

中华医学系列图书

ZHONGHUA YIXUE XILIE TUSHU

临床病例会诊与点评

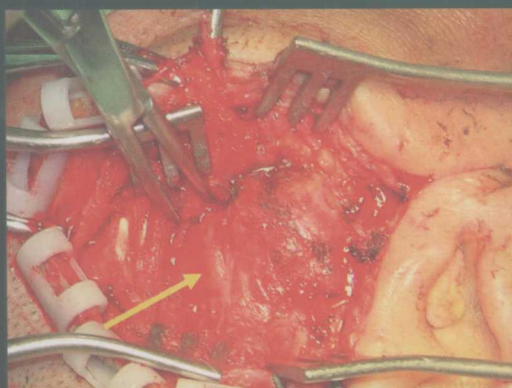
— 耳鼻咽喉头颈外科分册

LINCHUANG BINGLI

HUIZHEN YU DIANPING

— ERBIYANHOUTOUJINGWAIKE FENCE

● 主编 韩德民



 人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS 60607-7099

TEL: 773/936-3700 FAX: 773/936-4700

WWW.CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS 60607-7099

TEL: 773/936-3700 FAX: 773/936-4700

WWW.CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

CHICAGO.PRESS.EDU

LIU CHUAN-AN, HONG KONG

HONG KONG, 1997

— THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS



THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS 60607-7099

TEL: 773/936-3700 FAX: 773/936-4700

WWW.CHICAGO.PRESS.EDU



中华医学系列图书

ZHONGHUA YIXUE XILIE TUSHU

临床病例会诊与点评

—耳鼻咽喉头颈外科分册

LINCHUANG BINGLI HUIZHEN YU DIANPING
ERBI YANHOU TOUJING WAIKE FENCE

主 编 韩德民

副 主 编 王 琪

编 者 (以姓氏笔画为序)

于 洋 马兆鑫 王 佳 王 琪 王东海 王宁宇
王全桂 王佩华 王秋萍 尹金淑 白云波 司勇锋



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

临床病例会诊与点评. 耳鼻咽喉头颈外科分册 / 韩德民主编. —北京: 人民军医出版社, 2009. 3

(中华医学系列图书)

ISBN 978-7-5091-2500-7

I. 临… II. 韩… III. ①临床医学②耳鼻咽喉科学: 外科学③头—外科学④颈—外科学 IV. R4 R762 R65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 006290 号

策划编辑: 马莉 文字编辑: 陈娟 责任审读: 张之生

出版人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社

经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927270; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927301

网址: www.pmmj.com.cn

印刷: 三河市春园印刷有限公司

装订: 春园装订厂

开本: 787mm × 1092mm 1/16

印张: 13 字数: 298 千字

版、印次: 2009 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001 ~ 2800

定价: 130.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

序

临床病例讨论是临床工作实践的总结和临床经验的积累,是一个由理论到实践,再由实践到理论的过程。当前,临床医学的诊断与治疗有了迅速的发展。具体说来,诊断的手段与方法随着高科技、新设备的出现正越来越多地被临床医师所熟悉和掌握。可供选择的治疗方法也逐渐增多。因此,更新知识和理念,掌握新的诊疗技术,了解临床医学的新进展已成为广大医务工作者的迫切要求。

尽管今天医疗技术已为临床医师提供了先进的诊断技术与仪器、器械,并对确诊患者提供了重要依据。但是任何技术也代替不了正确的科学分析、综合及判断等思维方法,医务工作者才是做出正确临床诊治决策的关键。基于这个理念,由中华医学会杂志社与人民军医出版社共同策划、组织编写了一套《临床病例会诊与点评》丛书。书中收录了全国各大、中型医院的典型及疑难病例,分为21个学科分册,在全国范围内组织几百名具有权威性的临床医学专家,对这些病例进行个案及综合分析点评,提出精练的思维方法和清晰的诊疗思路,汇集众多医学专家宝贵的临床经验,综述近年来医学领域新理论、新观点、新进展,旨在引导勤奋刻苦、好学上进的年轻医师,逐渐步入神圣的医学殿堂,避免走误诊、误治的弯路,在艰苦医学的道路上探索一条成功之路。在此,我对为编写《临床病例会诊与点评》付出心血和努力的各位专家表示衷心的感谢!

《临床病例会诊与点评》丛书是集体智慧的结晶,内容丰富,资料翔实,科学实用,是一套很有价值的参考书,对提高我国临床医师整体医学诊疗水平,将起到很大的促进作用。

我很愿意为此套著作作序,并希望该套著作的出版能为临床医学科学的发展起到推动作用。

中华医学会会长 张纪山

2009年1月1日

前 言

在临床工作中，医师需要以实践为基础，不断积累经验，从而提高我们的临床辩证思维能力及诊断和治疗水平，更好地为患者服务。

作者和编者均来自于临床第一线，因此收录的内容是这些专家和医师们实践经验的总结，具有宝贵的学术价值和临床实用性，通过对疑难和典型病例介绍，图文并茂地展示了各种耳鼻咽喉头颈外科疾病的特点，期望能对各级临床医师的临床实践起到一定的指导作用。

编者特邀请了耳鼻咽喉头颈外科具有丰富专业经验的教授们对每篇文章进行认真的审稿，并对其中的部分病例进行了点评，充实和完善了本书内容，增加了其学术价值。

本书按鼻、耳、咽喉、头颈外科分章，内容简明、图片精美，不失为一本较好的床头案边常备书目。学科诊疗进展日新月异，本书亦需要在不断总结经验的基础上充实和更新。本书的缺点和疏漏之处，恳请各位同道和读者们批评指正。

韩德民

2009年1月5日

目 录

CONTENTS

第 1 章 鼻科疾病 /1

- 病例 1 蝶鞍区 Schneiderian 乳头状瘤 /1
- 病例 2 鼻内镜下经筛窦眶纸板入路眶内血肿清除术 /5
- 病例 3 鼻内镜辅助下行眶下壁骨折复位术 /10
- 病例 4 鼻石 /12
- 病例 5 鼻脑型毛霉菌病 /14
- 病例 6 鼻前庭血管淋巴组织增生伴嗜酸性粒细胞浸润 /16
- 病例 7 喉鼻硬结症 /19
- 病例 8 变应性真菌性鼻窦炎 /21
- 病例 9 CT 检查在真菌性鼻窦炎术前诊断中的作用 /24
- 病例 10 孤立性真菌球性蝶窦炎 /28
- 病例 11 非炎症性鼻源性头痛 /31
- 病例 12 腭正中囊肿 /34

第 2 章 耳科疾病 /37

- 病例 13 半规管阻塞术 /37
- 病例 14 外耳道上径路耳蜗植入术 /40
- 病例 15 神经纤维瘤病 II 型 /43
- 病例 16 内淋巴囊乳头状腺癌 (2 例) /46
- 病例 17 良性阵发性位置性眩晕 (快速手法复位治疗) /51
- 病例 18 先天性颞下颌关节外耳道疝 /54
- 病例 19 鼓室毛细血管瘤 /57
- 病例 20 不以面瘫为首发症状的面神经肿瘤 /58

第3章 咽喉科疾病 /65

- 病例 21 鼻咽部副耳 /65
- 病例 22 会厌化脓性肉芽肿 /67
- 病例 23 声带 Reinke 间隙水肿 /69
- 病例 24 咽食管憩室 /71
- 病例 25 喉接触性肉芽肿 /74
- 病例 26 喉结核 /76
- 病例 27 声带血管扩张症 /78
- 病例 28 儿童塑型性支气管炎 /80
- 病例 29 呼吸道硬结病 (4 例) /83
- 病例 30 胃食管反流与咽喉部炎症 /89
- 病例 31 扁桃体切除术后大出血 /92
- 病例 32 等离子体低温射频消融法腺样体切除术 /94
- 病例 33 新生儿先天性会厌囊肿 /96
- 病例 34 婴幼儿喉阻塞 (2 例) /100
- 病例 35 幼年性黄色肉芽肿 /103

第4章 头颈外科疾病 /105

- 病例 36 头颈部肌纤维母细胞瘤 /105
- 病例 37 颈动脉重建 /108
- 病例 38 甲状腺淋巴瘤 /112
- 病例 39 成人会厌乳头状瘤 /116
- 病例 40 咽鼓管咽口恶性黑色素瘤 /118
- 病例 41 外鼻基底细胞癌手术切除与邻近组织瓣修复 (2 例) /121
- 病例 42 喉神经内分泌癌 (2 例) /124
- 病例 43 原发颈段多形性腺瘤 /128
- 病例 44 巨大颅底 - 眶 - 上颌骨区缺损的修复 /131
- 病例 45 鼻窦小细胞癌 /135

- 病例 46 鼻腔及鼻窦黏膜恶性黑色素瘤 (2 例) /138
- 病例 47 新生儿软腭畸胎瘤 /144
- 病例 48 甲状腺髓样癌 /147
- 病例 49 颞骨巨细胞瘤 /150
- 病例 50 咽侧恶性血管内皮细胞瘤 /153
- 病例 51 全喉切除术后防误咽型气管食管瘘发音重建术 /156
- 病例 52 茎突综合征 /158
- 病例 53 颞骨巨细胞修复性肉芽肿 /161
- 病例 54 鼻腔及鼻窦畸胎瘤肉瘤 /164
- 病例 55 颞骨软骨母细胞瘤 /166
- 病例 56 外周 T 细胞淋巴瘤 (非特异型) /169
- 病例 57 镍钛记忆合金支架治疗重度气管食管狭窄 (4 例) /172
- 病例 58 舌根部完全异位甲状腺 /175
- 病例 59 舌咽神经切断术 /177
- 病例 60 甲状软骨侧切开黏膜下肿物切除术 /179
- 病例 61 复发性多软骨炎 /181
- 病例 62 甲状舌管癌 /185
- 病例 63 以声音嘶哑为首发症状的鼻咽癌 /188
- 病例 64 Wegener' s 肉芽肿 /190

病例1 蝶鞍区Schneiderian乳头状瘤

一、病历摘要

患者，女，25岁，主因“鼻塞、涕中带血、头痛4个月余，加重伴左面部麻木3周”于2007年5月31日经门诊入院。患者4个月前自觉额顶部、枕部间断性疼痛，伴双侧间断性鼻塞，右侧重。右侧流黄脓涕，有时涕中带血。未给予系统治疗。3周前鼻塞、流涕、头痛症状加重，伴左侧面部麻木，左侧上列牙痛。遂去医院，发现右侧鼻腔、鼻咽部肿物，活检病理检查示：乳头状移行上皮瘤，为进一步诊治入院。

既往史、个人史、家族史：无特殊。

专科查体：鼻中隔稍左偏，双侧鼻中隔后部隆起，双侧中鼻甲、下鼻甲黏膜光滑，双侧中鼻道、下鼻道未见异常分泌物。右侧上鼻道可见乳头瘤样新生物，可见血管纹，触之易出血。左侧上鼻道新生物表面不平。双侧新生物延伸至鼻咽部，表面不平，突向鼻咽腔，右侧重。

辅助检查：鼻窦CT（2007年5月14日）示鼻咽顶后壁软组织增厚，右侧部分向鼻腔内突出，邻近颅底骨质破坏；双侧蝶窦、后组筛窦及鼻腔后部可见软组织密度影，蝶窦窦壁骨质不连续（图1~4）。鼻窦MRI（2007年5月29日）：蝶窦、后组筛窦及鼻咽顶部肿块，累及双侧翼腭窝及蝶骨翼突，向后达斜坡后缘，向上累及垂体窝，双侧海绵窦可见增厚。

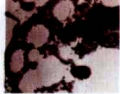
初步诊断：蝶窦、鞍区占位性质待查。

诊疗经过：分析病变性质为软组织肿物，伴骨性结构破坏。病变部位：主要位于

蝶窦和鞍区，毗邻重要结构未受累。考虑其可在鼻内镜下实现彻底切除。制定手术策略：大视野下经鼻内镜下切除蝶窦、鞍区占位。于2007年6月7日在全麻下行鼻内镜下双侧筛窦、蝶窦开放术，左侧上颌窦开放术，经蝶鞍区占位切除术。术中切除双侧中鼻甲下部，开放双侧筛窦，切除鼻中隔后部隆起处黏膜及骨质，形成局部大视野，显露蝶窦后清除其内乳头瘤样新生物。探查范围：肿瘤源于右侧蝶窦，鞍底、斜坡、视交叉及左侧毗邻鞍底处颈内动脉隆起骨壁吸收，硬脑膜暴露，光滑完整，受侵骨质成松质骨样。蝶窦下壁、前壁骨质受累，右侧蝶窦外侧隐窝前壁、外侧壁；右上颌窦后外侧壁受累。谨慎清除肿瘤，磨除病变骨质。蝶窦肿物、鼻中隔黏膜、鼻中隔后部骨质、鼻咽部肿物分别送病理检查。

病理诊断：蝶窦肿物、鼻中隔黏膜、鼻中隔骨质外翻性乳头状瘤，被覆非角化鳞状上皮及移行上皮，伴有轻-中度非典型增生，并可见灶状高度非典型增生；鼻咽部呈嗜酸性细胞乳头状瘤改变。

治疗：术后给予抗炎、补液、止血治疗。术后第6天，开始在鼻内镜下逐步取出双侧鼻腔及鼻咽部填塞物。术后自觉右眼复视，请神经内科医生会诊，考虑与原发灶有关。术后复查头颅MRI示：双侧蝶窦、筛窦、右侧上颌窦及鞍区占位性病变切除术后，右侧鼻咽顶后壁可见不均匀强化。双上颌窦、筛窦渗出性病变。术中肿瘤局部残留，结合肿瘤生物学特征以及灶状高度非典型增生的病理诊断，考虑患者仍有复发及恶变的可能，建议术后放疗。



二、病例讨论

1. 概况 1600年,德国人C. Victor Schneider发现鼻黏膜起源于外胚层,其卡他性分泌物并非脑脊液。为了纪念这位学者,将被覆在鼻腔鼻窦黏膜表面的外胚层纤毛呼吸上皮称为Schneiderian黏膜。1854年,Ward首先描述了鼻部的Schneiderian乳头状瘤。1935年Kramer和Som将Schneiderian乳头状瘤作为鼻内新生物与鼻内炎性息肉区分开来。

Schneiderian乳头状瘤又称上皮乳头状瘤,移行细胞乳头状瘤,鳞状细胞乳头状瘤。多起源于鼻腔鼻窦黏膜,鼻外其他部位,如咽部、泪囊、中耳腔等亦可见。

Schneiderian乳头状瘤占鼻部原发肿瘤的0.5%~4%。男性约为女性的4倍。白种人较其他人种患病率高。规范的WHO肿瘤分类中将其分为以下3类:内翻乳头瘤、外翻乳头瘤和嗜酸性细胞乳头状瘤,三者的比例分别为62%、32%和6%。

Schneiderian乳头状瘤的病因尚未明确。可能的致病因素包括:变态反应、慢性鼻窦炎、空气污染物及病毒感染。其中人乳头瘤病毒(HPV)与Schneiderian乳头状瘤的关系最为密切。在Schneiderian乳头状瘤中既发现了高危的HPV16、HPV18亚型,也发现了恶变率相对较低的HPV6和HPV11亚型。有趣的是,HPV6和HPV11在大多数外翻乳头瘤中可见,但在嗜酸性细胞乳头状瘤和内翻乳头瘤中很少见。

2. 临床特点 鼻部Schneiderian乳头状瘤通常单侧发病,其3大临床特点为:易复发、对周围组织破坏力强、有恶变倾向。不同的手术入路和切除是否彻底对复发率影响较大,一般波动于0~78%。此外Schneiderian乳头状瘤多中心生长的特性也是高复发率的重要原因。鳞状细胞癌与Schneiderian乳头状瘤关系最密切。此外Schneiderian乳头状瘤也可能恶变为腺癌和小细胞癌。在Schneiderian乳头状瘤3个亚型中,外翻乳头瘤未见恶变

报道;内翻乳头瘤的恶变率为5%~10%;嗜酸性细胞乳头状瘤的恶变率最高,达14%~19%。复发次数、复发间隔时间与恶变无显著相关性。

Schneiderian乳头状瘤临床症状表现为单侧鼻塞、鼻出血、流涕、溢泪和面部疼痛。查体可见单侧息肉样新生物,表面不规则,触之易出血。肿瘤向周围组织侵犯时可出现突眼和面部肿胀。

3. 影像学检查 术前影像学检查对确定病变部位和范围,判断其与周围组织的关系,制定手术策略非常重要。水平位和冠状位CT是首选检查方法。75%的Schneiderian乳头状瘤可出现不同程度的骨质破坏,包括骨壁变薄、重塑、硬化等。但骨质破坏并不等于恶变。单纯依靠CT检查鉴别Schneiderian乳头状瘤和息肉、黏膜炎症及分泌物潴留较为困难。而MRI在区分肿瘤病变与周围软组织方面具有优势,可以更好地区分乳头状瘤和炎症。T₁加权像中乳头瘤呈高信号(与肌肉相比),T₂加权像中呈等信号。炎性息肉、潴留物在T₂加权像中呈高信号。结合MRI,可以更好地确定肿瘤范围。

4. 病理学 Schneiderian乳头状瘤分为内翻乳头瘤、外翻乳头瘤和嗜酸性细胞乳头状瘤。

内翻性乳头状瘤大体标本呈粉红色、棕灰色或苍白色,半透明,软到中等硬度。息肉样生长方式,伴表面呈细乳头样改变。组织病理学:基底膜完整的上皮明显增生,并呈内翻性生长。上皮多为非角化鳞状上皮和过渡型上皮(移行上皮),可能存在于同一例肿瘤中。10%~20%表面可出现局部角化,5%~10%可见上皮的异型性,但这不是恶变的证据。尚无明确的组织学预后因素:核分裂象多和上皮异型增生没有提示复发率、恶变率增高。HPV感染和复发的关系还没有得到确认。

嗜酸性细胞乳头状瘤含有外翻性和内翻性成分,表面被覆有多层具有嗜酸性细

胞特征的柱状上皮细胞，上皮内微囊肿（含黏液和中性粒细胞）是其特征。大体标本常呈肉样，灰红色、棕黄色、红棕色或灰白色，乳头状或息肉样。组织病理学：可同时具有外生性和内生性生长模式，上皮由丰满或肿胀的高柱状细胞组成，细胞内含有嗜酸性颗粒。高含量的细胞色素C氧化酶和大量的线粒体是其细胞呈嗜酸性的原因。嗜酸性细胞乳头状瘤与内翻乳头状瘤混合存在的情况多于单纯为嗜酸性细胞乳头状瘤的情况。

外翻性乳头状瘤又称蕈状乳头状瘤，由一些以纤维血管为轴心的乳头组成，乳头表面覆有多层上皮细胞。大体标本呈乳头样或者疣状，灰白色、粉红色和棕灰色，肿物附着于鼻中隔上，不透明，基底部较广。组织病理学：由一些以纤维血管为轴心的乳头组成，乳头表面的上皮可以为鳞状上皮、变移上皮或假复层纤毛柱状上皮。核分裂象罕见，间质中通常无炎症细胞。

5. 治疗 手术治疗是 *Schneiderian* 乳头状瘤的首选治疗方案。手术的三个目标是：①实现完全切除肿瘤所需要的足够术野；②为术后复查提供良好的视野；③尽量保全面容及功能。考虑到 *Schneiderian* 乳头状瘤的复发及恶变等特点，早年的手术方式包括：鼻侧切开、面中掀翻、柯陆式等不同的手术入路。近十年来，越来越多的外科医生认识到内镜下经鼻手术治疗颅底病变具有下述优点：入路直接，对正常结构损伤小；术野照明好，不同角度内镜观察视角广；监视器放大大局结构，清晰显示病变。应用这一技术体现了微创、安全、精确的外科原则。因此鼻内镜手术受到大家的青睐。对外翻性乳头状瘤也有做激光治疗的报道。对良性肿瘤并不提倡放疗。放疗的作用有限，而且可能会导致肿瘤恶变。它适用于晚期、侵袭性的 *Schneiderian* 乳头状瘤；或者不能耐受手术治疗的患者。药物治疗主要用于乳头状瘤引起的鼻窦炎的治療。至今尚未有关化疗的报

道。

（北京同仁医院 韩德民 周 兵 姜鸿飞）

三、专家点评

本病例有两个特点：一是介绍了1例 *Schneiderian* 乳头状瘤，在不同的部位具有外翻乳头瘤和嗜酸性细胞乳头状瘤两种病理类型。在鼻科临床中，对发生于鼻腔鼻窦的内翻乳头瘤是最为熟悉的，但对同时含有外翻性和内翻性成分的嗜酸性细胞乳头状瘤则比较陌生。其二是 *Schneiderian* 乳头状瘤原发于蝶窦并广泛侵犯蝶鞍和斜坡的也很少见。*Schneiderian* 乳头状瘤在病理上有3种类型：内翻乳头瘤、外翻乳头瘤和嗜酸性细胞乳头状瘤，而后者同时具有外翻性和内翻性两种成分。这种具有外生性和内生性生长模式的肿瘤是否更具破坏性尚不得而知。就目前而言，手术治疗是 *Schneiderian* 乳头状瘤的首选方案，对手术未能完全清除或有恶变者，术后应配合放疗。本病例从个案报道到文献复习，将 *Schneiderian* 乳头状瘤的病理、临床表现、影像学、诊断和治疗等方面进行了详细介绍，具有较好的临床指导价值。

（李 源）

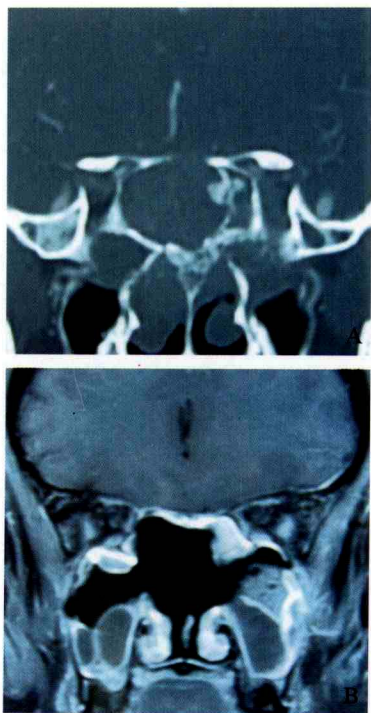


图1 鼻窦CT冠状位, 病变及鼻腔、筛窦、蝶窦
A. Schneiderian 乳头状瘤, 累及鼻腔、筛窦、蝶窦;
B. 鼻内镜术后肿物切除

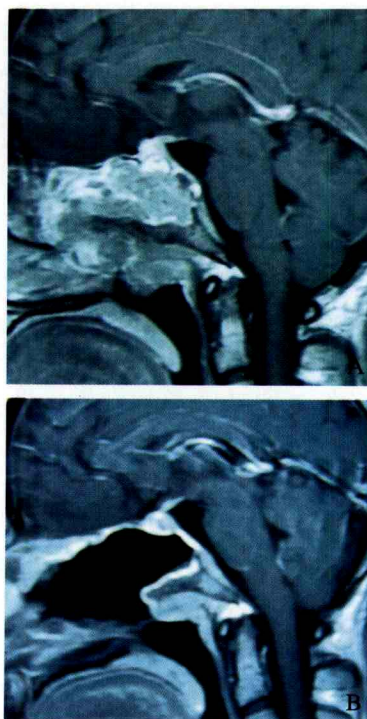


图3 鼻窦CT矢状位
A. Schneiderian 乳头状瘤, 累及鼻腔、蝶窦; B. 鼻内
镜术后肿物切除

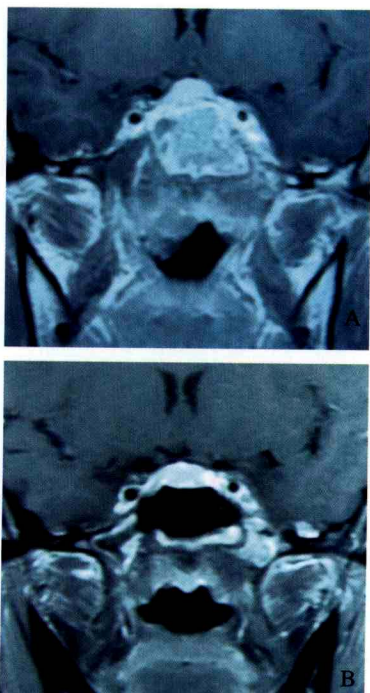


图2 鼻窦CT冠状位, 病变累及鼻腔蝶窦
A. Schneiderian 乳头状瘤, 累及鼻腔、蝶窦; B. 鼻内
镜术后肿物切除

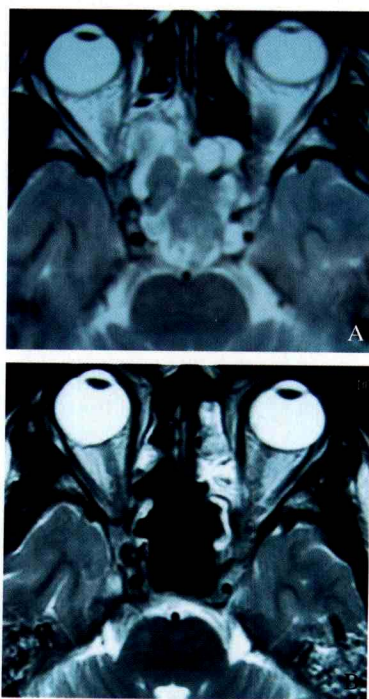


图4 鼻窦增强CT水平位
A. Schneiderian 乳头状瘤, 累及鼻腔、筛窦、蝶窦; B.
鼻内镜术后肿物切除

5 ■ ■ ■



大占位，偏眶顶部，双侧多发性鼻窦炎（图7）。

诊断与治疗：眼科考虑右眼眶内恶性肿瘤或右眼眶内囊肿两种可能，欲行外进路肿瘤切除术，后转入我科先给予甘露醇降压并抗生素治疗后疼痛缓解，行鼻内镜下经筛窦

径路球后占位探查术，发现球后占位是一血肿形成的（部分机化），吸引器吸除大部分，电动吸切器清理残余血肿，突起的眼球即回陷。术后行抗炎、激素对症治疗，患者眼球恢复原状，视力恢复到眼前指数。治愈出院。患者术前、术后情况比较见图8。

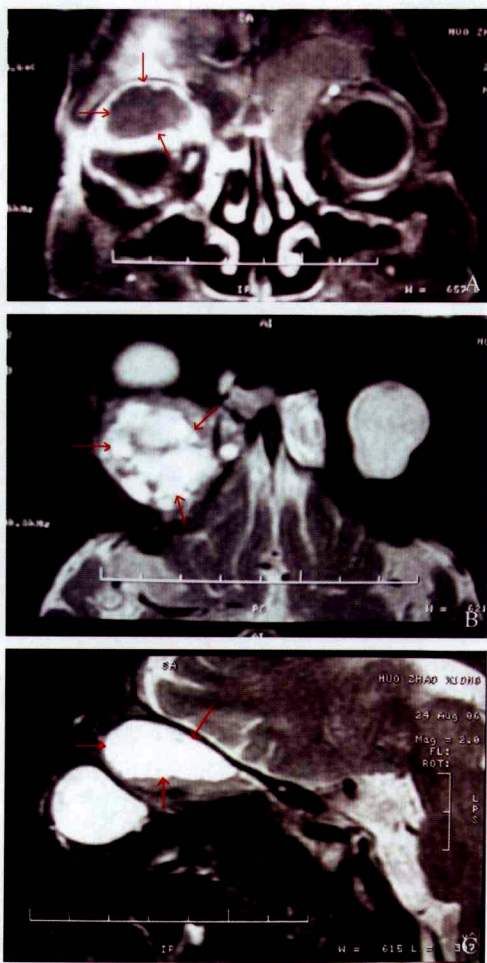


图7 MRI检查情况

A. 冠状位；B. 水平位；C. 矢状位。右球后上方异常信号占位，大小 $33\text{mm} \times 26\text{mm} \times 19\text{mm}$ ， $T_2\text{WI}$ 呈高、低混合信号， $T_1\text{WI}$ 大部分呈低信号，内可见少许高信号影，脂序列尚呈低信号影，边缘可见强化，右球后肌锥正常结构消失，右眼上直肌未见显示，右球后上部分受压变形，向前突出；双侧筛额窦信号异常， $T_1\text{WI}$ 右侧筛、额窦稍低信号，左筛额窦稍高信号， $T_2\text{WI}$ 呈高信号，未见明显强化。MRI提示为“右眼眶较大占位，偏眶顶部，双侧多发性鼻窦炎”

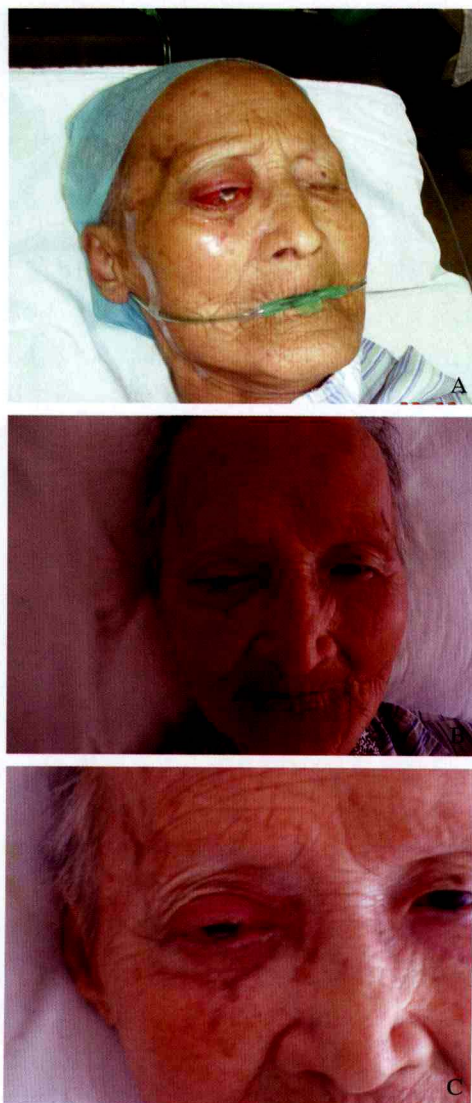


图8 患者术前、术后比较

A. 术前右眼球高度外凸，眼睑外翻，球结膜暴露伴有充血，血管扩张明显，活动消失，角膜边缘浑浊；B. 术后第1天，眼球活动自如，眼睑充血减退，视力提高；C. 术后第2天，睁眼、眼球运转自如，球结膜充血轻微

二、病例讨论

1. 概况 眶内血肿可发生于任何年龄, 一般被划分到眼眶囊肿范围, 在眼眶疾病中, 发病率据报道为 0.3%~1.5%, 眶内血肿的治疗有保守治疗和手术切除, 手术切除仍是目前治疗较大眼眶血肿的主要方法, 根据病变的位置、性质及范围采用恰当的手术入路, 既可完整切除占位病变, 又可减少并发症的发生。眼眶血肿一般分为穿刺抽吸和切开清除, 眼眶切开是经眼外部进路的(包括外眦、内眦切开、经筛窦切开等)。由于眼眶内容空间狭小, 重要结构居多, 给手术带来较大的困难, 常见的并发症为视力损害、眼球运动障碍及上睑下垂等, 外部进路也会对球内产生感染和加重损伤等影响, 而且患者术后一般都遗留手术瘢痕。鼻内镜手术向鼻

窦(图9), 其中内壁前部毗邻筛窦、后部毗邻蝶窦, 也是鼻内镜经筛窦入路切除眶内占位的解剖学基础。眶内血肿形成部位见图10。

3. 病因 眼眶血肿的原因很多。在某些病例, 病史或体检中未发现明确的病因; 也有眶区先前外伤遗留的瘢痕和变性等变化, 有时可在患病区引起大血管延迟自发破裂。

(1) 外伤: 眼部受到外力冲击后, 诱发球后、眶周、眶内容物的小血管破裂出血。

(2) 自身易出血性疾病: 如血友病、高血压、白血病。

(3) 眼眶本身病变: 如淋巴管瘤、皮样囊肿、毛细血管瘤等。

(4) 鼻窦炎症病变: 急性额窦炎、诱发眶内血肿, 少见。

(5) 硬脑膜下血肿: 通过眶上裂延伸至

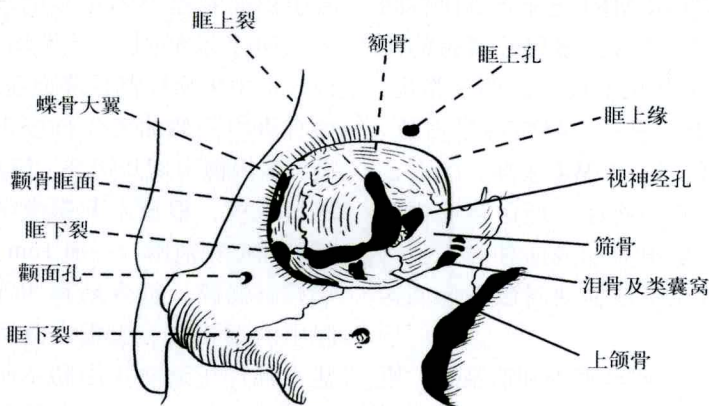


图9 眼眶结构

眼相关区域延伸的技术, 如鼻腔泪囊开放术、眶减压术和视神经减压术等, 以创伤更小、疗效更好、恢复更快为主要优点, 并且得到了眼科学者的认同, 目前许多鼻眼相关方面的疾病都可由鼻科医师在内镜下完成, 目前已成为鼻外科临床中具有临床特色的当代先进技术。

2. 眼眶结构 眼眶由额、蝶、筛、上颌、泪、腭、颧骨7块骨组成, 呈稍向内、向上倾斜的凹陷性骨窝, 开口朝前, 成人眶深4~5cm, 有上下内外4个壁, 其中眶外侧壁较硬, 其余3个壁均比较薄, 毗邻额、筛、上颌、蝶

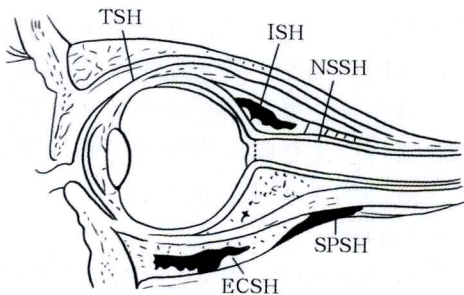
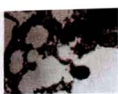


图10 眶内血肿形成部位

TSH. Tenon囊血肿; ISH. 肌锥内间隙血肿; ECSH. 肌锥外间隙血肿; NSSH. 神经鞘间隙血肿; SPSH. 骨膜下间隙血肿



眼眶内。

4. 临床表现

(1) 眼睑水肿、淤血、结膜下充血：眶内出血向前弥散引起。

(2) 眼球突出：血肿致眶内容积增加，加上眼眶骨壁局限，迫使眼球向前移位突出。

(3) 眼球运动障碍、复视：较大的血肿压迫眼肌导致眼球运动受限。

(4) 疼痛：由外力直接损伤或组织水肿引起眶内压增高压迫所致。

(5) 视力丧失、视野缺损、瞳孔直接对光反应消失、视神经萎缩：血肿压迫视神经引起。

(6) 恶心呕吐：眶压增高，由三叉神经、迷走神经传导，引起眼-胃反射、眼-贲门反射所致。

眶内血肿在CT或MRI上显示都比较明显，表现为边缘比较光滑、境界较清楚的阴影，增强CT上显示强化不均一，部分强化、部分不强化；MRI上显示：异常信号占位，T₁WI大部分呈低信号，T₂WI呈高、低混合信号。B超显示一般为液性、低回声或中等强度回声阴影区，当出血形成血肿时表现为无回声区，血肿机化形成血块时出现低回声或回声不均匀。

5. 鉴别诊断 需要与眶内肿瘤鉴别：眶横纹肌肉瘤、眶蜂窝织炎、特发性眼眶炎症、眶内转移性肿瘤、眶内淋巴瘤等。眼眶内的占位病变均可引起眼球突出的改变，轻者仅有眼球突出，重者复视、视力下降、眼部剧痛、眼球运动困难。外伤后出现的一般容易诊断，对非外伤原因引起的、突然发病并有上述症状者应注意眶内出血的可能，随时间延长，血肿增大可影响视力。

6. 治疗

(1) 药物治疗：适应于早期，出血较少、症状轻的患者，应用止血药等。

(2) 手术治疗：适用于血肿形成、视力影响严重者，可先行穿刺抽吸，对无法抽吸者及早进行切开清除，包括经眼切开入路清

除，现可在鼻内镜下经筛窦眶纸板入路进行手术，有创伤小、面部不遗留瘢痕、效果确切的优点。以下为鼻内镜下经筛窦眶纸板入路手术的具体方法。

①术前准备：对单侧突眼或视力减退尤其突发引起者，应常规行鼻窦CT冠状位和轴位扫描。CT的高分辨率能较详尽地显示病变的轮廓、范围和骨质破坏等情况，对囊性、实性、骨性、良性和恶性病变都可因CT值的不同来鉴别。鼻窦肿瘤侵入眼眶使手术更为复杂，损伤范围较广，CT扫描可为确定肿瘤范围、选择手术进路和决定麻醉方式等提供客观依据。详细的影像学检查有助于眶内占位有无合并颅内病变的鉴别，术前仔细阅片，可以明确眶内、眼周病变的具体位置、与周边的毗邻关系，对术中快速找到占位病变、减少出血都是必不可少的步骤。

②手术经过：手术均在全身麻醉下进行，术中采用控制性降血压，鼻腔充分收敛，如有鼻中隔偏曲者先行校正，充分扩大中鼻道，鼻内镜下切开钩突、筛泡，打开筛窦，暴露眶纸板，根据术前影像学资料确定切除纸板的部位和范围，一般1cm×2cm范围即可，切开眶筋膜，眶骨筋膜切开后少量剪除脱出的眶脂肪，暴露内直肌后，周边用生理盐水棉片压迫防止脂肪不断脱出；分离、暴露内直肌的上、下缘，使用神经拉钩将内直肌向下方拉开，即可进入眶内，注意不要过分向内牵拉，因会影响内直肌的功能，术后患者可能出现一过性外斜视；对靠近纸样板的占位，在打开眶纸板后即可向外膨隆，切开眶筋膜后多可自行突出到筛窦内；对有粘连的占位，需要用神经拉钩拉开内直肌，扩大术野，此时在外压迫眼球迫使占位病变向鼻腔脱出，但应注意牵拉内直肌的时间和强度，避免副损伤。对机化血肿，单纯吸引器并不能完全吸除干净，可使用电动吸切器边吸引边切割，注意保护视神经和内直肌，多能清理干净。

占位病变与眼肌和视神经的关系，以及