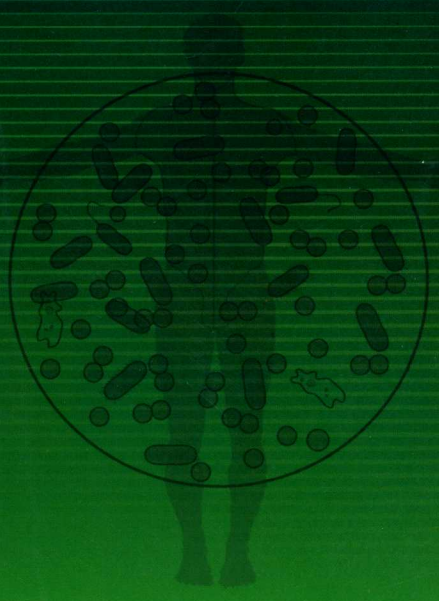




临床眼耳鼻咽喉头颈外科学

主编 刘春红 刘纳新 宋玉红 张绪迎 苏东奎 袁玉梅

天津科学技术出版社

临床眼耳鼻咽喉头颈外科学

主编 刘春红 刘纳新 宋玉红
张绪迎 苏东奎 袁玉梅

天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据
临床眼耳鼻咽喉头颈外科学 / 刘春红, 刘纳新, 宋玉红, 张绪迎, 苏东奎, 袁玉梅主编. — 天津: 天津科学技术出版社, 2011.8
I. ①临… II. ①刘… ②刘… ③宋… ④张… ⑤苏… ⑥袁…
IV. ①R765
中国图书馆分类号 CIP 数据核
责任编辑: 袁玉梅
封面设计: 袁玉梅
天津科学技术出版社出版
出版人: 袁玉梅
天津市河东区海大道32号 邮编 300100
电话: (022) 23335622 (编辑部)
网址: www.tjkjbs.com.cn
天津科学技术出版社
泰安开发区域印刷厂印刷
2011年8月第1次印刷
开本 787×1092 1/16 印张 13.2 字数 320 000
定价: 48.00 元

临床耳鼻咽喉头颈外科学

刘春红 主编
刘春红 刘春红 刘春红

图书在版编目(CIP)数据

临床耳鼻咽喉头颈外科学/刘春红等主编. —天津:天津科学技术出版社,2011.8
ISBN 978-7-5308-6563-7

I. ①临… II. ①刘… III. ① 科学:外科学
IV. ①R762

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 123456 号

责任编辑:郑东红

责任印制:兰 毅

天津科学技术出版社出版

出版人:蔡 颢

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022)23332695(编辑室) 23332393(发行部)

网址:www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

泰安开发区成大印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 13.5 字数 320 000

2011 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

定价:48.00 元

主 编 刘春红 刘纳新 宋玉红 张绪迎 苏东奎 袁玉梅

副主编 (以姓氏笔画为序)

刘春红 刘德刚 常建玉 黄瑞娟

编 委 (以姓氏笔画为序)

刘春红 山东省淄博市中医医院

刘纳新 山东省临清市人民医院

刘德刚 山东省惠民县中医医院

宋玉红 山东省荣军总医院

张绪迎 山东省微山县人民医院

苏东奎 河南省确山县人民医院

袁玉梅 河南省确山县人民医院

常建玉 河南省唐河县人民医院

黄瑞娟 河南省确山县人民医院

主编简介

刘春红,女,汉族,1971年11月出生,毕业于济宁医学院临床医学专业,大学本科学历。现任淄博市中医医院耳鼻喉科主任,淄博市医学会耳鼻喉专业委员会委员,被评为山东中医药大学优秀带教老师,淄博市药品不良反应监测工作先进个人,多次被评为医院先进工作者。

在耳鼻喉科疾病诊疗方面有较高的理论水平、全面的专业技术和丰富的临床经验。对常见病、多发病、疑难病的诊疗有自己独到的见解,采用独特的处理方法。工作中注重临床疗效,强化质量意识,提高服务水平。临床治疗中不断开展新技术、新业务、新项目,特别是中西医结合新疗法的应用取得了理想的效果。在实践经验基础上不断总结、提高,公开发表学术论文12篇,主编著作2部,获得国家专利4项,完成科研课题3项,得到业内专家学者好评。

刘春红

2011年5月

前言

随着相关医学、生命科学和现代高科技的发展,眼、耳鼻咽喉头颈外科学的基础与临床研究发展迅速。为满足当前眼、耳鼻咽喉头颈外科学医疗、教学第一线人员的需要,适应当前眼、耳鼻咽喉头颈外科学发展的形势,我们组织了工作在临床、教学第一线,具有丰富临床和教学经验的专家、学者,在广泛参考国内外最新文献资料基础上,结合各自的经验和业务专长编写了《临床眼耳鼻咽喉头颈外科学》,供从事眼、耳鼻咽喉头颈外科的工作者和与此有关的医务人员学习、参考。

本书共分七章,着重介绍了眼、耳鼻咽喉头颈外科等临床疾病的病因和发病机制、临床表现、诊断和鉴别诊断、系统治疗,还突出介绍了近年来一些新观念、新理论、新技术、新经验在临床上的应用。其内容丰富,文字简练,实用性强。希望该书的出版对国内眼、耳鼻咽喉头颈外科学的发展起到推动作用。

由于我们水平所限,加之时间仓促,书中难免有不妥之处,敬请各位读者批评指正。

刘春红
2011年5月

目 录

第一章 眼部疾病	1
第一节 结膜病	1
第二节 角膜病	5
第三节 白内障	11
第四节 青光眼	15
第五节 眼球贯通伤	20
第二章 耳部疾病	22
第一节 耳外伤	22
第二节 先天性耳前瘘管	23
第三节 耳廓化脓性软骨膜炎	24
第四节 外耳道异物	24
第五节 耵聍栓塞	25
第六节 外耳道炎及疖	25
第七节 外耳湿疹	26
第八节 分泌性中耳炎	26
第九节 急性化脓性中耳炎	29
第十节 慢性化脓性中耳炎	30
第十一节 急性乳突炎	31
第十二节 耳源性并发症	32
第十三节 梅尼埃病	46
第十四节 耳鸣	48
第十五节 耳硬化症	51
第十六节 突发性耳聋	52
第十七节 老年性耳聋	53
第十八节 先天性耳聋	54
第十九节 噪声性耳聋	55
第二十节 助听器选配	55
第二十一节 电子耳蜗植入	57
第三章 鼻部疾病	62
第一节 鼻部骨折	62
第二节 鼻疖肿	63
第三节 鼻前庭炎	64

第四节	急性鼻炎	65
第五节	慢性鼻炎	66
第六节	萎缩性鼻炎	68
第七节	干酪性鼻炎	71
第八节	变应性鼻炎	71
第九节	鼻出血	75
第十节	鼻息肉	78
第十一节	急性鼻窦炎	80
第十二节	慢性鼻窦炎	82
第十三节	鼻及鼻窦肿瘤	83
第四章	咽喉部疾病	90
第一节	急性咽炎	90
第二节	慢性咽炎	91
第三节	咽异感症	92
第四节	急性扁桃体炎	93
第五节	慢性扁桃体炎	95
第六节	扁桃体切除术	96
第七节	咽旁脓肿	100
第八节	咽后脓肿	100
第九节	腺样体肥大	101
第十节	阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	102
第十一节	急性喉炎	103
第十二节	慢性喉炎	105
第十三节	急性会厌炎	107
第十四节	喉阻塞	108
第十五节	鼻咽纤维血管瘤	110
第十六节	鼻咽癌	111
第十七节	咽部其他肿瘤	114
第十八节	喉良性肿瘤	118
第十九节	喉癌	119
第五章	气管食管疾病	123
第一节	气管、支气管外伤	123
第二节	气管、支气管狭窄	125
第三节	气管、支气管炎性疾	127
第四节	气管、支气管异物	143
第五节	呼吸功能失常与下呼吸道分泌物潴留	145
第六节	食管炎	146
第七节	先天性食管狭窄	149

第八节	食管憩室	149
第九节	食管失弛缓症	150
第十节	食管穿孔	151
第十一节	食管异物	153
第十二节	食管腐蚀伤	155
第十三节	食管肿瘤	157
第六章	颈部疾病	167
第一节	甲状舌管囊肿及瘻管	167
第二节	单纯性甲状腺肿	167
第三节	甲状腺肿瘤	169
第七章	颅底疾病	174
第一节	颅底先天性疾病	174
第二节	颅底动脉瘤	181
第三节	硬脑膜动静脉瘘	186
第四节	颅鼻沟通肿瘤	189

细菌性结膜炎有肺炎球菌、金黄色葡萄球菌、链球菌、流感杆菌和肺炎球菌等。多为双眼发病，春秋两季易发生，易形成慢性。此病潜伏期1~2天，3~4天症状达高峰，7~10天可痊愈。

【病因】本病常由细菌经手接触引起，细菌通过接触蔓延，毛巾、手、钱币、玩具、水等为媒介传至眼。有时也可能细菌在呼吸道黏膜中通过咳嗽、喷嚏传播。

【临床表现】细菌性结膜炎发病急，多为双眼同时或先后发病。一般3~4天即达高峰，整个病程约1~2周。如不彻底治疗，可转成慢性。若角膜受累，则形成新月形浸润或溃疡。

1. 体征 有异物感，灼热感，眼内异物感，常感视物模糊，但清除分泌物后视力即恢复。

2. 体征 结膜充血明显，可伴有结膜下片状或点状出血，分泌物为浆液性，后为黏液脓性。晨起时，上下睑缘与睫毛常被分泌物粘着，结成干痂而无法正常睁眼，有时在角膜面上形成假膜，虽多数被剥下，但易复发。重症者可并发角膜点状浸润，且多为降低。

【诊断】本病具有明显的结膜充血和大量黏液脓性分泌物，因此诊断并不困难，但应与急性虹膜睫状体炎和急性闭角型青光眼相鉴别（详见第4章）。

【鉴别诊断】应注意与急性虹膜睫状体炎及急性外源性青光眼相鉴别。

【治疗】

1. 分泌物多者可用生理盐水或3%硼酸水冲洗结膜囊，切忌包盖患眼。

2. 局部滴抗生素眼药水，常用有0.3%庆大霉素、0.5%卡那霉素、0.3%氯霉素、10%磺胺醋酸钠、0.1%利福平等。点1~2滴，根据病情可每0.5~2小时1次。

二、淋菌性结膜炎

淋菌性结膜炎又称淋病性结膜炎，是由淋病奈瑟氏菌感染的急性化脓性结膜炎，常见于新生儿，故又称新生儿淋病性结膜炎。近几年来，该病时有发生，应予以注意。

【病因】患淋菌性结膜炎，成年人多因直接或间接触被污染尿道炎的脓性分泌物，3

第一章 眼部疾病

第一节 结膜病

眼结膜表面大部分暴露于外界并和呼吸道相通,结膜囊内有适当的温湿度,易受感染及外伤。结膜富于神经血管,对各种刺激反应敏感。故结膜炎为常见多发病。多数结膜炎具有传染性及流行性,要积极防治。

一、细菌性结膜炎

细菌性结膜炎俗称“火眼”或“红眼”,是一种常见的细菌性传染性眼病。该病由细菌感染结膜引起,常见致病菌有肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌、柯-魏杆菌、流感杆菌和链球菌等。多为双眼发病,春秋季节易发生,易形成流行。此病潜伏期1~2天,3~4天症状达高峰,7~10天可痊愈。

【病因】 本病是细菌感染结膜引起,细菌通过接触蔓延,毛巾、手、钱币、玩具、水等为媒介传至眼。有时也可能细菌在呼吸道分泌物中通过咳嗽、喷嚏传播。

【临床表现】 细菌性结膜炎发病急,多为双眼同时或先后发病,一般3~4天即达高峰,整个病程约1~2周。如不彻底治疗,可转成慢性。若角膜受累,则形成新月形浸润或溃疡。

1. 症状 有异物感、灼热感,因分泌物多,常感到视物模糊,但清除分泌物后视力即恢复。

2. 体征 结膜充血明显,可伴有结膜下片状或点状出血,分泌物为浆液性,后为黏液脓性。晨起时,上下睑缘与睫毛常被分泌物粘着,结成干痂而无法睁眼。有时在结膜面上形成假膜,虽大多数被剥下,但易复发。重症者可并发角膜点状浸润,且视力降低。

【诊断】 本病具有明显的结膜充血和大量黏液脓性分泌物,因此诊断并不困难,但应与急性虹膜睫状体炎和急性闭角型青光眼相鉴别(详见第4章)。

【鉴别诊断】 应注意与急性虹膜睫状体炎及急性充血性青光眼相鉴别。

【治疗】

1. 分泌物多者可用生理盐水或3%硼酸水冲洗结膜囊。切忌包盖患眼。
2. 局部滴抗生素眼药水,常用有0.3%庆大霉素、0.5%卡那霉素、0.3%氟嗟酸、10%磺胺醋酰钠、0.1%利福平等。选1~2种,根据病情可每0.5~2小时1次。

二、淋菌性结膜炎

淋菌性结膜炎又称淋病性结膜炎,是由淋病奈瑟氏菌感染的急性化脓性结膜炎,常见于初生儿,故又称新生儿淋病性脓漏眼。近几年来,该病时有发生,应予以注意。

【病因】 患淋菌性结膜炎,成年人多因直接或间接接触尿道炎的脓性分泌物,初生

儿多因母体产道的淋病奈瑟氏菌感染所致。

【临床表现】

1. 成人淋菌性结膜炎 单眼或双眼均可发病,潜伏期 10 小时至 2~3 天不等。起病急骤,发展迅速。有眼痛、畏光、流泪,眼睑高度水肿,睑球结膜充血,球结膜水肿,重者突出于睑裂外,睑结膜的炎性假膜可有可无。病初分泌物为浆液性或血性,不久变为脓性,自睑裂源源不断的流出,脓漏眼由此而得名。约 10 天至数周后脓性分泌物逐渐减少,此外常有耳前淋巴结肿大,这是导致耳前淋巴结病变的仅有的细菌性结膜炎。严重病例可并发角膜溃疡和穿孔。

2. 儿童淋菌性结膜炎 主要为急性化脓性结膜炎的症状,角膜上皮有点状染色。症状较成人轻。

3. 新生儿淋菌性结膜炎 一般在出生后 2~3 天内发病,常双眼同时受累。与成人相似但症状稍轻而进展很快。角膜发暗,周边部浸润,中央部溃疡。预后差,严重者影响视力。

【实验室检查】 根据眼睑、结膜高度肿胀充血,大量脓性分泌物,短期角膜溃疡穿孔的特点,细菌学检查必不可少。眼分泌物涂片和结膜刮片染色镜检见中性白细胞和上皮细胞内外有革兰阴性(红色)淋球菌即可确诊。荧光抗体染色可快速诊断。

【治疗】 局部治疗与全身治疗并重。

1. 冲洗分泌物 用生理盐水或 1:10000 高锰酸钾溶液或 1:5000U 青霉素溶液冲洗结膜囊内分泌物,直至分泌物消失。冲洗时,须将头偏向患侧以防分泌物流入健眼。

2. 局部用药 局部滴 5000~10000U/ml 青霉素眼药水,开始可每 5~10 分钟 1 次,2 小时后逐渐减少次数,然而每 1~2 小时滴 1 次,直至分泌物涂片找不到淋球菌,以后继续使用青霉素眼水滴眼 1 周。

3. 全身用药 全身注射青霉素,对青霉素耐药或过敏者可肌肉注射菌必治 5 天,有角膜病变者给予静脉滴注,并口服磺胺药。

4. 治疗并发症 如有角膜病变,滴阿托品以扩瞳。

【预防】 对患者实行隔离治疗,被病眼污染手帕、洗脸用具和医疗器皿须严格消毒,淋菌性结膜炎患者用过的敷料要烧毁。同时指导患者采取切实可行的预防措施。规定患者不可外出到公共场所(浴室、游泳池等)活动,勿用手揉眼以防止传染。对淋菌性尿道炎患者,应使其了解有传染他人和自身眼睛的可能,嘱其小便或以手触及患眼后,手要彻底消毒。淋菌性尿道炎的孕妇必须在产前治愈。婴儿出生后,立即滴 1% 硝酸银溶液或抗生素滴眼液于结膜囊内,以预防新生儿淋菌性脓漏眼。

三、流行性角膜结膜炎

流行性角膜结膜炎(epidemic kerato conjunctivitis)是一种急性传染性眼病,由腺病毒引起,以腺病毒Ⅷ型最常见,常造成流行,往往在夏季。世界各地均引起过多次大流行。特点是发病急,传染性强,刺激症状重,多合并结膜下出血,角膜损害。

【病因】 主要为病毒 8 型感染所致。传染性强,通过飞沫、眼分泌物、污染的水和物接触传播。常在易感人群中造成暴发流行或全年散发病例。

【临床表现】 常有接触眼病患者史。

潜伏期 5~12 天,常为双侧。患者有异物感、疼痛、流泪和畏光等症状。眼睑红肿,结膜充血与水肿,分泌物少,且为水样。耳前淋巴结肿大。7~10 天后结膜炎逐渐消退,但此时多数病人出现浅层点状角膜炎,位于角膜中央部,影响视力,约 2~3 周后炎症消退。

【实验室检查】 感染后机体产生对同型病毒的特异抗体,在发病初期、急性期(发病 1 周内)可取材分离病毒;双相血清做中和试验,血凝抑制试验,补体结合试验,检测特异抗体。

【治疗】 用生理盐水冲洗结膜囊后,选用抗病毒药物滴眼,如 0.1% 碘苷眼药水、1% 病毒唑眼药水、0.5% 无环鸟苷眼药水等。每 1~2 小时点眼 1 次。使用抗生素眼水或眼膏,可预防继发细菌感染。严重者可配合口服吗啉胍,板蓝根冲剂及维生素 B₁、B₂ 等。

【预防】 同急性卡他性结膜炎。

四、流行性出血性结膜炎

流行性出血性结膜炎(epidemic haemorrhagic conjunctivitis)是一种在世界各地流行极快的急性滤泡性结膜炎,多发生于夏秋季。

【病因】 病原体为肠道病毒 70 型,为一种微小型核糖核酸病毒。偶尔可由柯萨奇(Coxsackie)病毒 A24 型引起。本病传染性很强,可大面积迅速流行。

【临床表现】 潜伏期短,约在 24 小时内发病,多为双眼。常以剧烈眼痛、异物感畏光,流泪等症状发病。眼睑及结膜红肿,睑结膜滤泡增生显著。分泌物为水样,球结膜常有点、片状出血,多自上方开始,有时很广泛。耳前淋巴结肿大。病初角膜上皮有一过性的细小点状上皮性角膜炎。部分病人可有发热不适及全身肌痛。在印度和日本曾报告个别病人出现类似小儿麻痹样的下肢运动障碍。本病有自限性,一般持续 10 天左右或更短。

婴幼儿一般不患此病,即便感染,症状亦轻。

【实验室检查】 我国已采用肠道病毒 70 型原型株病毒免疫鼠,以间接免疫荧光法作 AHC 的快速诊断。

【治疗】

1. 局部用药 目前尚无有效药物治疗。局部可滴用抗病毒眼药水或眼膏,如 0.1% 无环鸟苷、病毒唑、0.1% 干扰素眼药水、羟苄眼药水、环胞苷眼膏等,可配合用 0.25% 氯霉素眼药水或利福平眼药水。症状严重者可加用皮质激素眼药水以减轻炎症反应。也可用 1/5000 新洁尔灭洗眼,每日数次,有缩短疗程,提高效率的作用。

2. 潘生丁 近年来研究证实潘生丁有广谱抗病毒作用。文献报告对 126 例红眼病患者随机分两组治疗。方法:治疗组口服潘生丁 1 次 50mg,日 3 次,病毒唑眼水滴眼,每日 4 次;对照组用病毒唑眼水滴眼。结果使用潘生丁治疗组总有效率明显高于对照组, $P < 0.01$ 。

【预防】

1. 对患者要隔离,患者的用具、医院的眼药及眼科器械应彻底消毒。
2. 不要用手揉眼睛,以免交叉感染。忌食葱、蒜、韭菜、辣椒、羊肉等辛辣刺激性食物。

五、春季结膜炎

春季结膜炎 (vernal conjunctivitis) 又名春季卡他, 是季节性疾病, 春夏季节天暖时发作, 秋冬季天冷时缓解。多见于 20 岁以下的青少年男性, 常侵犯双眼, 每年复发。

【病因】 本病的真正病因尚不明确, 有人认为本病属抗体参与的免疫性疾病, 为过敏性结膜炎, 属变态反应第 I 型。其过敏原可能为各类植物的花粉, 各种微生物的抗原成分、污尘、动物皮屑、羽毛、阳光及温度的变化等。过去认为本病主要由 IgE 抗体介导, 但近年来研究指出 IgG 抗体及细胞免疫也与本病的发病机理有关。

【临床表现】 患者有难以忍受的奇痒, 也可有异物感、畏光、流泪等表现。对视力一般无影响, 分泌物呈黏稠丝状。临床上按病变部位分三种类型:

1. 睑结膜型 病变主要在充血肥厚的睑结膜上, 不侵及穹隆部。下睑结膜较少发病, 如有病变也较轻微。初起时, 睑结膜显著充血, 继则出现多数大而扁平多边形乳头, 大小不一, 满布睑结膜上, 状似石子铺的路面或去皮的石榴。发生在下睑结膜的乳头较小且非扁平。乳头之间的裂隙呈浅蓝色。表面覆以牛乳样粘丝状物。分泌物涂片镜检, 可见嗜酸性细胞增多。

2. 角膜缘型 球结膜常为污棕色。角膜上缘或睑裂部角膜缘有一至数个灰黄色凝胶样隆起结节, 其中心有小血管支, 相应处球结膜局限性充血。凝胶样物可互相衔接在角膜缘处覆盖于角膜上或完全围绕角膜缘呈堤状。

3. 混合型 上睑结膜与角膜缘同时出现上述病变。

【治疗】 本病目前仍无根治方法, 发病季节, 避开可能的致敏原、配戴有色眼镜。住空调冷房或易地疗法。

局部用 2% ~ 4% 色苷酸钠、1% 肾上腺素、1% 麻黄素、0.25% 稀醋酸、冷硼酸液冲洗结膜囊等可减轻症状。也可用 2% 氯化钙眼液点眼。有报告用环孢霉素 A 油剂点眼, 每日 4 ~ 6 次, 疗效显著。β 射线照射, 有获良好效果者。局部点皮质类固醇眼液症状消退甚速, 但不能根治。长期点眼应注意副作用。有人主张在症状加重时以间歇冲击法与上述其他减轻症状的药物交替作用, 每 2 小时一次, 持续 3 ~ 5 日。近年来有用盐酸间羟唑啉点眼。高血压、糖尿病慎用。

六、沙眼

沙眼是一种急性传染性结膜炎, 常反复感染, 能迁延数年甚至数十年之久。男女发病率相差不多, 与个人习惯和环境卫生条件有密切关系。因此, 沙眼是一种社会性传染性疾病, 防治沙眼仍然是一项重要的任务。

【病因】 沙眼是由沙眼衣原体感染所致。1955 年我国学者汤非凡和张晓楼首次成功地分离培养出沙眼衣原体, 眼是由其中的 A, B, C 或 B₁ 型所致。近年来, 对沙眼又有更深的认识。鉴于沙眼与包涵体结膜炎的萌芽体难以区别, 故现通称其为沙包衣原体。它以包涵体的形态存在于结膜上皮细胞中, 沙眼的分泌物是传染源, 通过手、用具、毛巾和洗脸水等媒介传播。

【临床表现】 轻者可以无症状, 部分患者有痒感、异物感、烧灼和干燥感等症状。上睑结膜血管模糊、充血、乳头肥大及滤泡增生。乳头和滤泡逐渐破溃或坏死, 形成线状或网格状的瘢痕。以上穹隆部及上睑结膜为显。晚期如合并有睑内翻、倒睫、角膜溃疡时,

则出现明显的刺激症状,并可影响视力,甚至失明。

【实验室检查】 结膜刮片检查发现沙眼包涵体。

【沙眼的临床分期】

1. 国际上常用 MacCallan 氏分期法

I 期—浸润初期,睑结膜与穹窿部结膜充血肥厚,出现初期滤泡及早期沙眼血管翳。

II 期—活动期,有明显的活动性病变,即乳头、滤泡和角膜血管翳。

III 期—疤痕前期,同我国 II 期。

IV 期—疤痕期,同我国 III 期。

2. 我国的分期法(1979 年全国第二届眼科学术会议时制订)

I 期—进行期,即活动期,乳头与滤泡并存,上穹窿结膜组织模糊不清,有角膜血管翳。

II 期—退行期,从疤痕开始出现到大部变为疤痕,仅留少许活动性病变。

III 期—完全结疤期,活动性病变完全消失,代之以疤痕,为痊愈期,此期已无传染性。

【诊断】 凡具下述第 1 项表现,再有其他 3 项中任何 1 项者,即可诊断为沙眼。

1. 上穹窿部和上睑结膜血管模糊充血,乳头增生,滤泡形成,或两者兼有。

2. 角膜上有血管翳。

3. 上穹窿部位和上睑结膜出现疤痕。

4. 结膜刮片检查发现包涵体。

【治疗】

1. 一般治疗 注意个人卫生,养成良好的用眼习惯,勤洗手,勤换手帕,尽可能不用公共洗脸用具,不用手或衣巾揉擦眼睛。浴室、理发店、旅店等处的面巾、浴巾要消毒后再使用。

2. 药物治疗 通常仅予局部治疗,可用 0.05% ~ 0.1% 酞丁胺、0.1% 利福平、10% ~ 30% 磺胺醋酰钠眼药水,每日 4 次滴眼,连续 3 ~ 6 个月,亦可采用间歇疗法,每月滴眼 5 ~ 7 天,共 6 个月。每晚睡前用抗生素眼膏涂入结膜囊内,可增加疗效,常用 0.5% 四环素、0.5% 红霉素眼膏等。

3. 其他治疗 滤泡较多时,为了缩短疗程,可做沙眼滤泡挤压术。乳头较多时,可用乳头摩擦术。二者都需要配合药物治疗。针对不同合并症采用相应治疗,如电解倒睫毛囊,睑内翻矫正术等。

(张绪迎)

第二节 角膜病

一、细菌性角膜溃疡

匍行性角膜溃疡

【病因】 匍行性角膜溃疡(serpiginous corneal ulcer)又称前房蓄脓性角膜溃疡,是一种急性化脓性角膜溃疡,多见于年老体弱或患有慢性泪囊炎的人。角膜上皮损伤后由肺

炎双球菌、金黄色葡萄球菌、链球菌、淋球菌等化脓性细菌感染所致。多发生在夏秋季。

【临床表现】 自觉症状显著有眼痛、怕光、流泪及视力减退等。检查可见眼睑轻度肿胀,结膜充血和睫状充血显著,严重者有球结膜水肿。溃疡发生在角膜损伤处,进展较快。靠近角膜中央的一边有呈灰黄色浸润,形成溃疡呈槽沟状,向角膜实质层掘进,向进展较快称进行缘,其另一边缘则较整洁。溃疡常侵及角膜大部或全部。本病的另一特点是早期即并发虹膜睫状体炎,前房积脓。

【治疗】 应用高浓度的几种抗生素滴眼液联合滴眼为原则,如洁霉素、庆大霉素等眼药水滴眼,每0.5h1次,病情稳定后,改为每1~2h1次。红霉素眼膏每日涂3~4次。10%磺胺醋酰钠也可选用。对重症病例还应于球结膜下注射庆大霉素、头孢唑啉等。并给予全身抗生素肌肉注射或静脉滴注,如菌必治等。

有虹膜睫状体炎时,要及早用阿托品扩瞳。热敷可以止痛,促进血液循环。有泪囊炎者应每日用生理盐水及抗生素冲洗泪囊,待角膜炎控制后再作泪囊鼻腔吻合术,或泪囊摘除术。

绿脓杆菌角膜溃疡

绿脓杆菌角膜溃疡(*pseudomonas corneal ulcer*)是由绿脓杆菌感染引起的一种发展迅猛的暴发性化脓性角膜炎。主要通过角膜外伤和污染的眼药水所引起。使用被绿脓杆菌污染的手术器械和(或)眼药水常是引起感染的直接原因。近年来,接触镜的广泛应用,因镜片或镜片清洁液被污染而遭感染者亦非罕见。

【临床表现和诊断】

1. 病史 发病前多有角膜外伤,特别是角膜异物感染史。使用被绿脓杆菌污染的手术器械和眼药水,常是引起感染的直接原因。近年来,接触镜片或镜片清洁液被绿脓杆菌污染而遭感染者亦非罕见。

2. 临床表现 起病急,发展快,角膜刺激症状重,继眼部外伤或角膜异物剔除之后数小时或1~2天内眼部剧烈疼痛、畏光、流泪、眼睑高度肿胀难以睁开、视力障碍和大量黄绿色黏稠分泌物。

体征:角膜感染数小时后,即出现黄灰色浸润,很快发展为环形或盘状坏死。坏死组织脱落形成大面积溃疡,同时产生大量黄绿色脓性分泌物(细菌能产生荧光素和绿脓素),不易擦去,是本病的典型特征。如不能很快控制,角膜将在1~2天内全部溶解、穿孔(因本菌多产生胶原酶和分泌溶蛋白酶),眼球内容物脱出或发生全眼球炎。

【治疗】

1. 局部滴药 该病发展异常迅速,如疑为本病,在细菌培养未证实前,应及时用0.2%多粘菌素B或1%粘菌素滴眼液,每15~30min1次,每日不少于20次,用3~5天。或用链霉素及庆大霉素(2万U/ml)滴眼液,也可将庆大霉素和多粘菌素联合使用,以增强治疗效果且避免抗药性的产生。肝素(2500U/ml)与抗生素合用,每日4次,可破坏细菌胶原酶达到杀菌目的,治疗病情好转后仍需继续滴眼,次数可减少以防复发。

2. 球结膜下注射 ①庆大霉素2万~4万U或链霉素0.3~0.5g每日1次,一般注射3~6次后即可控制感染;②多粘菌素B5万~10万U(5~10mg),必要时可增加到20

万U,每日注射1次,同时加入少许普鲁卡因以减少疼痛,一般治疗不超过5~7次。

3. 结膜囊冲洗 可用1:5000 氰氧化汞液冲洗,每日2次,或用粘菌素甲磺钠500mg及10%磺胺醋酰钠4.5ml加入900ml的生理盐水中冲洗,持续2周。

4. 角膜移植 严重病例在药物治疗1~2天后,切除病变组织作角膜板层移植。

二、单纯疱疹性角膜炎

单纯疱疹性角膜炎(herpes simple keratitis)在病毒性角膜炎中最为多见。常发生于感冒发热病或机体抵抗力降低之后。由于近年来临床滥用免疫抑制剂,使全身或眼部免疫力降低,因而此病较以往增多。

【病因】 本病由单纯疱疹病毒感染所致。单纯疱疹病毒分为Ⅰ型和Ⅱ型两个血清型。Ⅰ型主要感染口腔、唇部和眼部,大多数眼部疱疹病毒是由此型病毒引起;Ⅱ型的感染部位是生殖器,偶尔也引起眼部感染。单纯疱疹病毒多系原发感染后的复发。绝大部分的成年人出生后都发生过单疱病毒Ⅰ型的原发感染。幼儿原发感染表现为唇部疱疹、皮肤疱疹。如眼部受累则多为急性滤泡性结膜炎,膜性结膜炎并伴有耳前淋巴结肿大或伴有树枝状角膜炎。眼部原发感染后病毒就在三叉神经节内长期潜伏下来,当机体抵抗力下降,如患感冒、肺炎等热病后,全身或局部使用皮质类固醇、免疫抑制剂时,潜伏在神经节内的病毒可以被再激活,导致单疱病毒性角膜炎的复发。多次复发,可致角膜混浊加重,视力严重下降。

【临床表现和诊断】

1. 临床表现

- (1) 常有发热史,可伴有眼睑、口角、鼻前庭等部位单纯疱疹。
- (2) 病程较长,愈后易于复发。
- (3) 病人常有异物感、羞明和流泪,也有视力障碍。
- (4) 角膜病变一般有表面点状浸润、浅层溃疡以及弥漫性角膜基质浸润。角膜表面首先出现灰白色半透明小泡或串列成行,或聚积成簇称角膜点状浸润,小泡很快融合破溃。病变区呈树枝状者,为树枝状角膜溃疡;呈地图状者称地图状角膜溃疡;荧光素着色。盘状角膜炎的病变部位主要在基质层,多位于中央部,呈境界清楚的盘状混浊。愈后遗留不同程度的角膜混浊。

(5) 常伴有不同程度的葡萄膜反应,轻者限于虹膜睫状体炎,重者可伴前房积脓。

2. 实验室及其他检查

- (1) 细胞学检查:将细胞与角膜刮片做Giemsa染色,可发现嗜伊红细胞核内包涵体,并可见多核(2~15个核)巨上皮细胞。
- (2) 血清学检查:可发现中和抗体(IgG)水平增高。
- (3) 荧光抗体染色:将角膜组织或刮片做荧光抗体染色常可检出病毒抗原。
- (4) 从组织培养中分离病毒:上皮病变者阳性率较高,而对实质性者则常无价值。

【治疗】

1. 一般治疗 热敷、散瞳、局部包扎或盖眼垫,防止继发感染。
2. 药物治疗
 - (1) 疱疹净(IDU):目前仍是治疗本病的主要药物。剂型有0.1%眼液和0.25%的软

膏2种。方法是用0.1%点眼液昼间每小时,夜间每两小时点眼,但夜间点眼对患者是困难的,所以多在就寝前以涂软膏代替夜间点眼。如小儿频繁点眼困难或点眼液效果不佳时,还有用软膏1天5次点眼的方法。经10天到2周就减少点眼次数,在溃疡消失后为了预防再发多主张继续用药1周左右。对树枝状角膜炎、地图状角膜炎等基本是相当有效的。

(2)无环鸟苷(acyclovir):通常用3%软膏每日5次点眼,全身给药也会有好效果,可以预期本剂将是较好的药物。

(3)阿糖胞苷:0.05%~0.2%阿糖胞苷眼药水滴眼,每小时1次。重症患者球结膜下注射0.2%阿糖胞苷注射液0.5ml,每日1次。

(4)环胞苷:0.05%环胞苷眼药水滴眼,每小时1次。

(5)病毒唑:方法为0.5%病毒唑眼药水滴眼,溃疡阶段每小时滴1次,每次1~2滴。溃疡愈合后,基质尚有浸润及水肿者改为每2小时1次。

(6)三氟胸甙:国内有学者报告用1%三氟胸甙眼液滴眼,白日每2小时1次(一般滴6次),晚上涂金霉素眼膏,同时用散瞳剂如1%阿托品眼液或眼膏。有继发性色素膜炎者,滴0.5%可的松眼液,每日3次。内服维生素A、B、C等。结果14例15只眼,病程短者,早期用药3~5天,即见炎症控制,7~10天治愈;急发病例用药时间均在2周左右见效,或仅见部分炎症控制。

(7)干扰素:干扰素不仅有抗病毒的作用,并借助淋巴球和大吞噬细胞对免疫反应有影响。可与清除病灶或抗单疱病毒药如无环鸟苷眼水、三氮唑核苷眼水并用。最近应用干扰素 β 有疗效,据说对基本型的单疱性角膜炎可能超过IDU的效果。

(8)左旋咪唑(LMS):本品对该病有较好疗效,若与转移因子联合应用疗效更佳。一般采用LMS常用量口服,转移因子患侧眼下穹窿结膜下注射及耳前淋巴结注射。

(9)转移因子(TF):用法:本品1U溶于2ml生理盐水中,皮下或肌肉注射,开始每周1次,以后减为每周1次或每2周1次。亦可用本药做结膜下注射,每周1次。

(10)利福平:常配成0.1%滴眼液或1%眼膏局部外用,以防止继发细菌感染。

(11)其他:可用1%阿托品眼药水充分散瞳,每日3次;内服维生素B族及C族、胱氨酸、泛酸钠、消炎痛、阿司匹林等。

3. 手术治疗

(1)病灶清除术:常用机械清创,清创后对患眼加压包扎,有利促进上皮愈合,减轻症状。

(2)炎症消退后3个月,视力低于0.1,可考虑穿透性角膜移植术。

三、真菌性角膜炎

【病因】真菌性角膜炎系真菌直接侵入角膜引起感染所致。常发生于植物引起的外伤,尤其是农作物,农忙高温季节发病率高。常见致病真菌有镰刀菌、曲霉菌和念珠菌等属。

【临床表现和诊断】一般起病较缓慢,主觉症状较轻,数日后形成溃疡。眼睑红肿,充血明显,有灰白色分泌物。角膜表层有结节样浸润,溃疡呈黄白色,坏死组织容易刮下,溃疡周围有时可见窄而透明的沟状区。早期即出现前房积液。如无适当治疗,常导致穿