

■ 名家讲坛 ■

眼红斑痤疮

王开文

Ocular rosacea

WANG Kai-Wen

【Key words】 ocular rosacea; vascular abnormality of conjunctiva; lingulate pannus; conjunctivitis nodosa

【Abstract】 Advances in clinical presentations, histopathology, etiology and pathogenesis, diagnosis and therapy of ocular rosacea are reviewed. The role of delayed hypersensitivity resulting from demodex folliculorum and glandulae sebaceae mite infestation is emphasized. The common and important signs as the basis for the diagnosis are indicated.

【Rec Adv Ophthalmol 2008;28(1):1-5】

【中图分类号】 R771.3 【文献标识码】 A

【文章编号】 1003-5141(2008)01-0001-05

【关键词】 眼红斑痤疮; 结膜血管异常; 舌状血管翳; 结节性结膜炎

【摘要】 回顾眼红斑痤疮的临床表现、组织病理、病因及发病机制、诊断及治疗的进展。强调毛囊、皮脂腺蠕螨感染引起的迟发性超敏反应的作用, 指出能作为诊断依据的常见和重要体征。

【眼科新进展 2008;28(1):1-5】

眼红斑痤疮为一侵犯皮肤的面部及眼部主要是眼表组织的系统性疾病, 是一个原因未确定的综合征。对皮肤红斑痤疮疾病的认识可追溯到1837年, 有关的眼部表现认识较晚, Arlt于1864年最先注意到红斑痤疮患者患有结膜炎及角膜炎^[1]。本病发病年龄主要见于中老年人, 有时见于十几岁的青少年, 最近有6例报道发生在3~12岁的儿童^[2]。我们曾报道85例, 就诊年龄为15~80岁, 平均42.5岁^[3]。患者性别各家报道不一, 基本上无大差异, 白种人较有色人患病率高。

1 眼部表现

眼红斑痤疮患者眼部有一系列表现, 通常为双

收稿日期:2007-07-26 修回日期:2007-09-25 本文编辑:方红玲

作者简介:王开文,男,1929年11月出生,主任医师,教授,享受政府津贴。研究方向为眼底病、眼表疾病、中西医结合及眼病理。联系电话:0757-83102265(H); E-mail: department-20056@163.com

作者单位:832000 新疆维吾尔自治区石河子市,石河子大学医学院第一附属医院眼科

Received date: Jul 26, 2007 Accepted date: Sep 25, 2007

From the Department of Ophthalmology, the First Affiliated Hospital, Medical College of Shihezi University, Shihezi 832000, Xinjiang Autonomous Region, China

侧损害。临床表现轻的患者常见,且很容易漏诊。眼睑皮肤可出现血管增生、扩张充血、丘疹脓疱及结痂。在痂皮内若发现蠕螨,则睑缘及结膜充血显著^[3]。睑缘血管扩张充血有睑缘炎者占93%^[1],也有人统计接近100%^[4];由睑板腺炎所致的睑缘炎主要发生在睑缘后缘。睑缘炎及睑板腺炎可互相影响,大多同时存在。McCulley等^[5]研究指出,患红斑痤疮或脂溢性皮炎的患者大多有睑板腺炎,以致发生睑板腺性角膜炎。2种皮肤病同时存在时眼部症状更加显著,容易患霰粒肿或麦粒肿。睑缘炎大多伴有结膜炎,睑缘附近的结膜充血呈毛刷状即睑缘结膜炎(约占80%)^[3]。结膜炎可不伴随睑缘炎而单独存在,睑结膜出现充血、乳头及少数滤泡,少数患者可形成瘢痕^[6]。

球结膜的血管改变最为显著,可见于所有眼红斑痤疮患者。球结膜血管扭曲变形、缠绕呈螺旋状或如蛇行,成簇的血管瘤或壶腹状扩张甚至呈瘤样扩张,血管增生形成结节或团块。这些受损害的血管可发生渗漏和出血,时常发生结膜下出血(约占10.8%)。结膜可发生结节性结膜炎、泡性结膜炎,亦可发生干性角结膜炎。Lemp等^[7]报道60例眼红斑痤疮患者中36.6%泪液产生减少,而对照组120例中异常者只占4.1%。有的还可发生表层点状角膜病变或复发性角膜糜烂。

结膜的血管改变及慢性炎症进一步向角膜发展,使角膜周边发生血管翳,主要发生在下部角膜,见浅层血管向角膜内呈舌状或三角形(底向周边)增生浸润。下部周边角膜浸润发生结节状上皮隆起、地图状改变、指纹状条纹及上皮微囊肿。角膜也可发生无菌性溃疡、基质浸润甚至穿孔、角膜新生血管、瘢痕化及变薄。有时也会出现表层巩膜炎或巩膜炎及穿孔,葡萄膜可发生虹膜睫状体炎、中部葡萄膜炎。

2 皮肤表现

皮肤损害主要分布在面颈部的暴露部位,包括面颊、额部、眉间、眼睑、鼻、颏及前颈部“V”形区域。损害包括红斑、毛细血管或小血管扩张增生、丘疹、脓疱及皮脂腺肥大,有的在额部及眼睑形成淋巴组织水肿。血管、皮脂腺及软组织增生严重者形成鼻

赘或肥大性酒渣鼻。弥散性红斑痤疮亦可出现在上腹部及四肢皮肤。红斑痤疮要和寻常痤疮鉴别:后者发病年龄较轻,皮肤有黑头粉刺,表现在胸、背及面部皮肤,无潮红、红斑及肿块改变。2002年美国红斑痤疮学会公布新的分类,分4个亚型:红斑毛细血管扩张型、丘疹脓疱型、肿块型及一个变型即肉芽肿性红斑痤疮^[8]。

3 眼与皮肤损害的关系

Starr等^[1]发现皮肤潮红与眼部损害的关系在统计学上具有显著意义。眼部损害的发生率各报道差异很大,从3%~58%不等,大多在50%以上。Borrie^[9]检查2组红斑痤疮患者,发现20%患者先有眼部损害,27%患者眼和皮肤损害同时存在,53%患者先有皮肤损害。美国红斑痤疮学会一份调查报道中提到,半数以上眼红斑痤疮患者先有面部症状,18%患者先有眼部症状,仅15%患者眼部和面部症状同时出现。Akpek等^[6]报道131例眼红斑痤疮,初诊中112例(85%)面部同时有红斑痤疮损害,其余19例是在后来病程进展中发现确定的。我们认为就皮肤毛囊及皮脂腺蠕螨感染而言,应当是皮肤损害在先,后来眼组织才发生感染变态反应性炎症;因为至今在眼表组织角结膜上尚未发现有蠕螨寄生。然而,从皮肤潮红毛细血管扩张遗传发育方面来看,眼表组织的损害症状就未必肯定是后出现了。

4 组织病理学

眼表组织病理所见包括结膜血管扩张充血(结膜角膜慢性炎细胞浸润如淋巴细胞、上皮样细胞、浆细胞及多核巨细胞),角膜血管形成及瘢痕化、变薄甚至穿孔。结节性结膜炎主要是淋巴细胞、上皮样细胞、浆细胞、偶尔多核巨细胞浸润,这种组织病理改变与皮肤丘疹的病理所见相似。类似的肉芽肿性炎症亦见于早期角膜炎的浅层角膜,我们对结膜血管扩张及结节性结膜炎患者做过病理活检,显示淋巴细胞浸润,另外尚有少许嗜酸性白细胞。

Marks等^[10]描述皮肤组织病理显示上层真皮内血管显著扩张,血管周围组织细胞、淋巴细胞,有时有浆细胞浸润。丘疹内可能有肉芽肿性炎症反应,含有多核巨细胞。脓疱内有多形核白细胞浸润。浅层皮肤结缔组织丧失完整性,胶原纤维破裂水肿,常有严重的弹力纤维变性,当发展成鼻赘或肥大性酒渣鼻阶段通常有皮脂腺肥大。皮肤活检发现在表皮与真皮交界处有免疫球蛋白及补体沉积。Jablonska等^[11]设想是血管的改变导致非特异性免疫复合物沉积。

5 病因及发病机理

5.1 蠕螨感染 Kaufmann-Wolf于1925年首次把皮肤毛囊蠕螨感染与红斑痤疮发病联系在一起。后

来Ayres等检查17例红斑痤疮患者,在皮肤脓疱内发现许多蠕螨。Russell也报道,88%患者发现有蠕螨,而正常对照组只有25%,单纯寻常痤疮患者仅11%发现有蠕螨。Hoyjo等报道,10例红斑痤疮患者中9例皮肤每一毛囊内有4个以上蠕螨,而在寻常痤疮10例中无一例有蠕螨。在一组54例皮脂溢出及睑缘炎而不是红斑痤疮的患者都未发现有蠕螨。Morgan等检查18例红斑痤疮患者,其睫毛毛囊内都有蠕螨寄生。有人按照蠕螨病因治疗,发现红斑痤疮有所改善^[1]。亦有持相反意见者,认为蠕螨起作用不大。Marks等^[10]报道74例皮肤病理活检结果,发现有蠕螨者只占19%。

我们曾对36例眼红斑痤疮患者皮肤病损做了蠕螨检查,结果22例阳性,1次检出率占84.6%。1例在睑缘附近皮肤痂皮内发现蠕螨,其睑缘及结膜血管扩张充血显著^[3]。

Rufli等^[12]把红斑痤疮的皮肤损害归因于毛囊蠕螨感染产生的细胞介导的免疫反应,Hoang-Xuan等^[13]根据结膜活检免疫病理研究结果,指出所表现的炎症类似IV型超敏反应。

5.2 细菌感染 Wise对红斑痤疮睑缘结膜炎患者进行细菌培养,标本取自睑缘及结膜;其中包括38例眼及面部红斑痤疮,22例仅有面部红斑痤疮及200例对照患者。培养出致病菌(除1例外均为葡萄球菌)在眼及面部红斑痤疮组占60.5%,面部红斑痤疮组占22.7%,而对照组只占4.5%,他认为这是在红斑痤疮基础上的继发感染^[1]。

在皮肤和睑缘并未证实始终一致的致病菌,不能证实细菌是红斑痤疮的原因。从许多患者的睑缘培养出金黄色葡萄球菌,经四环素治疗眼部症状消失而细菌培养仍为阳性,表明该细菌在红斑痤疮病因中无明显作用。

5.3 血管异常 红斑痤疮患者面部及眼表组织出现血管异常。面部潮红是面部出现短暂的血管扩张充血,开始是功能性,反复发作则成为结构改变,形成毛细血管扩张及红斑。有人认为这与先天遗传发育有关,我们在报道中提到^[3],1例患者在出生后家属即发现有红鼻子,50岁时来眼科就诊;另1例是同胞兄妹3人出生后均有大红鼻子。亦有报道,红斑痤疮特别是女性患者似乎更常患有偏头痛(约占30%~50%),表明有血管调节障碍。但是尚无实验证据表明红斑痤疮有原发性血管损害。本病发生在血管调节障碍基础上的解释,尚无根据^[14]。

Marks等^[10]对红斑痤疮患者进行皮肤活检,发现上层真皮有显著血管扩张及弹力纤维变性;认为血管扩张很可能是由于真皮结缔组织结构改变失去足够支持而导致小血管长期扩张,并未发现原发性血管损害。Smith等^[15]在红斑痤疮组织观察到血管内皮生长因子受体表达于血管内皮及浸润的单核细胞,认为该受体配体的结合可引起血管改变及细胞

浸润。

5.4 皮脂腺异常 红斑痤疮皮肤活检发现有皮脂腺肥大及阻塞,尤其是在肥大性酒渣鼻患者,因此自然想到皮脂腺异常是导致其他诸多表现的原因。睑板腺是睑板内的皮脂腺,红斑痤疮时可遭受损害,在睑缘后缘睑板腺开口处有浓厚的皮脂滞留或腺管阻塞(睑板腺功能障碍或炎症)。滞留的皮脂可引起泪膜破裂时间缩短以致发生表层点状角膜病变,当把这些皮脂除去后再挤压出新鲜分泌物至眼表泪膜时,则泪膜破裂时间恢复正常。

饮酒、喝咖啡、吃辛辣食物可加重病情;有人提出暴露阳光、身心过劳、气温、体温等因素亦能影响病程。

单一学说不能充分解释本病的血管改变及炎症反应。我们赞同皮肤毛囊及皮脂腺蠕螨感染引起的迟发性变态反应理论。蠕螨感染引起附近组织包括眼主要是眼表组织产生变态反应性炎症,所做的结膜病理活检发现除淋巴细胞浸润外尚有少许嗜酸性白细胞亦支持这一理论。应用抗生素治疗及角结膜炎时使用皮质激素滴眼液有效亦表明与感染变态反应一致。而血管的改变是一种与遗传发育有关,面部有潮红,红斑及毛细血管扩张;另一种是慢性增生性炎症反应的一种表现:小血管扩张增生或形成结节团块,常常无面部潮红及红斑。

6 诊断问题

Duke-Elder^[16]及近年一些学者指出,眼红斑痤疮为一常见疾病,经常被漏诊。首先,常见的漏诊原因是眼科医师在检查眼部时忽略检查面部。发现面部损害即使不严重也是眼红斑痤疮存在的有力证据;其次,大约20%眼红斑痤疮患者尚未出现皮肤损害,这时眼部症状常无特异性,从而增加了诊断难度;第3个原因是眼红斑痤疮的诊断缺乏标准。

美国红斑痤疮学会在一份调查报道中指出^[17],许多眼红斑痤疮病例被漏诊是因为有些眼科医师忽视或检查不出皮肤损害体征。被调查的340例有眼部不适感的红斑痤疮患者中仅27%诊断为眼红斑痤疮,而其中仅18%患者按诊断进行了治疗。

Browning甚至提出没有皮肤损害就没有眼红斑痤疮,眼和皮肤损害可能分别单独发生,以致把眼部症状与红斑痤疮联系起来更加困难;眼部及皮肤损害可以不一致。没有一项标志性体征或金标准可以确诊眼红斑痤疮,而是根据面部及眼部的一群体征做出诊断。

眼红斑痤疮特征是发生在暴露部位如面部及眼表组织。无论是在面部或是在结膜,血管改变是必然存在的,其次才是其他表现。用裂隙灯检查眼部组织,或用其弥散光线及显微镜检查面部,很容易发现细微的血管异常。中老年人结膜可出现较轻的血管扭曲变形扩张、个别微血管瘤等,但血管若出现显

著改变则为病理性,如较多血管有损害、成簇的微血管瘤、血管扭曲或增生成团块或结节状;有的仅一根血管有损害但却显著者,如血管多处呈壶腹状或瘤样扩张亦属病理性质。在疾病活动期进行结膜荧光血管造影可发现受损的血管渗漏增强,亦可发生结膜或结膜下出血。

结膜的血管改变及发生率较高的睑缘炎、睑板腺炎以及结膜乳头滤泡反应等均无特异性,因而要排除其他原因。特殊的改变有结节性结膜炎(0.68%),在角膜缘附近的球结膜(多在睑裂部或下部)少数在睑结膜出现结节状浸润,中央隆起周围有扩张充血的血管;很像春季性结膜炎角膜缘的浸润结节,但发展起来往往较之更大或远离角膜缘。其病理改变与皮肤红斑痤疮丘疹一致,也就是相当于皮肤丘疹在结膜上的表现。结膜上另一种较特殊的改变是血管呈团块或结节状增生(约占11.8%),这种改变在面部尤其是鼻部亦能见到。

角膜上的重要体征是下方血管翳,即在下方角膜有舌状或类似三角形的血管翳形成(约占27.1%)。血管是从附近结膜的异常血管长入角膜,形态上与其他原因形成的血管翳不同,如沙眼血管翳是在上方角膜呈垂帘状而且经常出现。进一步可发展成为炎性细胞浸润、溃疡甚至基质炎(约占4.7%),多发生在下部角膜亦呈舌状或类似三角形。

眼红斑痤疮的常见体征有:眼部结膜血管异常、睑缘结膜炎、睑板腺炎,面部血管扩张增生、红斑、丘疹脓疮;重要体征有:眼部结节性结膜炎、结膜结节状血管增生、下方角膜舌状血管翳、下方舌状角膜炎或溃疡,面部肥大性酒渣鼻。来眼科就诊的眼红斑痤疮患者大多同时有眼及皮肤损害。虽然文献报道少数患者结膜血管改变显著而面部尚未发现异常;但在我们的观察中,经用裂隙灯显微镜弥散光线仔细检查,在面部均发现有不同程度的血管改变,为眼红斑痤疮诊断提供了有力证据。中老年人中常见症状较轻,面部潮红、红斑及广泛毛细血管扩张“大红脸”相对少见。当面部未发现扩张增生的血管时,最后要检查鼻前庭和上唇之间的皮肤,此处容易发现异常的血管。血管增生附近的皮肤时常有皮脂腺肥大及皮脂鳞屑,在这里刮取标本多能检出蠕螨。

7 治疗

7.1 全身应用抗生素 眼红斑痤疮处于活动期或亚急性发作期需要全身治疗。首选药物是四环素或长效制剂强力霉素。国外很重视四环素类药物对本病的治疗作用,甚至被描述为治疗红斑痤疮的柱石^[17]。其他口服药尚有甲硝唑及异维甲酸等,亦有相当疗效。四环素为一广谱抗菌药物,除细菌外对螺旋体、支原体、立克次体、衣原体及某些原虫亦有作用。红斑痤疮、寻常痤疮或原发性睑板腺炎患者服用四环素后症状缓解,皮肤表面皮脂游离脂肪酸

减少。它还有抗胶原酶作用,据此可以解释为何在治疗某些非感染性疾病时有效,使其角膜溶解或溃疡好转以致消失^[18]。

四环素(或土霉素)常用剂量 250 mg 每天 4 次口服,服用 3~4 d 乃至 3 周显现治疗反应。强力霉素(或米诺环素)100 mg 每天 1~2 次口服,一个疗程 2~6 周,一旦症状缓解即逐渐减量。强力霉素胃肠副作用小,食物不影响其吸收,可用于不能耐受口服四环素的患者。有些患者如角膜炎停药后复发者,需要不定期地维持低剂量,如四环素 250 mg 每天 1 次或强力霉素 40~50 mg 每天 1 次^[19-20]。

Jenkins 等^[21]用四环素(250 mg 每天 4 次)治疗 37 例眼红斑痤疮患者,用药 3 周后停止 1 周,这样反复循环直至显著好转然后减量停止。其中 36 例明显好转,出现反应的时间是 4 d~3 周。在随后 5~8 个月的随访中 15 例停药后未复发;20 例复发,其中 3 例重新用四环素治疗未能控制,5 例好转但未完全缓解,12 例完全缓解。所有严重角膜炎患者治疗 28 d 痊愈。

Akpek 等^[6]报道 131 例眼红斑痤疮患者,其中 113 例经口服四环素(250 mg 每天 4 次)或强力霉素(100 mg 每天 1 次)症状缓解,仅 2 例无改善。1 例右眼角膜穿孔因眼内炎摘除眼球,左眼有严重睑板腺炎、睑缘炎及表层点状角膜炎,口服强力霉素 12 a,病情保持稳定、好转。33 例(25%)产生副作用,如恶心(15%)、光过敏(7%)、胸痛及吞咽困难各 1 例。48 例女性患者中 2 例(4%)出现生殖器酵母菌感染。

我们的经验是眼表组织炎症活动或亚急性发作期治疗效果较好,长期形成的血管扩张增生处于安静状态无恶化者治疗效果差。1 例 66 岁女性患者,鼻部皮肤 2 处血管扩张增生呈结节或团块状,表层破溃血管裸露并有出血斑。右眼下方球结膜有 2 处结节状肿胀浸润,周围血管扩张充血(结节性结膜炎),经口服四环素 250 mg 每天 4 次,2 周后眼、鼻部症状明显好转;减为 250 mg 每天 2 次,又过 2 周结节状浸润大部消失;后又继续口服强力霉素 100 mg 每天 1 次,4 周后结膜结节完全消失,鼻部病灶愈合,自觉面部皮肤油脂减少。同时眼局部用氧氟沙星滴眼液,前 2 周加用地塞米松滴眼液。嘱咐眼有不适发红时可口服四环素 250 mg 每天 1 次,随访 2 a 未复发。8 岁以下儿童、妊娠妇女及哺乳期妇女禁用四环素。因四环素影响骨骼及牙齿发育,牙齿变黄褐色,可用红霉素或氨苄西林替代。

7.2 局部治疗 眼局部可用抗菌药物如氧氟沙星滴眼液、2 g·L⁻¹甲硝唑滴眼液,睡前涂氧氟沙星或四环素眼膏。必要时如结膜血管扩张充血显著、角膜新生血管、角膜炎或虹膜炎、表层巩膜炎等应增加皮质激素滴眼液,或短期应用妥布霉素地塞米松合剂如典必殊滴眼液。对刺激症状如眼灼热感、异物

感不重的患者或有干眼症者可用人工泪液。

对睑缘炎有结痂或皮脂滞留者要加以擦洗清除并实行温热敷(不是热敷),使睑板腺扩张、固结的皮脂液化容易压出,局部涂 10~20 g·L⁻¹甲硝唑霜或凝胶,亦可涂面部患处^[22]。

Junk 等^[20]报道 1 例 30 岁女性患者,已有眼刺激症状 21 a。表现为眼红、结膜毛细血管扩张,睑缘增厚,部分睫毛断裂变稀少,上有痂皮碎屑,睑缘泪膜厚度降低。诊断为慢性蠕螨睑缘结膜炎。米诺环素 100 mg 口服每天 1 次,症状未见缓解。继之实行擦洗睑缘并涂 20 g·L⁻¹甲硝唑凝胶,治疗 1 个月后症状缓解,蠕螨数量减少一半,2 个月后睫毛又重新生长。6 个月后睫毛毛囊蠕螨检查依然阴性,停止用药,随访 1 a 未复发,未见副作用。

7.3 儿童眼红斑痤疮的治疗 Sayeda-Asad 等^[2]报道 6 例儿童眼红斑痤疮,就诊年龄分别为 3~12 岁,双眼有长期刺激症状。诊断证据是睑缘后缘有炎症,包括睑板腺浓厚皮脂滞留及睑缘毛细血管扩张,合并结膜充血或表层巩膜炎。其中 3 例有无菌性角膜溃疡,仅 2 例在诊断时有皮肤损害。给予口服抗生素(强力霉素或红霉素),局部用或不用抗生素(红霉素或杆菌肽)及皮质激素(氟米龙)滴眼液;随访 4 个月,所有患者均显著好转。儿童红斑痤疮可能被误诊为病毒或细菌感染;与成人红斑痤疮不同,面部皮肤常无损害。为防止复发可能需要长期治疗。

7.4 其他 结膜血管巨大瘤样扩张者可手术切除。结膜下反复出血者必要时在出血吸收后进行结膜荧光血管造影,找出渗漏有出血倾向的血管,试用激光光凝或冷冻加以治疗。

小的角膜穿孔可用氰基丙烯酸盐黏合剂修复,大的穿孔需要手术治疗;术前及术后服用四环素。分泌物多的角膜浸润或溃疡怀疑有继发感染者需要涂片及进行培养,以加强抗生素治疗。对严重角膜瘢痕或溃疡穿孔有时不得不进行角膜移植,但因新生血管较多且术后多有排斥反应,时常导致失败。清热解毒凉血中药口服可缓解眼及皮肤的炎症^[23]。

参考文献

- Browning DJ, Proia AD. Ocular rosacea[J]. *Surv Ophthalmol* 1986;31(3):145-158.
- Nazir SA, Murphy S, Siatkowski RM, Chodosh J, Siatkowski RL. Ocular rosacea in childhood[J]. *Am J Ophthalmol* 2004;137:138-145.
- 凌萍,孙康,王开文,杨树植. 85 例眼红斑痤疮临床分析[J]. *临床眼科杂志* 2005;13(2):181-183.
- Drever DJ, Lemp MA. Meibomian gland dysfunction[J]. *Surv Ophthalmol* 1996;40:343-363.
- McCulley JP, Dougherty JM, Deneau DG. Classification of chronic blepharitis[J]. *Ophthalmology* 1982;89:1173-1180.
- Akpek EK, Pinar V, Foster S. Ocular rosacea[J]. *Ophthalmology* 1997;104:1863-1867.
- Lemp MA, Mahmood MA, Weiler HH. Association of ocular rosacea and keratoconjunctivitis sicca[J]. *Arch Ophthalmol* 1984;102:556-557.
- Wilkin J, Dahl M, Detmer M. Standard classification of rosacea[J]. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:584-587.

- 9 Borrie P. Rosacea with special reference to its ocular manifestations[J]. *Br J Dermatol* 1953;65:458-463.
- 10 Marks R, Harcourt-Webster JN. Histopathology of rosacea [J]. *Arch Dermatol* 1969;100:682-691.
- 11 Jablonska S, Chovzeski T, Maciejowska E. The scope and limitation of the immunofluorescence method in the diagnosis of lupus erythematosus[J]. *Br J Dermatol* 1970;83:242.
- 12 Ruffli T, Buchner SA. T-cell subsets in acne rosacea lesions and the possible role of Denodex folliculorum[J]. *Dermatologica* 1984;169:1-5.
- 13 Hoang-Xuan T, Rodrigue A, Zaltas MM. Ocular rosacea, a histologic and immunopathologic study[J]. *Ophthalmology* 1990;97:1468-1475.
- 14 Ramelet AA. Rosacea, a reaction pattern associated with ocular lesions and migraine[J]? *Arch Dermatol* 1994;130:1448.
- 15 Smith JR, Lanier VB, Braziel RM, Falkenhagen KM, White C, Rosenbaum JT. Expression of vascular endothelial growth factor and its receptors in rosacea[J]. *Br J Ophthalmol* 2007;91:226-229.
- 16 Duke-Elder S. System of ophthalmology [M]. St louis: CV Mosby;1965:534-546.
- 17 Karen Z. Ocular rosacea rarely spotted [J]. *Ophthalmol Times* 1995;20(25):1-2.
- 18 Bartlett JD, Jaanus SD. Clinical ocular pharmacology [M]. Third Edition. Boston: Butterworth-Heinemann; 1995: 267-270.
- 19 Kunimoto DY, Kanitkar KD, Makar MS. The wills eye manual [J]. Forth edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins;2004:103-104.
- 20 Stone DY, Chodosh J. Oral tetracyclines for ocular rosacea: an evidence-based review of the literature [J]. *Cornea* 2004;23:106-109.
- 21 Jenkins MS, Brown SIL, Lemberg SL, Weinberg RJ. Ocular rosacea [J]. *Am J Ophthalmol* 1979;88(3):618-622.
- 22 Conde JF, Yelveton CB, Balkrishnan R, Fleischer AB Jr, Feldman SR. Managing rosacea: a review of the use of metronidazole alone and in combination with oral antibiotics [J]. 2007;6:495-498.
- 23 王开文. 眼红斑痤疮 3 例 [J]. 中国中医眼科杂志 2001;11(3):176-177.

骨纤维异常增生症致 Foster Kennedy 综合征误诊为青光眼 1 例

王伟 陶海 刘爽

【中图分类号】 R775 【文献标识码】 A

【文章编号】 1003-5141(2008)01-0005-01

【关键词】 骨纤维异常增生症; Foster Kennedy 综合征

骨纤维异常增生症 (fibrous dysplasia, FD) 致 Foster Kennedy 综合征临床少见, 我们接诊 1 例, 现报告如下。

1 临床资料

患儿, 女, 9 岁, 发现右眼向外偏斜 2 个月余。患儿既往体健。2006 年 9 月家长发现其右眼视力下降, 在当地医院诊断为“青光眼”, 劝其接受抗青光眼手术治疗。2006 年 11 月 20 日来我院就诊。全身体检未见异常。右眼视力: 指数/10 cm, 矫正不提高; 眼球轻度前突并略向外下移位, 眼球突出度: 右 17 mm, 左 15 mm, 眶距 103 mm; 眼底检查: 视盘色苍白, C/D=0.4, 边界清, 视网膜血管走行未见明显异常, 黄斑中心凹反光清晰。左眼视力 1.5, 前节检查未见明显异常; 眼底检查: 视盘色红, 边界模糊, 视网膜血管走行未见明显异常, 黄斑中心凹反光弥散。非接触眼压: 右 16.0 mmHg (1 kPa = 7.5 mmHg), 左 19.7 mmHg。眼眶 CT: 眶骨骨质增厚, 右视神经管狭窄。诊断: (1) FD; (2) Foster Kennedy 综合征。

2 讨论

FD 也称骨纤维结构不良, 是指骨的良性纤维组织畸形增生性病变, 偶见恶变, 其发病机制尚存争议。目前多认为由原始间叶组织发育异常、骨内纤维异常增生所致。患者多

在 30 岁以下发病, 女性居多, 好发于颅骨、肋骨和脊柱。合并皮肤色素沉着和内分泌障碍者又称 Albright 综合征。颅骨 FD 以蝶骨、额骨最常见, CT 特征明显: 受累骨增厚, 多呈玻璃样高密度硬化, 常以某一骨为中心扩散侵犯, 与正常骨组织间无明显界限。病理改变为受累骨正常结构消失, 代之以增生的成纤维细胞、胶原纤维和编织骨小梁。颅骨 FD 临床上应注意与畸形性骨炎 (Paget 病)、蝶骨脑膜瘤、骨化性纤维瘤、骨肉瘤等颅眶骨性疾相鉴别^[1-2]。

本例患儿 CT 表现特征符合 FD, 右侧受累颅骨显著增厚, 因而造成额叶基底占位压迫视神经、视交叉等结构, 导致受压侧眼底视盘萎缩, 对侧视神经盘水肿, 形成较为典型的 Foster Kennedy 综合征, 同时右侧眶内容物被压缩, 导致眼球轻度前突并略向外下移位。患儿单眼视盘萎缩明显, 而眼压仍在正常范围内, 且无青光眼的盘沿改变, 不符合青光眼临床表现。鉴于一般儿童的面部特征, 缓慢进展的轻度突眼常被忽视, 加之基层医院缺乏对 FD 的认识和诊治经验, 未详查对侧“健眼”, 以致误诊“青光眼”。

颅骨 FD 多呈慢性进展, 成年后多病情稳定, 无明显颜面畸形或严重视力下降者一般不需手术。本例患儿存在明显的视神经损害, 可考虑眶板切除术或视神经管减压术治疗, 但患儿家属因经济困难放弃治疗。

参考文献

- 1 肖利华. 现代眼眶病诊断学 [M]. 北京: 北京科学技术出版社; 2006: 233-237.
- 2 卢颖, 肖利华. 眼眶骨纤维异常增生症的 CT 诊断 [J]. 眼科 2005; 14(6): 386-388.

收稿日期: 2007-08-16 修回日期: 2007-11-20 本文编辑: 苗媛

作者单位: 100039 北京市, 武警总医院眼科