

3 Friberg TR, Doran DL, Lazenby L. The effect of vitreous and retinal surgery on corneal endothelial cell density. *Ophthalmology* 1984;91: (11):66-69  
4 Folks GN. Corneal complication after closed vitrectomy through the pars plana. *Cornea* 1991;10(1):29-37  
5 Claramonte PJ, Ruiz Moreno JM, Sanchez Perez SI, et al. Variation of central corneal thickness in diabetic patients as detected by ultrasonic pachymetry. *Arch Soc Esp Ophthalmol* 2006;81(9):523-526

6 陈倩, 张建华. Orbscan II 系统测量误差分析. *眼科新进展* 2005;25(5):479-480  
7 王淑娜, 张杰, 李聪伶, 等. 玻璃体视网膜术后角膜厚度在角膜地形图上的变化. *眼科新进展* 2008;28(6):441-446  
8 Matsuda M, Tano Y, Inaba M, et al. Corneal endothelial cell damage associated with intraocular gas tamponade during pars plana vitrectomy. *Jpn J Ophthalmol* 1986;30:324-329

· 病例报告 ·

## 梅毒性葡萄膜炎 1 例

张 谊, 宋光辉

作者单位: (201100) 中国上海市, 上海瑞金医院闵行区中心医院眼科

作者简介: 张谊, 住院医师。

通讯作者: 宋光辉, 主任医师. songgh56@sohu.com

收稿日期: 2010-04-26 修回日期: 2010-06-28

张谊, 宋光辉. 梅毒性葡萄膜炎 1 例. *国际眼科杂志* 2010;10(7):1289

### 1 病例报告

患者, 男, 53 岁。因“右眼突发视物不清 2d”, 于 2009-11 来我院就诊。否认既往眼疾史及药敏史。眼部检查: 右眼裸眼视力 0.1, 矫正无助, 左眼裸眼视力 1.0。右眼结膜轻充血, 角膜透明, KP(-), 前房常深, 虹膜纹理清, 瞳孔圆, 对光反射正常, 晶状体透明, 散瞳眼底检查见视盘轻度肿胀呈淡红色, 边界不清, 视盘上方见少量神经纤维层点条状出血, 动脉硬化变细, 左眼前节及眼底检查未见明显异常。查视野右眼下视野缺损, 左眼未见异常。当时诊断为“右眼缺血性视神经病变?”, 并建议患者至上级医院进一步查眼底荧光造影(FFA)以明确诊断。故患者于次日至上级医院就诊, 预约 2d 后行 FFA 检查, 结果 2d 后患者再次就诊, 查体见右眼角膜羊脂状 KP(+++), Tyn(++), 瞳孔后粘连, 玻璃体混浊, 大量絮状渗出, 无法行 FFA 检查。故患者再次返回我院就诊, 考虑“右眼全葡萄膜炎”, 给予大剂量糖皮质激素静滴, 非甾体类抗炎药及阿托品点眼抗炎, 扩瞳、麻痹睫状肌对症治疗。次日, 患者又出现右耳听力丧失, 至五官科就诊后考虑感音神经性耳聋。给予查梅毒快速血浆反应试验(RPR), 次日实验室返回报告示 RPR 强阳性, 再进一步查梅毒螺旋体明胶凝集试验(TPPA)为阳性, 故诊断为梅毒性葡萄膜炎。详细追问病史, 患者数年前曾有不洁性交史, 其后曾出现龟头糜烂溃疡, 指甲破损等症状, 但患者未予诊治。立即请皮肤科会诊后, 给予驱梅治疗: 头孢曲松钠 1.0g 静脉注

射, 1 次/d × 10d, 眼科随访右眼角膜后 KP 基本消失, 前房 Tyn(+/-), 瞳孔药扩, 玻璃体絮状混浊, 眼底视盘边界清, 小孔矫正视力达到 0.6。

### 2 讨论

梅毒是由梅毒螺旋体感染引起的传染性疾病。其眼部损害多发生在二期或三期梅毒, 表现包括虹膜炎、实质性角膜炎、脉络膜视网膜炎、视网膜血管炎、视盘炎等。前部葡萄膜炎多表现为肉芽肿性炎症, 后部主要表现为脉络膜视网膜炎<sup>[1]</sup>。梅毒性葡萄膜炎的诊断主要根据临床特征性症状、病史、全身表现, 结合血清学检查确诊, 主要以 TPPA 检出阳性为准。对于葡萄膜炎的患者应常规检查梅毒的血清学指标, 有助于及时诊断和鉴别诊断。RPR 检查可作为梅毒的筛查诊断试验。对于病因不明的葡萄膜炎患者, 如果在短期内病情出现反复, 特别是对于常规糖皮质激素治疗效果不满意, 或激素减量后病情反复的葡萄膜炎病例, 皮肤出现斑疹、鳞屑、丘疹的, 应高度怀疑梅毒感染可能性<sup>[2]</sup>。由于葡萄膜炎病因繁杂, 并需针对病因治疗, 故病史采集十分重要。眼科医生对梅毒比较陌生, 重视不够, 或患者故意隐瞒病史, 均易导致误诊、漏诊。例如本病例患者, 虽有梅毒临床症状, 但患者对梅毒的认识警惕不足, 未予重视, 直至出现眼部症状后, 才到眼科就诊, 并试图故意隐瞒病史。Barile 等<sup>[3]</sup>在 1997 年回顾性研究了 552 例葡萄膜炎, 24 例(4.13%)怀疑为梅毒, 但近年来, 梅毒的发病呈持续递增的趋势, 梅毒已成为引起葡萄膜炎的重要原因, 眼科医生应充分认识这一特殊类型葡萄膜炎的特征, 减少漏诊和误诊。梅毒作为一种性传播疾病, 患者及其家属容易对其产生不应有的忽视、隐瞒及不理解, 从而妨碍对疾病的正确诊断。我们对于怀疑性传播疾病所致的葡萄膜炎患者应对患者及其性伴侣作耐心的解释工作, 做必要的相关检查, 以免漏诊误诊。

### 参考文献

1 杨培增. 临床葡萄膜炎. 北京: 人民卫生出版社 2004:656-662  
2 陈之昭, 张梅. 获得性免疫缺陷综合征的眼部表现. *中华眼科杂志* 2005;41(6):563-571  
3 Barile GR, Flynn TE. Syphilis exposure in patients with uveitis. *Ophthalmology* 1997;104(10):1605-1609