

doi: 10.3978/j.issn.1000-4432.2022.05.13

View this article at: <https://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1000-4432.2022.05.13>

· 小儿眼病专题 ·

儿童癔症性视力障碍的临床分析与治疗

陈凌燕, 钟晖, 方旺

(深圳市儿童医院眼科, 广东 深圳 518034)

[摘要] 目的: 对儿童癔症性视力障碍的病因进行分析, 比较试镜与人工泪液给药的疗效。方法: 纳入2013年10月至2020年10月以“癔症性突发视力下降”于深圳市儿童医院门诊就诊的36例患儿, 其中男16例, 女20例。按随机原则分为试镜组与人工泪液给药组。两组在治疗过程中都辅以语言暗示。两组治疗的首次有效率采用SPSS 17.0软件Fisher精确概率检验。分析儿童癔症性视力障碍的发病原因, 提出诊断要点和防治对策。结果: 在辅以语言暗示的前提下, 试镜组与人工泪液给药组治疗方案的首次有效率分别为94.4%、83.3%, 差异有统计学意义($P<0.05$)。在相关病因分析中, 学习压力相关的有20例, 占55.6%, 包括成绩下降、逃避考试、因成绩受到家长或老师的训斥, 甚至体罚。家庭变故13例, 占36.1%, 父母离异为主要原因。留守儿童不愿返乡、同学纠纷、校园霸凌以及外伤等为其他原因。结论: 试镜加语言暗示比人工泪液加语言暗示更能有效提高癔症性视力障碍的首次治疗有效率。学习压力、家庭变故相关因素为癔症性视力障碍的最常见原因。

[关键词] 癔症; 视力障碍; 暗示治疗; 心理生理性障碍; 儿童

Clinical analysis and treatment of hysterical visual impairment in children

CHEN Lingyan, ZHONG Hui, FANG Wang

(Department of Ophthalmology, Shenzhen Children's Hospital, Shenzhen Guangdong 518034, China)

Abstract **Objective:** To analyze the causes of hysterical visual impairment in children, and to compare the efficacy of two treatments of trial frame and artificial tears administration. **Methods:** A total of 36 children with sudden hysterical visual impairment admitted to Shenzhen Children's Hospital from October 2013 to October 2020 were enrolled in our study, including 16 males and 20 females. They were randomly divided into trial frame group and artificial tears group. Both groups were supplemented with verbal suggestion during the treatment. The primary effective rates of the two groups were compared by SPSS 17.0 Fisher's exact test. The causes of hysterical visual impairment in children were analyzed, and the main points of specific diagnostic tests and treatments were summarized. **Results:** The primary effective rate of the trial frame group and the artificial tears group were 94.4% and 83.3% respectively. The difference was statistically significant ($P<0.05$). In this study, there

收稿日期 (Date of reception): 2021-12-31

通信作者 (Corresponding author): 钟晖, Email: zhonghuisui@tom.com

were 20 cases (55.6%) related to study pressure, including decline in academic performance, evasion of exams, reprimand by parents or teachers, and even corporal punishment. There were 13 cases (36.1%) caused by family accidents, and parents' divorce was the main reason. Leftover children unwilling to return hometown, classmate disputes, campus bullying and trauma were other reasons. **Conclusion:** Trial frame is more effective than artificial tears therapy in improving primary effective rate of hysterical visual impairment. Study pressure, family accident are the most common causes of hysterical visual impairment.

Keywords hysterical; visual impairment; suggestion therapy; psychophysiologic disorders; child

癔症性眼病是大脑皮层受到刺激后导致的非器质性眼部运动或感觉障碍, 是一种心因性疾病, 易发生于在性格内向、情感脆弱敏感的人群。儿童作为一个特殊的群体, 心智发育尚不成熟, 受周围环境、压力等因素的影响而更易罹患^[1]。

癔症性眼病的表现形式多样, 包括突发失明、视力下降、眼睑痉挛、复视、上睑下垂等, 其中以视力障碍为多见。往往因发病突然, 病情严重或短时间内无法找到器质性病因, 引起患儿及其家长的精神压力。临床工作中, 癔症性眼病也常常导致误诊, 检查花销巨大, 可能予以不必要的药物甚至有创性治疗。近年来, 随着社会环境竞争日益激烈, 学习压力增加, 儿童癔症性视力障碍的发病有日趋增高的趋势^[2]。此类眼病或伴随情绪失落、兴趣缺失等特点, 有自杀倾向的抑郁症也存在此类性格特点, 因此更要引起临床医生的重视, 避免悲剧的发生^[3]。熟知发病特点, 尽早识别诊断, 并给以更有效的治疗势在必行。

1 对象与方法

1.1 对象

儿童癔症性视力障碍的诊断标准: 1) 有精神创伤或刺激病史, 颅脑计算机断层扫描(computed tomography, CT)未见异常或无神经内科系统疾病; 2) 突发单眼或双眼视力下降或视野异常, 但无明显行动障碍, 或视觉诱发电位(visual evoked potential, VEP)和视网膜电图(electroretinogram, ERG)等电生理检查无异常; 3) 患眼经眼科常规检查无屈光不正之外其他任何器质性病变; 4) 通过心理及暗示治疗, 视力或视野可在短期内有效恢复^[4]。突发视力下降伴全身其他系统性疾病的排除研究队列。

纳入2013年10月至2020年10月以“癔症性突

发视力下降”于深圳市儿童医院门诊就诊的36例患儿, 其中男16例, 女20例, 年龄6~13岁。视力下降程度从无光感到最佳矫正视力4.2之间不等, 病程1~5 d。追问病史均有精神创伤或刺激。眼部常规检查包括视力、眼压、验光、裂隙灯显微镜、瞳孔对光反射、眼底及眼位。除3例患儿本身有屈光不正戴镜史之外, 其他患儿均未见眼部器质性病变。对于临床症状不典型的患儿予以VEP和ERG等电生理检查, 必要时行头颅CT或请神经内科排查。所有病例经心理暗示疗法均达到视力恢复的情况, 随访1年, 复发2例, 再次干预至完全康复。

1.2 方法

从患儿走进诊室到主诉病情, 通过观察其行为表现以及家长的反应, 接诊医生获得癔症性视力障碍的初始印象。通过眼部基本检查未发现器质性病变, 则可通过不同的鉴别方法进行多项初步测试。达到佐证癔症性视力障碍的任何一步, 都可以开始试验性治疗。反之, 则需要进行电生理包括VEP、ERG等方法进一步探究, 甚至请神经内科医生会诊, 排除颅内病变。如果最终没有发现任何病理性改变, 也可以开始试验性暗示疗法。暗示治疗后, 当时最佳矫正视力恢复且达到4.9或以上为治疗有效。

本研究采取随机数字表的原则分别给患儿予以试镜和人工泪液滴眼。两组病例均在与患儿家属单独沟通后, 征得家属同意的前提下, 由其配合医生共同实施该暗示疗法。本研究符合临床研究伦理要求, 取得家长同意并签署知情同意书。

试镜组在安静的环境下, 跟患儿沟通, 取得信任, 告知其近视, 可能需要戴镜矫正视力。随后, 在镜架上分别给予正负25°球镜, 达到中和。同时告知患儿1个镜片就逐渐清晰, 可以再加1个更高级的镜片, 视力就完全恢复了。观察有效后予以配镜治疗1~3个月。

人工泪液给药组需要让家属将滴眼液取回诊室。让患儿知道这个药物虽然很贵,但父母还是为其购买了。医生亲自滴入患眼,并嘱咐患儿闭目10 s等药物起效。睁眼后诱导患儿视物会更亮或清晰,再使用1次可完全康复,并可带回家中继续巩固疗效。

1.3 统计学处理

采用SPSS 17.0软件Fisher精确概率检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

试镜组与人工泪液给药组在本研究中首次有效率分别为94.4%和83.3%,二者差异有统计学意义($P < 0.05$)。首次治疗无效的患儿通过多次治疗或更改治疗方案,比如人工泪液给药组滴人工泪液无效,联合试镜暗示疗法,最终均获得痊愈。其中1例是经过心理科咨询后,再次眼科诊疗才取得疗效。对于本身有屈光不正戴镜史的患儿,试镜组是通过告知其度数加深,需更换更高度数的镜片。所有病例随访1年,2例复发,经再次治疗后痊愈(表1)。

表1 癔症性视力障碍2种方法治疗效果对比

Table 1 Efficacy of two treatments for hysterical visual impairment

组别	有效人数	无效人数	合计
试镜组	17	1	18
人工泪液给药组	15	3	18
合计	32	4	36

当发现癔症性视力障碍可疑诊断,分别制造单独与患儿和家属谈话的机会,追问近期患儿自身及周围环境是否有可疑刺激因素。本研究病例中学习压力相关的有20例,占55.6%,包括成绩下降、逃避考试、因成绩受到家长或老师的训斥,甚至体罚。家庭变故13例,占36.1%,父母离异为主要原因,其次是亲人病故以及二胎出生后自觉受到冷落。留守儿童不愿返乡、同学纠纷、校园霸凌以及外伤等为其他原因。

3 讨论

研究^[5]显示:少年儿童癔症的发病率为9.4%~20.0%,且有逐年上升的趋势。癔症性视力障碍是转换型癔症的一种表现,起病突然,有明显的心理冲突或精神创伤。大脑皮质在强烈刺激下引起视觉投射区域的局部抑制,造成皮质及皮质下中枢非器质性功能失调。儿童心理发育尚不成熟,想象力敏感而丰富。性格内向,不善交流排解情绪或以自我为中心,无法耐受挫折与冷落,都是发病的易感因素,尤其以女性患病居多^[6]。但因其临床检查无器质性病变,极易造成误诊,比如诊断为球后视神经炎,甚至给予大剂量激素冲击治疗。

首先要对患儿和家属的言行举止做细致的观察。癔症性视力障碍的患儿部分表现内向、少言寡语、情绪低落;但另外一个极端也会表现为表达欲非常强烈,对自己的病情滔滔不绝,描述十分生动的情况。患儿家长往往神情紧张,对患儿的语言或行为反应过度关注。喜欢近距离与医生交流,害怕遗漏任何信息。

双目光感或盲的患儿,在诊室内行动需人协助,小心翼翼,但大多数能自行绕开障碍物^[7]。当试图和他们击掌时,尤其是低龄儿童,多半会主动迎合。与视路相关的神经反射也可以用来进行鉴别。例如在患儿面前突然拿出1个小镜子或者卡通图片,当患儿面对眼前的图像,顶盖前区参与的调节集合反射和瞳孔缩小就会呈现出来^[8]。虽然皮质盲也有视动性眼震或瞬目反射,但至少可以作为佐证之一^[9]。

单眼盲或视力下降的情况在临床更为常见。立体视检查往往是一个简单易行的方法。通常可以使用Titmus或TNO(荷兰应用科学研究机构)测试。佩戴偏振光眼镜得到阳性结果,提示患儿实际是双眼视物。研究^[10]显示:可在测试患儿双眼视力的情况下,通过镜片雾视正常眼,观测视力是否突然下降,来评判患眼是否真正视力受损。

以上提到的疑诊鉴别要点,从观察患儿及家属言行举止,到双眼视力障碍的“击掌试验”或单眼视力障碍下的立体视检查等诸多方法,均可在癔症性视力障碍的诊断过程中提供佐证的依据。而这些依据可能促进医生坚定判断后及时开展试验性暗示治疗,节约大量检查成本或鉴别诊断时长,使患儿更快得到有效的治疗。需要注意且提醒家属知晓的是,患儿并不是装病,癔症性

疾病患者是无意识的,与伪盲有本质不同。伪盲在青壮年发病居多,是为了特殊目的比如医疗经济纠纷、劳动合同赔偿等有意装盲,其行为举止浮夸且不配合,甚至对抗医生检查^[11]。VEP是鉴别是否真盲的手段,但偶尔也会因患者故意不配合而出现正常与不典型波形掺半的情况。

在临床中也有部分器质性疾病因其发病特点相似,无明显眼部异常体征,易与癔症性视力障碍混淆。皮质盲、球后视神经炎都可以导致急性无痛性视力下降,而眼部检查无明显异常。皮质盲系外侧膝状体以上双眼全盲,球后视神经炎为视乳头以后视神经的炎症性病变,二者VEP检查多可见发现视路信号P100潜伏期延长,振幅下降^[12]。而Stargardt病、Best病以及视锥细胞营养不良等也都可能为较差视力与正常眼底表现共存。多焦视网膜电图(multifocal electroretinogram, mERG)和基因检查在此类疾病的鉴别诊断中有重要作用^[13]。

癔症性视力障碍的暗示疗法包括泪道冲洗、球旁注射维生素C、针刺颞侧皮肤等^[14-15]。因本研究对象为儿童,对以上侵入性操作的耐受程度较低,因此采用佩戴平光眼镜和滴人工泪液的方法。刘波等^[16]发现戴平光眼镜与刺激颞侧皮肤对视力的提升效果无明显差异。而本研究中,试镜组表现出更高的一次治疗有效率。这可能与患儿均是学龄儿童,且本研究发病诱因中学习压力占主导有关。患儿或有先入为主的印象,学习好的学生戴镜比例较高,故认为自己戴镜也会表现优秀,因此在暗示诱导时很快就能获得清晰视力。2例复发病例来自人工泪液给药组,可能因家属看到痊愈忘记再继续强化给药,而患儿再次遇到困难造成复发。因此无论戴镜还是给药,持续的的关注与强化治疗都需要一个过程。尚无文献报道癔症性视力障碍的病程特征,但有研究^[17]认为16岁以下的儿童比成人更容易康复。

癔症的发生有内外两方面的因素。内在方面与患儿自身的性格密切相关,有些父母本身就有病态人格,有些疏于照顾,还有部分过于骄纵^[18]。儿童性格发育尚不稳定,在这两种极端的状态下,有可能出现性格抑郁,不会处理人际关系,抑或突出自我,争强好胜,不能面对挫折。外在因素在以往的研究中以父母离异居多,但本研究与学习压力相关的病因占首位。说明近年来随着竞争的激烈,社会、学校、家庭给儿童施加的压力越

来越大,导致患儿潜意识试图通过躯体障碍逃避困境^[19]。另外,留守儿童问题、二胎家庭重心转移、校园霸凌等新的社会问题也需要引起额外的关注。

综上,癔症性视力障碍的诊治不仅是对小儿眼科医生的挑战,也需要心理科、学校及家庭的广泛关注和参与。从小培养孩子独立性及抗挫折的能力,面对压力要积极疏导,保持良好的心态。维系和谐的家庭关系,营造健康向上、良性竞争的学习环境都是有效预防癔症性视力下降的途径。

开放获取声明

本文适用于知识共享许可协议(Creative Commons),允许第三方用户按照署名(BY)-非商业性使用(NC)-禁止演绎(ND)(CC BY-NC-ND)的方式共享,即允许第三方对本刊发表的文章进行复制、发行、展览、表演、放映、广播或通过信息网络向公众传播,但在这些过程中必须保留作者署名、仅限于非商业性目的、不得进行演绎创作。详情请访问:<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>。

参考文献

1. 陶国泰. 儿童少年精神病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1999: 260-263.
TAO Guotai. Child and adolescent psychiatry[M]. Nanjing: Jiangsu Science and Technology Publishing House, 1999: 260-263.
2. 裴竹英, 包新华, 秦炯, 等. 儿童心因性疾病的临床特点[J]. 中华儿科杂志, 2002, 40(5): 263-265.
PEI Zhuying, BAO Xinhua, QIN Jiong, et al. Clinical characteristics of psychogenic diseases in childhood[J]. Chinese Journal of Pediatrics, 2002, 40(5): 263-265.
3. 李泽钧, 刘守桓, 石雪雯, 等. 儿童青少年抑郁症诊断与治疗进展[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(14): 732-2734.
LI Zejun, LIU Shouhuan, SHI Xuewen, et al. Progress in diagnosis and treatment of depression in children and adolescents[J]. Maternal & Child Health Care of China, 2020, 35(14): 732-2734.
4. 李凤鸣. 中华眼科学(下册)[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 3010-3011.

- LI Fengming. Chinese ophthalmology (Vol. 2)[M]. 2nd Ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2006: 3010-3011.
5. 程庆林, 谢立, 徐勇. 中国儿童青少年流行性癔症特征循证分析[J]. 中国学校卫生, 2015, 36(10): 1507-1513.
CHENG Qinglin, XIE Li, XU Yong. Evidenced-based analysis of characteristics of epidemic hysteria among children and adolescents in China[J]. Chinese Journal of School Health, 2015, 36(10): 1507-1513.
 6. Takahashi M, Kunikata H, Kato K, et al. Familial background factors and their association with non-organic visual loss[J]. Clin Ophthalmol, 2019, 13: 2059-2061.
 7. Chen CS, Lee AW, Karagiannis A, et al. Practical clinical approaches to functional visual loss[J]. J Clin Neurosci, 2007, 14(1): 1-7.
 8. Lim SA, Siatkowski RM, Farris BK. Functional visual loss in adults and children patient characteristics, management, and outcomes[J]. Ophthalmology, 2005, 112(10): 1821-1828.
 9. Schoenfeld MA, Hassa T, Hopf JM, et al. Neural correlates of hysterical blindness[J]. Cereb Cortex, 2011, 21(10): 2394-2398.
 10. Villegas RB, Ilsen PF. Functional vision loss: a diagnosis of exclusion[J]. Optometry, 2007, 78(10): 523-533.
 11. 马飞, 张作明, 郭群, 等. VEP及ERG联合多焦视网膜电图在癔症性盲目诊治中的应用[J]. 第四军医大学学报, 2005, 26(1): 86-88.
MA Fei, ZHANG Zuoming, GUO Qun, et al. VEP and ERG combined with multifocal electroretinography in diagnosis of hysteria blindness[J]. Journal of the Fourth Military Medical University, 2005, 26(1): 86-88.
 12. Dattilo M, Biousse V, Bruce BB, et al. Functional and simulated visual loss[J]. Handb Clin Neurol, 2016, 139: 329-341.
 13. Somers A, Casteels K, Van Roie E, et al. Non-organic visual loss in children: prospective and retrospective analysis of associated psychosocial problems and stress factors[J]. Acta Ophthalmol, 2016, 94(5): e312-e316.
 14. 张彬, 刘云. 暗示疗法在眼科临床上的应用[J]. 临床儿科杂志, 2012, 19(1): 36.
ZHANG Bin, LIU Yun. Clinical application of suggestion therapy in ophthalmology[J]. Journal of Clinical Pediatrics, 2012, 19(1): 36.
 15. 张明亭. 儿童癔病性眼病临床表现62例分析[J]. 中国斜视与小兒眼科杂志 2007, 15(1): 43.
ZHANG Mingting. An analysis of clinical manifestations of 62 cases with hysterical ocular disease in children[J]. Chinese Journal of Strabismus and Pediatric Ophthalmology, 2012, 19(1): 43.
 16. 刘波, 杨于力, 王刚. 二种暗示方式治疗癔症性视力下降的疗效比较[J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志, 2017, 19(7): 402-405.
LIU Bo, YANG Yuli, WANG Gang. Comparison of two methods for the treatment of hysterical visual impairment[J]. Chinese Journal of Optometry Ophthalmology and Visual Science, 2017, 19(7): 402-405.
 17. Barris MC, Kaufman DI, Barberio D. Visual impairment in hysteria[J]. Doc Ophthalmol, 1992, 82(4): 369-382.
 18. Takahashi M, Kunikata H, Kato K, et al. Familial background factors and their association with non-organic visual loss[J]. Clin Ophthalmol, 2019, 13: 2059-2061.
 19. 梅其霞, 王敏建, 魏华. 135例儿童癔症的临床及个性特征等因素分析[J]. 重庆医学, 2010, 39(16): 2119-2120.
YANG Qixia, WANG Minjian, WEI Hua. Analysis of clinical and personality characteristics of 135 children with hysteria[J]. Chongqing Medical, 2010, 39(16): 2119-2120.

(责任编辑: 李建桥; 责任编辑: 李扬桦)

本文引用: 陈凌燕, 钟晖, 方旺. 儿童癔症性视力障碍的临床分析与治疗[J]. 眼科学报, 2022, 37(10): 769-773. doi: 10.3978/j.issn.1000-4432.2022.05.13

Cite this article as: CHEN Lingyan, ZHONG Hui, FANG Wang. Clinical analysis and treatment of hysterical visual impairment in children[J]. Yan Ke Xue Bao, 2022, 37(10): 769-773. doi: 10.3978/j.issn.1000-4432.2022.05.13