

中心性浆液性脉络膜视网膜病变误诊分析

郭青 皮裕琳 曲冬懿 董莹 尹澜

【摘要】 目的 探讨分析中心性浆液性脉络膜视网膜病变误诊为交感性眼炎和其他眼底疾病, 误诊为中心性浆液性脉络膜视网膜病变的原因。方法 对初诊为交感性眼炎的 2 例和初诊为中心性浆液性脉络膜视网膜病变的 5 例患者进行散瞳眼底检查和眼底荧光血管造影, 部分行靛青绿血管造影检查, 观察病情追踪随访。结果 2 例初诊为交感性眼炎的患者为中心性浆液性脉络膜视网膜病变; 5 例初诊为中心性浆液性脉络膜视网膜病变的患者中 2 例为脉络膜转移癌, 1 例为老年黄斑变性合并陈旧性大泡性视网膜病变, 2 例为下方渗出性视网膜脱离伴黄斑浅脱离。结论 对眼底病患者要重视散瞳详细检查眼底, 对激素引起的色素上皮屏障功能损害, 要注意与交感性眼炎相鉴别。

【关键词】 脉络膜视网膜病变; 误诊

中心性浆液性脉络膜视网膜病变(Central serous chorioretinopathy, CSC)根据患者的症状、眼底表现和荧光造影诊断一般不难, 但临床上常因患者有视力下降、视物变形或眼前黑影而将其他眼底病误诊为 CSC。另外, 眼外伤后大剂量糖皮质激素的应用可诱发 CSC。其症状与早期交感性眼炎相似, 也容易将 CSC 误诊为交感性眼炎。本文回顾了 2002~2006 年 CSC 误诊的 7 例病例, 现报告如下。

资料和方法

分析 2002 年 1 月至 2006 年 10 月我院眼科就诊的具有误诊史的 CSC 7 例 8 眼, 男性 6 例 7 眼, 女性 1 例 1 眼, 年龄 31 岁~70 岁, 平均年龄 53 岁。右眼 5 例, 左眼 1 例, 双眼 1 例。7 例误诊中角巩膜裂伤修补术后 1 例, 眼外伤玻璃体切除术后 1 例, 陈旧性脉络膜视网膜病变 1 例, 白血病骨髓移植术后 1 例, 原田氏病 1 例, 不明原因视力下降首诊眼科 2 例。分为初诊为 CSC 而最后确诊为非 CSC 以及初诊为非 CSC 而最后诊断为 CSC 两种情况。对初诊的所有患者均散瞳后直接和间接检眼镜眼底检查、眼底荧光血管造影, 部分行靛青绿血管造影和 B 超检查, 分析发生误诊的可能原因, 并追踪随访观察病情。

结 果

2 例初诊为交感性眼炎的患者为 CSC; 5 例初诊

为 CSC 的患者中 2 例为脉络膜转移癌, 1 例为老年黄斑变性合并陈旧性大泡性视网膜病变, 2 例为下方渗出性视网膜脱离伴黄斑浅脱离。

初诊为交感性眼炎的 2 例患者均有眼外伤手术史, 并用抗生素、地塞米松治疗, 分别在伤后 3 周和 4 个月, 健眼出现不同程度的视力下降, 由 0.8 和 1.0 降至 0.4 和 0.6, 外伤眼仍保持在光感~0.1。外伤眼炎症无明显加剧, 健眼前节无炎症表现, 玻璃体无混浊, 黄斑中心凹反光消失, 色素紊乱, 眼压在(15~18) mmHg。这 2 例患者因有明确的眼外伤手术史, 健眼出现视力下降临床上首先考虑为交感性眼炎, 继续给予激素治疗, 视力无好转。眼底荧光血管造影: 黄斑部可见高荧光点, 随造影过程呈墨渍样扩大确诊为 CSC, 对症治疗并停用激素后, 追踪观察健眼视力恢复至 0.5 和 0.8。

5 例初诊为 CSC 的患者, 1 例患者 55 岁, 20 年前双眼曾患 CSC, 反复发作, 近 2 年双眼视力下降, 右眼 0.25, 左眼 0.08, 行散瞳眼底检查和眼底荧光血管造影、靛青绿血管造影检查, 确诊为双眼老年黄斑变性合并陈旧性大泡性视网膜病变。另外, 4 例初诊为 CSC 的患者初诊时未散瞳检查, 散瞳后发现 2 例为下方渗出性视网膜脱离伴黄斑浅脱离。其中白血病骨髓移植术后 1 例, 原田氏病 1 例。2 例视盘颞上方出现视网膜下黄白色圆形扁平隆起伴局限性视网膜浅脱离, 眼底荧光血管造影显示早期不显荧光, 后逐渐显现小点状或斑片状荧光, 晚期荧光渗漏逐渐融合成斑驳状荧光, 外围有一弱荧光环。结合 B 超检查考虑脉络膜转移癌, 全身检查发现 1 例

为甲状腺癌转移，一例为肺癌转移。

讨 论

由于交感性眼炎的不良预后，临床对于严重眼外伤的病例多关注交感性眼炎的预防与治疗，而对于长期大剂量糖皮质激素引起的色素上皮屏障功能的损害则易忽视。已有报道糖皮质激素可以损害色素上皮或它们之间的紧密连接而诱发 CSC^[1]。Tittl 等^[2]对 230 例连续观察的 CSC 患者进行回顾性分析发现，有 21 例(9.1%)在发病初曾因全身疾病而应用糖皮质激素。即使口服很小剂量的泼尼松(10~15mg/d)也有发生 CSC 的报道^[3]。因此对于严重眼外伤应用大剂量糖皮质激素后，在治疗过程中出现健眼视物模糊，而外伤眼炎症无明显加重，健眼眼前节无炎症表现，玻璃体无混浊，要考虑健眼是否有 CSC 的可能，应积极行眼底荧光血管造影明确诊断。

CSC 的诊断一般不难，但临床上常因未散瞳详细检查眼底而误诊。对下方渗出性视网膜脱离和脉络膜肿瘤通过散瞳眼底检查容易诊断。已有报道 8%

的乳腺癌患者以眼部症状先发现，而肺癌患者 53% 先出现眼部症状^[4]。本病例中一例甲状腺癌发生脉络膜转移，以眼部症状为首发比较少见。脉络膜转移癌中 80% 的患者出现视物模糊或视力下降，部分可有中心暗点^[5]，和 CSC 的症状相似。因此，对怀疑 CSC 的患者散瞳详细检查眼底尤为重要。对以往有 CSC 病史的老年患者要注意行眼底荧光血管造影和靛青绿血管造影检查排除老年黄斑变性。

参考文献

- 1 李志华. 中心性浆液性脉络膜视网膜膜病变的研究现状. 国外医学眼科学分册, 2004, 28: 120-123.
- 2 Tittl MK, Spaide RF, Wong D, et al. Systemic findings associated with central serous chorioretinopathy. Am J Ophthalmol, 1999, 128: 63-68.
- 3 Abuel-Asrar AM. Central serous chorioretinopathy complicating systemic corticosteroid therapy. Eur Ophthalmol, 1997, 7: 297-300.
- 4 Shields JA, Shields CL. Intraocular tumors. A Text and Atlas. Philadelphia: WB Saunders, 1992, 207-2385.
- 5 钱宜珊, 张勇进. 脉络膜转移癌. 国外医学眼科学分册, 2005, 29: 404-407.

(收稿时间: 2007-05)

· 病例报告 ·

双眼眶巨大海绵状血管瘤一例

田蕊蕊 韩海仙 范卫兵

杨×× 男 67岁 主因双眼球前突、疼痛7年，左眼视物模糊加剧1个月，来我院门诊就诊。患者曾于1991年在外院行右眼球后海绵状血管瘤切除术。术后右眼视力1.0。7年后，右眼又出现前突，之后1年左眼也出现前突。近3年来双眼前突、疼痛明显加重，右眼视力完全丧失。近1个月来左眼视力下降明显来就诊。体检：额部及双颞侧皮肤呈不规则隆起，边界不清，肤色及皮温正常，波动感不明显，余未见异常。右眼视力无光感，左眼视力0.2。眼球运动明显受限。双眼睑严重变形、水肿，不能完全遮盖眼球。结膜充血，下方暴露之球结膜淤血、水肿(图1)。双眼角膜清，前房深浅正常，虹膜纹理清，右眼瞳孔直径4.5mm，直接光反应消失，间接光反应存在。左眼瞳孔直径2.5mm，直接、间接光反应存在。晶体密度高，无明显混浊。右眼视乳头边界清，色苍白，视网膜无脱落、渗出及出血。左眼视乳头边界清，色淡，视网膜无脱落、渗出及出血。B超检查：显示双眼眶肿瘤呈类圆形占位，内回声丰富均匀，中高反射。CT显示：于各扫描层面系双侧眼球后均可见团状，不规则高等混杂密度影。CT值23-40Hu左右，病灶呈膨胀性生长，周围组织明显受压，右侧为甚，双眼球明显外突，右侧眶内骨质吸收，向内侵及筛窦，双侧视神经及眼肌均显示不清。



图1 双眼眶巨大海绵状血管瘤正面图

图2 眼眶 CT 像

额部及双颞侧皮下也有类似高等混杂密度影(图2)。印象：双侧眼眶海绵状血管瘤并侵犯额颞部皮下及筛窦。临床诊断：双眼眶海绵状血管瘤(波及额颞部及筛窦)。

讨论 海绵状血管瘤是最常见的累及单眼的眶内肿瘤，很少累及双侧。而如此巨大的双侧眼眶海绵状血管瘤则更为罕见。本例患者双眼明显前突，右眼视力完全丧失，左眼视力明显受影响。CT检查，发现双眼眶内类圆形占位性病变，双眼眶占位较大已侵及额颞部皮下，右侧已侵及筛窦，推挤右眼球向前外上方突出，左眼球向前方突出。双侧视神经明显受压。B超检查：显示双眼眶肿瘤呈类圆形占位，内回声丰富均匀，中高反射，符合海绵状血管瘤的图像。15年前患者术后病理诊断为：右眼球后海绵状血管瘤。本例患者肿瘤巨大，侵及范围广，特此报道。

(收稿时间: 2007-06)