

doi: 10.3978/j.issn.1000-4432.2017.08.09

View this article at: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1000-4432.2017.08.09>

· 专家访谈 ·

【编者按】2017年6月24~25日，第二届岭南眼科论坛在广州顺利召开。本届论坛由广东省医师协会眼科医师分会主办，广东省医师协会眼科医师分会青年委员会承办。来自全国各地的20多位眼科知名专家齐聚一堂，共同交流和探讨眼科学近几年的热点问题、新进展及未来发展方向。在现场聆听中山大学中山眼科中心副主任梁丹教授的题为“VKH”的诊治，我们所面临的临床挑战的精彩演讲后，我们很荣幸地邀请到梁教授接受我们的专访，进一步分享她对“VKH”治疗方案，以及所面临的临床挑战和诊治误区的看法。

梁丹：“VKH”的诊治，我们所面临的临床挑战

刘沙，李嘉琪

(AME出版社，《眼科学报》编辑部)

受访专家：梁丹(图1)，教授，主任医师，医学博士，博士研究生导师，中山大学中山眼科中心副主任，广东省医学会细胞治疗分会常委。从事眼科医疗、教学和科研工作30余年，擅长葡萄膜炎等眼免疫性疾病的诊治。对葡萄膜炎、甲状腺相关眼病、炎性假瘤、过敏性结膜炎、角膜烧伤等免疫性疾病发病机制、治疗策略等有深入研究，积极运用医学科学最新进展提高难治性免疫性眼病的诊治，在眼外伤和角膜疾病诊治方面经验丰富。

1 “VKH”的临床表现和病因

据梁教授介绍(图2)，“VKH”是指伏格特-小柳-原田综合征，这是一种在临床上非常常见的，严重影响视力预后的疾病，此种疾病的患者大约占葡萄膜炎专科的16%。“VKH”是累及有色人种比较多的葡萄膜炎，既累及眼前段，也累及眼后段，在中国和日本的发病率较高。尽管“VKH”的发病可能与病毒感染、患者的遗传背景，以及免疫系统功能紊乱有关，但它真正的发病原因尚不清楚。主要是由于各种原因导致色素细胞的抗原暴露，T淋巴细胞攻击色素组织，如脉络膜、睫状体和虹膜等，产生免疫炎症损害。因为T淋巴细



图1 梁丹教授

胞攻击了整个色素膜，所以患者会出现眼后段以及眼前段炎症反应。

2 “VKH”主要治疗方案：激素和免疫抑制剂相结合

梁教授讲到，“VKH”是一种自身免疫性疾病，目前临床上主要以激素和免疫抑制剂治疗为主。激素治疗早期可能会采用大剂量的冲击治

收稿日期 (Date of reception): 2017-07-13

通信作者 (Corresponding author): 刘沙, Email: es@amegroups.com



图2 梁丹教授在接受采访

疗, 但是实际上是否有必要用非常大剂量的激素, 比如说甲基强的松龙1 g或者500 mg, 在临床上还是有争议的。一项回顾性研究显示大剂量的冲击治疗与口服强的松1~1.2 mg/kg两种治疗方法预后没有区别。经过查阅相关文献后, 梁教授发现报道接受大剂量(1 g或者500 mg)冲击治疗方法的, 大部分还是欧洲的患者。关于早期激素冲击治疗, 剂量究竟怎么用, 还缺少临床循证医学依据。但梁教授特别指出: 激素需要长时间、逐步减量的使用, 不能过早的停用激素, 根据病情激素至少要使用6~8个月。同时, 激素治疗也应该配合免疫抑制剂治疗。免疫抑制剂治疗能够减少激素的用量, 并且能够预防病情复发。在临床上有很多这样的病例, 患者一开始接受大剂量的激素冲击治疗, 然后快速减量, 一个月内患者就复发了。这种情况在临床上是要特别注意避免的。

关于“VKH”的治疗方法, 梁教授认为目前还缺少RCT的循证医学依据, 但每个医生都有自己的临床经验。梁教授结合相关文献, 以及自己的临床经验总结了“VKH”治疗中必不可少的三个方面: 1)激素治疗是一个逐步减量的过程; 2)激素需要长时间使用; 3)需要联合免疫抑制剂治疗, 随后要动态地随诊患者眼底的变化, 调整激素与免疫抑制剂的用量。

3 “VKH”治疗的临床挑战和诊治误区: 不畏道阻且长

梁教授为我们总结了以下几点临床医生在“VKH”治疗中所面临的挑战和最常出现的诊治误区。

3.1 关于“VKH”的诊断

梁教授表示, 从诊断上看, “VKH”有时跟多发性中浆和后巩膜炎鉴别起来比较困难。

“VKH”大部分是双眼发病, 多发性中浆有的也是双眼发病。但在做荧光造影的时候会发现, 多发性中浆视盘不会高荧光, 而“VKH”眼底荧光血管造影会显示色素上皮针尖状高荧光点, 快速渗漏, 融合成多湖状视网膜下荧光积存。另外, 多发性中浆是一种自限性疾病, 而“VKH”不是。

“VKH”跟后巩膜炎在临床上也比较难鉴别。后巩膜炎临床表现为疼痛, 一般是单眼发病, 也有双眼发病, 主要通过B超的“T形”征来鉴别。一部分“VKH”患者不一定有耳鸣耳痛这些症状。有的患者表达能力不好, 难以区分头痛、脑膜刺激征和眼痛。急性期“VKH”患者脑脊液检查淋巴细胞增高可以帮助鉴别, 但是这种诊断方法并不常用, 眼科医生可通过B超来鉴别后巩膜炎。总之, 临床医生在诊治过程中, 要有意识地去鉴别“VKH”和后巩膜炎。

3.2 关于“VKH”的治疗

梁教授总结了自己在临床上遇到的“VKH”复发的病例情况。“VKH”治疗中常常出现的问题是, 患者治疗初期激素用量很大, 但减量又很快, 患者停药以后病情就复发了, 因此梁教授认为这种方案是很不合理的, 患者既承受了副作用, 病情又会复发。临床研究发现激素用到6~8 g的时候, 患者比较容易出现心血管事件, 股骨头坏死事件, 所以梁教授强调要严格控制激素的总体用量, 在减量的过程中要把免疫抑制剂加进去, 并在治疗过程中随访患者的视力情况, 根据FFA、ICG以及OCT的结果来看治疗效果, 调整激素与免疫抑制剂的用量。激素主要是抗炎, 对免疫系统的调节还是需要依靠免疫抑制剂来加强。

梁教授表示, 根据相关文献和其临床经验来看, 一般用药都要用到两年以上, 否则患者病情会反反复复发作, 会出现前段的葡萄膜炎, 虹膜粘连等很多问题。从梁教授临床上治疗的病例来看, 很多患者初始不使用那么大剂量的激素, 治疗效果也很好, 后期晚霞状眼底不明显, 视力恢复很好, 炎症复发也很少。因此梁教授特别强调, 在临床上眼科医生要把握好激素的缓慢减量, 并且联合免疫抑制剂治疗。ICG与OCT随访对

病情监控、调整用药非常重要。

3.3 关于“VKH”的诊治误区

梁教授还讲到，停药太早是“VKH”的一个诊治误区。另外，有些局部激素用的太过量容易

导致青光眼。对于其个人来说，如果患者前部炎症不是非常严重，那么局部激素的用量就不会非常大。梁教授认为，激素用了一段时间起效后用量就可以慢慢降下来。

本文引用：刘沙, 李嘉琪, 梁丹：“VKH”的诊治，我们所面临的临床挑战[J]. 眼科学报, 2017, 32(3): 1-3. doi: 10.3978/j.issn.1000-4432.2017.08.09

本文首先发表于【科研时间】(doi: 10.3978/kysj.2014.1.2815).