 OCT。  
**结果:**所有患者经及时诊断与大剂量糖皮质激素治疗 1wk 后,78% 患眼视力恢复至  $>0.5$ 。  
**结论:**FFA 和 OCT 是目前早期鉴别诊断 VKH 综合征的有效方法,早期正确诊断和大剂量糖皮质激素治疗是 VKH 综合征良好预后的重要影响因素。  
**关键词:** VKH 综合征;早期诊断;OCT  
DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2010.10.053

秦磊,曾平,刘军,等. VKH 综合征临床早期诊断与治疗的观察分析. 国际眼科杂志 2010;10(10):1998-1999

### 0 引言

Vogt-Koyanagi-Harada syndrome (VKH) 综合征是一种慢性、双侧性、肉芽肿性全葡萄膜炎,伴有中枢神经系统、听觉系统和皮肤等表现<sup>[1]</sup>,其确切病因目前尚不清楚,东方人的发病率较白种人高,女性较男性更多受累,是一种严重的全葡萄膜炎,其预后情况与早期的及时正确诊断和积极高剂量糖皮质激素治疗有明显关系<sup>[1,2]</sup>,现就其临床早期诊断与治疗相关问题,分析报告如下。

### 1 对象和方法

**1.1 对象** 收集本院 2008-01/2009-12 住院治疗的病例 25 例 50 眼作回顾性系统分析,其中男 12 例,女 13 例,年龄 19~63,平均男 33 岁,女 35.6 岁,均为初发病例,有 11 例经外院诊治 2~14d 后转入本院。被诊断为中心性浆液性脉络膜视网膜炎 4 例,青光眼 2 例,视神经视网膜炎 5 例。  
**1.2 方法** 所有患眼均经视力、裂隙灯显微镜、眼底镜以及前置镜/三面镜常规检查,其中 20 眼行荧光素眼底血管造影检查,28 眼行 OCT 检查。患者住院期间,均经大剂量糖皮质激素治疗,方法是用泼尼松口服,初期剂量为 1~1.5mg/kg 体重或甲基强的松龙 200mg 加入生理盐水 500mL 中静脉点滴 3d,视病情变化情况逐渐减量。

### 2 结果

**2.1 视力** 所有患者经 7~21d 住院治疗后,视力均获不同程度提高,治疗前视力  $<0.1$  者 25 眼(50%), $<0.4$  者 41 眼(82%),仅 9 眼(18%)视力  $\geq 0.5$ 。经治疗 1wk 后仅有 1 眼(2%)视力  $<0.1$ , $<0.4$  者 13 眼(26%), $\geq 0.5$  者 37 眼(74%)见表 1。

**2.2 荧光素眼底血管造影** 荧光素眼底血管造影显示动静脉期见后极部高荧光点,逐渐扩大,使视网膜下液染色,后期视网膜下液呈大小不等多湖状荧光增强斑,视盘荧光增强(图 1)。

**2.3 光学相干断层扫描成像术** 本组经 OCT 扫描检查 14 例 28 眼,均显示后极部视网膜浆液性剥离,视网膜神经上皮呈泡状或多囊状隆起,经大剂量糖皮质激素类固醇治疗 7~14d 后,视网膜浆液性脱离高度明显下降至接近正常(图 2)。

表 1 治疗前后视力变化

视力	初诊	治疗 1wk
FC	4	0
<0.04	6	0
0.05~0.1	15	1
0.2~0.4	16	12
≥0.5	9	23
≥0.8	0	14

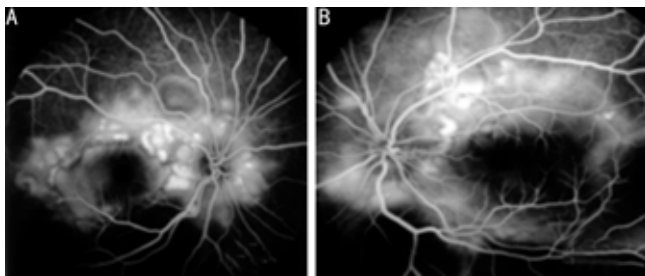


图 1 FFA A: 治疗前早期荧光增强点; B: 后期后部多湖状荧光增强图像。

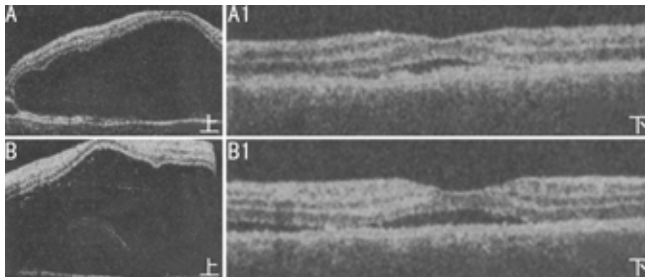


图 2 两眼治疗前 OCT 扫描见黄斑区神经上皮层呈多囊状、泡状, 视网膜浆液性脱离, 中心凹分别为 1366 $\mu$ m 与 1786 $\mu$ m A: 右眼; B: 左眼; A1: 右眼治疗 2wk 后 OCT 扫描见黄斑区视网膜下液大部分吸收, 中心凹为 200 $\mu$ m; B1: 左眼治疗 2wk 后 OCT 扫描见黄斑区视网膜下液大部分吸收, 中心凹为 250 $\mu$ m。

### 3 讨论

VKH 是双侧性严重的全葡萄膜炎, 即使经过充分良好条件的治疗, 其视力预后仍令人担忧, 有 7%~24.6% 的患眼因各种并发症或慢性/反复发作而失明或仅有低视力<sup>[3,4]</sup>, VKH 的确切病因仍欠清晰, 其最终预后视力与多种因素有关<sup>[2]</sup>。首先, 发病早期及时和正确的诊断, 十分重要, 本组 25 例中, 基层未能及时准确诊断者达 11 例 (44%), 类似情况曾有报告或提及<sup>[5]</sup>, 临床如未能早期发现并及时正确处理, 将对其预后产生严重的影响。

临床所见 VKH 综合征有被误诊为中心浆液性脉络膜视网膜病变, 这可能是仅凭小瞳孔眼底镜下检查到黄斑水肿而作诊断所致。中心浆液性脉络膜视网膜病变大多数为单眼发病, 黄斑水肿多数不如 VKH 综合征严重, OCT 成像检查, 很快可作鉴别, 中心浆液性脉络膜视网膜病变可

见为单一腔隙的神经上皮层脱离, 中心凹处厚度平均在 298 $\mu$ m 左右<sup>[6]</sup>, 而 VKH 多出现眼底后极部呈多囊状或泡状神经上皮层脱离图像, 中心凹处厚度平均达 864 $\mu$ m 左右<sup>[7]</sup>。荧光眼底血管造影术 (FFA) 对中心浆液性脉络膜视网膜病变和 VKH 综合征早期的鉴别亦很有用处, 中心浆液性脉络膜视网膜病变多表现为黄斑区单个荧光渗漏点, VKH 综合征在 FFA 早期可见黄斑区出现多数针尖状高荧光点, 逐渐扩大, 后期呈多湖状强荧光<sup>[4,7]</sup>。VKH 综合征亦常有被误诊断为视神经视网膜炎者, 因为 VKH 综合征患眼常合并有类似改变, FFA 检查时, VKH 综合征患眼常显视乳头荧光增强表现, 但是只要认真检查全眼底, 特别强调要散瞳详查, 就不难发现除了视神经乳头的改变外, 还有黄斑区水肿, 浆液性剥离等改变。此外, 只要作上述 OCT/FFA 检查, 均可认清患眼葡萄膜炎乃其原发病的实质。此外, VKH 综合征患眼常合并眼压增高, 其并发青光眼发病率在 6%~54.8%<sup>[1]</sup>, 大部分为开角青光眼, 多数经药物治疗而获得控制, 而我们所见有 2 例, 一开始, 眼压 28~32mmHg, 便被按青光眼处理, 而忽略了对眼底后极的改变作认真检查, 以发现患眼病变的本质, 延误了给予正确治疗的时间, 这是需要初诊时特别小心鉴别的。VKH 综合征也需与交感性眼炎、急性后极性多灶性盘状色素上皮病变 (APMPPE), 葡萄膜渗漏和后巩膜炎等相鉴别<sup>[1]</sup>。

目前对 VKH 综合征治疗处理的认识都比较一致, 只要患眼得到早期正确诊断, 用大剂量糖皮质激素治疗, 效果大部分都比较好。眼底黄斑区 OCT 成像检查, 图像清晰、直观, 对治疗前后病情变化观察有较重要的意义, 视网膜浆液性脱离多在 1wk 左右获得恢复吸收和视力提高<sup>[7,8]</sup>。但是, 我们必须向患者做好充分解释, 建议患者认真配合医生, 病情好转后坚持治疗 0.5~>1a。

### 参考文献

- Moorthy RS, Inomata H, Rao NA. Vogt-Koyanagi-Harada Syndrome Surv. *Ophthalmology* 1995;39:265-292
- Read RW, Rechodouni A, Butani N, et al. Complications and prognostic factors in Vogt-Koyanagi-Harada disease. *Am J Ophthalmol* 2001;131:599-606
- 杨培珍. 临床葡萄膜炎. 北京: 人民卫生出版社 2004;393
- 陈玲, 杨培增. Behcet 病和 Vogt-Koyanagi-Harada 综合征的吲哚青绿及荧光素眼底血管造影分析. *中华眼科杂志* 2002;38:210-212
- 邹吉斯, 张繁友. V-K-H 综合征初发病例临床分析. *中国实用眼科杂志* 1999;15:107
- 韩冰, 古洵清, 黄丽娜, 等. 特发性中心性浆液性脉络膜视网膜病变的光学相干断层成像. *临床眼科杂志* 2003;11:6-8
- 杜冰, 古洵清, 黄丽娜, 等. 光学相干断层成像术对 Vogt-小柳原田综合征早期诊断的意义. *眼科研究* 2005;23:415
- Read RW, Holland GN, Rao NA, et al. Revised diagnostic criteria for Vogt-Koyanagi-Harada Disease; report of an international committee on nomenclature. *Am J Ophthalmol* 2001;131:647-652