



眼科病案
200
例

张一鸣 主编
人民卫生出版社

眼科病案200例

张一鸣 主编

编著者 (以姓氏笔画为序)

牛斗 安徽省立医院

刘广进 安徽省立医院

陈逊 安徽医科大学

张一鸣 安徽省立医院

袁华音 安徽省立医院

人民卫生出版社

眼科病案200例

张一鸣 主编

人民卫生出版社出版
(北京市崇文区天坛西里10号)

中国科学院印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 9 $\frac{3}{4}$ 印张 16插页 220千字
1988年4月第1版 1988年4月第1版第1次印刷
印数: 00,001—13,200

ISBN 7-117-00282-4/R·283 定价: 3.80元

统一书号: 14048·5552

〔科技新书目 158—75 〕

1A-25/10

前 言

本书作者从事眼科工作少则二十余年,多则近半个世纪。在长期的医疗实践中,我们有一个共同的感觉,即:病眼因病情严重或因目前尚无满意疗法而致失明者终属少数,而失明于患者本身的延误或医生诊治不当者却占多数。

眼科医生肩负着防盲、治盲,保障人民身体健康的重任。失明的患者则把复明希望寄托于眼科医生。诊治合理,常常收到立竿见影、事半功倍的效果;反之,则加剧病情,把不应失明的弄得失明,甚至危及生命。虑念及此,为总结经验,我们将多年来在临床实践中(包括各级医疗机构转诊病例在内)所遇到的一些模棱两可,容易造成误诊,以及因治疗失策的病例加以整理、分析,追本溯源,提出防止和避免失误的措施,编写成册,供广大眼科工作者参考。

为了帮助基层医务人员提高类症眼病鉴别的能力和诊疗水平,我们特别将某些容易被眼病症状共性所迷惑的病例列入专题,分别阐述其临床特点及其发病机理,加以对比、分析。并尽量利用图表,使鉴别点一目了然。

此外,我们还复习了国内外有关文献,介绍其诊疗方面的近代进展,结合编者临床实践中的体会,提出具体措施,使读者对若干常见病和少见病有一个较全面的认识。

本书的编写,得到作者所在单位党组织及科研教学部门的亲切鼓励 and 大力支持;完稿后,承蒙张晓楼教授及钟润先所长认真审阅,谨一并致以衷心的感谢!本书的照片、插图由

凌先圣、宋道勤两同志摄绘，特致谢忱。

疾病机理无穷，诊治经验时新。本书在论理及救治措施方面欠妥之处，一定在所难免，敬希广大读者多加指正，是幸！

张一鸣

于合肥

目 录

第一章	结膜和角膜疾患	1
第一节	良性粘膜类天疱疮	1
第二节	Bowen氏病的误诊	5
第三节	眼干燥症临床病案分析	9
第四节	家族性角膜变性的误诊	15
第五节	真菌性角膜溃疡的误诊	20
第六节	单纯疱疹性角膜-葡萄膜炎引起继发性青光眼	26
第二章	视网膜葡萄膜疾患	32
第一节	先天遗传性视网膜劈裂症	32
第二节	先天性视网膜色素群沉着	41
第三节	Coats氏病误诊视网膜母细胞瘤摘除眼球	43
第四节	原发性视网膜脱离漏诊	50
第五节	原发性视网膜脱离合并青光眼	57
第六节	视网膜色素上皮脱离的漏诊	63
第七节	自发性视网膜下出血的误诊	68
第八节	急性后极部多发性色素上皮鳞状病变	75
第九节	夜盲伴有眼底改变病案分析	79
第十节	视网膜下猪囊尾蚴误诊原发性视网膜脱离	85
第十一节	葡萄膜黑色素瘤临床实践	91
第三章	神经眼科疾患	106
第一节	功能性与器质性眼病诊治失误	106
第二节	Leber氏病误诊为视神经炎	113
第三节	急性脑底蛛网膜炎伴发视交叉部视神经炎	118
第四节	视乳头白变误诊为视神经萎缩	123
第五节	视乳头水肿的漏诊和误诊	132

376167-88/6/27-3.802

第六节	颅内脑膜瘤误诊为视神经病变·····	144
第七节	眼病可为鼻咽癌的首发症状·····	151
第四章	晶体和玻璃体疾患·····	157
第一节	遗传性晶体异位继发青光眼·····	157
第二节	外伤性晶体脱位的处理·····	162
第三节	白内障手术脉络膜暴发性出血·····	171
第四节	白内障摘除后眼内感染·····	177
第五节	先天性玻璃体囊肿·····	185
第六节	雪片状玻璃体混浊·····	188
第五章	青光眼·····	194
第一节	青光眼诊断失误·····	194
第二节	毛果芸香碱全身毒性反应·····	211
第三节	抗青光眼手术失败原因分析·····	214
第四节	前房延缓恢复处理失误·····	220
第五节	青光眼手术引起晶体过敏性眼内容炎·····	229
第六章	眼附属器疾患·····	235
第一节	眼睑疾患处理失误·····	235
第二节	眼眶脓肿诊治失误致死·····	239
第三节	睑板腺癌误诊分析·····	242
第七章	眼外伤·····	248
第一节	角膜异物处理失误·····	248
第二节	球内异物漏诊·····	253
第三节	上皮植入性虹膜囊肿诊治的回顾·····	258
第四节	脉络膜破裂伤的荧光素血管造影观察·····	266
第八章	其他·····	275
第一节	医疗操作中意外损伤视神经致盲·····	275
第二节	严重眼-心反射死亡原因分析·····	281
第三节	激素引起应激性消化道出血·····	286
第四节	颞侧皮下注射强的松龙引起视网膜中央动脉栓塞·····	290

第五节	发热疗法所致高热及过敏性休克·····	292
第六节	可的松眼药水引起角膜穿孔·····	295
第七节	甘露醇滴注引起过敏性休克·····	299
第八节	药源性眼病·····	301

第一章 结膜和角膜疾患

第一节 良性粘膜类天疱疮

良性粘膜类天疱疮是 Lever 在1953年提出的，它代替了以前的眼天疱疮、结膜天疱疮、疤痕性类天疱疮及粘膜实质性皱缩等不恰当的命名。本病罕见，作者近10年来先后诊治2例，记录如下。

【例1】查某，女，61岁，农民，于1971年3月18日就诊。主诉：两眼刺痛、发干及视物不清3年。

现病史：1968年春突然感到咀嚼不便，吞咽不适，但无明显疼痛。在当地县医院发现口腔、咽部粘膜充血，溃烂和水疱。涂2%龙胆紫溶液及注射抗生素，病情缓解，约半个月后两眼又先后发红，畏强光，刺痛明显，右重左轻，点用氯霉素眼药水无效，时轻时重，终至两眼睁不开，行走困难。自述发病前二年曾有眼睑、听道附近及鼻唇部皮肤反复出水疱，均不治自愈。

体检：口腔颊部粘膜隐约可见窗格样浅在疤痕。鼻唇部及两外耳道入口处有平滑萎缩性疤痕。

眼部检查：视力：右眼手动，左眼指数/1米。睑缘粘连以外眦部明显，睑裂缩小，上下睑内翻倒睫，轻度充血。角膜浅层斑点状混浊，上皮角化、干燥、周围血管伸入，右眼较明显。Schirmer氏试验，5分钟后结果(0)。睑球近全粘连，眼球不能活动，类似“塑料眼”。当时限于条件未作其它检查。

治疗：经内翻矫正，点用2%甲基纤维素溶液、四环素可的松眼药膏。随访6年无变化。

【例2】 吴某，男，20岁。一年半前突然高热，口腔、咽部、两眼结膜同时出现小水疱及溃疡，伴有粘性分泌物。20天后虽体温复常，口、咽病灶痊愈，但两眼畏光，刺痛仍明显。1982年3月31日入院。两眼视力各为0.1，结膜结疤，下穹窿部消失，睑球条带粘连。角膜浅层弥漫性混浊，间有荧光素着色。新生血管伸入角膜四周，混合充血(+)。Schirmer氏试验，5分钟后结果(0)，颊部粘膜可见窗格样疤痕。既往无过敏史，家族中亦无同类疾患。

体检：血、尿常规及肝功能检查均在正常范围。康氏反应(-)。血糖71毫克%。结膜刮片未见霉菌丝。结膜病检报告：少量粘膜上皮，上皮下胶原纤维增厚，有少数细胞浸润及个别嗜酸性白细胞。

治疗：经环磷酰胺每次200毫克，溶于10毫升生理盐水中静注，隔日一次，总量4克，2%甲基纤维素、氯霉素加强的松龙溶液滴眼及丙种球蛋白球结膜下注射，每次50毫克，隔日一次，共4次，9天后两眼视力增至0.2，但角膜干燥及疤痕皱缩无改善。

讨 论

据文献报道，本病多见于老年人，男女发病比例为1:2。本文例1为61岁，例2仅20岁，男女各一，可见年龄、性别不能作为诊断的主要依据。

伴发皮肤损害不一，约1/3患者兼有皮肤损害。该损害通常又可分为两个类型：一为广泛的大疱性发疹，愈合后不留疤痕；另一为面部及体腔附近皮肤发生红斑，间有水疱，

最终发生萎缩性疤痕，本文例 1 皮肤损害即属第二期。

临床上最引人注目的是，病损开始时可见全身于任何粘膜处，包括结膜、口腔以及鼻、咽、喉、食管、外生殖器、肛门等。约 75% 患者侵入结膜，两眼可同时或连续受累。皮肤损害有的可能在眼部受侵犯前数年之久。此外，口腔粘膜损害疼痛不严重，甚至不痛，本文例 1 即无自觉症状。

眼部临床表现通常以非特殊性慢性结膜炎症开始，结膜下偶见小水泡形成，破裂后形成溃疡，导致结膜结疤、皱缩及穹窿部消失，尤其是下穹窿部。其他内翻倒睫、睑缘粘连也随之而来。角膜出现斑点状上皮糜烂及周围间质层血管新生。反复发作及进行性皱缩，最终导致睑球粘连，结膜广泛性结疤，泪腺排泄管受阻，出现眼干燥症。常继发角膜混浊、角化、甚至感染穿孔。Hernandez 等把它分为三期：第一期以结膜小水泡出现为特征；第二期为疤痕形成期，由睑板到球结膜出现小的条带结疤，逐渐缩小穹窿部，同时角膜血管新生而丧失透明；第三期，角膜全部表皮形成，睑球几乎近全粘连，倒睫引起角膜溃疡或穿孔。按上述分期，本文例 1 属第三期，而例 2 属第二期。

组织病理：结膜显示无棘层松解的迹象，真皮有淋巴细胞、浆细胞及嗜酸性白细胞浸润，晚期纤维母细胞引起纤维样变性是其特征。与本文例 2 病检所见基本符合。

类症鉴别：病变早期，眼部或皮肤受侵犯前，单凭口腔粘膜损害不易与寻常性天疱疮相鉴别。不过，寻常性天疱疮口腔粘膜损害广泛，糜烂的边缘不易愈合，即使愈合通常是不留疤痕，而且激烈疼痛是寻常性天疱疮的特征，可与本病鉴别。糜烂处刮片细胞学诊断，寻常性天疱疮显示棘层松解，与本病不同。

晚期结膜结疤的改变首先应与严重的多形性红斑相鉴别，其鉴别点见表1-1。其次应与表皮松解大疱或烧(烫)伤引起的疤痕相鉴别，鉴别时可根据发病方式、皮肤损害特点及口腔损害痕迹等并结合临床进行考虑。

表1-1 良性粘膜类天疱疮与多形性红斑鉴别

	良性粘膜类天疱疮	多形性红斑
病因	不明。可能为自体过敏反应	不明，可能为病毒或过敏所致
年龄	多为老年	多为青年
性别	女性多见	男性多见
自觉症状	痒、刺痛、烧灼感	眼痛、羞明等
眼睑	收缩变形、睑裂缩小、睫毛乱生	眼睑肿胀、痉挛
结膜	出现大疱，可渐波及整个结膜，并极易破溃，可为一表面粗糙的白色纤维膜所覆盖	充血，水肿，伴有小疱与大疱样损伤及溃疡，有粘液脓性分泌物与纤维性假膜，结膜滤泡显著
角膜	可继发水泡破溃而成溃疡	角膜炎，角膜溃疡
前房	正常	可积脓
虹膜炎	无	少有
眼部并发症	结膜疤痕形成，睑球粘连眼球可变形，反复发作，终至眼干燥症失明	结膜疤痕，睑球粘连，角膜干燥，出现水泡，破溃形成溃疡，可致穿孔失明
全身表现	大疱皮疹出现于红斑或正常皮肤上，偶有全身不适或发热，但不严重	高热、寒战、头痛、急性呼吸道感染，皮肤粘膜多形性红斑及尿道炎等，反复发作，严重者可危及生命

此外，若良性粘膜类天疱疮早期只限于结膜病损，在其形成睑球粘连前，不易与伪膜性结膜炎鉴别，但本病长期不易治愈及后果严重与后者不同。

治疗：由于病因不明，目前尚无有效防治方法，除控制延及全身的大疱疹及食管和喉部损害外，全身应用皮质类固醇效果不佳。Jacob 报道结膜下注射强的松龙混悬液，对结

膜病损只收到暂时性效果，不能阻止其病变的进展。分离粘连配用接触镜，对早期粘连或可减轻其恶化程度，但多数患者耐受不了。腮腺管移植或腮腺移植对眼干燥症有助，不过广泛性结膜结疤手术很难成功。用人工泪液或甲基纤维素及抗生素滴眼，可缓解眼干燥，防止继发感染，希望保留残余视力。本文例1观察6年视力未再恶化，例2短期视力稍改善。

(张一鸣)

第二节 Bowen氏病的误诊

结膜、角膜Bowen氏病，是眼部比较少见的癌肿。一般情况下，本病进展缓慢，形似良性，但也可恶化、扩散转移。本病无特殊的固有体征，症状形形色色，常与翼状胬肉、角膜血管翳、结角膜疱疹、边缘性角膜溃疡、乳头状瘤等眼病相混淆，如能早期明确诊断，及时手术切除，可以保持良好的视功能，一旦延误诊断，癌肿侵及全部角膜或结膜时，往往需行眼球摘除，甚至眶内容剜出术。近20年来，我院曾遇三个误诊病例，为吸取教训，提高诊断水平，现将病例摘要列表介绍于后（表1-2），复习部分文献，对本病的临床表现、病理特征、鉴别诊断及治疗方法进行扼要的综述和评介。

讨 论

1. Bowen氏病又称上皮内上皮瘤，或称癌前期上皮瘤病，又名原位癌。Bowen (1912)首先报告二例慢性进行性癌前期皮肤病可演变为恶性癌肿，故将这类病命名为Bowen氏病。McGavie (1942)报告5例结膜和角膜的上皮内上

表1-2 三例Bowen氏病临床误诊及诊治情况

例序	性别	年龄	病史	检查	误诊	病理检查	确诊	治疗	随访
1 李某	男	58	右眼近半年，经常磨痛不适，异物感	右眼视力1.0，角膜11点钟位周边部灰白色浸润性混浊，呈芽形，3×3毫米，与健康角膜有清楚分界线，2%荧光素着色	右眼边缘性角膜溃疡。经药物治疗3个月未愈	鳞状上皮细胞增生，细胞形状大小不一，见核分裂像，基底膜完整	Bowen氏病	单纯手术切除	随访19年，右眼视力1.0，外上方角膜遗留薄翳
2 曾某	男	55	左眼球外上方发现肿块，渐长大，影响视力	左眼视力0.2，角膜缘外上方(12~4点钟位)红灰色肿块，占据球结膜约3×6毫米，表面似肉芽，有较多新生血管	左眼肉样血管瘤。在某医院治疗无效	角膜增厚，细胞异形，核素紊乱，排列和多分裂像，可见核分裂像，基底膜完整	Bowen氏病	单纯手术切除加冷冻	三年后复查，左眼角膜外上方遗留斑翳，无复发迹象
3 钱某	男	66	右眼球长肿块20余年，近年来生长迅速	右眼视力光感。灰褐色新生物占据1/2角膜，波状部分球结膜不平，新生物表面粗糙坏死，中央部分糜烂坏死，其内有较多新生血管	最初印象为乳头状瘤，后又拟恶性黑色素瘤	鳞状上皮细胞增生，排列紊乱，细胞大小不一，形态各异，核深染，有较多核分裂像，基底膜不完整，部分细胞坏死，细胞脱落，活细胞检查，见细胞分裂像，上皮有核分裂像之细胞	Bowen氏病	眼球摘除	随访无音讯

皮瘤。国内杜念祖（1957）报告一例用角膜板层移植治愈的 Bowen 氏病。其后国内外均有报告，但仅数例而已。本病多见于老年男性，好发于角膜缘处，一般认为该部位系与上皮的转变处有关，Wolff 认为与角膜缘部结膜上皮在正常状态下也有下沉生长和乳头形成有关。睑裂部尤为多见，这可能与外界环境接触特多有关。本文三例均系55岁以上男性，病变最初皆起自睑裂部角膜缘处。

2. 本病外观形态虽然形形色色，但新生物多数呈膜状或扁平状，稍隆起，表面常粗糙不平，灰红色或灰白色，形如明胶，与下方组织粘连极甚，新生物有粗细不等的新生小血管自周围结膜侵入。一般认为该病属于角化不良病，可以稳定相当长时间，多数学者认为是原位癌。随着病程的迁延，此病可以向邻近组织扩散，也可侵入 Schlemm 氏管，引起局部转移，恶化后成为一般的上皮癌。临床上应与下列疾病相鉴别：角膜血管翳、翼状胬肉、结角膜疱疹、边缘性角膜溃疡、单纯性上皮增生、角膜脂肪变性、老年性角化症、色素性干皮病、疣、乳头状瘤、硬性角化病、放射性癌、角膜白斑。本文例1因角膜周边部灰白色混浊，2%荧光素着色，而误诊为边缘性角膜溃疡。例2睑裂部结角膜样新生物上有较多新生血管，被误认为角膜肉样血管翳。例3角膜缘疣状新生物，最初印象为乳头状瘤，待迅速长大，又误诊为恶性黑色素瘤。综上所述，凡老年男性位于睑裂部角膜缘处富有血管的明胶状新生物，应当首先考虑本病之可能，病程进展缓慢者更要谨慎对待，必须详细地询问病史，仔细地进行眼部检查，密切地观察病情，为明确诊断，必须尽早地施行刮片或病理组织学检查。

3. 本病的确诊有赖于病理组织学检查，它的表现是上

皮内上皮增生，细胞大小不一，形态各异，排列紊乱，核深染，可见核分裂像，并有呈丛状核的所谓 Bowen 氏丛细胞及含有一个巨大核的细胞，另有一种核周为大空泡，胞浆由伊红深染的所谓双环细胞，有时可见角化珠形成，在接近组织表面可能仍见到间桥，增生的上皮细胞有时形成柱脚向下生长，但基底膜完整。上皮内时有炎性细胞浸润，并有新生血管，一般病变处与正常组织之间分界明显。本文三例均有不同程度的上述病理组织学特征。Kimura 和 Thygeson (1955) 提出在 Bowen 氏病刮片标本上可见到不正常大上皮细胞，其中有很多角化现象。杜念祖 (1957) 刮片标本发现有大小不等的上皮细胞，核染色不一，偏深，可见有丝分裂现象，在数堆细胞团上细胞异常密集，形态染色有差异，疑有具有癌变可能之上皮瘤。近几年来，细胞学检查癌肿，方法简便，及时迅速，已广泛为临床医师所重视。本文例 3 刮片取剥脱组织送细胞学检查，发现有核分裂像之上皮细胞，经手术切除病理组织学检查确诊为 Bowen 氏病。对眼球表面疑有癌肿者，刮片或穿刺行细胞学检查是值得推荐的检查方法。病理组织学检查当然更加可靠。

4. 本病的治疗以手术切除为主。Mascatin (1954) 提出用 X 线放射治疗，特别 X 线直接接触效果良好。Hughes (1952) 主张用 β 射线治疗，Kase (1954) 认为应用 ^{90}Sr β 射线效果更好，但放射疗法需要有一定的设备条件，而且 Marriam 报告放射治疗可发生角膜溃疡、白内障很多并发症，故临床应用受到一定的限制。McGavic 主张单纯手术切除。Gill 和 Junes 支持此种意见。本文例 1、例 2 施行单纯切除，均获得成功，但切除一定要广泛彻底，不要姑息，我们手术时将肿块连同周围宽约 1.5~2 毫米的正常组织一

并切除，否则容易失败。为防止复发，有人主张切除后加用透热凝固，本文例2切除后加用冷凝，使用液氮， -30°C ，2毫米冷凝头，接触3次，每次持续30"，间歇30"，3年后复查，无复发迹象。杜氏报告一例用角膜板层移植治疗本病，获得满意的效果，增进了视力，在临床上确实值得效法推广。如癌肿广泛侵及角膜和球结膜时，视功能丧失，如本文例3宜行眼球摘除手术。晚期，癌肿累及睑结膜或穹窿结膜及整个眼球，且向眼球外蔓延时，则必须施行眼眶内容剝出术。

(陈 述)

第三节 眼干燥症临床病案分析

在临床工作中，常可遇到各种原因的眼干燥病变，要得出确切的诊治意见，必须结合病史、眼部症状及全身情况作综合分析。如果仅注意眼干燥症的临床表现，而忽视了全身所存在的诱发因素，就会导致漏诊。如果因全身其它疾患就诊他科时，只注意到全身存在的疾患，而忽视了眼干燥症的治疗，往往可导致不可挽回的视功能障碍。

结膜及角膜之所以能保持湿润与光滑，主要取决于泪腺、副泪腺分泌的泪液及结膜杯状细胞分泌粘液的功能。当存在有使泪腺发生萎缩或是分泌功能减退的病变时，或是结膜组织因炎症、烧伤等原因造成破坏时，相应地也可发生分泌减少甚至枯竭的现象。其结果必然会发生程度不同的角结膜干燥症。

【例1】 王某，女，10个月，患腹泻一月余，病后半月即发现双眼畏光、发红、常有粘丝状分泌物。两次在当地卫生院诊断为“结膜炎”，给氯霉素眼药水及金霉素眼药膏点眼治疗。一周后医生发现“角膜溃疡”，方转来我院治疗。