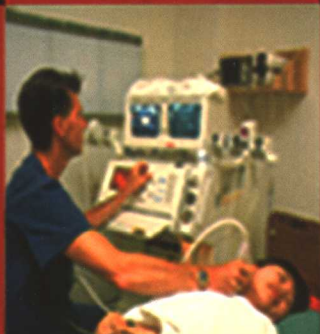




SHIYONG WAIKE JIBING ZHENDUAN YU ZHILIAO

实用外科疾病 诊断与治疗

徐健 许俊玲 藏凤松 主编



黑龙江科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

实用外科疾病诊断与治疗 / 徐健, 许俊玲, 藏凤松主
编. — 哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 1905.6.

ISBN 978 - 7 - 5388 - 5518 - 0

I. 实… II. ①徐…②许…③藏… III. 外科 - 疾病 - 诊
疗 IV. R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 115931 号

责任编辑 张丽生 刘红杰

封面设计 刘红杰

实用外科疾病诊断与治疗

SHIYONG WAIKE JIBING ZHENDUAN YU ZHILIAO

徐健 许俊玲 藏凤松 主编

出 版 黑龙江科学技术出版社

(150001 哈尔滨市南岗区建设街 41 号)

电话 (0451) 53642106 电传 53642143 (发行部)

印 刷 哈尔滨市工大节能印刷厂

发 行 黑龙江科学技术出版社

开 本 880 × 1230 1/16

印 张 21.25

字 数 550 000

版 次 2007 年 7 月第 1 版 · 2007 年 7 月第 1 次印刷

印 数 1 - 1 000

书 号 ISBN 978 - 7 - 5388 - 5518 - 0 / R · 1390

定 价 48.00 元

《实用外科疾病诊断与治疗》编委会

主 编 徐 健 许俊玲 藏凤松

副主编 张 涤 张艳秋 王贵秋 阮 洋 刘玉杰 王秀华

张 丽 孙吉锋 刘宝珠 孙海昌 王 双 吕德光

张玉坤 任永红 宁俊生 曲学延

目 录

第一章 眼科实用疾病的诊治	1
第一节 泪器疾病的诊治	1
第二节 结膜疾病的诊治	2
第三节 角膜疾病的诊治	6
第四节 巩膜疾病的诊治	9
第五节 晶体疾病的诊治	10
第六节 青光眼的诊治	13
第七节 视网膜疾病的诊治	16
第八节 视神经疾病的诊治	17
第九节 眼科常用药物	18
第十节 眼部整形及美容	46
第二章 耳鼻咽喉疾病的诊治	65
第一节 耳	65
第二节 鼻和鼻窦	72
第三节 咽	80
第四节 喉	93
第三章 腹部外科实用疾病的诊治	102
第一节 腹外疝	102
第二节 腹膜疾病	105
第三节 胃、十二指肠疾病	108
第四节 小肠疾病	110
第五节 结肠疾病	115
第六节 阑尾炎	118
第七节 肛管直肠疾病	123
第八节 肝脏疾病	125
第九节 胆系疾病	130
第十节 胰腺疾病	134
第十一节 脾脏疾病	141
第四章 麻醉基础学	145
第一节 局部浸润麻醉	145
第二节 基础麻醉常规	146
第三节 全身麻醉常规	147
第四节 静脉麻醉	150
第五节 吸入全身麻醉	155
第六节 静吸复合麻醉	159
第七节 全身麻醉并发症及预防	160
第八节 椎管内麻醉常规	166
第九节 神经阻滞麻醉常规	171
第十节 气管内及支气管插管术	174
第十一节 控制性降压技术	179
第十二节 麻醉期间监测	185

第十三节	血液保护	214
第十四节	围麻醉期液体治疗	220
第十五节	麻醉期间呼吸管理问题	227
第十六节	心肺脑复苏	234
第五章	一般临床检验	243
第一节	尿液检查	243
第二节	粪便检查	272
第三节	痰液检查	297
第四节	穿刺液检查	303
第五节	胃液检查	311
第六节	精液及前列腺液检查	322
第七节	唾液检查	327
第八节	尿石与胆石的检查	331

第一章 眼科实用疾病的诊治

第一节 泪器疾病的诊治

一、慢性泪囊炎

1. 病因

慢性泪囊炎为泪囊炎中最常见者，由于鼻泪管的阻塞和鼻腔内的慢性炎症，泪液不能导入鼻腔内而积存于泪囊内，可继发慢性细菌性感染，黏膜增厚，产生黏液性或脓液性分泌物，最常见的致病菌为肺炎双球菌和葡萄球菌。多发生于老年女性。新生儿性泪囊炎指的是鼻泪管末端先天性残膜存留，泪液潴留于泪囊内，可引起泪囊的慢性炎症。新生儿多于生后 6 个月内出现症状而发现本病。

2. 临床表现

- (1) 泪液、眦角和结膜囊内有较多黏液性或脓性分泌物。
- (2) 结膜充血，内眦部、下睑部皮肤潮红、糜烂。
- (3) 压迫泪囊部有多少不等之分泌物自泪点溢出。
- (4) 泪道冲洗结果为下冲上返或上冲下返，同时有黏液，脓液自泪点溢出。
- (5) 泪囊部可触及增大的泪囊，内含多量透明、黏稠的黏液，此又称为泪囊黏液性囊肿。
- (6) 既往有急性炎症发病史者，泪囊部皮肤有瘢痕形成或形成经久不愈、渗液长溢的泪囊瘘道。

3. 治疗

返流至结膜囊内的炎性分泌物中含有大量致病菌，对眼球构成极严重的潜在威胁，一旦角膜上皮完好性遭到破坏或进行内眼手术时，可致严重的匍行性角膜溃疡和化脓性眼内炎，严重地损害视力，甚至使眼球丧失。

(1) 药物治疗。指压泪囊部，排净泪囊内分泌物后，滴用消炎抗菌眼药水。也可用消炎抗菌药液注入泪道内，每日或隔日 1 次，直至泪道冲洗无分泌物为止；若同时存在鼻腔炎症，应予以积极治疗。药物治疗对一些患病不久的轻症者，有治愈的可能。一般而言，药物治疗效果不持久。对新生儿性泪囊炎者，在冲洗泪道时施以较大压力，或直接用手指强力按摩泪囊部，可将鼻泪道末端的残膜冲破或压破而获治愈。若无效，可从上泪点以探针探入鼻泪管，直接将残膜穿破，然后连续冲洗泪道，直至冲洗畅通和无分泌物为止。

(2) 手术治疗。严重萎缩性鼻炎和有全身禁忌的年老体弱者，可行泪囊摘出术，虽炎性病灶得以彻底消除，但泪道的完好性遭到完全破坏，术后虽无炎症病灶，但可遗留轻度的泪溢症状。若 15~60 岁的病人经泪道 X 线碘油造影检查显示泪囊有 3~4mm 以上大小，且鼻道通畅，黏膜无明显萎缩性改变，全身无禁忌证者，可行泪囊鼻腔吻合手术，术后可成功地重建泪道，炎症和泪溢症状均可完全消除，病例选择适当者，其成功率可达 95%。

二、急性泪囊炎

1. 病因

急性泪囊炎指的是在慢性泪囊炎的基础上突然发生的泪囊周围蜂窝组织急性炎症，亦可发生于无慢性泪囊炎病史的泪囊部创伤或泪道探通术后损伤引起的感染。

2. 临床表现

- (1) 有慢性泪囊炎或泪道部创伤、损伤史。
- (2) 泪囊部有红肿、发热和疼痛等急性炎症症状，患侧明显红肿，亦可蔓延及眼睑、结膜及鼻、面颊

部。耳前和颌下淋巴结肿大，有压痛。重症者，可伴有发热和全身不适的症状。

(3) 泪囊部脓肿形成破溃，最后炎症消退或形成经久不愈的泪囊痿道。

3. 治疗

(1) 早期全身应用消炎抗菌药，局部热敷。

(2) 泪囊部脓肿形成后行切开、排脓、必要时留置引流。

(3) 形成泪囊痿者，于炎症消退 3 个月行泪囊痿道切除并联合泪囊摘出术或泪囊鼻腔吻合术。

(张涤)

第二节 结膜疾病的诊治

一、沙眼

沙眼为一慢性传染性结膜炎，卫生状况落后地区的发病率较高，病情也较重，并发症亦较多。

1. 病因

病原体为比细菌小、比病毒大的衣原体，称为沙眼衣原体。沙眼为接触传染。

2. 临床表现

(1) 双眼患病。

(2) 一般于青少年时期发生急性感染，表现为异物感、怕光、流泪和多量黏液性或黏液脓性分泌物。眼睑水肿、结膜充血和滤泡形成，可伴有角膜上皮炎和耳前淋巴结肿大。这与一般的急性滤泡性结膜炎一样，治疗数周后痊愈或转为慢性期。

(3) 在慢性感染期，轻者多无明显症状，往往在健康体格检查时或因其他眼病就诊时方被发现。有症状者与一般的慢性结膜炎无明显差别，如异物感、干涩感、刺痒感和灼热感，少量分泌物，流泪和怕光，容易发生视力疲劳等。若有并发症，可出现有关的症状，如明显的怕光、流泪的刺激症状和不同程度的视力障碍，重者甚至可失明。

(4) 在慢性感染期，上穹隆及睑结膜充血，血管周围浸润，组织模糊不清。典型的活动性结膜病变有乳头增生和滤泡形成。乳头为慢性炎症刺激引起的结膜上皮增生，内有扩张的新生毛细血管，呈粗糙不平的砂粒样；滤泡为结膜上皮内淋巴细胞和浆细胞浸润和聚集，滤泡呈半透明黄白色虫卵状隆起，其内容物呈胶状，滤泡周围有血管生长；在角膜缘亦有细胞浸润、滤泡形成和新生血管生长，此称为角膜血管翳，首先起自上方角膜缘，向中央进展，呈垂帘状，重者角膜缘其他方向也有血管翳改变，甚至侵入全角膜；随着病程的进行，睑结膜的乳头和滤泡活动性病变逐渐发生退行性改变，形成光滑的线状、网状或片状的瘢痕，睑板组织肥厚变形。

(5) 在慢性期可有重复感染，表现为急性发作，病情加重，亦可并发细菌感染。

3. 诊断

(1) 上穹隆和上睑结膜充血、血管组织模糊、乳头增生或滤泡形成或两者兼有之。

(2) 角膜血管翳。

(3) 上穹隆和上睑结膜瘢痕。

(4) 凡上穹隆和上睑结膜两眦部仅有轻度充血和少量乳头或滤泡，未能排除其他结膜炎者，可视为疑似沙眼。

4. 分期和分级

我国的沙眼分为 3 期，第 I 期和第 II 期又分为 3 级。

沙眼性角膜血管翳 (Pannus, P) 分为 4 个等级。P₁ 血管翳侵入角膜上方 1/4 以内；P₂ 血管翳侵入角膜上 1/4~1/2；P₃ 血管翳侵入角膜上方 1/2 和下方 1/4；P₄ 血管翳侵入角膜范围大于 P₃。

5. 并发症

(1) 上睑下垂。此属机械性上睑下垂，与睑板增厚和加重有关。

(2) 眼睑内翻和倒睫。因睑板增厚、变形和睑结膜广泛瘢痕收缩，引起睑缘内翻。

(3) 慢性泪囊炎。沙眼病变累及泪道黏膜，瘢痕收缩，引起鼻泪管狭窄或阻塞，继而引起泪囊的细菌性感染。

(4) 角膜溃疡、混浊。倒睫可擦伤角膜，进而感染，形成溃疡，愈后遗留瘢痕性混浊。角血管翳退行后亦残留角膜混浊。

(5) 睑球黏连。其指穹窿部结膜瘢痕收缩，穹窿缩窄或消失。

(6) 实质性结膜干燥症。结膜广泛瘢痕，破坏了结膜的杯状细胞和副泪腺，同时泪腺的排出管口亦被瘢痕增生而闭塞，造成结膜和角膜干燥，混浊和上皮角化，严重影响视功能。

6. 治疗

(1) 药物治疗。以局部用药为主，常用眼药有利福平、磺胺、氯霉素和四环素。用药应坚持 2~3 个月，重症者可口服磺胺药 7~10d。

(2) 手术治疗。以乳头增生为主者，可行沙眼摩擦术。以滤泡形成为主者，行滤泡压挤术。

(3) 如有并发症，可予以相应的处理。

7. 预防

(1) 进行广泛的卫生宣传，开展普查普治。

(2) 加强集体生活单位和公共单位的卫生管理。

(3) 培养良好的个人卫生习惯。

二、急性卡他性结膜炎

1. 病因

此病为细菌感染所致，常见的致病菌为柯霍-威克斯 (Koch-Weeks) 氏杆菌、肺炎双球菌和流感杆菌。本病传染性强，为接触传染。

2. 临床表现

(1) 双眼同时或先后发病，潜伏期为 1~2d。往往有明显的接触史。

(2) 症状以眼红、异物感、烧灼感、刺痒感和大量黏液脓性分泌物为其特征。

(3) 眼睑水肿、充血，球结膜呈明显的周边性充血和水肿或结膜下出血，睑缘和睫毛上黏附多量黏液脓性分泌物，少数在睑结膜上形成伪膜，重症者角膜边缘部有点状浸润或溃疡形成，症状随之加重。

(4) 对视力无影响。

(5) 病程约 10~14d。

(6) 分泌物涂片和结膜刮片可确定致病菌。

3. 治疗

(1) 眼部频滴消炎抗菌眼药水，如氯霉素、利福平、卡那霉素、庆大霉素、碘胺醋酸钠等，每小时滴 1 次，晚间睡前涂用四环素眼药膏。可根据细菌的药物敏感试验选择用药。

(2) 禁用眼部热敷或眼垫遮盖。

(3) 分泌物多者，可用生理盐水冲洗结膜囊。有伪膜者，用生理盐水棉棍轻轻将其拭除。

(4) 症状消失后应继续用药 1 周。

4. 预防

(1) 隔离病人，禁止到公共场所，用过的物品要进行消毒处理。

(2) 健康人要加强个人卫生，不要用手揉擦眼睛和接触病人用过的物品。

三、慢性卡他性结膜炎

1. 病因

此症由多种原因所致，或因急性卡他性结膜炎未能彻底痊愈而转为慢性，或由毒力较低的致病菌所引

起。此外，一些不良的理化因素，如烟尘、灰沙、强光，以及烟酒过度、睡眠不足、屈光不正和药物或化妆品过敏均可引起本病。

2. 临床表现

(1) 症状轻微，包括有刺痒感、异物感、烧灼感和少量分泌物，眼睑沉重，容易发生视力疲劳。

(2) 结膜轻度充血，睑结膜乳头增生，穹窿部结膜组织正常，外眦部常有白色泡沫状分泌物积聚，有时伴有睑缘炎。

3. 治疗

(1) 去除病因和一切诱因，有屈光不正者应进行验光配镜，矫正屈光不正。

(2) 眼部滴用消炎抗菌眼药水，亦可用硫酸锌滴眼剂，必要时可试加用皮质类激素。

四、流行性角结膜炎

1. 病因

此病由腺病毒 8 型或 3 型所致，属接触传染。容易发生流行。

2. 临床表现

(1) 双侧同时或先后发病。

(2) 潜伏期 5~12d。

(3) 有异物感、刺痒感、怕光、流泪和少量水性分泌物为其早期症状。

(4) 眼睑红肿，结膜有充血和水肿，下穹窿部和下睑结膜有多量滤泡形成。

(5) 耳前淋巴结肿大。

(6) 结膜炎于患病 7~10d 后开始消退，在此期间部分病人可发生视力减退，角膜中央部出现多发点状浅层浸润，直径约 0.5~1mm，浸润居上皮下。3 周后浸润退行，形成暂时性点状薄翳，薄翳大多于半年至 1 年内消退，视力恢复正常。

3. 治疗

局部滴用疱疹净、吗啉呱、病毒唑等，可联合滴用皮质类激素。

4. 预防

此病预防同急性卡他性结膜炎。

五、过敏性结膜炎

机体接受某一抗原或半抗原刺激后，在体内产生抗体或致敏淋巴细胞，此时机体处于致敏状态。当机体再次接触该抗原或半抗原，可引起免疫反应过高，发生组织损害，为变态反应或超敏感反应。变态反应性结膜炎根据繁多的致敏原，包括多种结膜炎，本节涉及的仅是其中常见的 1 种过敏性结膜炎，也称为接触性结膜炎。

1. 病因

此病由长时间用某药物引起迟发型结膜超敏反应所致。常发生超敏反应的药品以阿托品、地卡因、抗生素和磺胺为多见。

2. 临床表现

(1) 局部应用眼药后，可发生眼睑肿胀、眼部刺痒、眼红。

(2) 眼睑水肿、皮肤湿疹样改变、结膜充血和水肿，下睑、下部睑球结膜及眦部改变明显。

(3) 睑结膜及穹窿部结膜滤泡形成。

(4) 角膜可有上皮或上皮损害。

(5) 分泌少量黏性分泌物。

(6) 既往有用该药历史或用该药后同样发病史。

(7) 停用致敏药物后，症状和体征明显消退。

(8) 结膜刮片及分泌物涂片可见嗜酸粒细胞。

(9) 皮肤敏感试验阳性。

(10) 病人有其他过敏性病史。

3. 治疗

(1) 停用致敏或可疑致敏药物，如病情需要可用其他药物代替。

(2) 局部滴用皮质类激素药水或涂用皮质类激素眼膏，眼睑及周围皮肤可涂用皮质类激素霜剂。亦可局部滴用肾上腺素溶液。

(3) 口服抗过敏药物。

4. 预防

嘱咐病人以后禁用致敏药物。

六、翼状胬肉

1. 病因

翼状胬肉是指增殖肥厚的球结膜及结膜下组织侵及角膜表层的病变组织。球结膜及结膜下组织增厚的病因不明，外界刺激的不良作用可能为其发生和发展的诱因。

2. 临床表现

(1) 多发生于中、老年人，尤以户外工作者为多。

(2) 一般无何不适症状，除非胬肉较大，累及角膜中央，可发生视力减退。

(3) 角膜缘相邻的睑裂部球结膜增厚、隆起，呈三角形，其顶端称为胬肉的头部，向角膜内生长，胬肉跨经角膜缘处为胬肉的颈部，球结膜肥大部分为体部。胬肉上有水平走向的血管。

(4) 胬肉的头部呈隆起状，侵及角膜的前弹力层和浅层基质。头部可向角膜中央方向进展，遮盖瞳孔区甚或超过瞳孔区。

(5) 静止性者，翼状胬肉生长极缓慢或最终停止发展，其头部较扁平而小，体部平坦、光滑，呈薄片状，血管不充血，少有侵及瞳孔区，一般对视力没有影响。

(6) 进行性者，胬肉有明显生长和发展趋向，头部肥厚、隆起、体部增厚、不平，血管粗大、充血，常可累及瞳孔区，对视力有较明显影响。

(7) 一般好发于鼻侧睑裂部，亦有鼻、颞双侧发生，鼻侧的胬肉较肥大。

3. 鉴别诊断

假性翼状胬肉常由角膜溃疡、眼部烧伤、机械创伤后发生结膜、角膜黏连所致，形状酷似翼状胬肉，呈一三角形或条索状。结膜、角膜桥形皱襞，其下有一间隙，探针可以通过。其发生部位不定，不一定发生于睑裂部，且假性者非进行性生长。根据其原发病因、部位、形态、桥架状和生长趋势，可与真性区别。

4. 治疗

(1) 翼状胬肉在角膜侵入小于 3mm，且无进行性生长趋势者，即非进行性时，可不予以治疗，若为美容，可行手术切除。

(2) 胬肉在角膜上侵入达 3mm，即已近于瞳孔缘，且有较明显生长、发展趋势，形态上为进行性者，应行手术切除。翼状胬肉切除术后的复发率较高，术后复发者，可产生不同程度的睑球黏连，瘢痕组织广泛，甚至影响眼球转动。进行性胬肉术后，容易复发，其生长速度增快，为此，可于术后早期辅以 β 射线治疗，以减少复发率。

(张涤)

第三节 角膜疾病的诊治

一、细菌性角膜炎

1. 病因

匍行性角膜溃疡又名前房积脓性角膜溃疡，主要致病菌为肺炎双球菌，其次为金黄色葡萄球菌或链球菌。常因角膜上皮被树枝、谷穗或谷草擦伤，或剔除角膜异物后细菌感染所致。发病以夏、秋农忙季节为多见，常见于有慢性泪囊炎的病人。

2. 临床表现

此病发病急，病人有强烈的疼痛，畏光，流泪，眼睑痉挛。患眼有明显的混合性充血。在角膜创伤破损处，首先出现灰白色或黄白色的浸润点，迅速发展成溃疡，表面有灰黄色的脓液附着。溃疡的一边为致密的黄色浸润，并显示病变进行较快，称为进行边缘，另一边炎症稍为缓解，边缘稍整洁，使溃疡面呈蛇形进展，故称匍行性溃疡。若溃疡发展到角膜中央部则视力显著下降。

由于细菌毒素刺激，虹膜血管扩张，大量白细胞和纤维性渗出物沉积于前房内，形成前房积脓。如炎症未能控制，溃疡则向深部发展，坏死组织不断脱落，最后导致角膜溃疡穿孔，虹膜脱出。多数患者痊愈后形成黏连性角膜白斑。如细菌毒力过强或机体抵抗力过低，转变为眼内感染，最后眼球萎缩，完全失明。

3. 治疗

迅速控制溃疡发展。本病的病原体为细菌，对多数抗生素如青霉素、链霉素、新霉素、庆大霉素、卡那霉素等均敏感。给药途径首选局部滴眼、结膜下注射，全身用药意义不大。肺炎球菌所致者，以青霉素治疗最为有效（用药前需先做皮试）。可频滴 1 万~2 万 U/mL，及每日结膜下注射 20 万~40 万 U/mL 亦很有效。根据致病菌的敏感情况，还可用质量浓度 0.5g/L 的红霉素、0.5g/L 的杆菌肽、0.1g/L 的利福平、0.25g/L 的氯霉素、0.5g/L 的卡那霉素、0.5~1g/L 的庆大霉素等局部滴眼。上述药物还可全身给药，以便抵抗角膜深层的细菌；对摩~阿氏双杆菌所致者，可用质量浓度 10g/L 的~20g/L 的硫酸锌溶液烧灼溃疡基底，并可用 0.5g/L 的~1g/L 的硫酸锌滴眼。用 1g/L 的阿托品充分散瞳，减轻虹膜炎症反应。患有慢性泪囊炎者，应先行泪囊鼻腔吻合术或泪囊摘出术；溃疡已穿孔或将要穿孔的病例，可用 1g/L 的阿托品眼膏及抗生素眼膏涂于结膜囊内，绷带加压包扎，每日 1 次，对于控制感染、预防处理穿孔，有显著效果。

二、绿脓杆菌性角膜溃疡

1. 病因

绿脓杆菌为本病的致病菌，该菌为革兰氏阴性小杆菌，广泛存在于土壤、污水及空气中，体表及结膜囊内亦可存在。绿脓杆菌可存在于荧光素、地卡因、可的松、疱疹净等眼药水中。其最适宜的繁殖温度为 30~37℃，此温度下能产生荧光素和绿脓素。绿脓杆菌有很强的毒力，但侵袭力很弱，必须通过破损的上皮才能侵犯角膜组织引起感染。

2. 临床表现

病人常有外伤史。本病特点为起病急剧，进展迅速。病人有剧烈的眼痛、畏光、流泪及眼睑痉挛等刺激症状。眼睑及球结膜水肿，高度混合充血。角膜最初的浸润部位多发生在创伤或不健康的角膜处，浸润直径约 1mm，呈灰白色，迅速向深层及四周扩展到全角膜。在其坏死组织上附有大量黄绿色不易擦去的黏液状分泌物。此时病人有显著的视力障碍。眼内常有淡黄色前房积脓，约 2~3d 内，整个角膜可发生坏死并穿孔，虹膜脱出，甚至发生失明。眼内溃疡面分泌物的细菌培养有助于确定本病的原因。

3. 治疗

根据本病临床特点应迅速采取有效地治疗方法。结膜下注射多黏菌素 B 5 万~10 万 U，庆大霉素 2 万~4 万 U 或链霉素 0.3~0.5g。每日 1 次。一般经过 3~6 次注射，多能控制感染。多黏菌素 B 滴剂 5 万单位/mL 滴眼，每隔 15~30min 1 次，亦可用庆大霉素 8 万~10 万单位/mL 眼药水滴眼。除局部用药外，上述药

物也可全身给药,增强疗效。与此同时,应采用阿托品散瞳、热敷、烧灼等疗法。严重病例可局部用胶原酶抑制剂以减少角膜组织的溶解坏死。为挽救眼球不致完全破坏,早期行角膜移植术,可获得一定效果。

三、单纯疱疹性角膜炎

1. 病因

单纯疱疹性角膜炎是由单纯疱疹病毒引起的,为1种较大的DNA病毒,对于神经组织和来源于外胚叶的上皮细胞有亲和力。眼部原发感染以单纯疱疹病毒I型感染最常见,II型主要感染生殖器及腰部以下皮肤及黏膜。新生儿易感染,近年来发现也能引起成年人角膜炎。青壮年多见,男:女为(1.5~2):1。90%为单眼发病,常发生于上呼吸道感染、肺炎等全身发热病后,可能与机体抵抗力降低有关,角膜上皮的损伤也可引起感染。角膜上皮一旦感染单纯疱疹病毒,即较长时间存留,遇机体抵抗力低下激活病毒而复发。其复发率在治愈2年后为24%~43%,也有报告达85%。

2. 临床表现

病人自觉畏光、流泪、疼痛,并有反射性患侧头痛。临床上可见眼睑水肿,睑缘上有时可见疱疹的水疱,结膜充血,角膜知觉减低,有时甚至完全消失。角膜的病变根据病程发展而不同,病变发展过程如下。

(1) 点状角膜炎。病变早期,在角膜上皮层出现针尖大小的水疱,由于瞬目作用极易破溃,角膜上皮呈点状缺损,荧光素染色呈点状着染。有时上皮层损害较粗大,呈斑点状,称点状角膜炎。有时数小斑点呈星芒状,出现于角膜上皮下,称星状角膜炎。

(2) 树枝状角膜炎。角膜上皮的点状浸润破溃后,点状浸润彼此融合形成树枝状浸润,荧光素染色亦呈树枝状着染。枝的顶端肥大,为叶形边缘,呈锯齿状。病变继续发展可扩展为地图形,称地图状角膜炎。此病常可自限,或经过适当治疗而愈,愈合后很少遗留显著瘢痕,亦很少有新生血管形成,对视力影响较小。

(3) 慢性浅层疱疹性角膜炎。此角膜炎亦称营养障碍性角膜炎或变态疱疹。这是由于疱疹感染损伤了角膜上皮的基底膜,使再生的上皮细胞不能牢固地附着其上。其特点为在疱疹性角膜炎愈合的瘢痕上,反复发生非常浅的、卵圆形不规则的上皮性溃疡。其内并不含病毒。角膜知觉减退或正常,病程缓慢,经久不愈。其经过多次反复发作使角膜变性、水肿,有时发生水泡性病变。角膜各层为广泛的瘢痕和新生血管所占据,视力受到严重损害。

(4) 盘状角膜炎。此角膜炎90%由单纯疱疹病毒所致,约10%由带状疱疹、流行性腮腺炎、水痘病毒或牛痘疫苗引起。浅层病变上皮愈合后,基质层仍有慢性水肿及浸润,即可发展为盘状角膜炎。少数也可在水痘、流行性腮腺炎等起病后直接患此病。因角膜知觉消失,故刺激症状较轻,视力却有明显减退。此角膜炎结膜充血轻微,角膜中央部基质层有一以水肿为主的致密混浊,呈灰色圆盘状,盘的边缘整齐。在盘状病灶和透明角膜之间常可见到部分或完整的内皮浸润环,为抗原抗体作用和多形核白细胞浸润所致。角膜上皮水肿,表面粗糙混浊,有时有水泡,可见后弹力膜皱褶及角膜后沉着物。病程缓慢,很少有新生血管形成,痊愈后遗留瘢痕较轻,视力恢复较好。如浅层病变治疗不当,特别是皮质类激素的滥用,则易使原来已经低下的细胞免疫水平更为低下,致使形成深部溃疡。溃疡位于角膜中央或旁中央,深达1/2基质层,其形态近似圆形或椭圆形。溃疡周围有放射状皱褶形成。溃疡底部有灰白色坏死组织,严重者并发后弹力层膨出、前房积脓、穿孔甚至混合感染。其转归可能发生虹膜粘连、角膜白斑、继发青光眼、眼内炎等,如未及时处理可导致失明。当并发虹膜睫状体炎时,可出现前房积脓、羊脂状或色素性角膜后沉着物及阳性的廷德尔氏现象。

3. 诊断

根据病史及临床眼部的特殊体征,如点状、星状、树枝状、地图状、盘状角膜损害,以及角膜知觉减退,可帮助诊断。实验室诊断时,角、结膜刮片做吉姆萨染色,可发现多核巨细胞,核内包涵体及风船样上皮细胞。血清学检查中抗体(IgG)水平增高。从组织培养中分离病毒为最可靠的病因诊断。

4. 治疗

(1) 病灶扩创术。此法应用机械物理或化学方法,使病毒和宿主细胞同时被除去。此种治疗方法仅

限于病变小而表浅者。局部滴表面麻醉剂，用刀片或棉棒等将病变及其四周 0.5mm 范围的正常上皮一并除去，包扎 48h。化学腐蚀剂烧灼，常用质量浓度 3~5g/L 的碘酊、石炭酸、90g/L 的酒精、20~50g/L 的三氯醋酸等，以小棉签蘸以制剂，涂抹病变处，烧灼后立即用无菌生理盐水冲洗。为避免损伤上皮细胞基底膜和实质浅层，切忌过分烧灼。烧灼后涂消炎眼膏并包扎。冷冻疗法为用 -70~-80℃ 探头置病变处，冷冻 6~8s，以生理盐水解冻，必要时可反复多次。本法易损伤角膜内皮，冷冻后病人疼痛较著，目前应用较少。

(2) 局部抗病毒药物。

①疱疹净。亦称碘苷，此药作用于 DNA 病毒的核酸生物合成过程中，取代胸腺嘧啶核苷，因而抑制 DNA 病毒的生长、繁殖。0.1g/L 的眼药水每隔 1~2h 滴 1 次。0.5g/L 的眼膏每晚涂 1 次。本药溶解度低，水溶液不稳定，不易透入角膜组织，对基质性病变疗效差，可抑制上皮细胞再生，延长角膜溃疡的愈合。本药可诱发实验动物畸胎，其代谢产物可引起角膜上皮下混浊，浅层角膜点状上皮缺损。毒性反应还包括眼睑下垂、泪点阻塞、眼睑皮肤过敏等。

②无环鸟苷。此药对单纯疱疹病毒 (HSV) I 及 II 型均有抑制作用，其作用为抑制病毒的 DNA 聚合酶，抑制病毒的复制。质量浓度 0.1g/L 的眼药水滴眼每隔 1~2h 1 次；1~3g/L 的眼膏涂患眼，每日 1 次。

③三氟胸腺嘧啶核苷及阿糖腺苷。此药对上皮性损伤有较高疗效，但由于穿透力低又可被酶分解，对角膜基质炎疗效不佳。前者为 3~5g/L 的滴剂或眼膏每日 5 次，后者为 3g/L 的眼膏，每日 5 次。

④阿糖胞苷。此药抑制单纯疱疹病毒能力比碘苷大 100 倍，10g/L 的治疗浓度对角膜上皮毒性较大，可引起广泛的点状混浊和糜烂，甚至溃疡。0.25~0.5g/L 的滴剂每小时 1 次，北京同仁医院应用 0.2g/L 的阿糖胞苷 0.5mL 做结膜下注射。

⑤环胞苷。此药对深层病变治愈率高，副作用小，理化性质稳定，质量浓度 0.05g/L 的滴剂或 0.1g/L 的眼膏，滴剂 1~2h 1 次，眼膏每日 5 次。

(3) 一般疗法。质量浓度 1g/L 的阿托品散瞳，热敷、盖眼垫，应用抗生素防止继发性感染，口服维生素类药物等。

(4) 免疫疗法。

①左旋咪唑。本药增强宿主的免疫反应（增加巨噬细胞及 T 细胞活性），减少病毒的增殖和扩散，并迅速清除病毒抗原。对慢性基质型有较好的疗效。每次 50mg，每日 3 次，前 3 个月每周连服 3d，后 3 个月隔周连服 3d，6 个月为 1 疗程。

②干扰素及其诱导剂。本药它能干扰信使 RNA，使病毒繁殖受到限制。采用非病毒因子刺激机体产生的内源性干扰素称干扰素诱导剂。

③担子菌类多糖。本药具有活化 T 细胞，激活免疫功能的作用。每日 3g，分 3 次口服，连服 3~14 个月。

(5) 皮质类激素的应用。过去认为对于浅层单纯疱疹性角膜炎使用皮质类激素是危险的。近年研究表明，浅层病变应用微量皮质类激素与抗病毒药合用，可获得明显效果。上皮已愈合。亦无继发感染的盘状角膜炎，可应用皮质类激素治疗，一般以质量浓度 0.5g/L 的泼尼松龙或质量浓度 0.05g/L 的氟美松眼药水每小时滴用 1 次，2~3d 后逐渐递减至质量浓度 0.005g/L 的氟美松持续数周或数月后停药。同时密切注意病情变化。溃疡者应慎用。

(6) 抗胶原酶抑制剂。此类药抑制胶原酶活性，促进角膜溃疡愈合。常用质量浓度 1g/L 的乙酰半胱氨酸及质量浓度 1g/L 的 EDTA 钠溶液滴眼。

(7) 手术疗法。适用于药物治疗效果不满意，病变进展迅速者，可应用结膜瓣遮盖术或板层角膜移植术。

四、带状疱疹性角膜炎

1. 病因

本病因水痘一带状疱疹病毒侵犯三叉神经眼支所致。

2. 临床表现

本病发病急剧。在三叉神经眼支分布区的皮肤上出现疱疹为其特点，多为单侧性。病人除有神经痛、发热、不适等全身症状外，约 1/3 病例角膜被侵犯。球结膜充血、水肿，角膜知觉减退或消失。角膜改变可为散在的、圆形上皮混浊，裂隙灯下角膜上皮表面泪液膜可见干燥斑点。角膜的损害可类似单纯疱疹病毒感染，表现为浅层树枝状或地图状角膜炎，深部基质或盘状角膜炎也可以发生。顽固性溃疡、角膜变薄或穿孔偶可见到。前部色素膜炎可导致前粘连，甚至继发青光眼。其他并发症有巩膜炎、Horner 氏综合征、眼外肌麻痹、脉络膜视网膜炎及视神经炎。病程持续可 1 年或更长。

3. 治疗

抗病毒药对本病无效。足够剂量的局部皮质类激素药物可控制炎症。皮肤损害可局部应用皮质类激素软膏。局部应用散瞳剂可减轻疼痛。局部应用抗生素滴剂可预防继发感染。

五、痘苗性角膜炎

1. 病因

本病为种痘时的 1 种意外感染，系种痘后自体接种的结果，多见于婴、幼儿，偶见于医务工作者。随着天花的消灭，本病已绝迹。

2. 临床表现

其发病过程和临床表现与单纯疱疹性角膜炎大致相同。病人有严重的流泪、畏光、疼痛等刺激症状。早期炎症在表层，严重时渐浸入深层组织，大部分甚至整个角膜混浊。最严重时角膜发生痘苗脓疱致使角膜穿孔。

3. 治疗

局部滴用质量浓度 0.1g/L 的利福平、0.1g/L 的疱疹净等抗病毒药可获得一定效果。如深部基质炎症可应用皮质类激素药物，但必须与抗病毒药合用。对持久不能治愈者，可行治疗性角膜移植。

(张涤)

第四节 巩膜疾病的诊治

一、浅层巩膜炎

1. 病因

- (1) 内源性。本病由身体他处疾病所致，常见的有病毒感染、风湿、病灶感染引起的变态反应等。
- (2) 外源性。其指因创伤、手术和结膜溃疡所引起的感染，包括细菌、真菌等致病微生物。
- (3) 继发性。结膜、角膜、葡萄膜或眼眶炎症可直接蔓延及巩膜。
- (4) 自身免疫病。其由结缔组织基质内抗原-抗体反应所致，如类风湿性关节炎等。

2. 临床表现

- (1) 成人发病居多，性别无差异。
- (2) 急性发病，眼红、疼痛、怕光和流泪。
- (3) 病变为局限性结节状隆起，呈暗赤色，约数毫米大小，多位于赤道部之前、角膜缘附近，颞侧为多。
- (4) 结节处结膜局限充血和水肿，有压痛，其上的结膜可推动。结节不发生破溃和感染。
- (5) 一般 2~3 周炎症可消退，愈后有复发趋势。
- (6) 预后良好，一般不影响视力。

3. 治疗

- (1) 除去病因。

- (2) 局部应用皮质类激素，重者可结膜下注射。
- (3) 全身可服用皮质类激素和非皮质类激素消炎药。
- (4) 症状严重者，可用散瞳剂。

二、巩膜炎

1. 病因

此病病因与浅层巩膜炎相同，以内源性和自身免疫性为主。

2. 临床表现

- (1) 女性居多，可双眼患病。
- (2) 刺激症状较重，眼部疼痛、怕光和流泪，有时伴有眼球转动疼痛加重。
- (3) 结膜和巩膜充血，限局或弥漫性，充血区平坦或轻度扁平隆起，呈暗红色，结膜可推动，有较明显压痛。
- (4) 病灶多在角膜缘或眼外肌附着处。
- (5) 发生在角膜缘附近者，可伴有角膜病变，浸润发生在基质层，呈三角形或舌形，尖端向角膜中央，不形成新生血管和发生溃疡。
- (6) 炎症消退后，巩膜病变区不留痕迹或遗留瘢痕，呈浅蓝色或瓷白色，角膜形成斑翳或白斑。巩膜变薄明显者可发生巩膜葡萄肿。
- (7) 可伴有虹膜睫状体炎。
- (8) 可因房角受累而发生继发性青光眼。
- (9) 病程长，约数周，可复发或迁延。

(张涤)

第五节 晶体疾病的诊治

一、先天性白内障

先天性白内障是指出生前后即已存在的晶体混浊，可为遗传性。新生儿发病率为4%。大约有30%的新生盲儿是由于白内障造成的。

1. 病因

本病多数为常染色体显性或隐性遗传。显性遗传由亲代直接遗传，父母有一方患先天性白内障，其子女50%患同样的疾病，但白内障的类型可不同。此外，母亲怀孕时患病毒感染性疾病，可引起胎儿发生先天性白内障，此类疾病如风疹、腮腺炎、水痘或麻疹等，尤其是在妊娠早期患有风疹，其先天性白内障的发病率可高达70%~80%。

2. 分类

根据先天性白内障混浊的部位和形态来分类及命名：

- (1) 极性白内障（前极性、后极性白内障）。
- (2) 核性及绕核性白内障。
- (3) 轴性白内障。
- (4) 皮质性白内障。
- (5) 完全性白内障。

3. 鉴别诊断

患儿往往由家长代诉视力障碍，畏光，瞳孔区发白而就诊。因此需要与晶体后纤维增生症、寇茨(Coats) 氏病和视网膜母细胞瘤进行鉴别。晶体后纤维增生症有早产和吸氧史。Coats 氏病常见于男孩，发病年龄

晚于先天性白内障。视网膜母细胞瘤的瞳孔区发黄，其表面可见视网膜血管，以上经散瞳用检眼镜及裂隙灯检查很容易鉴别。

4. 治疗

(1) 不影响视力者无需治疗。

(2) 增殖性虹膜切除术。核性、绕核性或轴性白内障散瞳时周边晶体是清亮的，视力有明显增进，可行此手术。

(3) 白内障囊外摘出术。完全性白内障可做小切口的白内障囊外摘出术。

(4) 联合人工晶体植入术。3岁以上的患儿，为获得更好的视力，避免配戴无晶体眼镜的不适，可在囊外摘出同时植入人工晶体。由于此种手术可获良好效果，目前已很少提倡做增殖性虹膜切除术。

二、老年性白内障

老年性白内障是最常见的后天性白内障，年龄越大越多见。在我国老年性白内障发病年龄低于白色人种，一般见于50~60岁人群，最早可发生于40岁左右，通常为进行性。

1. 病因

此病病因不明确，认为与代谢障碍发生退行性变有关。

2. 分类

(1) 核性。晶体核首先变硬，随年龄增长而色素增加。早期很难发现这种变化，病人因核的变化引起近视改变而造成视力的变化，并由于核硬化的棱镜效果而引起复视。这种类型的白内障多见于高度近视眼。核性白内障因晶体核为棕黑色，因此有黑内障的名称。

(2) 皮质性。其可单独发生，也可与核硬化同时出现。其可为斑块状或楔状混浊，也可在皮质和板层间形成裂隙，即形成空泡。这些变化常发生于晶体的周边部，可以局限，也可以广泛发生。这种类型的白内障更影响病人的夜间视力。

(3) 囊下性。此病一般多并发于糖尿病或长久使用激素的病人。其形态为斑状。如果侵犯视轴区，则严重地影响近视力。因为视近物时睫状肌及瞳孔括约肌因需要调节而收缩，瞳孔缩小，将视轴遮挡。

3. 临床表现

此病初期可不影响视力，偶在体格检查时发现，但后囊下混浊可在早期就影响视力。如同核性混浊，后囊下混浊也在强光下影响视力。

早期的晶体混浊核硬化，屈光指数增加，屈折力增强，因此病人产生核性近视时可突然摘掉老视镜。有的病人可有复视现象，视力容易疲劳，视物变形，然后视力逐渐降低，下降至眼前仅见手动或仅有光感。有的在膨胀期时晶体发生膨胀，前房变浅阻塞房角而引起眼压升高和继发性青光眼。其表现同急性闭角青光眼，有恶心、呕吐、偏头痛等。

4. 分期

(1) 初期。此期仅见散在的皮质及囊下块状或楔形混浊以及水裂形成，多位于晶体的周边部，不影响视力。

(2) 膨胀期。此期亦称未成熟期，随着年龄增大，病情发展，晶体吸收水分，使其体积增大，前后径加长，前房变浅。严重时虹膜阻塞房角，眼压升高，引起继发性青光眼。

(3) 成熟期。此期从膨胀期继续发展、晶体逐渐脱水并混浊加重。当晶体皮质及核全部混浊时即达到成熟期。

(4) 过熟期。此期混浊皮质可以进一步液化。晶体核下沉，可以在囊袋内自由地活动。晶体囊变薄，液体的皮质及蛋白质从囊膜漏出，引起囊的皱缩及皱褶，此期白内障又称莫卡回尼氏白内障。

5. 鉴别诊断

诊断前如能排除外眼部其他疾病，如青光眼、色素膜炎、眼创伤、糖尿病、各种玻璃体及视网膜病变，40岁左右或以上单纯的晶体混浊，即可诊断为老年性白内障。

6. 治疗

(1) 药物治疗。近几年来有几种眼药问世,其药理作用都是加强晶体的代谢及营养。有法可林、卡他林、白可明、白内停、谷胱甘肽眼药水等,但效果都不肯定。维生素C参与晶体的自家氧化过程,因此,有的认为大量口服维生素C可延缓白内障的发生与发展。还有报道用中药治疗白内障,如障眼明等。

(2) 手术治疗。由于目前药物治疗的效果不确切,白内障的治疗仍是以手术摘出为主。手术摘出方式分为囊内及囊外摘出术。前者摘除包括前、后囊的晶体,方法有冷冻、硅胶棒、吸盘及囊内镊夹取法;后者是保留后囊及部分前囊,仅摘出晶体核及皮质。人工晶体植入能够更好地矫正视力,因此当前最先进的治疗方法即白内障囊外摘出联合人工晶体植入术。

三、眼创伤性白内障

眼创伤分为机械性和化学性两大类,机械性眼创伤又分为穿通伤和钝挫伤,两者都可引起晶体混浊,即白内障。

1. 病因

(1) 锐器扎伤眼球造成程度不等的角、巩膜裂伤,同时可直接伤及晶体。由于晶体前、后囊的裂口使晶体内膨胀引起房水混浊,混浊松软的晶体皮质沿着晶体囊的裂口流入前房或玻璃体,前者可以堵塞前房角,引起眼压升高,后者可以引起晶体过敏性色素膜炎。

(2) 钝挫伤时由于外力的冲击,晶体受到房水的冲击及玻璃体反作用的压力而产生震荡引起的影响,致使晶体囊与皮质分离,晶体纤维之间连接失常。除震荡作用外,晶体受到挫伤后,囊的渗透性发生改变,房水渗入晶体内,使晶体纤维结合松弛,晶体纤维断裂,并吸收水分后膨胀混浊,形成白内障。此种钝挫伤性白内障可发生于囊无破裂的情况下,亦可发生于挫伤性囊破裂情况下。后者由于吸收水分,迅速膨胀、混浊形成完全性白内障。

2. 临床表现

(1) 钝挫伤性白内障,可分为3种类型。

①虹膜印环,由于钝力作用将虹膜压向晶体,使虹膜的色素印在晶体表面,其大小和形状与当时瞳孔的大小及形状相同。此虹膜印环应与虹膜炎后贴附在晶体前表面的色素环相区别。前者为细小的色素颗粒,部分数月后可吸收,但部分印记可遗留下来,成为曾受过钝挫伤的证据。后者色素颗粒粗细不匀,病程长者还可见瞳孔区表面有机化物。

②晶体囊无破裂的白内障,是由于渗透性改变,使房水容易渗入晶体内,晶体失去透明性。此种白内障多发生于伤后2~3d或1~2周。轻度钝挫伤者仅在晶体前囊上皮下出现散在的点状或片状混浊,这种混浊经过数周可以吸收。但有的继续缓慢进展,先由皮质和核的境界处开始,发展成花冠状白内障,再发展成完全性白内障。

③有晶体囊破裂的白内障,由于钝挫伤冲击力较大,使前囊发生破裂,如破口小可以很快自行闭合,仅引起局限性晶体混浊;如破口较大,房水很快进入晶体内,使晶体迅速发生完全混浊。有时皮质可逸入前房。

(2) 晶体混浊。其根据混浊程度不同,视力有不同程度的障碍。

(3) 继发性青光眼。其由于晶体皮质堵塞房角或晶体水肿膨胀而引起瞳孔阻滞所致。

(4) 虹膜睫状体炎。正常情况下,皮质及核位于晶体囊内,与其他组织相隔绝,一旦因某种原因引起囊破裂,皮质团块逸入前房,可成为致敏原而引起晶体过敏性虹膜睫状体炎或眼色素膜炎。

3. 治疗

(1) 局限性晶体混浊,不影响或很少影响视力的创伤性白内障,不急于手术治疗,要等受伤后数月再决定。因部分青、少年创伤后,混浊部分可被吸收或减少。

(2) 皮质团块逸入前房的白内障,视角膜受损的程度,考虑手术。角膜内皮混浊者要及早将皮质吸出。还要考虑眼压因素,皮质堵塞房角眼压升高,药物又不能控制,也应及早手术治疗。

(3) 人工晶体植入手术。创伤性白内障多累及单眼,单纯摘出晶体,使病人双眼成为屈光参差,无