

鞘的良性肿瘤性病变。临床均以关节内肿胀积液、或伴有绞索、活动受限为主要表现。组织学表现相似,被认为是滑膜炎症类疾病,在 WHO(2002)软组织与骨肿瘤病理学及遗传学分类中,二者均被归入起源于纤维组织细胞的良性肿瘤。膝关节则是各类型病变常见的发病部位^[3]。色素沉着绒毛结节性滑膜炎为关节腔内滑膜大量增生形成绒毛结节,典型表现为海绵垫样或苔藓状;局灶性色素沉着绒毛结节性滑膜炎未见有包膜与周围组织分界,而局灶型腱鞘巨细胞瘤有完整的包膜,这一点二者有差别。在本组病例中,关节镜下也均明显见到瘤体组织表面包膜覆盖,得以证实;膝关节色素沉着绒毛结节性滑膜炎病程较长,发展缓慢,常累及整个关节的滑膜,伴有大量积液。凡遇单关节尤其是膝关节的慢性、反复发作性肿胀、疼痛或局限性结节,关节穿刺液有新鲜不凝血,均应想到此病可能。而膝关节腱鞘巨细胞瘤病史相对较短,临床关节症状不明显,以局灶型多见,而色素沉着绒毛结节性滑膜炎弥漫型多见。

腱鞘巨细胞瘤复发率较高,但对膝关节术后复发却鲜有报道。究其原因,可能与本病发病率低、报告较少有关。同时,有研究显示在行手部腱鞘巨细胞瘤手术时,在手术放大镜下切除瘤体及其附近的腱鞘及滑膜组织,随访结果良好,无一例复发^[4-5],并指出:分块切除复发率并不高于整块切除。故分析如手术当中对病灶组织进行彻底清理,结合关节镜自身具备的放

大效应,对病灶的观察比开放手术更清楚,同时关节镜还可以通过髁间窝或通过后方入路进入后间室,观察切开手术探查不到的关节后方情况,适度扩大刨削范围,彻底清除瘤体是降低复发的最关键因素。

参考文献

[1] 张卫国,王立德,李杰,等. 关节镜下手术治疗膝关节局灶型腱鞘巨细胞瘤[J]. 中华外科杂志, 2006, 44(4): 258-259.
 [2] 鹿强,田笑. 膝关节腱鞘巨细胞瘤的 MRI 表现[J]. 重庆医学, 2010, 39(12): 1587-1588.
 [3] 李建,范国光,徐克,等. 膝关节腱鞘巨细胞瘤与色素沉着绒毛结节性滑膜炎的 MRI 分析[J]. 中国医学影像技术, 2013, 29(3): 446-450.
 [4] 李昕,李建民,杨志平,等. 两种切除方式下腱鞘巨细胞瘤复发率的对比分析[J]. 实用骨科杂志, 2013, 19(4): 321-322.
 [5] 张羽飞,田孟强,王立德,等. 关节镜检查 and 镜下手术诊治膝关节内良性肿瘤[J]. 中国矫形外科杂志, 2008, 16(11): 804-806.

(收稿日期:2015-10-25 修回日期:2016-01-12)

后巩膜炎误诊 1 例

刘晓熹(重庆市中医院临床体检中心 400032)

【关键词】 后巩膜炎; 误诊; 结膜炎

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.10.068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2016)10-1455-02

巩膜炎是以眼红和视力下降为始发症状、以重度眼痛为主要特点的巩膜感染性疾病,发病急,常伴发角膜及葡萄膜炎,预后不佳。其中女性较男性常见,双眼可先后或同时发生。巩膜主要由胶原纤维组织构成,其炎症反应在本质上应属于胶原纤维病范畴,即自身免疫或自身过敏反应性疾病^[1]。后巩膜炎是发生于赤道后及视神经周围巩膜的一种炎症^[2],其严重程度足以导致眼球后部组织坏死性破坏,研究发现有 40% 的后巩膜炎合并其他系统的疾病,而且后巩膜炎复发的平均时间为 210 d,复发率大约为 15.81%^[3]。由于该病临床表现的多样性,在诊断时很容易误诊、漏诊,而且此病治疗困难、预后较差。本院近期收治了 1 例以“结膜炎、球筋膜炎”为初步诊断的男性、单眼发病的后巩膜炎患者,经过系统性治疗已经治愈。现将具体情况报道如下。

1 临床资料

患者邹某,男,39 岁,以“左眼突发性红、肿、胀痛 2 d,加重伴视物重影 3 h。”入院。2 d 前患者因“左眼红、肿、胀痛、流泪”为主诉就诊于本市某医院,该院诊断为“结膜炎”。予以局部使用药物(α 干扰素滴眼液、加替沙星滴眼液、氧氟沙星眼膏)治疗,治疗 2 d,上述症状未予明显缓解。今日晨起左眼“红、肿、胀痛、流泪”症状明显加重,并不能闭眼,视物重影。本院门诊以“左眼结膜筋膜炎”为初步诊断建议住院治疗。体格检查:右眼视力(VOD)1.2,左眼视力(VOS)0.6;眼内压力(IOP)14 mm Hg,左 22 mm Hg。右眼睑、结膜、角膜、巩膜、前房、晶状体、玻璃体、视网膜及眼球运动均无明显异常。左眼中度红肿充血,以下睑、外眦部为重,眼球运动时外转、下转较差,球结膜高度水肿充血突出于睑裂外,巩膜压痛(+),表面少许白色

黏性分泌物,角膜、前房、晶状体、玻璃体前部未见明确异常,小瞳下眼底未见明显异常。实验室检查:白细胞计数 $6.8 \times 10^9 / L$,中性粒细胞百分比 77.0%,淋巴细胞百分比 15.3%。抗 O、C 反应蛋白、类风湿因子(RF)均正常。急诊 CT 提示:左眼轻度突出,环环增厚,眼球周围见环状软组织增厚。见图 1。

经治疗后第 2 天,结膜水肿消退后经三面镜检查:左眼中部约 40°可见大小约 2 倍视神经乳头直径(2PD)范围灰白色团状病灶,局限性脉络膜隆起,周围同心脉络膜皱襞、视网膜条纹伴断续性线状出血,见图 2。眼 B 超提示:眼球巩膜厚度增厚,球后筋膜腔隙的炎症性水肿,球壁与球后脂肪强回声分离,两者之间有一弧形暗区与视神经相连形成“T”形暗区。MRI 检查提示:左眼球下方局限性隆起伴信号增强,见图 3。



图 1 入院时 CT 检查结果

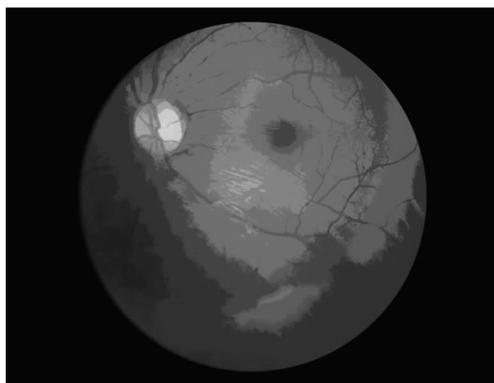


图 2 治疗后三面镜检查结果



图 3 治疗后 MRI 检查结果

患者经局部使用中药雾化联合地塞米松 30 mg 冲击治疗 3 d; 后改为泼尼松 30 mg, 替代治疗, 每日晨起顿服, 每隔 3 d 减量 5 mg, 直到停药, 辅以雷尼替丁保护胃黏膜。治疗第 10 天, 查体: VOD 1.2, VOS 1.0; IOP: 右 16 mm Hg, 左 13 mm Hg。右眼无明显异常。左眼睑红肿充血完全消退, 眼球运动各方位均正常, 球结膜水肿充血完全消退, 未见分泌物, 角膜、巩膜、前房、晶状体均未见异常。三面镜检查提示: 左眼视网膜平复, 颜色红润, 未见隆起、出血。眼部超声提示: 眼环光滑完整, 玻璃体以及球后未见异常回声。患者炎症完全消退, 疗效满意, 准予出院, 出院后继续予以泼尼松减量口服治疗。治疗后 1 月, 患者再次复查, 炎症完全消退, 并无复发。

2 讨 论

巩膜炎是多原因、多诱因的一种非特异性巩膜及周围组织的炎性反应。免疫性巩膜炎与自身免疫性结缔组织疾病密切相关, 时常伴发于系统性红斑狼疮、风湿性关节炎、强直性脊柱炎、多发性结节性动脉炎等疾病。其病理特征表现为细胞浸润、胶原破坏、血管重建的巩膜基质层炎症, 目前临床上对巩膜炎的诊断治疗上还存在一定的疑惑, 熟悉该疾病的分类、鉴别诊断、临床特点及并发症等, 对于及时发现巩膜炎并采取适宜的治疗、从而改善预后十分必要。

当合并巩膜周围组织(例如: 球筋膜、结膜、眼睑、眼眶结缔组织等)炎症时, 不借助影像学等相关检查往往容易被外眼症状所吸引而误诊漏诊, 特别是伴有眼睑水肿、球结膜水肿、眼球突出、双眼复视等症状时难以与眼眶蜂窝组织炎相鉴别; 无明显眼外症状, 仅有视力下降时曾被误诊为中心性浆液性脉络膜视网膜病变、脉络膜炎、黄斑囊样水肿、球后肿物等疾病的报道^[4]。根据文献^[5-6]报道, 该病多见女性, 占 66%~83%, 年龄 18~75 岁, 多发生于 40 岁左右, 双眼发病率为 10%~

33%。为和其他疾病鉴别诊断, 考虑到巩膜炎诊断以后, 首先应该完善患者的全身免疫系统的检查, 尤其应该注意皮肤、关节、心血管和呼吸系统的检查。实验室检查除了血常规、C 反应蛋白、血清学分析以外, 还应增加红细胞沉降率、结核菌素试验、抗核抗体等检查, 通过完善检验检查降低其误诊漏诊率。还应该详细询问患者现病史、既往史、家族史等, 同时积极将分泌物送检病原学检查排除感染性巩膜炎的可能。

本病例报道为男性患者, 血常规中白血细胞总数不高, 仅中性粒细胞百分比有所增高, 球结膜高度水肿, 眼球轻微突出, 双眼复视。该患者仅有轻微的视力减退。进而检查眼部 CT、B 超、MRI 可以支持后巩膜炎诊断。

对于治疗方法, 梁庆丰^[7]明确提出, 免疫性巩膜炎应使用局部或全身糖皮质激素进行抗感染治疗; 感染性巩膜炎应首选敏感抗菌药物进行抗感染治疗, 慎用或禁用糖皮质激素。为防止巩膜穿孔, 禁用结膜下注射。如果非甾体类抗炎药物效果不佳时可加用免疫抑制剂或生物反应调节剂。Sainz 等^[8]提出根据巩膜炎不同的类型, 在结节性和弥漫性巩膜炎患者中非甾体抗炎药是首选的一线用药; 若治疗无效, 可使用甾体抗炎药作为二线用药, 且应该随着病情的缓解尽快减量或停用甾体抗炎药。如果上述方案治疗无效, 免疫调节治疗可联合前两类药物或直接取代前两类药物作为第三线治疗药物。对于坏死性巩膜炎而言, 免疫调节治疗可能是首选。由于免疫调节剂和生物反应调节剂在不同程度的不良反应用, 临床上应谨慎合理选择。另外, 如巩膜炎合并虹膜睫状体炎时可使用阿托品散瞳; 异体巩膜移植术可用于坏死或穿孔的巩膜部位的修补。

只有医生提高对该疾病的认识, 通过认真的询问病史, 仔细的体格检查, 完善的实验室检查和规范化的治疗, 才能实现对后巩膜炎的早期诊断和治疗, 并获得良好的临床疗效, 避免其严重并发症的出现。

参考文献

- [1] Bernauer W, Pleisch B, Brunner M. Five-year outcome in immune-mediated scleritis [J]. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 2014, 252(9): 1477-1481.
- [2] 李凤鸣. 眼科全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 1527-1528.
- [3] Lavric A, Gonzalez-Lopez JJ, Majumder PD, et al. Posterior scleritis: analysis of epidemiology, clinical factors, and risk of recurrence in a cohort of 114 patients[J]. Ocul Immunol Inflamm, 2015, 24(2): 1-10.
- [4] 夏燕婷, 闫晓玲, 韦企平. 巩膜炎的诊治进展[J]. 中国实用眼科杂志, 2014, 32(9): 89-91.
- [5] 肖丽华. 后巩膜炎的诊断和治疗[J]. 眼科研究, 2003, 2(1): 107-110.
- [6] 卢建民. 后巩膜炎为一种易误诊漏诊而可治性眼病[J]. 中华实验眼科杂志, 2012, 30(8): 757-760.
- [7] 梁庆丰. 感染性巩膜炎需关注的问题及对策[J]. 中华眼科杂志, 2015, 51(6): 414-416.
- [8] Sainz M, Molina N, Gonzalez-Gonzalez LA, et al. Scleritis Therapy[J]. Ophthalmology, 2012, 119(1): 51-58.