

参考文献

1 Lopez JS, Price FW, Jr, Whitcup SM, et al. Immunohistochemistry of Terrien's and Mooren's corneal degeneration [J]. Arch Ophthalmol, 1991, 109: 988 - 992

2 Brown SI, Mondino BJ, Rabin BS. Autoimmune phenomenon in Mooren's ulcer [J]. Am J Ophthalmol, 1976, 82: 835 - 840

3 Gottsch JD, Liu SH, Minkovitz JB, et al. Autoimmunity to a cornea-associated stromal antigen in patients with Mooren's ulcer [J]. Invest Ophthalmol Vis Sci, 1995, 36: 1541 - 1547

4 Taylor CJ, Smith SI, Morgan CH, et al. HLA and Mooren's ulceration [J]. Br J Ophthalmol, 2000, 84: 72 - 75

5 Liang CK, Chen KH, Hsu WM, et al. Association of HLA type and Mooren's ulcer in Chinese in Taiwan [J]. Br J Ophthalmol, 2003, 87:

797 - 798

6 王青松, 袁进, 周世有, 等. 中国汉族人群蚕蚀性角膜溃疡与 HLA 等位基因的相关性研究 [J]. 眼科研究, 2009, 27(4): 316 - 318

7 赵桐茂. 人类血型遗传学 [M]. 北京: 科技出版社, 1987: 235 - 236

8 刘金锋, 孙玉英, 金荔, 等. 造血干细胞移植供受体人群 HLA-Cw 基因遗传多态性研究 [J]. 中华医学遗传学杂志, 2006, 23(5): 528 - 531

9 Wang QS, Yuan J, Zhou SY, et al. Chronic hepatitis C virus infection is not associated with Mooren's ulcer [J]. Eye, 2008, 22(5): 697 - 700

10 Zelefsky JR, Taylor CJ, Srinivasan M, et al. HLA-DR17 and Mooren's ulcer in South India [J]. Br J Ophthalmol, 2008, 92: 179 - 181

(收稿: 2009-02-16 修回: 2009-03-22)

(本文编辑: 刘 艳)

· 病例报告 ·

Tolosa-Hunt 综合征一例

章余兰 叶 波

Tolosa-Hunt 综合征又称痛性眼肌麻痹, 发病率较低, 临床上少见, 现将我院收治的 1 例报告如下。

患者, 男, 55 岁。因右眼胀痛伴睁眼困难反复发作 4 个月余于 2008 年 6 月 5 日在我院住院治疗。患者诉 4 个月前无明显诱因出现右眼胀痛, 睁眼困难伴眼球活动障碍、同侧头痛, 在当地市医院曾诊为炎性假瘤, 给予糖皮质激素治疗, 症状缓解, 停药后复发。入院时全身检查及甲状腺功能未见异常。血常规: 白细胞 $7.18 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比值 95%。眼科检查: 双眼视力 1.0, 右眼睑活动无障碍, 平视时上睑缘遮盖角膜上缘约 1 mm, 眼前节检查正常, 晶状体皮质轻度混浊, 眼底视盘边界清, 色泽红, 视网膜无出血、渗出, 黄斑中心凹反光可见。左眼未见异常。眼眶 CT 提示右眼球后高密度影。入院后给予地塞米松 15 mg 静脉滴注 3 d, 自觉症状好转, 改为地塞米松 10 mg, 2 d 后出现右眼上睑下垂, 球结膜水肿, 眼球突出、固定。6 月 10 日 MRI 提示为 Tolosa-Hunt 综合征 (图 1, 2)。给予地塞米松 15 mg 静脉滴注 3 d, 症状无改善, 考虑患者糖皮质激素依赖, 加

用苯丁酸氮芥口服, 每日 2 mg, 第 7 天患者因消化道出血转入普外科治疗, 停用激素, 症状好转后出院。

讨论: Tolosa-Hunt 综合征是一种原因不明、由于海绵窦及眶上裂的非特异性肉芽肿所致的痛性眼肌麻痹, 为一种免疫性疾病。本病临床诊断的主要依据: (1) 眼眶后疼痛。可在眼肌麻痹前或后出现, 疼痛常为持续性钻痛。(2) 病变累及海绵窦、眶上裂, 侵犯第 III、IV、VI 颅神经及第 V 颅神经的第一支, 瞳孔和视神经可有损害, 临床表现为复视、眼球运动障碍或固定、上睑下垂, 偶有视力下降。(3) 症状可持续数周或数日, 并可自行缓解, 有时可遗留神经系统体征。(4) 可间隔数月发作 1 次, 可以同侧或对侧复发。(5) 糖皮质激素治疗有效。(6) 应排除相应部位的占位性病变、颅内感染性疾病及眼肌麻痹型偏头痛等疾病。

Tolosa-Hunt 综合征很少能得到组织病理学诊断, MRI 对于本病的诊断和鉴别诊断具有重要意义^[1]。本病的 MRI 表现有一定的特征性, 表现为病变侧海绵窦较健侧增宽, 可见近似梭形的软组织影, T1WI 呈等信号或稍低信号, T2WI 为等信号或稍高信号, 边缘较清楚, 海绵窦周围间隙变窄或消失, 在冠状位 T1WI 上显示最清楚, 轴位 T2WI 能较好地显示颈内动脉的改变, 依据病变范围和病程不同可表现为移位、管腔变窄等。增强扫描病灶呈较明显的均匀强化, 而健侧海绵窦仅轻度强化。

本病的确切病因目前尚不清楚, 糖皮质激素治疗有效, 一旦确诊应及时应用并定期复查。对糖皮质激素治疗失败者, 可试用免疫抑制剂治疗, 部分可缓解。

参考文献

1 陈旺生, 李建军, 李长清, 等. Tolosa-Hunt 综合征的 MRI 诊断及其临床价值 [J]. 临床放射学杂志, 2008, 27(2): 175 - 176

(收稿: 2008-12-23 修回: 2009-04-06)

(本文编辑: 尹卫靖)



图 1 2 患者眼眶 MRI 右眼外直肌中后段内侧见占位性病变, 并沿眶外侧壁后方累及右侧海绵窦 (图 1, 2 均为 T₁ 加权, 图 2 为增强扫描)