·病例报告·

圆锥角膜早期误诊为球后视神经炎 1 例

谭 辉[1],毛俊峰[2]

作者单位:[1](337000)中国江西省萍乡市,湘雅萍矿合作医院眼科;[2](410008)中国湖南省长沙市,中南大学湘雅医院眼科
作者简介:谭辉,女,副主任医师,研究方向:神经眼科。
通讯作者:毛俊峰,男,博士,主治医师,研究方向:神经眼科、眼底病、近视眼发病机制. mao_junfeng@163.com
收稿日期:2010-04-09 修回日期:2010-05-27

谭辉,毛俊峰. 圆锥角膜早期误诊为球后视神经炎 1 例. 国际眼科杂志 2010;10(6):1232

0 引言

圆锥角膜是一种表现为以角膜中央呈圆锥样突起,伴突起区角膜基质变薄的先天性发育异常。其早期仅表现为视力下降,易误诊、漏诊。我们曾遇到 1 例圆锥角膜患者被误诊为球后视神经炎,并进行激素治疗,现报告如下。

1 病例报告

患者,男,19 岁,2006 年因左眼视力渐进性下降 0.5a 为主诉,在当地医院就诊,诊断为左眼球后视神经炎,给予甲强的松龙 500mg 静滴 3d 后,改为口服强的松,连续服用 5mo。但效果差,左眼视力继续下降,于 2009-11-09 就诊我院神经眼科门诊。追问病史,2003-08-01 患者曾行眼部检查,双眼视力 1.2。眼部检查:视力右眼 1.2,左眼 0.02,右眼角膜透明、弧度正常,左眼角膜透明、下方角膜呈圆锥状轻度向前凸出;双侧瞳孔直径约 3mm,对光反应灵敏;散瞳查双眼晶状体透明,视盘色淡红、边界清楚,视网膜未见出血、渗出,黄斑中心凹反光存。特殊检查:视觉诱发电位报告双眼视路未见异常(2009-11-05);眼底荧光血管造影报告双眼未见异常眼底荧光(2009-11-06);眼轴长度右眼 23.86mm,左眼 24.41mm(2009-11-10);检影验光右眼-1.00DS/-0.75DC×120°→1.2,左眼-12.00DS/-6.00DC×90°→0.3(2009-11-10);角膜地形图报告左眼圆锥角膜(图 1,2009-11-10)。诊断左眼圆锥角膜。建议患者考虑角膜移植手术。

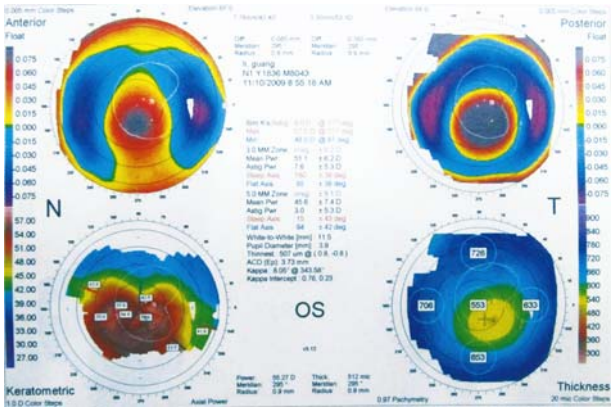

图 1 左眼角膜地形图。

2 讨论

圆锥角膜一般在青春期前后发病,表现为单眼或双眼进行性视力下降,早期主要由角膜异常向前锥形突起引起的屈光不正所致,初发时可用眼镜或角膜接触镜矫正。早期的圆锥角膜仅依靠常规眼科检查很容易漏诊[1],并被误诊为球后视神经炎、屈光不正,给予一些不必要的治疗。本例患者因单眼视力下降在 2006 年被误诊为球后视神经炎,给予激素治疗,并出现体质量增加、满月脸等副作用。分析此例患者被误诊、误治的原因,在临床工作中遇到此类患者应该注意:(1)重视病史收集,患者提供的病例资料证实 2003 年双眼视力 1.2,没有长期读书及玩电脑等过度用眼的病史,但 2009 年左眼出现 12.00D 近视和 6.00D 散光,且不能完全矫正,对于此种屈光状态的变化应警惕圆锥角膜的可能,及时进行角膜地形图检查、确诊;(2)特发性视神经炎多见于青壮年,视力为短期内急剧降低,视野及视觉诱发电位检查异常,单眼受累者常有相对性传入性瞳孔障碍,诊断视神经炎时应有视神经器质性损害的证据,不应盲目诊断此病[2];(3)特发性视神经炎有自发缓解的特点,大多数患者发病 1~3mo 内,视力有不同程度恢复,若视力长时间不恢复应寻找有无其他病因,应排除早期圆锥角膜的可能[2]。

总之,对于不明原因的进行性视力下降,应详查角膜情况,警惕圆锥角膜的可能;同时,诊断特发性视神经炎时,也应注意排除角膜因素引起的视力下降,避免将圆锥角膜误诊为视神经炎,给予不恰当的治疗,给患者造成一定程度的精神和经济负担。

参考文献

1 刘祖国. 眼表疾病学. 北京:人民卫生出版社 2003:227
2 魏世辉. 进一步提高对视神经炎与多发性硬化的认识. 眼科 2007;16(6):361-364