

急性前葡萄膜炎的临床治疗

崔建军, 边立冬, 张宏霞, 魏学忠, 张 玲, 周特红, 李会玲, 陆 惠

作者单位:(102400)中国北京市房山区第一医院眼科
作者简介:崔建军,男,毕业于北京协和医科大学,主治医师,研究方向:葡萄膜炎的治疗,晶状体病的诊断与手术治疗,青光眼的手术治疗。
通讯作者:陆惠,住院医师,研究方向:葡萄膜炎的病理分析与诊治,晶状体病的诊断与手术治疗. eillen997@gmail. com
收稿日期:2011-03-02 修回日期:2011-04-06

Clinical treatment of acute anterior uveitis

Jian-Jun Cui, Li-Dong Bian, Hong-Xia Zhang, Xue-Zhong Wei, Ling Zhang, Te-Hong Zhou, Hui-Ling Li, Hui Lu

Department of Ophthalmology, the First Hospital of Fangshan District, Beijing 102400, China

Correspondence to: Hui Lu. Department of Ophthalmology, the First Hospital of Fangshan District, Beijing 102400, China. eillen997@gmail. com

Received:2011-03-02 Accepted:2011-04-06

Abstract

• AIM: To evaluate the drug treatment for acute anterior uveitis by observing its curative effect and recurrence. Also to provide clinical evidence for standardization of anterior uveitis drug treatment.

• METHODS: Forty-eight cases of acute anterior uveitis patients were involved in this study. All these patients were given compound tobramycin eyedrops and compound tropicamide eyedrops daily. For those severe cases, dexamethasone was given by subconjunctival injection, 3mg (0.6mL) daily for 7 days. Oral hormone was given for those cases related with explicit general diseases for 3 days. Visual acuity, intraocular pressure, anterior chamber reaction and complications were recorded. All cases were well followed up for 1 year and all recurrences were recorded.

• RESULTS: All cases were remitted after 3 days treatment both in symptoms and signs. Visual acuities were recovered after 1 week. No severe local or general complications were recorded yet. No recurrences were recorded within half an year, while only two recurrent cases were recorded within 1 year. The recurrence ratio was 4%.

• CONCLUSION: For most acute anterior uveitis patients, simply partial drug treatment shows good therapeutic effects. And oral hormone treatment is applied only for cases with explicit general diseases.

• KEYWORDS: acute anterior uveitis; hormone; partial treatments

Cui JJ, Bian LD, Zhang HX, et al. Clinical treatment of acute anterior uveitis. *Guji Yanke Zazhi (Int J Ophthalmol)* 2011; 11 (6):1086-1087

摘要

目的:探讨急性前葡萄膜炎的药物治疗方法,并观察其疗效和复发情况,为规范化前葡萄膜炎的药物治疗提供临床依据。

方法:对48例急性前葡萄膜炎病例给予局部复方妥布霉素眼药水及复方托吡卡胺眼药水滴眼,部分重症患者采用局部结膜下注射地塞米松3mg(0.6mL),1次/d,连用7d,对于伴有明确全身疾病因素者,加用口服激素冲击治疗3d,记录患者视力、眼压、前房反应、并发症情况,并随访1a,记录其复发情况。

结果:所有病例于3d后症状体征缓解,1wk视力恢复,未发生眼局部严重并发症及全身并发症,6mo内无1例复发,1a内复发患者数为2例,复发率为4%。

结论:绝大部分急性前葡萄膜炎单纯进行局部药物治疗,可获得良好的治疗效果,而全身激素治疗仅适用于有明确全身疾病因素患者且病变处于活动期。

关键词:急性前葡萄膜炎;激素;局部治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2011.06.052

崔建军,边立冬,张宏霞,等.急性前葡萄膜炎的临床治疗.国际眼科杂志2011;11(6):1086-1087

0 引言

葡萄膜炎是一类常见眼病,近年来不同国家和地区的多组统计报道显示,葡萄膜炎所致盲目在全部盲目病例中所占比例达4%~10%,并且具有持续上升的趋势^[1-3],因而受到国际范围内广泛的关注。迄今研究表明,葡萄膜炎的病因和类型有100余种,是眼科疾病中最为复杂的疾病之一^[4]。根据我国最近大宗病例的分析,特发性葡萄膜炎、Vogt-小柳原田病、Behçet病是最常见的葡萄膜炎类型,就解剖位置而言,前葡萄膜炎最为常见,其次为全葡萄膜炎。前葡萄膜炎多为单眼发病,可累及对侧眼,复发率高。局部治疗对前葡萄膜炎十分重要。任何原因的前部炎症都应做到尽早控制,扩大瞳孔,减少组织损伤,防止并发症,从而维持虹膜、睫状体的生理功能。目前临床治疗上以激素治疗为主,但激素的不合理应用可导致局部及全身并发症,同时,用药周期的不合理可使复发率上升。我们总结自2006年以来,对急性前葡萄膜炎患者,给予常规局部应用激素治疗,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 我院2006/2010年收治入院急性前葡萄膜炎患者48例52眼,其中男20眼,女32眼,年龄25~60岁。初次发病40眼,复发12眼。15眼可见前房絮状渗出,6

眼前房有积脓。所有患者中,类风湿关节炎患者 3 例,类风湿因子及 C 反应蛋白升高;强直性脊柱炎患者 1 例,HLA-b27 阳性;糖尿病患者 6 例,可见虹膜睫状体部色素脱失及虹膜萎缩;PPD 阳性患者 1 例,不明原因患者 37 例。上述病例眼底检查未见明显脉络膜炎改变。

1.2 方法 (1)活动瞳孔:入院后给予短效散瞳剂(复方托吡卡胺眼药水)活动瞳孔,有虹膜粘连无法散开者给予阿托品/盐酸肾上腺素结膜下注射,并局部给予阿托品眼膏。(2)局部抗炎治疗:给予地塞米松 3mg + 妥布霉素 2 万 U 结膜下注射,1 次/d,连用 3d。同时局部滴用复方妥布霉素眼药水,6~8 次/d,炎症反应静止后减少滴眼次数,改为 4 次/d,整个疗程 12~14wk。(3)全身抗炎治疗:对于伴有明确全身疾病病因者,加用强的松 2~3mg/kg,晨起顿服,冲击治疗 3d。

2 结果

患者 48 例经过药物治疗,大部分患者 3d 后症状体征明显改善,视力逐渐好转,1wk 以后炎症静止。未发现激素性青光眼,继发性青光眼、角膜带状变性、角膜大泡等相关并发症的发生。痊愈者 44 例 47 眼房闪消失、炎症静止,占 92%,4 例 5 眼房闪减轻(+~±),占 8%,随诊 1a,复发者 2 例。

3 讨论

急性前葡萄膜炎是常见的致盲眼病,是一类病因复杂、种类繁多的疾病。约 40% 葡萄膜炎伴有全身其他器官的疾病^[5]。炎症表现多样,可由体液及细胞免疫反应介导,受累组织不同,病程长短不一,抗炎治疗是葡萄膜炎治疗的关键,可用于抗炎治疗的主要药物有抗生素、糖皮质激素、免疫抑制剂等,由于免疫抑制剂具有较强的副作用,因此抗生素及糖皮质激素为目前临床治疗的一线用药。糖皮质激素因具有抗炎、抗过敏,抗休克及保护机体免受外来毒素伤害的作用而被广泛用于治疗多种炎症性疾病的药物治疗。目前常用给药途径有局部滴眼,眼周注射,全身应用等给药途径^[6]。一般局部激素便可有效地控制炎症,而不需全身激素治疗。地塞米松结膜下注射,通过角膜缘淋巴网的单纯扩散作用进入眼内,房水药物浓度大为提高,作用时间快而持久。一般而言,地塞米松易诱发高眼压,尤其当浓度较高时发生率更高,应予以注意^[7]。虹膜后粘连可引起瞳孔阻滞、继发性青光眼等严重影响视功能的并发症,因此及时充分散瞳是局部治疗的一项重要措施。目前临床上常用的药物有复方托吡卡胺、阿托品等,该类药物可使睫状肌松弛,减少对动脉的压力,以增强虹膜的血液循环;同时降低毛细血管渗透性,使渗出减少,起到抗炎作用,并可使组织得到休息,起止痛作用。而对于已经明确全身病因的前葡萄膜炎,应积极与其它相关科室

合作,以治疗原发病为主,局部治疗为辅,这样才能更好的控制炎症,达到预期的治疗目的。

目前在葡萄膜炎的治疗上普遍存在的困难是:激素应用的适应证不明确,疗程不规范,停药过早可导致炎症的急性发作或复发,使炎症范围扩大,更多葡萄膜组织受累。怎样合理使用激素才能既控制炎症反应,又能降低复发率,是临床医师必须面对的实际问题。激素能抑制白细胞向病灶聚集,从而达到控制炎症的目的,但全身大量或长期应用外源性激素会对下丘脑垂体-肾上腺轴(HPA)产生抑制效应,使自身激素分泌减少。在激素的选择上,地塞米松为长效激素,等效剂量时的抗炎效价是强的松的 5 倍,但对 HPA 抑制时间(48~72h)是强的松的 2 倍,Heim 等对服用强的松及地塞米松相当剂量、相同服药方式的两组病例进行研究,服药 3wk 后作 ACTH 刺激试验,检查尿中游离皮质醇(UFC),结果:服用强的松者治疗前后水平相当,而服用地塞米松者治疗后尿 UFC 水平显著低于治疗前,显示肾上腺皮质受到明显抑制。正常人昼夜血浆皮质醇波动情况是:上午 8 时血浆中水平最高,以后逐渐减低至午夜最低,然后逐渐上升,至次日清晨达最高水平。因此临床常采用晨起顿服的给药方式,这种给药方式具有以下优点:(1)1 次/d 给药可有效地控制炎症,激素抑制白细胞向病灶聚集的效应可维持 24h,当白细胞重新向病灶聚集时,下一次激素又能发挥效应。(2)每日清晨 8 时前服药,对 HPA 抑制不明显,对代谢的影响也就不大,从而可减少对全身的影响。鉴于以上考虑,我们常规采用局部激素治疗,对于已经明确全身病因的前葡萄膜炎患者,采用每日晨起顿服大剂量甲泼尼龙冲击治疗,并辅以局部激素治疗,均获得满意效果,无 1 例出现全身不良反应,且复发率较低,治疗安全且有效,但该种治疗方案的长期疗效评价尚需进一步观察评价,而患者的个性化治疗尚需更多的临床观察病例总结归纳。

参考文献

- 1 Nussenblatt RB. The natural history of uveitis. *Int Ophthalmol* 1990;14(5-6):303-308
- 2 Ronday MJ, Stilma JS, Barbe RF, et al. Blindness from uveitis in a hospital population in Sierra Leone. *Br J Ophthalmol* 1994;78(9):690-693
- 3 Suttrop-Schulten MS, Rothova A. The possible impact of uveitis in blindness: a literature survey. *Br J Ophthalmol* 1996;80(9):844-848
- 4 杨培增. 临床葡萄膜炎. 北京:人民卫生出版社 2004:43-44
- 5 杨奇志. 甲基强的松龙治疗前葡萄膜炎临床疗效观察. *中国现代药物应用* 2010;4(4):117
- 6 付宇鹏,朱玉萍. 糖皮质激素及抗生素治疗葡萄膜炎的临床分析. *局解手术学杂志* 2007;16(1):35
- 7 黄珈,杨培增. 非甾体消炎药及其在葡萄膜炎治疗中的作用. *眼科新进展* 2001;21(2):128-129