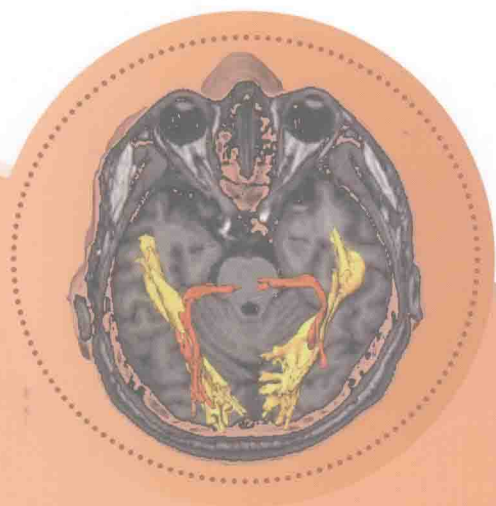


神经眼科疑难病例 精粹

主 编 魏世辉 邱怀雨



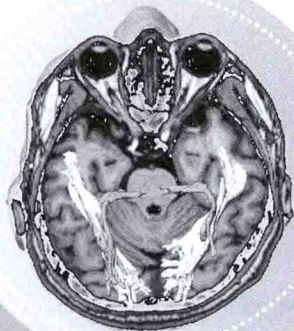
人民卫生出版社

神经眼科疑难病例 精粹

主 编 魏世辉 邱怀雨

编 者 (按姓氏拼音排序)

陈 洁	戴艳丽	胡怀彬	贾 亮	李 琳	刘水中
刘妍秀	刘子豪	马 成	毛俊峰	梅晓白	钱 诚
邱怀雨	汪静洋	王颖云	王 影	魏世辉	肖 骏
张译心	张远霞	赵 娜			



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

神经眼科疑难病例精粹 / 魏世辉, 邱怀雨主编. —北京:
人民卫生出版社, 2014

ISBN 978-7-117-18629-2

I. ①神… II. ①魏… ②邱… III. ①神经眼科学-疑难
病-病案 IV. ①R774

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 035728 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数 据库服务, 医学教育资 源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

神经眼科疑难病例精粹

主 编: 魏世辉 邱怀雨

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710 × 1000 1/16 印张: 8

字 数: 152 千字

版 次: 2014 年 4 月第 1 版 2014 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-18629-2/R · 18630

定 价: 79.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前 言

神经眼科由于涉及多学科的交叉,给临床正确诊治带来一定难度,特别是遇到一些需要深入探讨病因的疑难病例。如何有效提高临床医生的诊治水平?仅是单纯的理论学习,可能索然无味,效果事倍功半。而如果以病例讨论的形式,则可以更贴近读者的临床工作,更有效地解决患者遇到的临床实际问题。

本书所选的病例均是作者在临床中遇到的,在其诊断、治疗上都有一定难度;有些病例在患者就诊的多家医院诊治过程中还走过一些弯路。在此,总结出来,以与广大读者共勉。

由于本书为疑难疾病精粹,本着实用性出发,本书并没有按照一般的原则,将所有的神经眼科疾病种类一一叙说,而是重点分析一些易于漏诊、误诊的疾病,从而使本书更有可读性、实用性。

编 者

2014年2月

第一篇 视神经疾病

第一章 视神经炎·····	2
第一节 乙型肝炎相关性视神经炎·····	2
第二节 免疫相关性视神经炎·····	4
一、双眼先后发病的系统性红斑狼疮性视神经炎·····	4
二、单眼发病的系统性红斑狼疮性视神经炎·····	6
第三节 合并其他眼部疾病的视神经炎·····	8
第二章 动脉炎性缺血性视神经病变·····	13
第三章 乙胺丁醇中毒性视神经病变·····	17
第四章 成人 Leber 遗传性视神经病变·····	22
第五章 视神经萎缩·····	25
第一节 神经梅毒·····	25
第二节 Wolfram 综合征·····	27
第三节 肿瘤压迫性视神经萎缩·····	30
第四节 后视路疾病——跨突触变性理论·····	34
第六章 放射性视神经病变·····	39
第七章 视盘水肿·····	45
第一节 产褥期颅内静脉窦血栓形成·····	45
第二节 颅内静脉窦血栓形成伴乳突炎·····	49
第三节 肺癌脑膜转移伴双眼视盘水肿一例·····	53
第四节 脑转移瘤致双眼视盘水肿一例·····	55
第五节 新型隐球菌性脑膜炎致双眼视盘水肿·····	59

第二篇 眶上裂、眶尖及海绵窦疾病

第一章 真菌感染·····	64
第二章 非特异性炎症·····	68

第三章 肿瘤	71
--------	----

第三篇 后视路疾病

第一章 皮质盲	76
第二章 克雅病	80

第四篇 血管性疾病

第一章 颈动脉狭窄	86
第二章 视网膜中央动脉阻塞	92
第一节 抗磷脂抗体综合征	92
第二节 高半胱氨酸血症	94
第三章 颅内动脉瘤	97

第五篇 易误诊的神经眼科疾病

第一章 表现类似神经眼科疾病眼底病变	102
第一节 眼底血管样条纹	102
第二节 急性区域性隐匿性外层视网膜病变	105
第二章 重症肌无力与动眼神经麻痹	108
第一节 误诊为重症肌无力的动眼神经麻痹	108
第二节 误诊为动眼神经麻痹的重症肌无力	110
第三章 全身疾病累及眼部	113
第一节 多颅神经炎	113
第二节 多发性神经纤维瘤病	116
第四章 癔症	119

第一篇

视神经疾病

第一章

视神经炎

视神经炎是指发生在视神经的炎性病变,有按照部位划分为:视乳头炎、球后视神经炎、视神经网膜炎、视神经周围炎;也有按照病因划分为:特发性脱髓鞘性视神经炎(常与多发性硬化、视神经脊髓炎等相关)、免疫相关视神经炎、感染相关视神经炎以及其他不明原因的视神经炎。目前临床上常见的问题是病因诊断不清,一些全身的基础疾病往往是视神经炎的根本原因。寻找这些潜在的全身疾病,以及分辨出这些疾病是否与视神经炎相关是一个复杂的过程。

对于常见多发性硬化、视神经脊髓炎相关视神经炎的病例,诊断相对容易,在此不再赘述。下面介绍几个感染相关、免疫相关的视神经炎病例。

第一节 乙型肝炎相关性视神经炎

1. 病例介绍

患者男性,50岁,汉族。因双眼视力相继下降1.5个月于2012年11月5日入院。起病前8个月曾检查乙肝五项,未见异常。半月前曾行双眼周边视网膜光凝术。曾罹患肺结核,抗结核治疗后已治愈。糖尿病病史3年,口服阿卡波糖,血糖控制好。既往阑尾炎手术史。1.5个月前突然出现右眼急性视力下降,无伴随症状,0.5个月后左眼出现急性视力下降。无系统性疾病及家族遗传病史。入院查体右眼视力指数/30cm,左眼视力0.1,右眼瞳孔直径略大于左眼($d=3\text{mm}$),双眼瞳孔对光反射迟钝,双眼眼底见图1-1-1-1。双眼眼压Tn。眼底荧光血管造影(FFA)检查:双眼视网膜动静脉充盈时间正常,视盘早期呈低荧光,1分钟后呈弥漫性强荧光,右眼视盘上方有髓神经纤维遮蔽荧光,双眼视盘周点状出血遮蔽荧光。黄斑拱环完整。视网膜电图(ERG)及多焦视网膜电图(mERG)未见异常。闪光视觉诱发电位(fVEP):双眼 P_2 波峰潜时延长,波幅降低。双眼视盘及黄斑OCT未见明显异常。全身情况:胸片、心电图正常。颅脑MRI及MRA正常。腰穿测颅压 $110\text{mmH}_2\text{O}$ 。血尿常规、凝血四项、血沉、

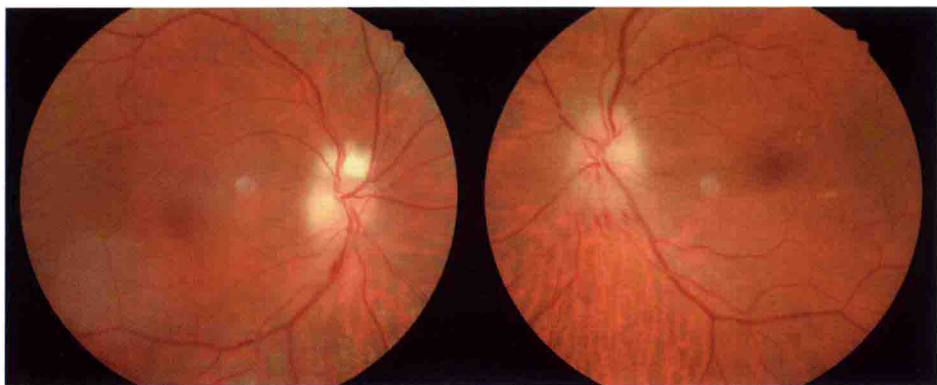


图 1-1-1-1 双眼视盘水肿,右眼视盘上方见有髓神经纤维,双眼视盘周见点状出血

C- 反应蛋白、结核三项、抗核抗体五项、HBV-DNA、HCV-RNA、乙肝表面抗体定量均为阴性。丙氨酸氨基转移酶 41.9U/L, 抗心磷脂抗体(ACL)14ru/ml, 血清 HBeAb、HBcAb、HBsAg 阳性, 血 IgE303IU/dl, 抗 SSA 抗体阳性, 脑脊液氯化物 128.3mmol/L, 脑脊液蛋白 580.5mg/L, 脑脊液 IgG4.09mg/dl, 脑脊液 HBeAb、HBcAb、HBsAg 阳性。诊断:①双眼乙肝相关性视神经炎;②慢性乙型病毒性肝炎。治疗:给予甲泼尼龙 1000mg 静脉滴注每天一次冲击治疗,3 天后停药,联合应用减轻激素不良反应的辅助用药。患者诉视物模糊症状减轻,视物明暗度及色觉改善。查视力:右眼 0.08,左眼 1.5,双眼眼底视盘水肿消退。后出院随访。

2. 讨论

乙肝相关性视神经炎是由乙肝病毒感染后或乙肝疫苗接种后产生的视神经炎症性病变,国内外目前已有个案报道。有关乙型肝炎疫苗接种后发生视神经炎的调查在美国已有详细流行病学调查。本病多发于乙型肝炎病毒感染或乙肝疫苗接种后,可累及单或双眼,主要表现类似于特发性视神经炎:伴或不伴眼痛的急性视力下降;神经纤维束损害相关的视野异常;相对性瞳孔传入障碍或视觉诱发电位异常;色觉、明暗度及对比敏感度下降等。

目前,对于该疾病尚无明确的诊断标准。临床中必须首先明确患者有乙型肝炎病毒的感染史或疫苗接种史,且患者的眼科表现符合视神经炎的诊断标准。

目前,对于本病的致病机制尚无明确定论。在有关乙肝疫苗接种出现视神经炎的调查中,David Geier 认为乙肝疫苗的接种增加了具遗传易感性的个体发病,并陈述乙肝疫苗接种和乙肝病毒感染类似导致一系列免疫紊乱。朱丽平认为可能是机体针对病毒产生的免疫应答反应而不是病毒直接侵犯视神经所致,补体激活和自身免疫介导的神经毒性反应参与了本病的发病过程。

本例患者为中年男性,双眼视力相继急性下降,双眼 VEP 异常,除外颅脑占位病变,发病前半年内有乙肝病毒感染史,且在腰椎穿刺术后行脑脊液检查发现 HBeAb、HBcAb、HBsAg 均为阳性,脑脊液有蛋白含量增高,脑脊液 IgG 明显增高。故可明确诊断为乙肝相关性视神经炎。该患者视力预后情况及疾病复发情况尚需长期随访。而该类疾病的临床特征及预后转归情况尚需对类似患者进行详细的临床特征分析。

(刘子豪 邱怀雨 魏世辉)

第二节 免疫相关性视神经炎

全身免疫疾病相关的视神经炎,治疗上有其特点,比如对激素治疗有依赖性,部分患者尚需要免疫抑制剂治疗。病情容易反复发作。可以引起自身免疫性视神经炎的全身疾病有红斑狼疮、干燥综合征、白塞病和结节病等。

下面是两例系统性红斑狼疮患者导致视神经病变,一例表现为双眼发病,一例表现为单眼发病。

一、双眼先后发病的系统性红斑狼疮性视神经炎

1. 病例介绍

患者女性,21岁,因右眼视力下降半年,左眼视力下降1个月就诊。患者有系统性红斑狼疮病史5年,平时口服泼尼松片控制病情,但未规律复查及治疗。右眼最初发病时伴眼球转动痛,表现为晨起时发现上方视物模糊,无明显诱因。4天内视力降至光感,予以皮质类固醇激素治疗1周后矫正视力即恢复至0.12,左眼矫正视力1.0。3个月后右眼矫正视力恢复至0.25。6个月后,患者出现双手及面部红斑,皮肤病变出现1个月后出现左眼视力下降伴视野缺损。查体:右眼矫正视力0.1,左眼0.5⁻²,右眼视盘界清色淡,左眼视盘色淡红(图1-1-2-1)。荧光素眼底血管造影检查双眼视盘及其余部位未见异常荧光。自动视野计检查示:右眼除鼻下方外,视野弥漫缺损,尤以上方严重,左眼呈盲中心暗点(图1-1-2-2)。VEP示:右眼在低、中、高三种空间频率下未引出明显波形;左眼在高空间频率条件下P100波潜时延迟,振幅低。抗核抗体滴度1:1000,抗SSA(+),抗ds-DNA(-),补体C₃:71.5mg/dl,补体C₄:10.3mg/dl,IgG1330mg/dl。不伴有其他的神经系统症状和体征,颅脑及颈胸腰椎磁共振检查未见脱髓鞘病灶。给予激素冲击、免疫抑制剂等治疗,3周后矫正视力恢复至右眼0.5、左眼0.8,双手及面部红斑减少,色变淡。院外继续口服药物治疗,密切随诊。最后诊断:双眼系统性红斑狼疮性视神经炎。

2. 讨论

系统性红斑狼疮(system lupus erythematosus,SLE)是一种慢性、系统性自

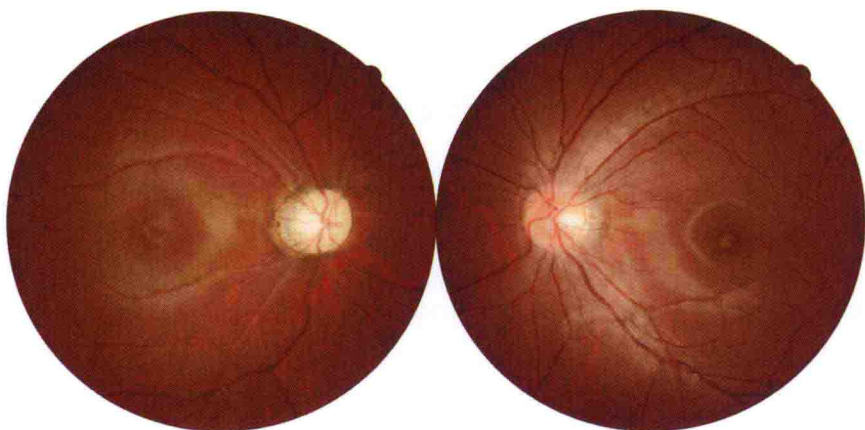


图 1-1-2-1 双眼眼底彩照
右眼视盘苍白,边界清;左眼视盘颜色淡红

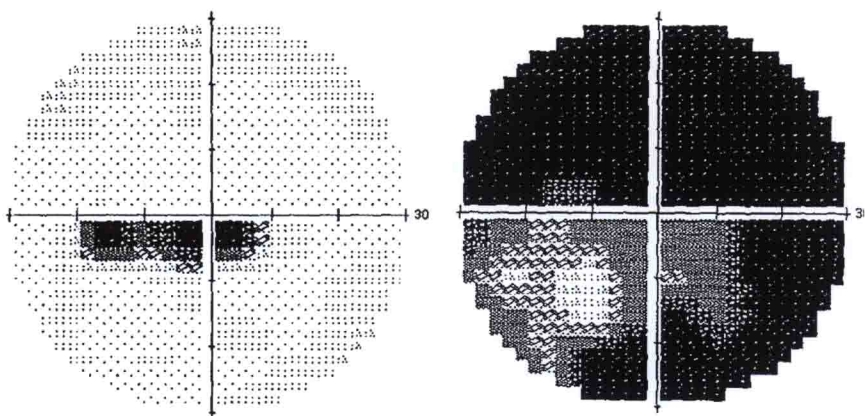


图 1-1-2-2 双眼视野
右眼除鼻下方外,视野弥漫缺损,尤以上方严重,左眼呈典型的盲中心暗点

身免疫性疾病,病理机制尚不清楚。临床表现包括急性皮肤病变、关节炎、肾脏疾病、雷诺现象、神经系统损伤、心肺肝脏疾病以及血液系统疾病。约有 1/3 的患者会有眼部表现,包括眼睑皮肤病变、所有类型的巩膜炎、视网膜血管病、神经眼科疾病以及少见的葡萄膜炎。SLE 出现视神经病变的发生率约为 0.7%,其视神经病变的类型包括视神经炎和缺血性视神经病变,视神经炎可能为抗体依赖的细胞毒性导致视网膜细胞死亡和视神经脱髓鞘所致;而血管炎除了可以引起常见的 SLE 性视网膜血管炎之外,也可单独导致视神经的小血管的闭塞而引起缺血性视神经病变。该病的治疗可以选择皮质激素和环磷酰胺,目前标准的治疗是甲泼尼龙静脉应用(1g/d),3 天后改口服皮质类固醇

1mg/(kg·d),逐渐减量,有些患者还需要应用抗凝剂和(或)免疫抑制剂。SLE患者发生视神经病变后,视力的预后常常不好,复发会进一步恶化视力预后,早期(<10天)接受治疗的患者视力恢复相对较好,但是并未发现长期激素治疗对视力恢复的益处。

系统性红斑狼疮相关的视神经炎并不多见,但是眼科医生能把它与特发性脱髓鞘性视神经炎正确的鉴别是非常重要的,因为它会有很严重的视力损害以及激素依赖性。早期诊断和及时治疗对视功能恢复非常重要。特发性脱髓鞘性视神经炎可表现为急性的单眼视力丧失或伴有眼球转动痛,以后复发可累及另眼。本例患者初发病时为单眼,此后另眼也发病,病程中也有眼球转动痛,但是没有其他与脱髓鞘相关的神经系统症状和体征,磁共振检查也没有发现神经系统的脱髓鞘病灶,对激素治疗敏感,因此可与特发性脱髓鞘性视神经炎鉴别。本病例提示,对于患有视神经炎的年轻女性,尤其是对激素依赖的患者,应该注意排除SLE等自身免疫性疾病的可能。

(张译心 魏世辉)

二、单眼发病的系统性红斑狼疮性视神经炎

系统性红斑狼疮是一种好发于青年女性的自身免疫性结缔组织疾病,常累及全身多脏器,我国的患病率是70/10万人。其中,大约15%的患者有眼底表现异常,多累及双眼,但也有单眼受累。现将我们收集的1例单眼有严重视网膜、视神经病变的SLE患者报告如下。

1. 病例介绍

患者女性,20岁,2009年9月以左眼视力下降1个月为主诉就诊,无视物变形、眼红、眼痛、复视。系统性红斑狼疮病史2个月余,以发热、皮疹起病,曾出现狼疮脑病,经激素治疗后全身症状消失。无高血压、糖尿病史,无眼病史及家族史。眼部检查:视力右眼1.5、左眼0.15,双眼角膜透明,瞳孔直径3mm,左眼相对性传入性瞳孔障碍(relative afferent pupillary defect, RAPD)阴性;右眼视盘、视网膜无异常;左眼视盘周围网膜有许多棉绒斑及片状出血,视网膜无明显水肿、血管无白鞘(图1-1-2-3)。眼压右眼14mmHg,左眼15mmHg。FFA报告右眼未见异常荧光;左眼视网膜血管壁荧光渗漏,部分中、小血管闭塞,除黄斑部外的视网膜有大片毛细血管无灌注区,未见明显新生血管,视网膜面有散在出血性遮蔽荧光,晚期视网膜弥漫强荧光(图1-1-2-4)。视野报告右眼正常,左眼管状视野和颞侧视岛。P-VEP报告右眼P100波潜伏期正常,左眼P100波潜伏期延长。诊断:左眼系统性红斑狼疮性视网膜视神经病变。除风湿科继续糖皮质激素等治疗外,眼科给予左眼全视网膜光凝术、复方樟柳碱改善微循环及营养神经治疗等。2009年12月复查时左眼视力0.3,视盘周围网膜的棉绒斑及出血消失。

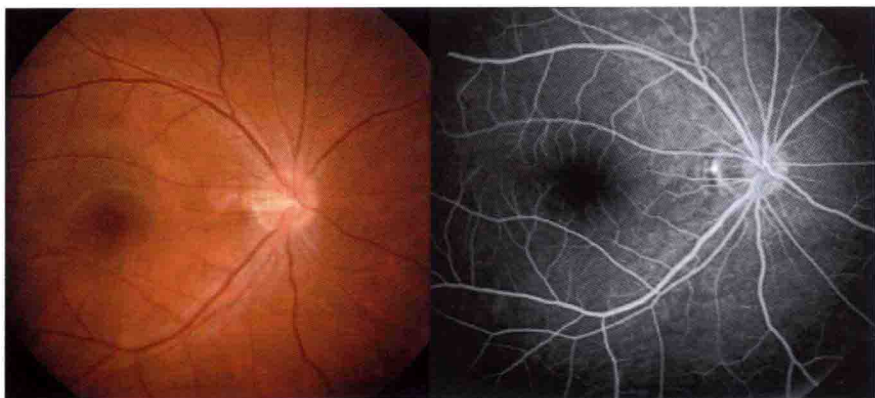


图 1-1-2-3 右眼视盘、视网膜无异常,FFA 未见异常荧光

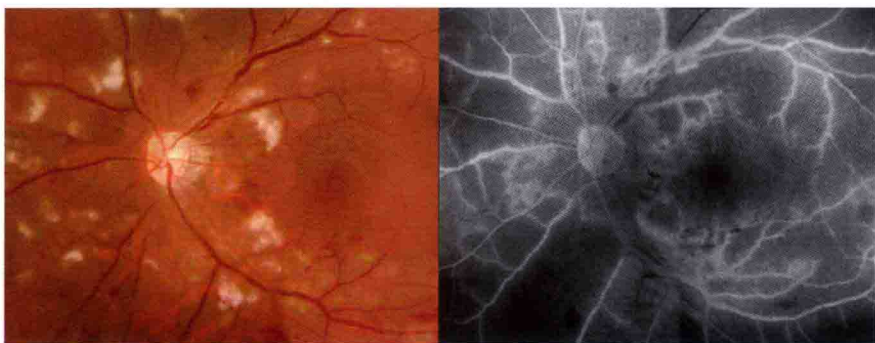


图 1-1-2-4 左眼视盘周围网膜有许多棉绒斑及片状出血,FFA 示视网膜血管壁荧光渗漏,部分中、小血管闭塞,有大片毛细血管无灌注区,视网膜面有散在出血性遮蔽荧光

2. 讨论

SLE 是一种全身性结缔组织病,血清中出现以抗核抗体为代表的多种自身抗体和多系统受累是两个主要临床特征。部分 SLE 患者有眼部表现,主要分为四类:眼睑皮肤病变、继发性 Sjögren 综合征、视网膜血管病变和神经眼科病变。此例患者是在 SLE 起病 1 个月余后出现左眼视力下降,尽管经过糖皮质激素冲击治疗等后,发热、皮疹及精神症状等全身表现已消失,但左眼视力仍继续下降,出现严重的视网膜血管病变和视神经损害。尽管眼底病变多出现在 SLE 的活动期,但此患者全身病情的转归与视网膜、视神经病变的转归并不一致,两者对激素治疗的反应也不一致,全身症状对激素反应敏感,但激素治疗并不能控制视网膜、视神经损害的加深。但对此观点尚需大量的 SLE 病例资料证实。另外,SLE 的眼部表现多为双眼,但也有单眼发病,目前关于 SLE 的不对称眼部病变的发生机制尚不清楚。

视网膜血管病变是 SLE 患者中最常见的眼部病变,多表现为伴有或不伴有视网膜内出血的棉絮斑。此例患者的视网膜表现为围绕视盘的大量棉絮斑,伴有散在出血,FFA 发现视网膜许多中、小血管闭塞,形成大片毛细血管无灌注区,分布于除黄斑部之外的视网膜。很显然,这些棉絮斑的形成与视网膜微小血管的闭塞有关。在眼部血管壁中有免疫球蛋白和补体等免疫反应物,继发自身免疫反应,攻击、损害血管壁,最终导致视网膜血管闭塞。一般来说,SLE 中视神经病变的发生率为 1%~2%。此患者存在左眼 RAPD 阳性、VEP 及视野异常,存在明确的视神经损害证据,而且视神经损害比较严重,左眼视野仅残存管状视野和颞侧视岛。SLE 视神经病变的发病机制也是微血管病变,轻者视神经发生局部脱髓鞘,严重时表现为轴索损伤甚至视神经梗死。

临床上,遇到视网膜棉絮斑或不明原因的视神经损害时,不论双眼或单眼,均应考虑到有 SLE 的可能;对于 SLE 患者,尤其是活动期患者,应定期进行眼部检查,及时发现眼部病变,及早治疗,避免视功能进一步丧失。

(毛俊峰 魏世辉)

第三节 合并其他眼部疾病的视神经炎

视神经炎有时和其他眼部疾病合并存在时,视神经炎的诊断就较为困难,因为大部分医生都会遵循“以一个疾病来解释病情”原则,而忽视视神经炎的存在。这对于患者的视力恢复不利。下面我们叙述一例双眼陈旧性中心性渗出性脉络膜视网膜病变合并左眼特发性视神经炎。

1. 病例介绍

患者李某,女性,37 岁,2009 年 10 月 12 日因“左眼眼前固定阴影遮挡伴视力突然下降一个月”入院。患者一个月前左眼眼前感有一阴影遮挡,未予重视,第二天发现左眼视物变暗,第三天感左眼眼前正前方有一固定、不随眼位改变的阴影,之后阴影迅速扩大并影响患者视力,患者仅能感到“下方光线”。就診于其他医院,诊断为“左眼中心性渗出性脉络膜视网膜病变(central exudative chorioretinopathy, CEC)复发”给予“曲安奈德 30mg 左眼球后注射”。一周后再于另一家医院诊断为“左眼视神经病变?”,再次给予“曲安奈德 60mg 球旁注射”。患者眼部症状未见明显改善遂来解放军总医院就诊。

患者于 1999 年在当地医院诊断为“右眼 CEC”,2005 年诊断为“左眼 CEC”并行左眼光动力治疗(photodynamic therapy, PDT),2007 年“左眼 CEC 复发”,在第二次行 PDT 治疗后,左眼视力矫正达 0.6。

入院检查:视力:右眼 0.07,不能矫正;左眼:眼前手动。左眼辨色力相对于右眼有所下降。双眼睑无肿胀,结膜未见明显充血,角膜透明, KP(-),前房深,房水清,虹膜纹理清,右眼瞳孔直接对光反射正常,左眼 RAPD(+),晶状体

透明,眼底:右眼视盘界清色正,C/D 约 0.3,颞侧可见脉络膜弧形萎缩斑,视网膜血管走形正常,A/V 约为 2:3,黄斑区可见陈旧性渗出及瘢痕化改变,左眼底上方视盘边界略模糊,C/D 约 0.3,黄斑区脉络膜点状陈旧渗出。非接触眼压:右眼:14.5mmHg,左眼:16.5mmHg。

辅助检查:左眼荧光素眼底血管造影(fundus fluorescein angiography,FFA)联合吲哚青绿血管造影(indocyanine green angiography,ICG)(2009 年 9 月 23 日)(图 1-1-3-1):早期即见黄斑中心凹无血管区(foveal avascular zone,FAZ)内有一斑状强荧光,后期无明显渗漏;另可见后极部眼底有一些分布不均匀的荧光略高的斑状改变,后期视网膜血管呈节段性染色。左眼光学相干断层扫描(optical computed tomography,OCT)检查(2009 年 9 月 21 日)(图 1-1-3-2):黄斑中心凹处有局限性团块自视网膜色素上皮层(retinal pigment epithelium,RPE)向上突出,出现局限性增厚区域。双眼闪光视觉诱发电位(flash visual evoked response,FVEP)检查(2009 年 10 月 14 日)(图 1-1-3-3):右眼在高低两种闪烁

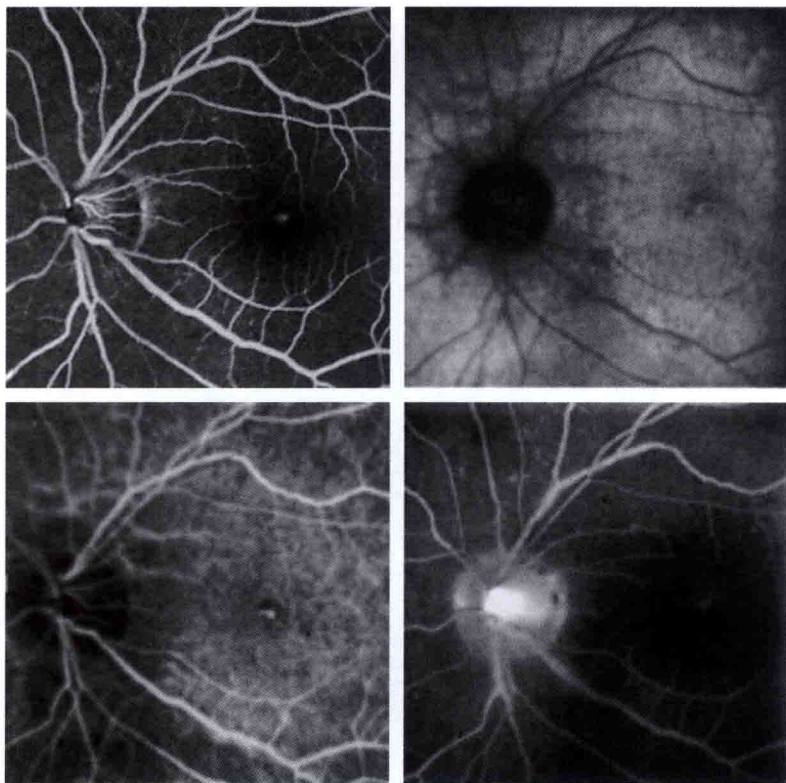


图 1-1-3-1 左眼荧光素眼底血管造影联合吲哚青绿血管造影

注:早期即见黄斑中心凹无血管区内有一斑状强荧光,后期无明显渗漏;另可见后极部眼底有一些分布不均匀的荧光略高的斑状改变

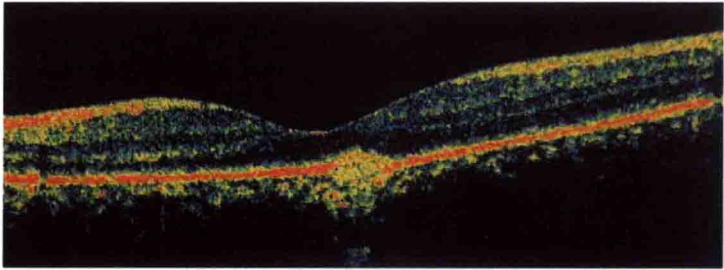


图 1-1-3-2 左眼光学相干断层扫描

注:黄斑中心凹处有局限性团块自视网膜色素上皮层向上突出,出现局限性增厚区域

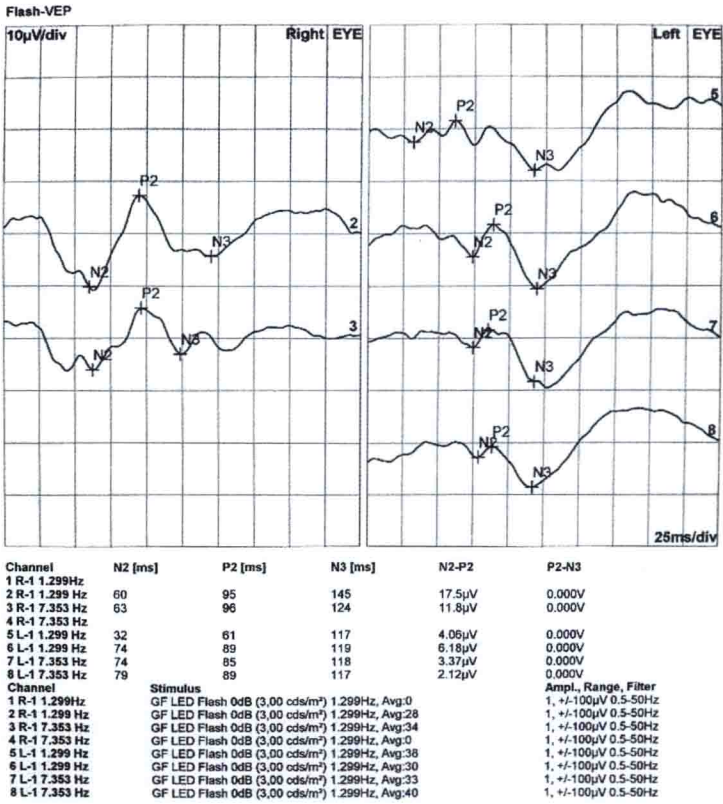


图 1-1-3-3 双眼闪光视觉诱发电位

注:右眼在高低两种闪烁频率条件下 P2 波潜时迟于左眼,振幅尚可;左眼在高低两种高低闪烁频率条件下 P2 波潜时尚可,振幅低

频率条件下,P2波潜时迟于左眼,振幅可;左眼在高低两种闪烁频率条件下P2波潜时可,振幅低。该患者左眼视力不足0.1未行视野检查。

入院诊断:①左眼视力下降原因待查:特发性视神经炎(idiopathic optic neuritis,ION)?②双眼陈旧性中心性渗出性脉络膜视网膜病变(右眼瘢痕期);③双眼高度近视。

治疗经过:静脉滴注1000mg泼尼松琥珀酸钠,3天后改口服60mg泼尼松片,此后按照ONTT(The Optic Neuritis Treatment Trial)标准逐渐减量。同时辅以活血化瘀、营养视神经等药物。至2009年10月26日出院,患者自述左眼视力有所提高,查:视力:左眼:眼前数指,显然验光后达0.02,结膜未见明显充血,角膜透明,无KP,前房深,房水清,虹膜纹理清,瞳孔圆,约3mm,直接对光反射迟钝,间接对光反射灵敏,RAPD(+),晶状体透明,散瞳查:视盘界清色正,C/D约0.3,视网膜血管走形可,直径A/V约2:3,黄斑区脉络膜点状陈旧渗出。右眼同入院。非接触眼压:双眼:17.2mmHg。

2. 讨论

目前公认的ION诊断标准是美国视神经炎研究小组在ONTT中提出的。ONTT诊断标准为:①伴或不伴眼痛的急性视力下降;②神经纤维束损害的相关视野异常;③有下列两者之一:RAPD(+),VEP异常;④排除压迫性、缺血性、中毒性、遗传性、代谢性或浸润性视神经病临床或实验室证据;⑤不会导致急性视力下降的视网膜疾病和其他眼部、神经系统疾病的临床和实验室证据。据此标准,该患者诊断为左眼ION并不困难。但该患者左眼既往有CEC,且在行PDT治疗两年后曾有复发,所以根据“一元论”思想,眼科医师在寻找左眼视力下降原因时,常常首先考虑是CEC复发,但是患者左眼视力下降速度和幅度较大,左眼较右眼辨色力下降,查左眼RAPD阳性,左眼FFA联合ICG造影示早期即见FAZ内有一斑状强荧光,后期无明显渗漏;这些都是“一元论”无法完整解释的。单用CNC复发解释患者左眼病情有些牵强。此时,眼科医师应跳出思维定势,针对临床典型症状和体征,从常见病出发,寻找视力下降的其他可能原因。同时,眼科医师,特别是眼底病医师,应重视瞳孔检查,在散瞳前应仔细检查瞳孔情况,而不是仅凭眼压情况就立即散瞳。

参 考 文 献

1. Albitar S, Bourgeon B, Genin R, et al. Bilateral retrobulbar optic neuritis with hepatitis B vaccination. *Nephrol Dial Transplant*, 1997, 12: 2169-2170
2. David A. Geier, Mark R. Geier. A case-control study of serious autoimmune adverse events following hepatitis B immunization. *Autoimmunity*, 2005, 38 (4): 295-301
3. 童绎, 魏世辉, 游思维. 视路疾病基础与临床进展. 北京: 人民卫生出版社, 2010
4. Sivaraj RR, Durrani OM, Denniston AK, et al. Ocular manifestations of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*, 2007, 46: 1757-1762