

梅毒性眼病的临床分析

张 辉,江志坚,董健鸿

作者单位:(200031)中国上海市徐汇区中心医院眼科
作者简介:张辉,女,硕士,主治医师,研究方向:青光眼、眼底病。
通讯作者:董健鸿,女,主任医师,研究方向:白内障、眼底病。
dongjianhong@hotmail.com
收稿日期:2012-05-24 修回日期:2012-08-30

Clinical analysis of ocular syphilis

Hui Zhang, Zhi-Jian Jiang, Jian-Hong Dong

Department of Ophthalmology, Central Hospital of Xuhui District, Shanghai 200031, China

Correspondence to: Jian-Hong Dong, Department of Ophthalmology, Central Hospital of Xuhui District, Shanghai 200031, China. dongjianhong@hotmail.com

Received: 2012-05-24 Accepted: 2012-08-30

Abstract

- AIM: To investigate the clinical features of ocular syphilis.
- METHODS: The clinical data of 13 patients with active ocular syphilis were retrospectively reviewed. The diagnosis was made first in eye clinic. Twelve patients received systemic penicillin therapy and 1 patient was treated with ceftriaxone due to penicillin allergy.
- RESULTS: The major ocular manifestations included chorioretinitis (9 cases, 17 eyes), neuroretinitis (2 cases, 3 eyes), optic neuritis (1 case, 1 eye), exudative retinal detachment (1 case, 2 eyes). The mean follow-up visual acuity was 0.56 ± 0.23 , and follow-up of (rapid plasma reagin) RPR titer was 1:16.6.
- CONCLUSION: Ocular syphilis has different manifestations, which is easy to misdiagnosis and missed diagnosis. Oculist should be vigilant to detect and treat early.
- KEYWORDS: ocular syphilis; clinical features

Citation: Zhang H, Jiang ZJ, Dong JH. Clinical analysis of ocular syphilis. *Guoji Yanke Zazhi (Int Eye Sci)* 2012;12(10):1974-1976

摘要

目的:探讨以眼后节表现为主的梅毒性眼病的临床特点。
方法:回顾性病例研究。回顾性分析2007-01/2012-01本院收治的首诊于眼科的梅毒性眼病13例23眼,分析其临床表现、治疗方法、预后等。13例患者按神经梅毒除1例因青霉素过敏予静滴头孢曲松治疗,其余全部予静滴青霉素治疗。
结果:患者13例中,9例17眼患者表现为脉络膜视网膜炎,2例3眼患者表现为视神经视网膜炎,1例1眼患者表

现为视神经炎,1例2眼患者表现为渗出性视网膜脱离。抗梅毒治疗后,所有炎症消退,12例22眼患者视力提高,平均视力 0.56 ± 0.23 。患者RPR滴度下降4倍,平均1:16.6。
结论:梅毒性眼病表现多样,容易漏诊、误诊,临床上应提高警惕,及早发现,及早治疗。

关键词:梅毒性眼病;临床特点

DOI:10.3969/j.issn.1672-5123.2012.10.48

引用:张辉,江志坚,董健鸿.梅毒性眼病的临床分析.国际眼科杂志2012;12(10):1974-1976

0 引言

梅毒是由梅毒螺旋体(TP)感染所致的慢性全身性传染病。根据梅毒的传染途径,可分为获得性梅毒和胎传梅毒。获得性梅毒主要通过性接触或其他密切接触感染,可侵犯人体多种器官、组织,如皮肤、黏膜、心血管系统、神经系统,危害极大,如不治疗,可造成全身多器官严重损害,而眼部常常受累^[1]。在上世纪初,随着青霉素的发明,梅毒的发病率明显下降。近年来,随着性病的重新出现和蔓延,梅毒的发病率呈明显的上升趋势。而有些患者无全身症状,仅仅表现为眼部梅毒^[2],容易被眼科医生忽视,造成误诊,耽误治疗,造成患者严重的视功能损害,所以临床工作中应保持警惕。为了进一步了解梅毒性眼病的特征及治疗预后,回顾性分析我院2007-01/2012-01确诊的以眼后节表现为主的梅毒性眼病13例。

1 对象和方法

1.1 对象 2007-01/2012-01期间我院收治的,首诊于眼科并通过快速血浆反应素试验(RPR)及梅毒螺旋体颗粒凝集试验(TPPA)等血清学检查确诊的梅毒患者13例23眼。所有患者均否认梅毒病史,5例患者承认有冶游史,1例患者有输血史。所有患者均以视力下降为主诉,其中男8例15眼,女5例8眼,年龄35~62(平均50.9)岁。

1.2 方法 对所有患者就诊时检查视力、裂隙灯、眼底、B超、视野及眼底荧光造影等。所有患者中12例予静脉滴注水剂青霉素640万U,6h 1次,连续14d,其中1例青霉素过敏者用头孢曲松钠1.0g,12h 1次,连续14d。伴有前葡萄膜炎的患者,局部使用糖皮质激素和睫状肌麻痹剂。治疗开始后的前3d口服泼尼松片25~30mg,1次/d,以预防Jarish-Herxheimer反应。随诊时间6~24(平均12)mo。隔3~6mo复查RPR。梅毒治疗有效结果评价指标为眼部症状消失及RPR治疗后6mo;1,2a滴度下降4倍。

统计学分析:采用SPSS 15.0软件进行统计学处理,治疗前后患者视力分布表采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况 患者出现症状到确诊时间为1~24(平均4.3)mo。单眼发病3例(23%),双眼发病10例(77%)。所有患者HIV均阴性。

2.2 视力变化 治疗前患者视力为光感~0.6,平均视力为 0.21 ± 0.15 。抗梅毒治疗后,除1例(1眼,4%)治疗前后视力无变化外,其余12例(22眼,96%)视力均提高,平均视力 0.56 ± 0.23 。治疗前后患者视力分布见表1,有统计学意义($\chi^2=17.905, P<0.01$)。

2.3 RPR 滴度 治疗前患者 RPR 滴度为1:8~1:256,平均滴度1:68。其中4例患者行腰椎穿刺行脑脊液检查,3例脑脊液检查阳性。所有病例随访期间,RPR 滴度下降4倍,平均1:16.6。

2.4 眼底表现 患者13例中,9例17眼患者可见前房细胞,玻璃体混浊,眼底动脉细,视网膜灰暗,造影显示脉络膜斑状强荧光,血管渗漏,视盘高荧光,诊断为脉络膜视网膜炎。2例3眼患者表现为视神经视网膜炎,1例1眼患者表现为视神经炎,1例2眼患者表现为渗出性视网膜脱离。经系统治疗后,13例患者(23眼,100%)炎症消退,表现为前房细胞消退,玻璃体混浊减轻,视盘边界变清,水肿消失;网膜下渗出有明显吸收,1例渗出性视网膜脱离患者治疗后网膜平复,视力由就诊时右眼0.3,左眼0.02提高到右眼0.4,左眼0.25。附图1~4所示为1例45岁男性患者,双眼间隔2mo发生视力下降,当地医院诊断为葡萄膜炎,予全身及局部糖皮质激素治疗,视力两次好转后复发,就诊时已发病1a,右眼视力0.12,左眼视力0.25,角膜KP(+),玻璃体混浊,眼底视盘边界不清,动脉细(图1),眼底荧光造影显示视盘强荧光,脉络膜斑状强荧光(图2),查RPR 1:64,TPPA 1:80,脑脊液检查RPR(-),TPPA 11.96 S/CO,WBC $12\times 10^6/L$,MN% :91.7%,静滴青霉素14d后,右眼视力0.3,左眼视力0.8,玻璃体混浊减轻,视盘水肿减轻,随访到3mo时右眼视力0.6,左眼0.8,RPR1:16。眼底视盘边界清,后极色素不均(图3)。眼底荧光造影示色素上皮脱色素(图4)。图5,6为另1例梅毒性视神经视网膜炎患者,抗梅毒治疗后视力由0.08恢复至0.2。

3 讨论

获得性梅毒可分为1期、2期、隐性期和3期。1期梅毒的特征表现是感染部位出现硬下疳,这种无痛性溃疡出现于感染后2~6wk,持续3~6wk自行消退。2期梅毒最常见的体征是弥漫性斑丘疹,常见于手掌和足底,可自行消退;2期梅毒的临床表现消退后,梅毒进入无症状的潜伏期,可持续数月甚至终生。大约三分之一未经治疗的患者进展为3期梅毒,表现为心血管受累和(或)神经梅毒。眼部梅毒可见于任何一期,但多见于2期、隐性期。

近年来,梅毒发病呈上升趋势,因此眼科医师要对梅毒给予足够的重视。梅毒被称为“伟大的模仿者”,它的眼部表现多种多样^[1-5]。常见的眼部表现有:基质性角膜炎、虹膜睫状体炎、葡萄膜炎、脉络膜视网膜炎、视神经炎、视神经周围炎、视神经视网膜炎、视神经萎缩、斜视、上睑下垂、瞳孔异常、单纯性结膜炎、巩膜炎等。梅毒最常见的眼后节表现是脉络膜视网膜炎,常伴有眼前节葡萄膜炎反应,玻璃体混浊,荧光造影表现为视盘的高荧光和脉络膜斑状高荧光伴血管渗漏。梅毒性视神经视网膜炎表现为视乳头炎伴乳头周围网膜水肿,黄斑星芒状渗出,荧光造影表现为视盘高荧光渗漏,血管壁着染。梅毒还可表现为视神经视网膜炎、视神经炎、渗出性视网膜脱离。本组病例中,9例17眼患者表现为脉络膜视网膜炎,2例3眼患者表现为视神经视网膜炎,1例1眼患者表现为视神经炎,1例2眼患者表现为渗出性视网膜脱离。

表1 治疗前后患者视力分布表

	NLP~0.1	0.12~0.3	0.4~0.5	0.6~1.0
治疗前	9	11	2	1
治疗后	3	3	6	11

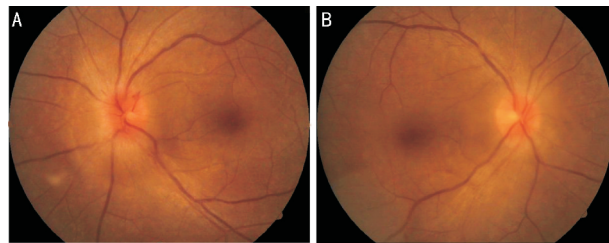


图1 治疗前彩色眼底像 A:左眼;B:右眼。

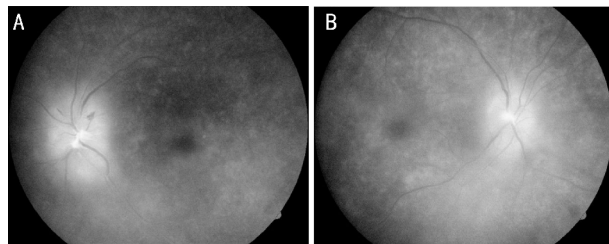


图2 治疗前 FFA 晚期像 A:左眼;B:右眼。

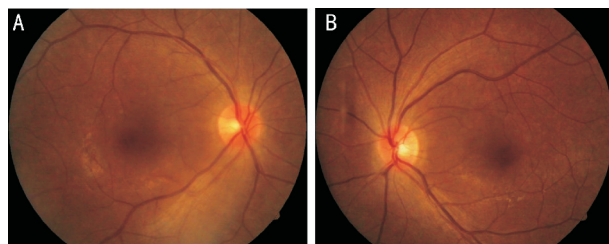


图3 治疗后彩色眼底像 A:左眼;B:右眼。

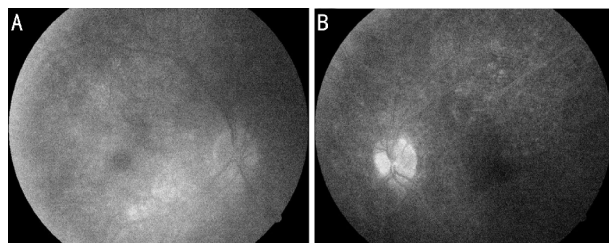


图4 治疗后 FFA 晚期像 A:左眼;B:右眼。

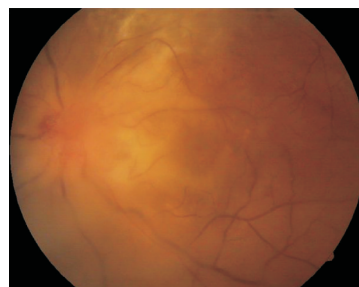


图5 梅毒性视神经视网膜炎患者彩色眼底像。



图6 梅毒性视神经视网膜炎患者 FFA 晚期像。

实验室不能培养梅毒螺旋体,确诊检查应该是在病变部位检出苍白螺旋体,工作中很难做到这一点。临床上,梅毒的诊断一般是通过血清学检查,有两类血清学检查方法:(1)非特异性实验(非密螺旋体实验),包括性病研究实验室实验(VDRL)和快速血浆反应素实验(RPR);(2)特异性实验(密螺旋体实验),包括荧光螺旋体抗体吸收实验(FTA-ABS)和苍白密螺旋体微粒凝集实验(TPPA)。这两类检查方法也可用于脑脊液及房水检查,对于病变诊断更具特异性。我院诊断梅毒采用的是查RPR和TPPA。RPR滴度与疾病的活动程度有关。应用青霉素治疗后,RPR滴度下降甚至转阴,因此RPR可以用来评价抗菌药物的治疗效果。根据病史及眼部表现可以初步诊断,实验室检查确诊本病。本组患者均经梅毒相关检查后确诊,符合获得性梅毒的诊断标准。

因梅毒和艾滋病(HIV)具有相同的传染途径,易于并发而造成低免疫应答,故常规进行HIV检查^[2]。本组患者HIV检查全部阴性。从胚胎发育角度,眼是中枢神经系统的一部分,特别是视网膜或视神经,所以按照美国疾病防治和控制中心的治疗标准,所有眼部梅毒患者都应按神经梅毒治疗^[6],需要静脉滴入大剂量青霉素,连续用药10~14d。如本组患者,按照神经梅毒治疗后,炎症消退快,视力明显改善,尤其是早期诊断、早期治疗的患者。在梅毒的治疗过程中,可能出现Jarisch-Herxheimer反应(即梅毒治疗后增剧反应),常发生于开始治疗的24h内,表现为发热、肌肉疼痛、头痛、抑郁,可伴有梅毒眼部表现的加重。这是由于梅毒螺旋体死亡后,大量抗原释放所造成的机体超敏反应。Danesh-Meyer等^[7]认为可以在使用抗生

素的前几天使用激素治疗,避免发生该现象。本组患者全部予强的松口服,均未出现该症状。

综上所述,眼部梅毒的诊断往往是建立在临床高度怀疑的基础上,通过梅毒的血清学检查最终获得确定。梅毒是可治愈性疾病,早期诊断与正确治疗至关重要。由于梅毒为性传播疾病,多数患者就诊时不愿意提供或不知晓性病史,加之梅毒性眼病临床表现多变,眼科医师对此病的认识不足,使得临床上屡见漏诊、误诊现象,造成了不可逆的视力丧失和眼部结构破坏。作为一名眼科医生一定要提高警惕,时刻考虑到眼科梅毒感染的可能性,进行必要的血清学检查,及时诊断,有效治疗,避免因误诊而延误治疗。

参考文献

- 1 李凤鸣. 眼科全书. 北京:人民卫生出版社1996:3556-3559
- 2 Aldave AJ, King JA, Cunningham ET. Ocular syphilis. *Curr Opin Ophthalmol* 2001;12(6):433-441
- 3 常青,王文吉. 获得性梅毒的眼后节表现及治疗预后. *中华眼底病杂志* 2008;24(6):410-413
- 4 常青,王文吉. 获得性眼部梅毒. *中国眼耳鼻喉科杂志* 2009;9(1):2-4
- 5 张美芬. 警惕梅毒性葡萄膜炎. *中华眼科杂志* 2008;44(10):867-869
- 6 2006 Centers for disease control and prevention(CDC). Guidelines for treatment of congenital and acquired suphilis, with special consideration for pregnant and HIV—positive patiem. *MMWR* 2006;55(30):22-35
- 7 Denesh Meyer H, Kubis KC, Sergott RC. Not so slowly progressive visual loss. *Surv Ophthalmol* 1999;44(3):247-252