

## · 病例讨论 ·

## 原田病与“中浆”的讨论

李芳梅 谢学军 刘嘉立

患者 男 27 岁 因以眼视物变形、视力下降 10 天来我院门诊就诊。专科检查: 视力: VOD: 0.3 VOS: 0.5 双眼前节未见异常。眼底: 双眼黄斑区水肿, 黄斑中心凹光反射消失, 左眼黄斑区神经上皮盘状脱离, 其余未见异常。门诊医师对此病例进行讨论摘要如下:

门诊医师甲: 患者为年轻男性, 以双眼视物变形、视力下降的主诉前来就诊: 且就眼别来说虽然中浆为单眼发病, 但双眼发病占到 20%<sup>[1]</sup>; 再结合患者的眼底表现我认为应考虑为“中浆”。

门诊医师乙: 我不同意中浆的诊断。理由是 首先 Vogt-小柳-原田综合征与中浆两者的初始自觉症状相似。原田病的患者多主要表现为视力下降, 但也不乏因视物变形前来就诊者, 有的患者则视力下降和视物变形同时发生。而典型的中浆也表现为视力下降、视物变形。其次: Vogt-小柳-原田综合征与中浆的好发年龄相近。根据流行病学的统计结果, Vogt-小柳-原田综合征多发于 20-50 岁的成年人, 尤以 20-40 岁发病为最多, 大约占 70.05%<sup>[2]</sup>; 而中浆的发病年龄, 20~40 岁最多, 占 55.7%; 其次, 41~50 岁, 占 38.7%; 50 岁以上偶见, 占 5.6%<sup>[1]</sup>。最后: 原田病的临床分型可分视乳头周围水肿型和后极部视网膜脱离型。前者常被误认为是视乳头充血、水肿, 一般不会误诊为中浆; 后者大约占原田病的 56-69%, 其所出现的浆液性视网膜脱离虽然可以是多灶性的, 但有的则为散在发生, 数量较少而被忽略。尤其是当患者仅出现一眼视力明显下降时, 另一眼所发生的这种视网膜脱离往往被忽略<sup>[2]</sup>。而中浆的典型病例可见黄斑区 1-3DD 大小的盘状脱离区<sup>[3]</sup>, 但是在眼底镜下尤其是小瞳孔这两种视网膜都可以表现为黄斑区的水肿和光反射消失。所以我认为本患者不能排除原田病的可能性。

门诊医师丙: 我同意原田病的诊断。我向患者追问病史, 患者自述在 10 天前感冒, 次日出现头胀、项僵、恶心、呕吐、耳鸣等症状; 继之双眼视物变形伴视力下降。曾在广州某医院神经内科就诊, 作头部 CT 等检查未见异常。上述的病史及眼外表现支持原田病的诊断。另外原田病的一个典型改变是在周边眼底出现深层的黄白色圆形损害, 其发生率可达 90% 以上, 因此三面镜检查对诊断具有重要的价值<sup>[2]</sup>。在实验室检查方面, 在炎症发生的三周内约 97% 的患者出现脑脊液白细胞增多 (主要为淋巴细胞)<sup>[4]</sup>。但鉴于门诊不能进行三面镜检查: 而脑脊液检查有创伤性, 病人多因恐惧而不愿接受。所以我建议作 FFA 以进一步明确诊断。

当日门诊医师甲安排患者作 FFA 检查。检查结果显示: 双眼视网膜后极部散在大量点状荧光素渗漏点, 至造影后期呈现多个镶嵌状的视网膜下染料积存区, 呈现典型的原田病的荧光造影表现 (图)。收住入我院, 经免疫抑制剂等治疗, 双眼视力均恢复至 1.0 出院。



图

例 2 女 50 岁 以右眼视力下降半月来我院门诊就诊。在视力下降前有头痛、耳鸣的症状。专科检查: 视力: VOD: 0.1 (矫正无助)。VOS: 1.0。双眼前节未见异常。眼底: 右眼黄斑区水肿, 中心凹光反射消失, 左眼未见异常。病例讨论摘要如下:

门诊医师甲: 虽然患者在视力下降前有头痛、

作者单位: 610075 成都, 成都中医药大学 2004 级眼科硕士研究生 (李芳梅); 成都中医药大学眼科 (谢学军); 成都中医药大学 2004 级眼科硕士研究生 (刘嘉立)

通讯作者: 谢学军, E-mail: xxj8848@163.com

耳鸣的症状,但并未看到有毛发、皮肤的异常。而患者以单眼视物变形为主要不适,再结合其眼底表现,我认为中浆的可能性要大些。

门诊医师乙:我不同意中浆的诊断。Vogt-小柳-原田综合征是多系统受累,在发病前常有类似病毒感染的一些表现,如发热、恶心、乏力、头痛、头晕、眼眶疼痛、畏光、流泪等;神经系统的改变包括颈项僵直等;听力下降和耳鸣等听觉系统的异常;毛发变白、白癜风等毛发皮肤的改变。就原田病而言,眼外表现最多见的是神经系统改变,可以占到发病的90%;其次是听觉系统的改变,可以占到50%;而毛发、皮肤改变的发生率不到10%<sup>[1]</sup>。因此,临床医生尤其是要注意神经系统和听觉系统的改变,不要过度拘泥于毛发、皮肤的异常。而且本患者在视力下降前有头痛、耳鸣的症状。所以我认为原田病的可能性更大一些。

门诊医师丙:原田病与中浆均可表现为单眼或双眼视觉改变。虽然大约70%的原田病患者表现为双眼同时受累,但尚有30%的患者为双眼先后受累<sup>[2]</sup>。中浆也是单眼和双眼均可发病<sup>[3]</sup>。所以从眼别是不能对二者进行鉴别诊断。而在视力方面二者有不同的之处。原田病与中浆均可表现为视力下降,但前者的视力下降多较严重,而后的视力一般不会低

于0.5并且用凸透镜可以部分矫正<sup>[5]</sup>。本患者视力仅为0.1,且矫正不提高。况且如医生乙所说患者有头痛、耳鸣的病史,所以我更倾向于原田病的诊断。因二者的治疗方法截然相反,很有必要作FFA检查进一步明确诊断。

当日患者作了FFA检查,结果显示:双眼后极部散在大量点状荧光渗漏点,至造影后期视网膜呈现多个镶嵌状的染料积存区。最后确诊为原田病。

讨论:通过讨论上述两例病案,我们认为原田病之所以容易误诊为中浆是由于二者在发病年龄、眼别、初始症状、眼底改变(尤其是在小瞳下)方面存在共同点,但只要仔细辨别,特别是注意询问病史、眼外表现、散瞳后和详细的检查,必要时作辅助检查一般不难诊断。

#### 参 考 文 献

- 1 刘都红,王兵等.中心性浆液性脉络膜视网膜病变流行病学调查及相关治疗比较研究,临床眼科杂志,2005年第13卷第3期
- 2 杨培增,李绍珍,主编.葡萄膜炎,人民卫生出版社,1998,311~331
- 3 张承芬,主编.眼底病学.人民卫生出版社,1998,288
- 4 施殿雄,主编.实用眼科诊断.上海科技出版社,2005,800
- 5 梁树今,廖菊生,高育英,崔模,主编.眼底荧光血管造影释义(上册).河北人民出版社,1984,130