

视神经炎临床误诊 54 例分析

赵芳,李双

基金项目:国家自然科学基金(No. 81300761)
作者单位:(430014)中国湖北省武汉市中心医院眼科
作者简介:赵芳,女,毕业于同济医科大学,硕士研究生,科副主任,副主任医师,研究方向:眼底病。
通讯作者:赵芳. whzf2003@163.com
收稿日期:2014-08-25 修回日期:2015-02-13

Clinical analysis of 54 cases misdiagnosed as optic neuritis

Fang Zhao, Shuang Li

Foundation item: National Natural Science Foundation of China (No. 81300761)
Department of Ophthalmology, Wuhan Central Hospital, Wuhan 430014, Hubei Province, China
Correspondence to: Fang Zhao. Department of Ophthalmology, Wuhan Central Hospital, Wuhan 430014, Hubei Province, China. whzf2003@163.com
Received:2014-08-25 Accepted:2015-02-13

Abstract

- AIM: To analyze the clinical data of 54 cases misdiagnosed as optic neuritis and to explore measures to reduce misdiagnosis
- METHODS: This retrospective study comprised 54 patients that had been misdiagnosed as optic neuritis from September 2000 to June 2013. The misdiagnosis features were summarized.
- RESULTS: Many diseases can easily be misdiagnosed as optic neuritis, including ischemic optic neuropathy, intracranial tumors, optic nerve vasculitis, myelinated nerve fibers, and so on.
- CONCLUSION: The measures to reduce misdiagnosis consisted of detailed history collection, perfect physical examination and comprehensive expertise of fundus disease.
- KEYWORDS: optic neuritis; misdiagnosis; guiding significance

Citation: Zhao F, Li S. Clinical analysis of 54 cases misdiagnosed as optic neuritis. *Guoji Yanke Zazhi(Int Eye Sci)* 2015;15(3):546-548

摘要

目的:对54例其他疾病误诊为视神经炎的临床资料进行分析,探讨减少误诊的措施。

方法:对2000-09/2013-06被误诊为视神经炎的54例患者的临床资料进行分析,总结其误诊特点。

结果:不少疾病极易被误诊为视神经炎,易误诊疾病包括缺血性视神经病变、颅内肿瘤、视乳头血管炎、有髓神经纤维等。

结论:详细询问病史,完善辅助检查,加强眼底疾病及神经眼科知识的学习,有助于减少眼底表现近似视神经炎的疾病的误诊。

关键词:视神经炎;误诊;指导意义

DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2015.3.46

引用:赵芳,李双.视神经炎临床误诊54例分析.国际眼科杂志2015;15(3):546-548

0 引言

视神经炎包括视神经乳头炎及球后视神经炎,是较常见的眼底疾病,病因很多不明。临床上仅凭一般眼底检查很容易把其他眼底表现相近的疾病误诊为视神经炎。我们回顾性分析2000-09/2013-06其他疾病误诊为视神经炎54例的临床资料,现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象 收集2000-09/2013-06在门诊、会诊、住院患者中发现的误诊为视神经炎病例54例76眼,其中男25例34眼,女29例42眼,年龄17~78(平均45.8±3.9)岁。22例双眼发病,32例单眼发病。全部患者均以急性或亚急性无痛性视力下降为主诉就诊,视力眼前手动~0.8,眼底表现:视盘水肿,边界不清,部分患者视盘色偏淡,伴或不伴视乳头旁小片状出血。误诊时间1d~5a。

1.2 方法 患者36例通过科内会诊,完善相关检查如间接检眼镜眼底检查、视野、FFA,ICGA、视觉电生理而确诊。16例通过院内请耳鼻喉科、血液内科、神经内科、神经外科等相关科室会诊,行CT、MRI、彩色多普勒血流图(CDFI)检查确诊。2例院外专家会诊,行线粒体DNA基因突变检测确诊。

2 结果

被误诊为视神经炎的有缺血性视神经病变(非动脉炎性)7例,缺血性视神经病变(动脉炎性)1例,颅内肿瘤(垂体瘤)5例,颅内肿瘤(听神经瘤)2例,颅内肿瘤(神经纤维瘤)1例,视乳头血管炎7例,有髓神经纤维6例,糖尿病视乳头病变5例,视盘玻璃膜疣4例,小柳原田病4例,多发性硬化3例,鼻窦炎(蝶窦炎)2例,鼻窦炎(筛窦炎)1例,假性视乳头炎2例,Leber遗传性视神经病变2例,视盘前血管祥1例,Foster Kennedy综合征1例。

3 讨论

视神经炎属眼底疾病中较常见的一类,一些其他视神经疾病、全身性疾病或综合征由于眼底病变的相似性,很容易误诊为视神经乳头炎或球后视神经炎。我们近13a间遇到54例误诊病例,说明在基层医院临床上视神经炎误诊率不低,分析原因如下。

(1)专科检查不仔细。本组2例假性视乳头炎患者均未检查矫正视力,仅凭裸眼视力0.2~0.4,眼底视乳头边界不清,色较红就诊断急性视乳头炎,入院后查矫正视

力0.8~1.0,行视野、FFA及P-VEP均正常而确诊。1例视盘前血管祥患者仅凭视盘旁少量小片状出血、视盘边界不清诊断视乳头炎,复诊时上级医生通过仔细检查眼底发现视盘上方有不规则血管祥,一端在视盘,另一端与视网膜血管相连并通过做FFA予以证实。

(2)询问既往病史马虎,忽略询问全身情况及家族史。患者的年龄,有无高血压、糖尿病、血液病等循环系统疾病对于鉴别缺血性视神经病变(AION)与视乳头炎有较大帮助。有循环系统疾病容易提示缺血性病变的存在,有感染病史、免疫病史者容易指向视乳头炎的诊断。有些眼底病有双眼发病倾向,在鉴别诊断有疑问时,既往病史可成为支持诊断的重要依据。本组1例单眼视乳头水肿不能判断是缺血性还是炎症性,仔细询问患者后发现另一眼有AION病史,于是此眼首先考虑AION,之后FFA也证实是AION。本组1例75岁男性患者以急性视乳头炎收入院,入院后查FFA更改诊断为AION,查ESR、CRP均升高,仔细询问病史患者近期有食欲不振、肌肉痛、低热等表现,请血液内科会诊,行颞动脉活检,病理切片发现动脉各层均有大量炎性细胞浸润而确诊为动脉炎性AION。本组3例怀疑脱髓鞘性视神经炎患者通过神经内科会诊,做颅脑MRI确诊为多发性硬化(MS)患者,通过追问病史发现1例20岁女性2a前有面神经瘫痪史,1例17岁女性近1a左上肢、右下肢均出现过肢体明显发麻,经过针灸治疗好转,1例53岁女性多年来四肢经常有麻木感。本组1例颅脑MRI确诊为垂体瘤的25岁女性患者追问病史发现长期月经失调。1例小柳原田病(VKH)患者1mo前出现过耳鸣,15d前出现过头痛。1例Leber遗传性视神经病变患者追问病史发现其外祖母有类似病史。鼻窦炎引起的视乳头炎严格说不算误诊,只是病因漏诊。本组3例仔细追问病史发现近几个月内均有过鼻窦炎严重发作,但不予重视未认真治疗,后经耳鼻喉科会诊,行鼻窦CT确诊,行相应治疗后视力、视野、眼底均恢复正常。视神经与蝶窦及后组筛窦仅隔一极薄骨板,当鼻窦炎症得不到有效控制时就会向临近组织扩展,波及到视神经。

(3)没有做特殊检查轻易下诊断。本组5例非动脉炎性AION、5例糖尿病视乳头病变、7例视乳头血管炎I型均通过做视野、FFA确诊。AION好发于中老年人,单眼视力急剧下降,传入性瞳孔障碍,视盘水肿,视力下降到最低谷后,无论治疗与否视盘水肿逐步自行消退,6~8wk后视盘萎缩变白,边界变清晰,视力保持在此水平或稍有提高。约15%病例在一眼发病后5a内另一眼继而发病。急性视神经炎年轻人居多,可伴眼球后痛、转动痛,发病2wk视力降至低谷,即使不予治疗,以后会逐渐恢复正常或接近正常^[1]。对于介于两者之间难以鉴别时,行增强MRI并通过抑脂技术,大多数视神经炎显示视神经肿胀与增强,而缺血性病变中仅少数后段缺血性视神经病变可能有增强改变^[2]。此外据研究AION患者约80%左右CDFI检查可发现单侧或双侧颈动脉狭窄、粥样斑块形成^[3],所以高度怀疑AION者可行CDFI检查。视乳头血管炎I型眼底表现为视乳头水肿者易误诊为视乳头炎,但前者大多数为单眼发病,好发于健康青壮年,一般有疲劳、情绪激动等诱因,视力下降不明显,无颅压增高和神经系统体征,FFA表现视盘周围血管渗漏,动脉阶段性充盈,静脉充盈迟缓。后者双眼发病多见,视力障碍更严重。FFA视盘周围毛细血管扩张,荧光素渗漏,动静脉改变不明显。糖尿病性视

乳头病变与视乳头炎的眼底表现相近,但前者有糖尿病史,双眼发病,可合并糖尿病视网膜病变,单纯的糖尿病视乳头病变视功能很少受影响,伴黄斑水肿才引起视力下降。忽略视网膜的其他改变容易导致误诊。

(4)医生自身对眼底病不熟悉。本组有很多病例是因为医生对一些少见的眼底病如视乳头有髓神经纤维、视盘玻璃膜疣、视盘前血管祥等不熟悉而误诊的。视乳头有髓神经纤维表现为视乳头上或下方白色羽毛状改变,与视神经炎引起的白色棉绒斑有时很相似,但前者终身不变,后者可吸收且伴有视网膜血管变化及出血或其他病变。视乳头浅表玻璃膜疣诊断较为容易,有经验的医生仅凭眼底镜检查可诊断,但埋藏性玻璃膜疣(ODD)就易误诊为视乳头水肿,尤其伴视乳头出血者更易误诊。本组3例ODD就通过B超、FFA确诊。B超可见视乳头高反射影^[4,5],其可靠性超过CT,是检查ODD最可靠的手段^[6]。ODD的FFA典型表现为疣体的自发荧光,造影早期表现为视盘局限的结节状强荧光,随造影时间延长,视盘荧光逐渐增强,无异常渗漏^[7,8]。颅内高压引起的真性视乳头水肿FFA显示荧光素渗漏。OCT能判断疣体在视盘的位置,也是很有效的检查手段。本组1例61岁女性患者做OCT时发现视盘表面抬高,疣体位于筛板前。Leber病多见于年轻男性,急性期患视盘肿胀充血,盘周毛细血管扩张。FFA显示视盘无异常荧光渗漏,这一点与视乳头炎可鉴别,但与假性视乳头炎难以鉴别,所以必须经过仔细询问患者病史。Leber病患者多可获得线粒体遗传形式的阳性家族史,即患病的女性传代,男性患病率明显高于女性。本组2例就是通过外院基因检查阳性确诊的,但是基因异常也不能排除诊断。对于年轻男性出现的视神经病变,尤其是视神经已有萎缩表现的,特别是对治疗无反应者,首先考虑到Leber病的可能。详细的家族史调查和必要的基因检查有助于本病慢性期的诊断^[9]。对于临床表现不典型、缺乏家族史而又病因不明的视乳头炎及视神经萎缩患者,应注意行基因检测并综合诊断。

(5)神经眼科知识缺乏,无颅内疾病概念,思维方式狭窄片面,缺乏综合全面诊断。此情况在基层医院和低年资医生中更多见,容易造成头痛医头、脚痛医脚、坐井观天、治标不治本的局面。本组有8例颅内肿瘤引起的视乳头水肿被误诊为视乳头炎。所以建议遇到病因不明的视乳头水肿时常行颅脑CT或MRI检查,以避免误诊、漏诊。本组1例Foster Kennedy综合征被误诊。患者是1例70岁男性,一眼视神经萎缩,另一眼视乳头水肿,门诊以视乳头炎收入院。入院后行视野、FFA检查更改诊断为AION。住院期间患者诉头痛,请神经内科会诊,行MRI检查发现颞叶底部肿瘤,诊断为Foster Kennedy综合征。AION发病2mo后视神经可出现萎缩,如另一眼也相继患病,这时后发病的视乳头水肿与先发病眼的视神经萎缩与颞叶底部或嗅沟脑膜瘤产生的Foster Kennedy综合征极为相似。鉴别主要靠颅脑MRI检查。本组1例颅内神经纤维瘤患者被误诊。患者是1例53岁女性,双眼反复葡萄膜炎5年余。右眼视力逐渐下降,后来出现视神经萎缩。左眼白内障术后复查视力0.8,眼底视乳头水肿,边界不清,色淡,门诊以视乳头炎收入院。住院期间一次不明原因的晕厥后查颅脑CT发现占位病变,转神经外科手术,病理诊断为神经纤维瘤。术后1mo余复查视野,缺损较术前有所缩小。由于有葡萄膜炎视神经萎缩的诊断在前,

很容易束缚了我们的思维。尽管对视力0.8的视乳头炎有所怀疑,却没有进一步深究。临床上双眼视乳头水肿的患者我们容易想到可能是颅高压引起的。这位患者由于既往一眼视神经已萎缩,自然水肿不明显,另一眼的视神经水肿就容易误导我们以为是单眼的水肿,把颅高压排除在外。

(6)患者临床表现不典型。本组有2例后来确诊为AION患者因临床表现不典型而被误诊为球后视神经炎。1例80岁视力仅0.02,不能做视野检查,1例检查视野缺损不典型,仅有轻度部分缺损。2例FFA早期视盘低荧光均不明显难以界定是否缺血。后来在上级医院查ICGA发现视盘周围有较明显低灌注,盘周血管充盈延迟而确诊。故对有些病例FFA+ICGA对鉴别视盘缺血抑或炎症有很大作用。

(7)病程长,病情反复,缺乏正确的分析及判断。本组1例28岁VKH患者,长期被误诊为视乳头炎,激素治疗效果良好,持续用药2mo停药不久便复发,如此反复3次,病程中逐渐出现前节炎症反应及脱发、皮肤白癜风改变。正常情况下视乳头炎治疗周期是2mo,因此对于激素治疗周期较长者应联想到VKH。同时要多观察患者的全身症状。VKH好发于20~40岁青壮年,发病突然,病情严重易复发。初期有的患者虹膜炎症不明显,眼底表现很像视神经炎,一定要追问发病前有脑膜刺激症状,是否出现耳鸣、重听及皮肤毛发的改变,必要时行FFA+脑脊液检查确诊。国内张晓君等^[10]报道113例视神经炎患者特发性脱髓鞘视神经炎占73.5%。当视神经、脊髓、脑干等处存在多灶的脱髓鞘斑时,称之为多发性硬化症(MS)。MS首发症状以视力障碍为多见占40.6%,病变部位在视神经占63%。视神经炎首次发病与确诊MS间隔时间1mo~8a,平均 $3.9\pm 0.4a$ 。MS病程呈缓解复发,二次发作间隔至少1mo,每次持续24h以上或阶段性进展病程超过6a。临床上对于视神经炎伴有其他神经系统受累表现者诊断MS并不困难,对于以视神经炎为唯一表现的MS往往会漏

诊。本组3例MS误诊就是因为每次发作只累及不同的单一神经,医生忽略了几次发作的时间序列性。因此对于首诊视神经炎且反复发作者一定要追溯病史,高度警惕MS。有条件均应做颅脑MRI。MRI比CT敏感性更高,阳性发现率可高达95%^[11]。

综上所述,临床上诊断视神经炎时一定要注意与一些类似眼底表现的疾病的鉴别诊断。接诊患者时尽可能详细询问病史、全身情况、家族史,拟诊过程中多借助一些眼科特殊检查如视野、FFA、ICGA、视觉电生理,必要时查CDFI、颅脑CT或MRI。治疗过程中要密切观察病情变化、治疗效果。平时加强眼底一些少见疾病的学习和认识,了解神经眼科知识,打破思维定势均有助于我们减少临床工作中的误诊漏诊,避免医疗纠纷的产生。

参考文献

- 1 王文吉. 缺血性视神经病变. 中国眼耳鼻喉科杂志 2010; 10(2):69-70
- 2 张瑞利. 缺血性视神经病变. 医学理论与实践 2011; 24(1):32
- 3 张超, 李金科, 唐红, 等. 前部缺血性视神经病变与颈动脉狭窄的相关性研究. 国际眼科杂志 2011; 11(3):531-532
- 4 Lam BL, Morais CG Jr, Pasol J. Drusen of the optic disc. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2008; 8(5):404-408
- 5 Kamoun R, Mili Boussen I, Beltaief O, et al. Drusen in children: Three case studies. *J Fr Ophthalmol* 2008; 31(1):67-70
- 6 Friedman AH, Beckerman B, Gold DH, et al. Drusen of the optic disc. *Surv Ophthalmol* 1977; 21(5):373-390
- 7 杨新吉, 马建民, 肖利华. 埋藏性视乳头玻璃膜疣临床诊断. 眼科研究 2006; 24(1):4
- 8 Aumiller MS. Optic disc drusen: complications and management. *Optometry* 2007; 78(1):10-16
- 9 彭晓燕. 眼底病诊断思辨. 北京: 人民卫生出版社 2009:220
- 10 张晓君, 王薇, 王虔, 等. 视神经炎病因学临床分析. 中华眼底病杂志 2006; 22(6):367-369
- 11 赵忠印. 内科诊断治疗学. 北京: 中国医药科技出版社 2000: 705-707