

中西医结合治疗 Vogt-小柳-原田综合征 34 例

陈浩,罗向霞

作者单位:(750021)中国宁夏回族自治区银川市,宁夏回族自治区眼科医院

作者简介:陈浩,毕业于成都中医药大学,硕士,副主任医师,研究方向:眼底病。

通讯作者:陈浩. abcdefg139668@sina.com

收稿日期:2011-10-08 修回日期:2011-12-07

Clinical observation on integration of traditional Chinese medicine and western medicine for Vogt-Koyanagi-Harada syndrome in 34 cases

Hao Chen, Xiang-Xia Luo

Eye Hospital of Ningxia Hui Autonomous Region, Yinchuan 750021, Ningxia Hui Autonomous Region, China

Correspondence to: Hao Chen. Eye Hospital of Ningxia Hui Autonomous Region, Yinchuan 750021, Ningxia Hui Autonomous Region, China. abcdefg139668@sina.com

Received:2011-10-08 Accepted:2011-12-07

Abstract

• AIM: To discuss the clinical efficacy of integration of traditional Chinese medicine and western medicine for Vogt-Koyanagi-Harada syndrome.

• METHODS: All 34 cases (68 eyes) with Vogt-Koyanagi-Harada syndrome were treated with low-dose corticosteroids, immunosuppressive agents combined with treatment based on syndrome differentiation of traditional Chinese medicine.

• RESULTS: Totally 60 eyes cured, 4 eyes improved, the total effective rate was 94%. Visual acuity was better than 1.0 in 24 eyes, and better than 0.2 in 64 eyes. Visual acuity in 4 eyes was less than 0.2 because of cataract.

• CONCLUSION: Integration of traditional Chinese medicine and western medicine for Vogt-Koyanagi-Harada syndrome can effectively control inflammation and reduce the dosage of corticosteroids and immunosuppressive agents.

• KEYWORDS: Vogt-Koyanagi-Harada syndrome; uveitis; integration of traditional Chinese medicine and western medicine

Chen H, Luo XX. Clinical observation on integration of traditional Chinese medicine and western medicine for Vogt-Koyanagi-Harada syndrome in 34 cases. *Guji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(1): 128-129

摘要

目的:探讨中西医结合治疗 Vogt-小柳-原田综合征(VKH)

的临床疗效。

方法:对34例68眼VKH采用小剂量糖皮质激素、免疫抑制剂联合中医辨证论治治疗。

结果:治愈60眼,好转4眼,总有效率94%。视力 ≥ 1.0 者24眼,视力 ≥ 0.2 者64眼。4眼因白内障视力 < 0.2 。

结论:中西医结合治疗VKH可有效的控制炎症,并且可以减少糖皮质激素、免疫抑制剂的用量。

关键词:Vogt-小柳-原田综合征;葡萄膜炎;中西医结合治疗
DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2012.01.42

陈浩,罗向霞. 中西医结合治疗 Vogt-小柳-原田综合征 34 例. 国际眼科杂志 2012;12(1):128-129

0 引言

Vogt-小柳-原田综合征(VKH)是一种累及全身多系统的炎症性疾病,主要表现为全葡萄膜炎、脑膜刺激征、听障碍、皮肤及毛发改变等^[1],是我国常见葡萄膜炎类型之一,有较高的致盲率。

1 对象和方法

1.1 对象 所有病例均为2010-09/2011-09在我院就诊的VKH患者,共34例68眼。对所有患者均详细询问病史,常规作眼部裂隙灯、眼底镜检查,并行眼底照相,视网膜荧光血管造影(FFA),吲哚菁绿血管造影(ICGA)、光学相干断层扫描术(OCT)检查。其中男16例(47%),女18例(53%)。发病年龄17~60(平均35)岁。首次发病30例,复发4例。并发性白内障4眼,继发性青光眼2眼。伴脑膜刺激征者26例。伴听觉功能障碍者6例。伴皮肤和毛发异常者4例。34例68眼VKH患者眼部表现及并发症:睫状充血42眼;角膜羊脂状KP48眼;虹膜后粘连10眼;晶状体混浊4眼;玻璃体混浊36眼;渗出性视网膜脱离58眼;视盘水肿24眼;晚霞样眼底22眼;Dalen-Fuchs结节8眼。

1.2 方法

1.2.1 辅助检查 (1)FFA主要表现为:视盘血管渗漏和染色;早期视网膜色素上皮水平的多发性点状强荧光,后期见多湖状荧光;弥漫性视网膜色素上皮损害所致的虫蚀样荧光和窗样缺损渗漏。(2)ICGA检查主要表现为:晚期出现融合的弱荧光区;勾画出神经上皮脱离的区域;Dalen-Fuchs结节表现为弱荧光;疾病晚期可见到脉络膜的萎缩。(3)OCT检查:早期OCT检查表现为视网膜神经上皮层浆液性脱离、隆起呈泡状或多囊状。

1.2.2 诊断标准 依据1999-10美国葡萄膜炎学会提出的Vogt-小柳-原田综合征的诊断标准^[2]:(1)既往无眼外伤或手术史;(2)双侧慢性前葡萄膜炎;(3)后葡萄膜炎包括渗出性视网膜脱离、视盘充血、水肿及晚霞状眼底;(4)神经系统表现:头痛、耳鸣、颈强直、颅神经或中枢神经系统异常及脑脊液中淋巴细胞增加;(5)皮肤改变:白癜风、脱发及白发。以上体征中至少表现3种。

1.2.3 治疗方法

1.2.3.1 中医辨证分型治疗 (1)外感风热型 18 例,患者症见眼红,眼痛,畏光,流泪,视物模糊,咽痛,发热,耳鸣耳聋,舌质薄白或薄黄,脉浮数。此型多见于 VKH 的初发期。治则疏风散热。方药银散翹加减。(2)肝火上炎型 20 例,患者症见耳鸣耳聋,烦躁易怒,胁肋胀痛,头晕目眩,口苦咽干,舌质红,苔黄,脉弦数。治则清肝泻火,方用龙胆泻肝汤加减。(3)脾虚湿泛型 12 例,患者症见纳呆食少,少气懒言,痰多清稀,大便溏稀,小便清长,舌质白或腻,脉缓弱。治则健脾益气,利湿化痰。方药五苓散加减。(4)气阴两虚型 4 例,患者症见眩晕耳鸣,气短懒言,咽干颧红,烦热盗汗,腰膝酸软,遗精早泄,舌质红无苔,脉细数。治则益气养阴。方药,八珍汤加减。

1.2.3.2 西药治疗 (1)局部用药:前葡萄膜炎表现明显者,用妥布霉素地塞米松滴眼液、双氯芬酸钠滴眼液滴眼每 1~2h 1 次。复方托吡卡胺滴眼液 4 次/d,虹膜后粘连较重者用 5g/L 硫酸阿托品眼膏涂眼 4 次/d。(2)全身用药:口服泼尼松片 0.5~1mg/(kg·d),1 次/d。早 8:00 顿服。免疫抑制剂:30 例口服环孢素胶囊,2~3mg/(kg·d)。4 例环磷酰胺片 1~2mg/(kg·d)口服。

2 结果

2.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》拟定。临床治愈:畏光、流泪、疼痛等自觉症状消失,无充血,角膜后沉着物,房水清亮,丁道氏征,视力恢复至发病前水平。好转:眼部炎症基本消退,畏光疼痛症状减轻。无效:眼部病变无好转或加重^[3]。

2.2 疗效分析 VKH 患者 34 例在应用中西医结合 2wk 后,炎性反应均明显好转,所有患者的视力均有明显提高(表 1)。治疗前有 23 眼视力≤0.05,治疗后有 66 眼视力提高≥0.05,脱盲率为 97%。其中有 28 眼视力达到 1.0。有 4 眼致盲,致盲原因为并发性白内障,在将来病情平稳后给予手术治疗,相信视力还有提高的可能。VKH 患者 34 例 68 眼经治疗后,治愈 60 眼,好转 6 眼,无效 2 眼。

3 讨论

Vogt-小柳-原田综合征(VKH)是一种以双眼肉芽肿性葡萄膜炎为特征的,并常伴有脑膜刺激征、听觉功能障碍、皮肤和毛发异常的一种自身免疫疾病^[1]。其高危人群主要为亚洲、中东、美洲印地安人和西班牙人。中国人和日本最易发病,是我国常见的葡萄膜炎类型,约占葡萄膜炎总发病率的 16%。盲(单眼盲或双眼盲)发生率高达 29.0%^[4]。发病率男女基本相似。各年龄阶段均可发病,但多见于 20~50 岁的青壮年。VKH 的病因和发病机制目前尚不明确,但所据临床实践及实验数据表明,本病与多因素有关。主要有以下三点:(1)自身免疫因素:视网膜 S 抗原,光感受器间维生素 A 类结合蛋白,葡萄膜色素相关抗原为靶细胞的自身免疫反应。(2)感染因素:与单纯疱疹病毒、带状疱疹病毒、EB 病毒感染有关。(3)免疫遗传因素:与 HLA-DR4,HLA-DRw53,DQA1*0301 等正相关^[5]。VKH 的临床表现可分为前驱期、后葡萄膜炎期、前葡萄膜炎受累期、前葡萄膜炎反复发作期。(1)前驱期:其发病早期前驱期最常见的症状是在视力下降前后 1~2wk 时有“上呼吸道感染”症状,头痛、耳鸣、头发接触感觉异常、颈项疼痛或强直等。头痛、耳鸣、感冒样症状、头发

表 1 治疗前后视力对比

组别	眼数	≤0.05	0.06~0.1	0.2~0.5	0.6~0.9	≥1.0
治疗前	68	23	26	11	8	0
治疗后	68	2	2	16	20	28

接触感觉异常、颈项疼痛或强直等表现;(2)后葡萄膜炎期:弥漫性脉络膜炎、视乳头及其附近视网膜水肿、黄斑渗出或水肿;(3)前葡萄膜炎受累期:非肉芽肿性前葡萄膜炎、后葡萄膜炎、浆液性视网膜脱离;(4)前葡萄膜炎反复发作期:即肉芽肿性前葡萄膜炎反复发作和缓进性肉芽肿性后葡萄膜炎为主要特征的全葡萄膜炎期,复发性肉芽肿性前葡萄膜炎、晚霞状眼底、Dalen-Fuchs 结节,易发生虹膜后粘连、并发性白内障及继发性青光眼等并发症^[1]。

FFA,ICGA,OCT 是诊断 VKH 常用的检查方法。FFA 主要反映视网膜及其血管和色素上皮屏障功能的状况,典型的图像特征是早期脉络膜毛细血管的充盈延迟,随即视网膜色素上皮出现多发性点状高荧光,这些高荧光点逐渐扩大、融合。晚期荧光素积存在视网膜神经上皮层下腔内,形成视网膜脱离,脱离的区域呈多湖状环形强荧光,而脱离区多以黄斑区为中心。部分病例可见视盘强荧光渗漏^[6]。ICGA 有利于发现脉络膜的异常。典型的图像特征是晚期出现的融合的弱荧光区,勾画出神经上皮脱离的区域。Dalen-Fuchs 结节表现为弱荧光。疾病晚期可见到脉络膜的萎缩。OCT 图像可直观显示视网膜各层间的液体滞留,组织肿胀。典型的图像特征是多灶性的视网膜神经上皮层浆液性脱离,视网膜局限性的色素上皮层脱离,视盘水肿。

中医学认为 VKH 属于瞳神干缺、瞳神紧小的范畴。常见于外感风热、肝火上炎、脾虚湿泛、气阴两虚 4 型。外感风热型多见于 VKH 的初发期。肝火上炎,脾虚湿泛型多见于 VKH 的中期。VKH 的后期,久病必虚,多见于气阴两虚型。中医的精华是辨证论治,以上的四型也不能完全概括所有的 VKH,在临床上尚可见到肝胆湿热,肝肾阴虚等。

我们在治疗上主要是应用糖皮质激素、免疫抑制剂及中医中药的治疗。常用强的松、环孢素或环磷酰胺口服,并且配合中药治疗。我们根据疾病不同时期的情况,对每例患者均给予中药辨证施治,在糖皮质激素、免疫抑制剂用量较小的情况下,仍可达到治愈本病的效果。经过临床实践证明,中药在本病的治疗中,在取得良好治疗效果的同时,明显减轻 VKH 的并发症及药物副作用,所有病例均未出现明显的并发症及药物副作用。

参考文献

- 1 杨培增. 葡萄膜炎的诊断与治疗. 北京:人民卫生出版社 2009: 667,709
- 2 丁宁. Vogt-小柳-原田氏病诊断标准的重新评价(英文). 国外医学眼科学分册 2002;26(3):190-191
- 3 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京:南京大学出版社 1994:107
- 4 杨培增,王红. Vogt-Koyanagi-Harada 综合征的临床表现及诊断. 中华眼科杂志 2002;38(12):736-739
- 5 黄祥坤,杨培增,周红颜,等. Vogt-小柳原田综合征与 HLA-DR4、DRw53 相关的研究. 眼视光学杂志 2000;2:99-100
- 6 齐世欣,于建国. Vog-小柳-原田综合征的荧光素眼底血管造影分析. 临床眼科杂志 2010;18(1):32-33