

第一篇 眼部疾病

第一章 眼睑疾病

眼睑位于眼眶前部,遮盖于眼球表面,起保护眼球的作用。反射性闭睑动作,可使眼球免受强光的刺激和异物的侵害。经常性瞬目运动,可及时地去除眼表面的尘埃或微生物,并使泪液均匀地分布于角膜表面形成泪膜润泽角膜。排列整齐的睫毛,可以阻挡灰尘及减弱强光的刺激。

眼睑疾病主要分为炎症、肿瘤和位置异常 3 大类。

眼睑病治疗时:①要注意保持眼睑的完整性及其与眼球的正常关系,维持眼睑的功能;②在进行眼睑手术和外伤处理时,应考虑到美容的问题;③在处理眼睑炎症时不可任意挤压患部,以免造成炎症扩散。

第一节 眼睑皮肤病

一、眼睑湿疹

(一)定义及分型

眼睑湿疹有急性和慢性两种。局部皮肤涂抹滴眼液、眼膏或其他不能耐受的刺激性物质时,常呈急性湿疹,是一种过敏性皮肤病。溢泪、慢性泪囊炎、卡他性结膜炎等则可引起慢性湿疹。

(二)诊断

1. 变部位痒感明显。
2. 急性者初起时,睑皮肤肿胀充血,继而出现疱疹、糜烂、结痂。如有继发感染,则可形成脓疱、溃疡。慢性者,局部皮肤肥厚、粗糙及色素沉着。少数可并发结膜炎和角膜浸润。血液中常有嗜酸粒细胞增多。

(三)治疗

停用有关药物,去除致病因素。局部糜烂、渗液时,采用 3% 硼酸溶液湿敷。局部丘疹而无渗出时,可外用炉甘石洗剂,已干燥的病变可外用氧化锌糊剂或四环素可的松眼膏。全身口服抗过敏药物,如苯海拉明、氯苯那敏(扑尔敏)、去氯羟嗪(克敏嗪),静脉推注葡萄糖酸钙。重症患者可加用口服皮质类固醇药物,并对症处理。

二、眼睑带状疱疹

(一)定义

眼睑带状疱疹,为带状疱疹病毒侵犯三叉神经的半月神经节或其第一、第二支,在其分布

区域发生伴有炎性的成簇疱疹。各年龄及性别组均可出现,但多见于老人及体弱者。

(二)诊断

起病前常先有发热、疲倦、全身不适、神经痛、畏光、流泪等前驱症状。3d后,三叉神经分布区出现皮肤肿胀、潮红、群集性疱疹。水疱可变为结痂,痂皮脱落后常留下瘢痕及色素沉着。病变区域可留有长期的感觉消失或异常。皮损局限于神经支配区域,不超过鼻部中线为眼睑带状疱疹的最大特征。有时同侧眼的角膜与虹膜也可同时累及继发感染者,相应部位淋巴结肿大。

(三)治疗

发病初期局部可涂1%甲紫液或氧化锌物剂。也可用0.1%~0.2%碘苷(疱疹净)液湿敷或3%阿昔洛韦眼膏涂布。适当休息,给予镇静、止痛剂,以及维生素B₁及B₂。重症患者,为增强抵抗力,可用丙种球蛋白及转移因子。预防继发感染,必要时全身使用抗生素。出现角膜炎、虹膜炎等并发症时,局部应用抗病毒药和散瞳药等。

三、单纯疱疹病毒性睑皮炎

(一)定义

单纯疱疹病毒性睑皮炎由单纯疱疹病毒所引起。这种病毒通常存在于人体内,当身体发热或抵抗力降低时,便趋活跃。因发热性疾病常常可以引起单纯疱疹发生,故又名热性疱疹。

(二)诊断

病变多发生于下睑部位,并与三叉神经眶下支分布范围符合。初发时睑部出现簇状半透明小疱组成的疱疹,约在1周内干涸,以后结痂脱落,不留下痕迹,但可复发。发病时有刺痒与烧灼感。如发生在近睑缘部位,亦有可能蔓延到角膜。病变基底刮片,常证实有多核巨细胞。

(三)治疗

1. 局部保持清洁,防止继发感染。涂1%煌绿乙醇后涂氧化锌糊剂或抗生素软膏,以加速干燥结痂过程。
2. 病变蔓延至角膜,见单纯性角膜疱疹的治疗。

四、眼睑丹毒

(一)定义

丹毒是由溶血性链球菌感染所致的皮肤和皮下组织的急性炎症。面部丹毒常易累及眼睑,累及眼睑时称为眼睑丹毒,上下眼睑均可发病,并向周围组织蔓延。

(二)诊断

眼睑丹毒典型症状为皮肤局部充血(鲜红色)、隆起、质硬,表面光滑,病变边缘与正常皮肤之间分界清楚,周围有小疱疹包围,这是临床诊断的重要特征。眼睑常高度水肿,不能睁开,患部剧烈疼痛和压痛。耳前和颌下淋巴结常肿大,全身伴有高热。在病变过程中,如发现深部组织硬化,应视为睑脓肿的前驱症状。睑部丹毒除可由面部蔓延而来以外,还可因睑外伤或湿疹继发性感染所致。抵抗力较强的患者,病变可于几天之内自行消退,但大多数情况,不彻底治疗则病变可迁延数周之久,愈后无免疫力,遇到寒冷或创伤时,在首发灶上易复发。多次复发的结果慢慢会变成睑象皮病。

坏疽性丹毒,是一种较严重的丹毒感染,一般都原发于眼睑部。这种丹毒可在几小时或几天之内引起眼睑深部组织坏死,表面覆盖一层黑色硬痂皮,几周后脱落。

睑部丹毒可通过面部静脉或淋巴组织向眶内或颅内蔓延扩散,造成严重后果。有的病例由于眼球和眼眶组织的破坏而导致视神经炎和视神经萎缩,以致失明。

(三)治疗

1. 局部紫外线照射,同时肌内或静脉注射大剂量青霉素。
2. 卧床休息。

(蒋广伟)

第二节 眼睑炎症

眼睑是暴露器官,易受微生物、风尘和化学物质等的侵犯,而发生炎症反应。眼睑的结构为前有皮肤、后有黏膜,睑缘是皮肤和黏膜的交汇处,眼睑皮肤和睑结膜的病变常可引起睑缘的病变。眼睑内有各种腺体,大多开口于睑缘,易发生细菌感染。由于眼睑皮肤菲薄,皮下组织疏松,炎症时眼睑充血、水肿等反应显著。

一、睑腺炎

睑腺炎是眼睑腺体的急性化脓性炎症,根据被感染腺体部位的不同,睑腺炎又分为两类:睫毛毛囊或其附属的皮脂腺或变态汗腺感染,称为外睑腺炎又称睑腺炎;睑板腺感染,称为内睑腺炎。睑腺炎是一种常见病。

(一)病因

为细菌感染眼睑腺体所致,多为葡萄球菌,特别是金黄色葡萄球菌感染。

(二)临床表现

睑腺炎初期,患处表现红、肿、热、痛,局部有硬结和压痛,2~3d后,病变处形成黄色脓点,硬结软化,可自行溃破。破溃后炎症明显减轻,1~2d后炎症逐渐消退。

外睑腺炎的炎症反应主要位于睫毛根部的睑缘处,开始时红肿范围较弥散,患者疼痛剧烈,同侧耳前淋巴结肿大和压痛。如果外睑腺炎邻近外眦角时,疼痛特别明显,并可引起反应性球结膜水肿。外睑腺炎向皮肤方向发展,使局部皮肤出现脓点,破溃排脓。

内睑腺炎由于局限于睑板腺内,肿胀比较局限,疼痛明显,睑结膜面出现局限性充血、肿胀。内睑腺炎常在睑结膜面形成黄色脓点,向结膜囊内破溃,少数患者可向皮肤面破溃。

在体弱、抵抗力低下的儿童、老人及慢性消耗性疾病的患者中,睑腺炎可在眼睑皮下组织扩散,发展为眼睑蜂窝织炎。局部表现为,整个眼睑红肿并可波及同侧面部、触之坚硬、压痛明显、剧烈的肿胀使眼睑不能睁开;球结膜可出现严重的反应性水肿,以致使其暴露于睑裂之外。全身可伴有发热、寒战、头痛等症状。

(三)诊断

一般根据临床表现可做出诊断。

(四)治疗

1. 热敷 早期睑腺炎应局部热敷,每次 10~15mm,每日 3~4 次,以便促进眼睑血液循环,缓解症状,促进炎症消散。

2. 消炎 用抗生素滴眼剂每天 4~6 次,以控制感染。若炎症有扩散之势,出现眼睑蜂窝织炎、甚至海绵窦脓毒血栓时,应尽早全身使用足量的、以抑制金黄色葡萄球菌为主的广谱抗生素,并对脓液或血液进行细菌培养和药敏试验,以选择更敏感的抗生素,并按败血症治疗原则处理。

3. 切开排脓 当脓肿形成后,应切开排脓。外睑腺炎的切口应在皮肤面并与睑缘相平行、与眼睑皮纹相一致,以减少瘢痕。如果脓肿较大,可放置引流条。内睑腺炎的切口应在睑结膜面,与睑缘相垂直,以避免伤及睑板腺管。当脓肿尚未形成时不宜切开,更不能挤压排脓,否则因眼睑和面部静脉无瓣膜,会使感染扩散,导致眼睑蜂窝织炎,甚至海绵窦脓毒血栓或败血症而危及生命。

(五)预防及保健

培养良好的卫生习惯,避免用脏手或不洁的手帕揉眼;保持充足睡眠,勿吃刺激性食物,注意大便通畅。有睑缘炎、慢性结膜炎、屈光不正者应彻底治疗;有糖尿病或其他慢性病时应加以控制;注意营养、加强锻炼、增强体质。

二、睑板腺囊肿

睑板腺囊肿,又称睑腺炎,为睑板腺特发性无菌性慢性肉芽肿性炎症。睑板腺囊肿外有一纤维结缔组织包裹,囊内含有睑板腺分泌物及包括巨细胞在内的慢性炎症细胞的浸润。睑板腺囊肿多见于青少年或中年人,可能与睑板腺分泌功能旺盛有关。

(一)病因

睑板腺囊肿是由于睑板腺出口阻塞,腺体的分泌物潴留在睑板内,对周围组织产生慢性刺激而引起。

(二)临床表现

多发生于上睑,可以是单发的,也可是多发性的。多发性的可表现为在同一眼脸上同时有 2~3 个睑板腺囊肿;也可表现为上下眼睑或双眼同时发生。睑板腺囊肿一般无疼痛和压痛,表现为眼睑皮下出现圆形、与皮肤无粘连的肿块,其大小不一,小的需仔细触摸才能发现;较大者可使皮肤隆起;大的囊肿可压迫眼球,产生散光而使视力下降。囊肿在与其相对应的睑结膜面上可见呈紫红色或灰红色的局限性病灶。

睑板腺囊肿病程进展缓慢。小的囊肿有可能自行吸收,但多数长期不变或逐渐长大,质地变软,可自行破溃,排出胶样物质,在睑结膜面形成肉芽肿,也可以在皮下形成暗紫红色的肉芽组织。如发生继发感染,临床表现与内睑腺炎相同。

(三)诊断

根据患者临床表现可以诊断。老年人的睑板腺囊肿,尤其是复发性的,应将切除肿物送病理检查,以排除睑板腺癌。

(四)治疗

1. 小而无症状的睑板腺囊肿无需治疗,待其自行吸收。
2. 大者可通过热敷,或向囊肿内注射糖皮质激素促其吸收。
3. 睑板腺囊肿切除术对用以上方法不能消退者,应在局麻下行手术切除,手术切口应与睑缘相垂直,创口一般不需缝合,压迫止血 3~5min,包扎 1~2d 即可。
4. 有继发感染者,先按内睑腺炎治疗,待炎症消退后再行睑板腺囊肿切除术。

三、睑缘炎

睑缘炎是睑缘表面、睫毛毛囊及其腺体组织的亚急性或慢性炎症,为眼睑常见病。临床上一般将其分为鳞屑性、溃疡性和眦部睑缘炎3种。

(一)鳞屑性睑缘炎

1. 病因 鳞屑性睑缘炎是由于皮脂腺或睑板腺分泌过多,致使睑缘的皮脂溢出所造成的慢性炎症。患部常可发现卵圆皮屑芽孢菌,它能把脂类物质分解为有刺激性的脂肪酸。屈光不正、视疲劳、营养不良和长期使用劣质化妆品,可能是本病的诱因。

2. 临床表现 患者自觉眼部痒、刺痛和烧灼感。检查可见:睑缘充血、潮红。睫毛和睑缘表面附着上皮鳞屑,睫毛根部有点状皮脂溢出,形成黄色蜡样分泌物,干燥后结痂,去除鳞屑和痂皮后,暴露出充血的睑缘,但无溃疡或脓点。睫毛容易脱落,但可再生。如长期不愈,可使睑缘肥厚、睑缘不能与眼球紧密接触,泪小点肿胀外翻而导致溢泪。

3. 治疗

(1)去除诱因和刺激因素矫正屈光不正;治疗全身性慢性病;改善劳动和生活环境;增加营养、加强体育锻炼,增加身体抵抗力;培养良好的卫生习惯。

(2)局部处理用生理盐水或3%硼酸溶液清洁睑缘,拭去鳞屑,然后涂抗生素眼膏,每日2~3次。痊愈后可每日1次,至少持续2周,以防复发。

(二)溃疡性睑缘炎

1. 病因 溃疡性睑缘炎是睫毛毛囊及其附属腺体的慢性或亚急性化脓性炎症,多为金黄色葡萄球菌感染引起,也可由鳞屑性睑缘炎遭受感染转变而来。屈光不正、视疲劳、营养不良和不良卫生习惯可能是本病的诱因。

2. 临床表现 患者眼部有痒、刺痛和烧灼感等,较鳞屑性睑缘炎更为严重。检查可见:睑缘充血。睫毛根部散布着由黄色痂皮覆盖的小脓包,去除痂皮后可露出睫毛根端之浅小溃疡。睫毛常被痂皮粘结成束,毛囊因感染而被破坏,睫毛容易随痂皮脱落且不能再生,形成秃睫。溃疡愈合后,瘢痕组织收缩,使睫毛生长方向改变,形成睫毛乱生。如果乱生的睫毛倒向角膜,可引起角膜损伤。久病者,可引发慢性结膜炎和睑缘肥厚变形,睑缘外翻,泪小点肿胀或阻塞,导致溢泪。

3. 治疗

(1)除去各种诱因矫正屈光不正、增加营养、加强体育锻炼、注意个人卫生。

(2)局部处理以生理盐水或3%硼酸溶液清洁睑缘,除去脓痂和已经松脱的睫毛,清除毛囊中的脓液,然后以涂有抗生素眼膏的棉签在睑缘按摩,每日4次。用抗生素滴眼剂滴眼。炎症完全消退后,应持续治疗至少2~3周,以防复发。

(三)眦部睑缘炎

1. 病因 眦部睑缘炎主要是由莫-阿(Morax-Axenfeld)双杆菌感染所引起,维生素B₂缺乏可能为其诱因。

2. 临床表现 病变多为双侧,主要发生于外眦部。患者自觉眼部痒、异物感和烧灼感。外眦部睑缘和皮肤充血、肿胀,并有浸渍糜烂。邻近结膜常伴有慢性炎症,表现为充血、肥厚、有黏性分泌物。严重者内眦部也受累。

3. 治疗

(1)眼部滴 0.25%~0.5%硫酸锌滴眼液,每天 3~4 次,可抑制莫双杆菌所产生的酶。睑缘及其附近的皮肤可涂用抗生素眼膏。如有慢性结膜炎应同时治疗。

(2)口服维生素 B₂ 或复合维生素 B。

(蒋广伟)

第三节 睑腺病

一、睑腺炎

(一)定义及分类

睑腺炎,又称睑腺炎系眼睑腺体及睫毛毛囊的急性化脓性炎症。多见于儿童及年轻人。根据发病部位不同,可分为外睑腺炎和内睑腺炎两种。化脓性细菌(以葡萄球菌多见)感染,引起睫毛毛囊皮脂腺或汗腺的急性化脓性炎症,称外睑腺炎;而引起睑板腺急性化脓性炎症的,则称内睑腺炎。

(二)诊断

1. 外睑腺炎 睑缘部红、肿、热、痛,触痛明显。近外眦部者常伴有颞侧球结膜水肿。数日后,睫毛根部出现黄脓点,溃破排脓后痊愈。炎症严重考,常伴同侧耳前淋巴结肿大、压痛,或可伴有畏寒、发热等全身症状。

2. 内睑腺炎 被局限于睑板腺内,眼睑红肿较轻,但疼痛较甚。眼睑红、肿、热、痛,睑结膜面局限充血、肿胀,2~3d 后其中心可见黄脓点。自行穿破,脓液排出后痊愈。

(三)治疗

脓肿形成前,应局部热敷,使用抗生素滴眼液及眼膏。反复发作及伴有全身反应者,可口服抗生素类药物。脓肿成熟时需切开排脓。应注意:外睑腺炎,其皮肤切口方向应与睑缘平行;内睑腺炎,其睑结膜面切口方向须与睑缘垂直。切忌挤压排脓,以免细菌随血流进入海绵窦引起脓性栓塞而危及生命。

二、睑板腺囊肿

(一)定义

睑板腺囊肿是睑板腺排出管阻塞、腺内分泌物滞留,刺激管壁引起的睑板腺无菌性慢性炎性肉芽肿。

(二)诊断

1. 多偶然发现,一般无显著症状。囊肿较大时,可有沉重不适感,部分则有异物感。

2. 单发或多发,上睑尤多。眼睑皮下可扪及圆形、边界清楚、与皮肤不粘连的肿块,无压痛。相应的睑结膜充血,呈紫红或紫蓝色。如有继发感染,则其表现类似睑腺炎。反复发作的老年患者,应警惕睑板腺癌和横纹肌肉瘤之可能。

3. 切开后可见黏稠的灰黄色胶样内容物。符合前两项条件即可诊断睑板腺囊肿,第三项可加强诊断。若切开后内容物不是黏稠的胶样物质,而是脆碎的组织,必须进行病理检查。

(三)治疗

囊肿小者,可不予处理,任其自行吸收或消散。也可局部热敷,或用2%黄氧化汞眼膏涂布并按摩,以促进囊肿吸收。囊肿大者,需手术刮除,睑结膜面的切口方向须与睑缘垂直,彻底清除囊肿内容物并向两侧分离囊膜壁逐渐剥离。

三、睑板腺阻塞

(一)病因

睑板腺阻塞是指睑缘炎、慢性结膜炎或其他原因造成睑板腺排泄管阻塞,分泌物积存日久而钙化。

(二)诊断

1. 患者可有干痒感,有时有异物感。
2. 透过睑结膜可见点状及线条状黄白色凝聚物,日久形成小结石。

(三)治疗

病因治疗的同时可局部应用抗生素眼膏,并按摩。小结石突出于睑结膜面时,可在1%丁卡因表面麻醉后,用尖锐小刀或注射针头剔除。

(蒋广伟)

第四节 眼睑与睫毛位置异常

眼睑解剖位置的正常,是眼球安全的必要保障。眼睑正常位置应是:①眼睑与眼球表面紧密相贴,上下泪点贴靠在泪阜基部,泪液能顺利进入泪道;②上下睑睫毛排列整齐,充分伸展指向前方,不与角膜接触;③上下睑能紧密闭合;④上睑能上举至瞳孔上缘以上。

一、倒睫与乱睫

倒睫是指睫毛向后生长,乱睫是指睫毛不规则生长(图1-1-1)。两者都可致睫毛触及眼球。倒睫多与睑内翻并存,但也可只有倒睫而无睑内翻。

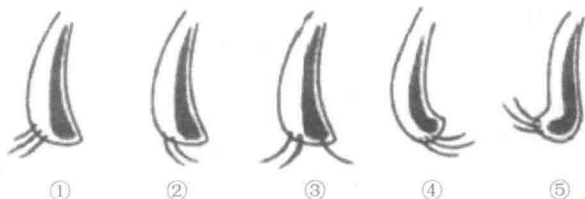


图1-1-1 睑与睫毛位置异常示意图

①正常眼睑;②倒睫;③双行睫;④睑内翻倒睫;⑤睑外翻

(一)病因

凡能引起睑内翻和睑缘部瘢痕收缩的各种原因,均能造成倒睫或乱睫,其中以沙眼最为常见,其他还有睑缘炎、睑腺炎、睑外伤、眼睑赘皮等。乱睫也可由先天畸形引起。

(二)临床表现

患者常有眼痛、流泪、异物感和眼睑痉挛。检查:可见有1~2根倒睫;也可能有一部分睫毛或全部睫毛倒向后方摩擦角膜。检查下睑时,应嘱患者向下注视,观察睫毛是否触及角

膜。由于睫毛长期摩擦眼球,导致结膜充血、角膜浅层混浊、角膜溃疡、角膜新生血管形成等损害。

(三)治疗与预防

1. 手术治疗 仅少数几根倒睫,可用拔睫镊拔除,重新生长时可予再拔。较彻底的方法可在显微镜下在倒睫部位切开除去毛囊,或行电解法破坏毛囊。如倒睫较多,应手术矫正,方法与睑内翻矫正术相同。对手术治疗前的患者,可采用滴眼剂和眼膏保护角膜;矫正手术后的患者应注意观察防止感染。

2. 防治原发病 积极预防和治疗沙眼等眼部炎症;预防和及时救治眼外伤。

二、睑内翻

睑内翻指眼睑、特别是睑缘向眼球方向卷曲的位置异常。当睑内翻达到一定程度时,睫毛也倒向眼球。因此睑内翻和倒睫常同时存在。

(一)病因与分类

睑内翻按病因可分为3类。

1. 先天性睑内翻 多见于婴幼儿,女性多于男性,常为双侧。产生的原因为:①内眦赘皮(为遮盖内眦部垂直的半月状皮肤皱褶);②睑缘部轮匝肌过度发育;③睑板发育不全;④婴幼儿较胖,鼻梁发育欠饱满,引起下睑内翻。

2. 痉挛性睑内翻 分为慢性和急性两种。慢性痉挛性睑内翻常见于老年人,又称老年性睑内翻,多发生于下睑。产生的原因为:①下睑缩肌无力,眶膈和下睑皮肤松弛,失去了对眼轮匝肌收缩的牵制作用,造成眼轮匝肌痉挛;②老年人眶脂肪减少,眼睑后缺少足够的支撑。急性痉挛性睑内翻是由于炎症刺激,引起眼轮匝肌、特别是近睑缘的轮匝肌反射性痉挛,导致睑缘向内倒卷形成睑内翻。

3. 瘢痕性睑内翻 上下睑均可发生,为睑结膜及睑板瘢痕性收缩所致。最主要的原因是沙眼,此外结膜烧伤、结膜天疱疮等病之后也可发生。

(二)临床表现

有畏光、流泪、刺痛、眼睑痉挛等症状。检查可见睑缘向眼球方向卷曲,倒睫摩擦可使角膜上皮脱落,荧光素染色呈弥漫性着色。如继发感染,可发展为角膜溃疡。若长期不愈,则角膜出现新生血管、失去透明性,导致视力障碍。

(三)治疗与预防

1. 先天性睑内翻 随年龄增长,鼻梁发育,有可能自行消失,不必急于手术治疗。可轻按摩眼睑,松弛眼轮匝肌,缓解症状。若5~6岁时,内翻仍未消失,严重刺激角膜,可考虑手术矫正。

2. 老年性睑内翻 可行肉毒杆菌A毒素局部注射。如无效可手术切除多余的松弛皮肤和切断部分眼轮匝肌纤维。急性痉挛性睑内翻,应积极控制炎症,当炎症消退时痉挛即消除,眼睑也可恢复正常。

3. 瘢痕性睑内翻 必须手术治疗,可采用睑板楔形切除术或睑板切断术。积极预防、治疗沙眼等眼部炎症和眼外伤。

三、睑外翻

睑外翻指睑缘向外翻转离开眼球,睑结膜可不同程度的暴露在外,常合并睑裂闭合不全。

(一)病因与分类

睑外翻按病因可分为3类。

1. 瘢痕性睑外翻 眼睑皮肤瘢痕性收缩所致。常由眼睑皮肤创伤、烧伤、化学伤、炎症或手术等引起。

2. 老年性睑外翻 仅限于下睑。由于老年人眼轮匝肌功能减弱,眼睑皮肤及外眦韧带也较松弛,使睑缘不能紧贴眼球,并因下睑重量使其下坠而引起睑外翻。

3. 麻痹性睑外翻 也仅限于下睑。由于面神经麻痹,眼轮匝肌收缩功能丧失,下睑因其重量而下坠,产生睑外翻。

(二)临床表现

轻度睑外翻表现为睑缘离开眼球,泪点不能贴靠在泪阜基部,泪液的毛细管导流作用被破坏而导致溢泪。重度睑外翻表现为睑缘外翻;睑结膜部分或全部暴露在外,使之充血、分泌物增加、肥厚角化;泪小点离开泪湖,引起溢泪。严重睑外翻常有眼睑闭合不全,使角膜失去保护,角膜上皮干燥脱落,导致暴露性角膜炎或溃疡。

(三)治疗与预防

1. 保护眼球频繁滴用滴眼剂,睡眠时涂大量眼膏。严重睑外翻患者手术治疗前可涂眼膏、盖眼垫,也可用“湿房”保护角膜,即用透明塑料片或胶片做成锥形空罩,覆盖于眼上,周围以眼膏固定密封,利用泪液蒸发保持眼球表面湿润。

2. 手术治疗瘢痕性睑外翻最常使用游离植皮术,原则是增加眼睑前层的垂直长度,消除眼睑垂直方向的牵引力。老年性睑外翻可行整形手术。麻痹性睑外翻关键在于治疗面瘫,可用眼膏、牵拉眼睑保护角膜和结膜,或作暂时性睑缘缝合。

3. 预防。①积极防治眼外伤;②采用正确的擦泪方法,用手帕由下睑向上方擦拭,不要将下睑向下方牵拉,以免造成或加重下睑外翻。

四、上睑下垂

上睑下垂指上睑的提上睑肌和 Muller 平滑肌的功能不全或丧失,导致上睑部分或全部下垂。

(一)病因

1. 先天性 主要由于动眼神经核或提上睑肌发育不良所致,为常染色体显性遗传。多为双侧,偶可伴有其他先天异常,如内眦赘皮等。

2. 获得性 由于动眼神经麻痹、提上睑肌损伤、交感神经疾病、重症肌无力所致,或者由于上睑的炎性肿胀、新生物等造成机械性开睑运动障碍。

(二)临床表现

正常人睑裂的平均宽度约为 7.5mm,上睑遮盖上方角膜 2mm,眼向前注视时,上睑缘约位于上方角膜缘与瞳孔缘之间。上睑下垂患者,眼向前注视时,上睑缘的位置异常降低,轻者不遮盖瞳孔,但影响外观;重者部分或全部遮盖瞳孔,影响视功能。

先天性上睑下垂常为双侧,但不一定对称,也可为单侧。症状较明显者眼睑皮肤平滑、薄且无皱纹。如瞳孔被眼睑遮盖,为克服视力障碍,患者常紧缩额肌,牵拉眉毛以提高上睑缘位置,致使额部形成较深的皱纹,或仰头视物。患侧常伴有眼球上转运动障碍。

获得性上睑下垂多有相关病史或伴有其他症状,如动眼神经麻痹可能伴有其他眼外肌麻

痹;提上睑肌损伤有外伤史;交感神经损害有 Horner 综合征;重症肌无力所致的上睑下垂,有晨轻午后重,注射新斯的明后明显减轻的特点。

(三)治疗

1. 先天性上睑下垂以手术治疗为主。如果已遮盖瞳孔,为避免弱视应尽早手术,尤其是单眼患儿。

2. 获得性上睑下垂,应先进行病因治疗或药物治疗,无效时再考虑手术。较为合乎生理和美容要求的手术方式为提上睑肌缩短术。

(蒋广伟)

第五节 眼睑肿瘤

眼睑肿瘤分为良性肿瘤和恶性肿瘤两大类。良性肿瘤较常见,并较易于诊断。恶性肿瘤诊断常较困难。良、恶性肿瘤的鉴别诊断可从肿瘤发病年龄、生长速度、病变的形态、有无出血倾向及有无淋巴转移等方面考虑,必要时可做病理检查以确诊。

一、良性肿瘤

(一)眼睑血管瘤

眼睑血管瘤是血管组织先天性发育异常,主要分为毛细血管瘤和海绵状血管瘤两种。

1. 毛细血管瘤 最常见,呈扁平状或稍隆起、质软,生长缓慢,部分可自行消退。表浅的毛细血管瘤呈鲜红色,又称为“草莓痣”;部位较深的,则呈紫红色或蓝色。

因毛细血管瘤有自行退缩的趋向,一般到 5 岁后治疗。但若因肿瘤使眼睑不能睁开,遮挡瞳孔,影响视力,则应及时治疗,以免造成弱视。首选治疗方法是向血管瘤内注射长效糖皮质激素。如果治疗无效,可改用冷冻或部分手术切除。

2. 海绵状血管瘤 也是常见的眼睑血管瘤,其位于皮下较深层,呈紫蓝色、稍隆起、微具弹性,咳嗽、哭泣或低头时可增大。这种血管瘤是发育性的,常在 10 岁前发生。它不会自行退缩,而能继续增大,可行手术治疗。

(二)色素痣

色素痣是常见的良性肿瘤,由痣细胞构成。一般出生时即有,少数到青春期或成人时才出现。其表面扁平或隆起,可有毛生长,在眼睑颞侧多见。有时色素痣可对称地居于上、下睑各半,闭眼时合二为一,称为分裂痣。色素痣一般是静止的,很少恶变,但在外来刺激下可能恶变。

静止的色素痣一般不需要处理,如为美容而需切除时,必须完整、彻底,否则残留的痣细胞可能受手术刺激而恶变。若色素痣出现迅速增大、变黑及破溃出血等恶变迹象时,应行彻底手术切除,也可用激光或冷冻疗法。

(三)黄色瘤

黄色瘤常见于老年女性。病变位于上睑近内眦角皮肤,有时下睑也有,常为双侧对称,呈柔软的扁平黄色斑,稍隆起、与周围正常皮肤的境界清楚。黄色瘤实际上并非肿瘤,而是类脂样物质在皮肤组织中的沉积。一般不需治疗。若为美容需要,可手术切除,切除后有复发的可能。

二、恶性肿瘤

(一)基底细胞癌

基底细胞癌为最常见的眼睑恶性肿瘤,发病率居我国眼睑恶性肿瘤首位,多见于中老年男性。好发于下睑近内眦部。

病变初起时为无痛的小结节,质地坚硬,表面可见小的毛细血管扩张,可含色素。病程稍久,肿瘤中央出现溃疡,其边缘潜行,形状如火山口,并逐渐向周围组织侵蚀,引起广泛破坏。基底细胞癌生长缓慢,罕有转移。如发生转移,可转移至肺、骨、淋巴结、肝、脾和肾上腺。

此肿瘤对放疗敏感,应早期切除后再行放疗。手术切除范围应超出临床上所见的肿瘤边缘以外,最好应用冷冻切片,监察切除标本的边缘。

(二)鳞状细胞癌

鳞状细胞癌多发生于中老年人,好发于睑缘皮肤黏膜移行处。病变开始时为无痛、类似乳头状瘤的肿物,逐渐发展形成溃疡,边缘稍隆起、质地坚硬,可发生坏死和继发感染,肿瘤逐渐发展,可侵犯皮下组织、睑板、眼球、眼眶和颅内,并可经淋巴系统向远处淋巴结转移。

鳞状细胞癌以手术治疗为主。根据肿瘤大小,确定手术范围,术后再行放射治疗。

(三)皮脂腺癌

皮脂腺癌发病率居我国眼睑恶性肿瘤的第2位。多见于中老年妇女,好发于上睑。起源于睑板腺或睫毛的皮脂腺。

1. 起自睑板腺的癌称为睑板腺癌,初起时为眼睑皮下小结节,与睑板腺囊肿相似。以后逐渐增大,睑板弥漫性斑块状增厚,相应的睑结膜呈黄色隆起。由于睑板腺癌与睑板腺囊肿极相似,因此对老年人睑板腺囊肿应常规做病理检查,对切除后复发者更应警惕。

2. 起自皮脂腺的癌,初起为睑缘的黄色小结节。当肿块逐渐增大后,可形成溃疡或呈菜花状,并向眶内扩展,侵入淋巴管,并发生转移。

皮脂腺癌对放射线不敏感。早期手术切除预后较好。晚期手术后极易复发。

(蒋广伟)

第二章 结膜及巩膜疾病

第一节 感染性结膜炎

一、急性卡他性结膜炎

急性卡他性结膜炎是由细菌感染引起的常见的急性流行性眼病,其主要特征为结膜明显充血,有脓性或黏液脓性分泌物,通常为自限性疾病。

(一)病因及发病机制

最常见的致病菌有表皮葡萄球菌和金黄色葡萄球菌,其他常见的革兰阳性球菌还有肺炎球菌、链球菌和革兰阴性球菌、流感嗜血杆菌和摩拉菌。流感嗜血杆菌是儿童急性结膜炎中最常见的致病菌,正常情况下可存在于成年人的上呼吸道。细菌可通过多种媒介造成接触传染,如手、毛巾、水等,在公共场所,集体单位如学校、幼儿园及家庭中迅速蔓延,导致流行,尤以春季为甚。在各种呼吸道疾病流行时,致病菌也可通过呼吸道分泌物飞沫传播。

眼睛对感染有相当的抵抗能力。眼表存在着非特异性和特异性等诸多环节的天然防御功能,对于预防和抑制感染的发生起着关键的作用;泪液有机械地冲洗作用,泪液中含有多种抗菌成分,如溶菌酶、乳铁蛋白、分泌型 IgA、补体等,这些物质可清除致病菌,阻止细菌黏附到结膜表面,限制了细菌的繁殖,阻断了感染过程。正常情况下结膜囊内可存有细菌,大约 90% 的人结膜囊内可以分离出细菌,其中 35% 的人更可分离出 1 种以上的细菌,这些正常菌群主要是表皮葡萄球菌(>60%)、类白喉棒状杆菌(35%)和厌氧的痤疮丙酸杆菌,这些细菌可通过释放抗菌药物样的物质和代谢产物,减少其他致病菌的侵袭。当致病菌的侵害强于宿主的防御功能或宿主防御抑制受到破坏的情况下,如干眼、眼球突出、眼睑闭合不全、维生素 A 缺乏症等均可引发感染。结膜感染后,杯状细胞分泌增多并出现多形核白细胞的反应,分泌物呈黏液脓性,多形核白细胞释放的酶破坏结膜组织,血管活性物质使组织血管扩张,通透性增加,纤维蛋白渗出,可凝固形成膜样渗出。

(二)临床表现

起病急,自觉异物感、灼热感、疼痛,严重时有眼睑沉重,畏光流泪。有时因分泌物附着在角膜表面,造成暂时性视物不清,去除分泌物后即可恢复视力。由于炎症刺激产生大量黏液脓性分泌物,患者晨起时上下睑可被分泌物黏在一起,难以睁开,当病变侵及角膜时,畏光、疼痛等症状明显加重,依角膜病变的情况可出现轻度的视力减退,有些细菌的感染可伴发上呼吸道感染。眼部检查可见眼睑肿胀、结膜充血,以睑部及穹窿部结膜最为显著。同时可伴乳头增生,结膜表面有脓性或黏液脓性分泌物,严重时可形成伪膜,所以又称伪膜性结膜炎,球结膜充血、水肿,有时甚至可突出于睑裂外。病情严重者可累及角膜,出现点状角膜上皮病变或周边部角膜浸润或溃疡。本病常双眼同时或相隔 1~2 天发病,一般来说,发病 3~4 天,病情达到高峰,随后逐渐减轻,10~14 天即可痊愈。

(三)诊断

根据典型的临床表现即可明确诊断,发病早期作分泌物涂片或结膜刮片检查及细菌培

养,可确定致病菌和敏感药物,指导治疗。对于一般的细菌性结膜炎,细菌学检查并非常规。

(四)治疗

根据不同的病原菌选用敏感的抗菌药物点眼,在未作细菌培养的情况下,原则上应选用广谱抗菌药物,若选择兼顾革兰阳性菌和阴性菌的两种抗菌药物联合用药,效果更佳。对分泌物多的患者,给药前应清除分泌物,可用3%硼酸溶液或生理盐水冲洗结膜囊或蘸取上述溶液的消毒棉棒清洁眼部,有伪膜者,可用生理盐水棉棒将其除去,然后再滴眼药水。早期治疗应频繁点眼,每15min 1次,连续2min,然后改为每小时1次,连续24~48min,随后酌情减量,睡前涂抗菌药物眼膏,直至分泌物消失。对并发角膜炎者,应按角膜炎处理。目前临床较常用的抗菌药物包括:

1. 喹诺酮类药物 包括诺氟沙星、氧氟沙星、环丙沙星、洛美沙星,是广谱抗菌药物,对绝大多数革兰阴性菌包括绿脓杆菌有很强的抗菌作用,对革兰阳性菌也有效。最近的研究发现,左旋氧氟沙星的敏感性更高、耐药菌株更少。此类药物毒性小,作用时间长,局部用药浓度通常是0.3%。

2. 氨基糖苷类抗菌药物 目前最常用的是0.3%妥布霉素。由于耐药菌株的增加,庆大霉素已不作为首选用药。大量用药应注意药物毒性。

3. 多肽类抗菌药物 常用药物为杆菌肽和多黏菌素B,杆菌肽主要用于革兰阳性菌及耐药金黄色葡萄球菌引起的炎症,滴眼浓度为100~500U/ml。多黏菌素B对绝大多数革兰阴性杆菌有高度的抗菌作用,滴眼浓度1~2.5mg/ml。

4. 抗菌药物混合制剂 由两种或多种抗菌药物混合,兼顾革兰阳性菌和阴性菌,如Meospotin(新霉素+短杆菌肽+杆菌肽)、Polyfax(多黏菌素+杆菌肽)、Polytrim(多黏菌素+三甲氧苄氨嘧啶)。

5. 抗菌药物 眼膏与眼药水相比,眼膏中的药物浓度高,作用时间长,由于涂抹后可能引起视物模糊,因而白天应用受到限制。睡前应用眼膏,可使药物在结膜囊内保留较长时间,以提供较长的药物作用时间。常用的眼膏有:0.5%四环素、0.5%红霉素、0.3%妥布霉素和0.3%氧氟沙星。

(五)预防

本病虽然预后良好,但传染性很强,易造成广泛流行,所以预防工作十分重要,一旦发现患者,应严加消毒隔离,切断各种可能的传播途径。医务人员为患者检查及治疗后,应注意防止交叉感染。

二、淋球菌性结膜炎

淋球菌性结膜炎是一种极为剧烈的急性化脓性结膜炎,传染性强,可严重危害视力。临床特点是眼睑和结膜高度充血水肿,大量脓性分泌物,如不及时治疗可在短时间内发生角膜溃疡及穿孔。解放后,随着性病的控制,此病在我国已很少见,但近年来淋菌性泌尿生殖系感染有逐渐增多的趋势,眼部感染相对少见,但淋球菌性结膜炎仍时有发生。

(一)病因及发病机制

淋球菌,革兰染色阴性。成人淋球菌性结膜炎多因接触自身或他人的淋病性尿道炎分泌物或其他淋菌性结膜炎患者的眼部分泌物而传染所致;偶有经血行感染者,即所谓内因性淋菌性结膜炎,常双眼发病,良性经过,可伴体温升高,新生儿淋球菌性结膜炎则多因出生时为

母体淋菌性阴道分泌物或被其污染的物品所感染。淋球菌主要侵犯泌尿生殖道黏膜和结膜,并可由结膜扩展至角膜,细菌可寄生于感染的细胞内。菌体表面的纤毛或包膜可将细菌有力地黏附于宿主细胞,有利于淋球菌侵入结膜上皮细胞并能抵抗细胞的吞噬作用。淋球菌可产生氧化酶和自溶酶等多种酶破坏细胞组织,细菌释放的内毒素可导致黏膜出血。淋球菌的感染也可引起结膜杯状细胞分泌增多和多形核白细胞的反应。

(二)临床表现

临床上将本病分为成人淋球菌性结膜炎和新生儿淋球菌性结膜炎。成人淋球菌性结膜炎潜伏期短,为数小时至3天,通常从一侧开始,但大多累及双眼,起病急骤,病情呈进行性发展,眼痛、畏光、流泪等症状明显,眼睑高度肿胀、疼痛,伴睑结膜高度充血,伴小出血点及伪膜形成,球结膜水肿,重者突出于睑裂外,耳前淋巴结肿痛,重症患者甚至可出现耳前淋巴结的化脓。本病特点是有大量的分泌物,早期分泌物为浆液性或血性,结膜刮片可见上皮细胞内有淋球菌存在;3~5天后,眼睑肿胀有所减轻,并出现大量脓性分泌物,不断从结膜囊流出,形成典型的脓漏现象,此时分泌物中有大量淋球菌;大约经过2~3周,脓性分泌物逐渐减少,结膜水肿消退,睑结膜高度肥厚,乳头增生,可持续数月之久,最终炎症消退,睑结膜上可留有较深的瘢痕。多数患者有角膜并发症,细菌在角膜上皮细胞内繁殖,并可穿透角膜上皮浸润到角膜基质。轻者角膜出现点状上皮病变,周边角膜基质浅层发生部分或环形浸润,浸润数日后可吸收并留有云翳。重者可发生角膜周边的环形溃疡或中央部溃疡,角膜弥漫混浊,局部变薄,可迅速穿孔,甚至可在发病后24h内穿孔,形成粘连性角膜白斑、角膜葡萄肿、继发青光眼或眼内炎。新生儿淋球菌性结膜炎是新生儿眼炎的主要原因,大多经母亲产道感染,发病率约为0.04%,潜伏期2~4天,双眼多同时受累。临床表现与成人相似,为严重的急性化脓性结膜炎,但临床过程较成人稍缓和,角膜并发症较成人少且发生晚而轻,但如果治疗不及时也会发生角膜溃疡和穿孔,且多因发生在角膜中央而严重影响视力。

(三)诊断

根据淋病病史、典型的临床表现及分泌物涂片或结膜囊刮片的细菌学检查即可确诊。

(四)治疗

由于淋球菌性结膜炎病情凶险,发展迅速,后果严重,所以应采取积极有效的治疗方法,在一般结膜炎局部抗菌药物治疗的同时,强调全身用药,以更加快速、有效地抑制病原菌。

1. 全身治疗

(1)青霉素:淋球菌原对青霉素G敏感,但近年来耐药菌明显增多,因此需根据敏感试验结果决定是否用青霉素G。成人应用水剂青霉素G600万~1000万U静脉滴注,每日1次,连续5天;新生儿的用量为每日50000U/kg体重,分两次静脉滴注,连续7天。

(2)头孢曲松:每日1g,静脉滴注,是目前较为推崇的抗淋球菌药物。

(3)头孢噻肟:500mg静脉滴注,每日4次。

(4)大观霉素:2g,肌肉注射,存在耐药性,适用于敏感菌株的淋球菌感染。

(5)诺氟沙星:对淋球菌也有一定效果,口服,每次200mg,每日2~3次,儿童不宜应用。

2. 局部治疗

(1)清洁结膜囊:用生理盐水冲洗结膜囊非常重要,以清除结膜囊内的致病菌。开始每5~10min 1次,逐渐减为15min、30min 1次,1日后每小时1次,数日后每2小时1次,持续2周,直至分泌物消失。冲洗时,头偏向鼻侧,以免流入对侧眼。

(2)抗菌药物点眼:水剂青霉素 G 滴眼,10 万~30 万 U/ml,或 0.3%诺氟沙星滴眼液,开始时每分钟点眼 1 次,半小时后每 5min 点眼 1 次,1 小时后每 30min 点眼 1 次,病情缓解后,可适当延长点药间隔时间,每 1~2min 点药 1 次,直至炎症消退为止,不可间断。也可应用氧氟沙星、环丙沙星眼水及妥布霉素或红霉素或杆菌肽眼膏。如果发生角膜并发症,应按角膜溃疡治疗。

(五)预防

本病为接触传染。凡患淋球菌性尿道炎的患者,应使其了解该病的传染性及其后果,注意清洁,便后一定要洗手并消毒,严禁到游泳池游泳和公共浴池洗澡,积极治疗尿道炎。眼部患病后,应立即进行隔离治疗,如果一眼患病,睡觉时向患侧卧,医务人员检查和处理患者后应认真消毒,被患眼污染的敷料应妥善处理,患者的毛巾、脸盆等生活用品均应消毒。对于新生儿淋球菌结膜炎的预防,首先要做好产前检查,对患有淋病的孕妇,必须给予治疗。婴儿出生后,必须严格执行 Grede 滴眼预防法,即清洁眼脸上的污物后,立即在结膜囊内滴用 0.5%~1%硝酸银眼药水或 0.3%氧氟沙星眼药水。

三、慢性结膜炎

慢性结膜炎是多种原因引起的结膜慢性炎症,病程长而顽固,是常见的眼病,多双侧发病。

(一)病因及发病机制

1. 感染因素 最常见的细菌是金黄色葡萄球菌和摩拉菌,由于这两种细菌均有引起眼睑炎症的潜能,所以他们引起的急性结膜炎也可迁延不愈而转为慢性炎症;另外,表皮葡萄球菌、埃希杆菌、克雷伯肺炎杆菌、沙雷菌也是较为常见的致病菌,肺炎球菌、链球菌也可能引起慢性结膜炎,尤其是合并慢性泪囊炎者。

2. 非感染因素 不良环境因素对眼部的长期刺激,如风沙、烟尘、有害气体;长期应用某些刺激性药物或化妆品等均可引起结膜的慢性炎症。金黄色葡萄球菌所致的炎症可缘于细菌的直接感染或菌体释放的毒素,外毒素可产生非特异性结膜炎或表层点状角膜炎;皮肤坏死素是产生外眦皮肤、睑缘溃疡的原因。摩拉菌可产生蛋白水解酶,造成眼睑和眦部皮肤的病变。

(二)临床表现

根据病因的不同,自觉症状和眼部表现各不相同。患者自觉异物感、干涩感、痒、刺痛及视力疲劳等。眼部检查时,轻者仅表现为睑结膜轻度充血,表面光滑,无肥厚增生,结膜囊内可有少许黏性分泌物;而慢性炎症长期刺激者,则表现为睑结膜充血、肥厚、乳头增生,呈天鹅绒样,有黏液或黏液脓性分泌物。如果患眼睑缘同时受累,出现睫毛脱落、倒睫、眼睑皮肤红斑,毛细血管扩张、眼睑炎症等表现,则提示金黄色葡萄球菌感染。金黄色葡萄球菌的外毒素可产生非特异性结膜炎或表层点状角膜炎,其特点是角膜上皮病变通常发生在下方,患者晨起时症状加重,眼磨,有黏液脓性分泌物,这是因为睡眠时眼睑闭合不但为细菌提供了一个良好的环境,也使细菌的毒素不被泪液稀释和冲走而充分作用于角膜和结膜表面,而白天由于毒素受到泪液的稀释和冲洗作用,症状自然减轻。摩拉菌引起的慢性结膜炎常有明显的结膜滤泡,可伴耳前淋巴结肿大,因此可被误诊为流行性角结膜炎或单疱病毒性角结膜炎。摩拉菌产生的蛋白水解酶可造成眼睑和眦部皮肤的炎性损害,甚至可以成为该病的主要临床表

现。对于一些非感染因素引起的慢性结膜炎,其临床表现往往缺乏特异性。角膜并发症:慢性结膜炎一般不发生角膜并发症,但金黄色葡萄球菌引起的角膜并发症也并非少见,细菌的外毒素常引起下方角膜上皮的点状角膜炎,严重者点状上皮病变可遍布全角膜。边缘性角膜炎也时有发生,通常在4点和8点方位的角膜缘出现浸润和溃疡,相应角膜缘充血;边缘性角膜炎的发生是由金黄色葡萄球菌细胞壁的代谢产物和细菌外毒素引起超敏反应;对细胞壁抗原的超敏反应,亦偶可引起泡性角膜炎。摩拉菌感染也可并发点状角膜炎,上皮下浸润,邻近外眦部的结节性巩膜炎。

(三)诊断

主要依靠病史和临床表现,对于顽固不愈的患者,应作睑缘和结膜培养。

(四)治疗

治疗原则和急性结膜炎相同,由于金黄色葡萄球菌的感染常合并眼睑的炎症,所以单纯的短期局部治疗常常无效,需长期治疗,治疗应同时包括眼睑的清洁,可用稀释50%的婴儿浴液清洗睑缘,晚上用杆菌肽等抗革兰阳性菌的眼膏;对病情顽固不愈或伴有酒渣鼻的患者,辅以全身用药,可口服多西环素,100mg,每日1~2次,需持续用药数月之久,患者缺乏治疗依从性,常常导致治疗失败。常用的局部抗菌药物包括多黏菌素B、妥布霉素、环丙沙星、氧氟沙星,对于耐药金黄色葡萄球菌的感染可用1%甲氧西林滴眼液。对于非感染因素引起慢性结膜炎,首先要去除病因,改善工作和生活环境,谨慎应用抗菌药物,以免造成局部菌群失调,加重病情。

四、病毒性结膜炎

(一)急性出血性结膜炎

急性出血性结膜炎(AHC)是一种高度传染性疾病,曾在世界许多国家和地区引起爆发流行,本病多发生于夏秋季;其临床特点是起病急剧,刺激症状重,可伴有结膜下出血、角膜上皮损害及耳前淋巴结肿大。

1. 病因 最常见的是微小RNA病毒中的肠道70型和柯萨奇病毒A24,也有腺病毒11型的报道。本病为接触传染,以手一眼接触为最主要的传播途径。

2. 临床表现 本病潜伏期短,起病急,常双眼同时或先后发病,潜伏期最短2~3h,一般为12~24小时。自觉症状重,眼部疼痛、异物感、畏光及水样分泌物,最典型的体征是球结膜下点、片状出血,同时结膜高度充血水肿,部分患者可并发角膜病变,表现为浅层点状角膜病变,或上皮下浸润,多位于下方角膜;个别严重者可出现轻度前葡萄膜炎。此外,患者耳前淋巴结肿大,可伴有发热、周身不适及上呼吸道感染症状。本病的自然病程7~10天。极个别患者可发生神经性并发症,如Bell面瘫、脊神经根炎等。

3. 诊断 根据流行性发病、临床上起病急、症状重、结膜下出血等特点可诊断本病。病毒分离或PCR检测、血清学检查可协助病原学诊断。

4. 治疗 目前无特异性治疗药物,局部可用广谱抗病毒药,如4%吗啉胍、0.5%利巴韦林或羟苄唑点眼,每1~2h 1次。抗生素皮质激素合剂滴眼每日4次可迅速减轻炎症症状。

5. 预防 本病为高度传染性疾病,一经发现患者应立即采取严格的消毒隔离措施,切断传播途径。

(二)流行性角结膜炎

流行性角结膜炎(EKC)是一种传染性很强的眼病,曾在世界各地引起流行,但小范围流行更加常见,经常可在眼科诊所、学校和家庭中引起流行,散发病例也很常见,成人发病较儿童多见,其临床特点为急性滤泡性结膜炎,可同时伴有角膜上皮下圆形浸润。

1. 病因 由腺病毒 8、腺病毒 19 和 37 血清型感染所致,其他血清型也可引起。本病为接触传染,夏季更易流行。

2. 临床表现 本病潜伏期 5~12 天,常为双眼先后发病,患眼疼痛、异物感、流泪等症状明显,典型体征是结膜大量滤泡,并以下睑结膜最为显著,结膜高度充血、水肿,结膜下可有小出血点,严重者睑结膜尤其是下睑结膜可有伪膜形成,极少数严重者可形成睑球粘连;患者耳前淋巴结肿大,通常合并角膜炎,发病数日后,可出现浅层点状角膜病变,此后点状病变可进一步加重,形成中央局灶性上皮病变;大约发病 2 周后,急性结膜炎症状逐渐减退,角膜出现典型的上皮下浸润,呈圆形斑点状,散在分布,直径 0.4~0.7mm,此系炎症细胞,主要是淋巴细胞在前弹性层和前基质层的浸润,是机体对病毒抗原的免疫反应。这种上皮下浸润可持续数月甚至数年之久,逐渐吸收,极个别情况下,浸润最终形成瘢痕,造成永久性视力损害。

3. 诊断 急性滤泡性结膜炎和炎症晚期出现的角膜上皮下浸润是本病的典型特征,病毒分离或 PCR 检测、血清学检查可协助病原学诊断。

4. 治疗 目前无特异性治疗药物,局部可用广谱抗病毒药,如 4%吗啉胍、0.5%利巴韦林或羟苄唑点眼,每 1~2 小时 1 次;周部应用 0.5%CsA 或低浓度皮质激素对于上皮下浸润的吸收非常有效,如 0.1%的可的松,应用中要注意逐渐减药,不要突然停药,以免复发;另外还要注意激素的不良反应。

5. 预防 本病传染性很强,一经发现患者应立即采取严格的消毒隔离措施,切断传播途径。

(三)咽结膜热

咽结膜热是由腺病毒引起的急性感染性结膜炎,儿童发病较成人多见。

1. 病因 由腺病毒 3 和 7 血清型感染所致,为接触传染或呼吸道飞沫传染。

2. 临床表现 患者出现急性滤泡性结膜炎、咽炎和发热等综合表现,眼部表现与流行性角结膜炎相似,但一般较轻,结膜充血,大量滤泡,结膜下可有小出血点;耳前淋巴结肿大,也可并发浅层点状角膜病变,但角膜上皮下浸润少见。

3. 治疗 目前无特异性治疗药物,局部可用广谱抗病毒药,如 4%吗啉胍、0.5%利巴韦林或羟苄唑点眼,每 1~2min 1 次。

(张坚)

第二节 衣原体性眼表感染

衣原体是一类介于细菌和病毒之间的微生物,属于立克次体纲、衣原体目、衣原体科、衣原体属。这一类微生物形态相似,能通过滤菌器,严格细胞内寄生,在宿主细胞内发育繁殖并有独特生活周期。与病毒比较,这一类微生物有如下特性:①病毒只含 DNA 核酸或 RNA 核酸,而衣原体兼有 DNA 和 RNA 两种核酸;②有由黏肽组成的胞壁,且含胞壁酸;③有独特的发育周期,按二分裂方式繁殖,在宿主细胞胞质内形成包涵体;④有核糖体、质粒和较为复杂