

doi: 10.3978/j.issn.1000-4432.2018.04.04

View this article at: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1000-4432.2018.04.04>

· 临床病例讨论 ·

## 内源性眼内炎1例

薛少飞, 颜莉

(平凉市第二人民医院眼科, 甘肃 平凉 744000)

**[摘要]** 内源性眼内炎发病率较低、早期临床表现缺乏特异性, 初次诊断易误诊、漏诊, 且起病急, 发展快, 预后差。本文报道的1例患者为女性, 66岁, 因无明显原因出现急性左侧腹痛, 伴尿频尿急, 无肉眼血尿, 恶心呕吐胃内容物(量多), 稀便起病, 就诊于乡卫生院, 转诊县级医院肾内科、泌尿外科, 先后诊断为: 1)休克原因待查(感染中毒性休克、低血容量性休克); 2)左侧输尿管结石、左肾结石并感染; 3)急性肾功能不全; 4)右眼眶蜂窝组织炎合并内源性眼内炎。后转至眼科, 因错失最佳治疗时机, 行右眼眼内容物剜除术。提示临床医师应加强对该病的认识, 减少误诊、漏诊率, 以改善患者预后。

**[关键词]** 内源性眼内炎; 诊断; 治疗体会

## A case report of endogenous endophthalmitis

XUE Shaofei, YAN Li

*(Department of Ophthalmology, Pingliang Second People's Hospital, Pingliang Gansu 744000, China)*

**Abstract** The incidence of endogenous endophthalmitis is relatively low, and early clinical manifestations are not specific. It is easy to misdiagnose and miss the diagnosis, and it requires timely treatment due to rapid progression and poor prognosis. A 66-year-old female patient reported acute left abdominal pain with unknown causes, urinary urgency, no gross hematuria, nausea and vomiting and loose stool. She received ineffective treatment in local public health centre and then transferred to county hospital, successively was diagnosed as: 1) unknown causes of shock (septic shock, hypovolemic shock); 2) left ureteral calculi left-kidney calculi co-infection; 3) acute renal failure; 4) right orbital cellulitis with endogenous endophthalmitis. Subsequently, she was transferred to the department of ophthalmology and underwent enucleation surgery of the right eye due to treatment delay. It is necessary for clinicians to deepen understanding, reduce the missed diagnosis rate and improve the prognosis of patients.

**Keywords** endogenous endophthalmitis; diagnosis; experience of treatment

收稿日期 (Date of reception): 2018-03-10

通信作者 (Corresponding author): 薛少飞, Email: xue.shaofei@163.com

内源性眼内炎又称为转移性眼内炎,是指细菌或真菌通过血液循环播散进入眼内,引起葡萄膜、视网膜、玻璃体等眼内组织炎症,导致严重的致盲性的眼内感染<sup>[1-2]</sup>;且具有起病急、发展快、预后差等特点<sup>[3]</sup>。平凉市第二人民医院眼科于2017年3月接诊了1例内源性眼内炎患者,现报告如下。

## 1 临床资料

患者,女,66岁,因“右眼眶组织肿胀、疼痛,伴脓性分泌物外溢2 d”于2017年3月29日由平凉市第二人民医院泌尿外科转入眼科。半月前患者因无明显原因出现左侧腹痛,伴尿频尿急,无肉眼血尿,恶心呕吐胃内容物(量多),解稀便1次,遂就诊于乡镇卫生院。腹部彩超示:左侧输尿管结石伴左肾中度积水。给对症治疗(具体用药不详)3 d,病情无缓解,并出现高热(体温40℃),极度乏力,少言懒动,无法测量到血压,遂急送入平凉市第二人民医院肾内科,以“休克原因待查”收住入院。入院后给予纠正休克、全身抗感染(头孢曲松+左氧氟沙星)治疗2 d,病情有改善,化验检查略。心电图示:窦性心动过速。床头胸部正位片示:1)双肺感染性病变;2)心衰;3)双肺混合性肺水肿不能排除;4)右肺下野盘状肺不张;5)右膈升高。诊断为:1)休克原因待查(感染中毒性休克、低血容量性休克);2)左侧输尿管结石、左肾结石并感染;3)急性肾功能不全。为便于治疗,患者于3月18日转入泌尿外科,继续给予抗感染,解毒,补液升压,纠正休克,扩张输尿管,保护胃黏膜,左肾造瘘等抢救治疗2 d,患者开始出现眼睑肿胀,睁眼困难,而休克、发烧等病情趋于平稳,腰腹痛症状缓解,体温正常,血压在升压药作用下维持在正常范围,血象降低,感染控制有效,但感染源仍不明确。随后做血细菌培养,并请眼科会诊,眼科考虑青光眼,建议给予抗青光眼治疗。3月19日,继续予以多巴胺维持血压,患者精神及一般情况好转,肛门已排气,但右眼肿胀加重,血培养中找到致病菌肺炎克雷伯菌,对头孢曲松耐药,对头孢西丁敏感。左肾穿刺液培养结果为无菌生长。因患者暂时不能搬动,故更换抗生素,继续抗感染治疗。再次请眼科主任会诊,经追问病史,得知患者于2 d前

视物不见,因患者病重,未给予重视。眼部检查示:右眼睑肿胀仍明显,头痛、眼眶痛,右眼基本不能睁眼,上下眼睑红肿、质硬,触痛明显,角膜呈白色变性混浊,前房结构不清,眼底窥不入,考虑右眼眶蜂窝组织炎合并眼内炎,建议行眼眶CT及眼部B超检查,加用激素冲击疗法:地塞米松20 mg静滴,治疗3 d。眼科再次会诊,患者右眼眶肿胀消退,眼痛症状缓解,结膜囊内少量脓性分泌物,右眼视力无光感,B超示:右眼晶状体脱位于玻璃体后部,视网膜脱离,玻璃体团状混浊。考虑右眼内源性眼内炎伴巩膜穿孔,行玻璃体腔抗生素注射治疗已失去时机,建议泌尿外科疾患及休克稳定后转眼科行眼内容物剜除术。遂于3月30日行右眼眼内容物剜除术。术中可见上直肌附着处巩膜破裂,呈不规则裂口,沿角膜缘做切口后可见大量黄白色黏稠脓液及晶状体溢出,眼内容物均为脓性物。将色素组织清除干净,10 mg/mL浓度的万古霉素+庆大霉素2 mg/mL注入巩膜壳内浸泡,5 min后以大量温盐水冲洗。将眼内容物送检验科行细菌培养及药敏,结果示无细菌生长。

## 2 讨论

由于内源性眼内炎发病率较低、早期临床表现缺乏特异性,且多数患者因全身情况影响使初诊延迟,及临床医师认识不足等因素,导致该病早期明确诊断较为困难<sup>[4]</sup>。其病因复杂,其中易感因素包括年老体弱,长期留置静脉导管,全身大剂量应用抗生素、糖皮质激素、免疫抑制剂<sup>[5]</sup>,静脉吸毒,糖尿病,支气管炎,消化系统和泌尿生殖系统感染及外科创伤性操作等<sup>[6]</sup>。本例患者既往有肾结石及子宫肌瘤手术史,以无原因腹痛、伴尿频尿急、血尿、恶心呕吐起病,随之出现高热(体温40℃)、休克,综合抢救治疗的同时,血培养证实为肺炎克雷伯杆菌感染。肺炎克雷伯杆菌是一种常见的革兰阴性菌,常寄生在人体的上呼吸道和肠道,其所引起的肺炎多突然起病,以发热、咳嗽、咳痰为主要表现,砖红色胶冻样痰为其特征表现。肺炎克雷伯杆菌肺炎的典型胸部X线检查早期呈小叶性肺炎改变,但很快就相互融合呈大叶性实变,病变肺叶呈膨胀性改变,影像学特征为痰液引起的叶间裂弧形下坠,多见于右

上叶,可累及胸膜。免疫力低下的患者易形成菌血症,全身各处出现迁徙性病灶,多脏器受到损伤。

本例患者住院期间,经检查发现肺部有感染病灶而却未出现呼吸系统症状和体征,其原因可能为该患者机体免疫力及反应能力差,早期的眼部不适不能及时向医师诉说,当出现高热、休克时已由呼吸道感染经血行发生播散,导致眼部发生眼眶蜂窝织炎及内源性眼内炎。再加上眼科下级医师初次会诊,经验不足,且由于患者意识不清,不能搬动进行裂隙灯检查,也未测眼压,导致误诊。后来患者全身病情虽得以控制,但其右眼因失去最佳治疗时机,最后只能行眼内容物剜除术。

患者在发病3 d左右已出现眼部感染症状,最早出现视力下降,继而出现眼睑肿胀(眶蜂窝织炎),由于患者当时发生休克,意识不清,未及时向医师表述,再加上诊治医师不熟悉眼科而忽视了眼部检查,以致延误。当眼科二次会诊时患者眶蜂窝织炎达到高峰期,眼睑高度肿胀,无法掰开眼睑,角膜混浊变性,无法行眼内注药,且已不具备玻璃体切除条件。使用激素冲击治疗眶蜂窝织炎缓解时,患者眶压减低,而眼内压增高(眼内炎),因巩膜在直肌附着处最薄,故发生坏死而破裂。此外,摘除眼球时已是患者发病半个月以后,此时眼内容物细菌培养为阴性,其原因可能为:由于早期抗炎,纠正休克治疗及时,病情得以控制;眼内病菌无生存条件而死亡。

综上所述,在早期诊治过程中,临床医师应做到以下几点:1)对患者进行全面细致的体格检查和询问病史。内源性眼内炎病因复杂,病情发展变化快,其诊断需要有经验的眼科医师反复多次、详细进行眼科检查,若接诊医师病史询问不详细,易遗漏上述与疾病相关的病史。2)此类疾病的易感因素不容忽略。3)早期进行病原学诊断。内源性眼内炎常见的病原微生物有细菌、真菌、病毒、寄生虫等,眼内液微生物学检查+药敏和血培养是内源性眼内炎最有价值和可靠的诊断方法。但由于眼内液微生物学检查结果需等待数日,故初诊多靠经验诊断。4)要与易引误诊的其他疾病相鉴别。沈玺等<sup>[7]</sup>曾报道内源性眼内炎的误诊率为73.3%。内源性眼内炎初诊最常误诊为虹膜睫状体炎或葡萄膜炎、结膜炎、虹膜炎、眶

蜂窝织炎、急性视网膜坏死、眼底出血、玻璃体混浊、玻璃体炎、巩膜炎、视网膜脉络膜炎及急性青光眼<sup>[7-11]</sup>。少见的还有误诊为视网膜神经胶质瘤、内源性癌、晶体过敏症、毛霉菌病、静脉窦血栓、巨细胞病毒感染性视网膜炎、巨细胞动脉炎及先天性青光眼等<sup>[12]</sup>。由此可见内源性眼内炎早期误诊比较多见,提示临床医师应加强对该病的认识,减少误诊、漏诊率,以改善患者预后。

## 参考文献

1. 勇志鹏,韩英军,张荷珍,等.内源性眼内炎的临床特征及治疗[J].国际眼科杂志,2012,12(3):564-565.  
YONG Zhipeng, HAN Yingjun, ZHANG Hezhen, et al. Clinical features and therapy of endogenous endophthalmitis[J]. International Journal of Ophthalmology, 2012, 12(3): 564-565.
2. Ramchandran RS, Diloreto DA Jr, Chung MM, et al. Infectious endophthalmitis in adult eyes receiving Boston type I keratoprosthesis[J]. Ophthalmology, 2012, 119(4): 674-681.
3. 张艳琼,王文吉.内源性眼内炎10年临床回顾性分析[J].眼科研究,2006,24(1):91-92.  
ZHANG Yanqiong, WANG Wenji. Endogenous endophthalmitis—a ten-year of clinical retrospective analysis[J]. Chinese Ophthalmic Research, 2006, 24(1): 91-92.
4. Kernt M, Kampik A. Endophthalmitis: pathogenesis, clinical presentation, management, and perspectives[J]. Clin Ophthalmol, 2010, 24(4): 121-135.
5. 孙时英,陈炳衡,赵玉萍,等.内源性眼内炎临床分析[J].临床误诊误治,2011,24(4):38-40.  
SUN Shiyong, CHEN Bingheng, ZHAO Yuping, et al. Clinical analysis of endogenous endophthalmitis[J]. Clinical Misdiagnosis & Mistherapy, 2011, 24(4): 38-40.
6. 沈琳,王红,赵萌,等.24例内源性眼内炎的易感因素和病原学分析[J].眼科,2014,23(3):201-204.  
SHEN Lin, WANG Hong, ZHAO Meng, et al. Predisposing factors and etiology analysis of 24 cases with endogenous endophthalmitis[J]. Ophthalmology in China, 2014, 23(3): 201-204.
7. 沈玺,徐格致.内源性感染性眼内炎的临床分析[J].眼科,2004,13(3):163-165.  
SHEN Xi, XU Gezhi. Clinical analysis of endogenous endophthalmitis[J]. Ophthalmology in China, 2004, 13(3): 163-165.
8. Nentwich MM, Kampik A, de Kaspar HM. Chronic endogenous endophthalmitis[J]. Klin Monbl Augenheilkd, 2008, 225(11): 929-933.

9. 赵琦, 彭晓燕, 王红, 等. 内源性真菌性眼内炎的临床特征和疗效分析[J]. 眼科, 2010, 19(1): 54-57.  
ZHAO Qi, PENG Xiaoyan, WANG Hong, et al. Clinical features and therapeutic outcomes of endogenous Fungai endophthalmitis[J]. Ophthalmology in China, 2010, 19(1): 54-57.
10. Tsai TH, Yang CH, Yang CM, et al. Endogenous endophthalmitis with subretinal abscess after dental procedures[J]. J Formos Med Assoc, 2005, 104(1): 47-49.
11. Binder MI, Chua J, Kaiser PK, et al. Endogenous endophthalmitis: an 18-year review of culture-positive cases at a tertiary care center[J]. Medicine (Baltimore), 2003, 82(2): 97-105.
12. Jackson TL, Eykyn SJ, Graham EM, et al. Endogenous bacterial endophthalmitis: a 17-year prospective series and review of 267 reported cases[J]. Surv Ophthalmol, 2003, 48(4): 403-423.

本文引用: 薛少飞, 颜莉. 内源性眼内炎1例[J]. 眼科学报, 2018, 33(2): 124-127. doi: 10.3978/j.issn.1000-4432.2018.04.04

**Cite this article as:** XUE Shaofei, YAN Li. A case report of endogenous endophthalmitis[J]. Yan Ke Xue Bao, 2018, 33(2): 124-127. doi: 10.3978/j.issn.1000-4432.2018.04.04