

国内名院、名科、知名专家
临床诊疗思维系列丛书

眼科疾病 临床诊疗思维

主编 王宁利 谢立信 崔浩

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书

眼科疾病 临床诊疗思维

主 编 王宁利 谢立信 崔 浩

副主编 马建民

编 委 (按姓氏笔画排序)

- | | | | |
|-----|---------------------|-----|-------------------|
| 于 刚 | 首都医科大学附属北京儿童医院 | 杨新吉 | 中国人民武装警察总医院 |
| 马建民 | 首都医科大学附属北京同仁医院 | 肖利华 | 中国人民武装警察总医院 |
| 王 薇 | 北京大学第三医院 | 吴 烈 | 中国中医科学院广安门医院 |
| 王宁利 | 首都医科大学附属北京同仁医院 | 宋 鄂 | 吉林大学第一医院 |
| 王志军 | 中日友好医院 | 张丰菊 | 首都医科大学附属北京同仁医院 |
| 王雨生 | 第四军医大学西京医院 | 张铁民 | 承德医学院附属医院 |
| 亓卫国 | 青岛大学医学院附属医院 | 张铭连 | 邢台市眼科医院 |
| 方 严 | 安徽省眼科研究所, 淮南市第一人民医院 | 陈晓明 | 四川大学华西医院 |
| 卢 弘 | 首都医科大学附属北京朝阳医院 | 范先群 | 上海交通大学医学院附属第九人民医院 |
| 叶俊杰 | 中国医学科学院北京协和医院 | 钟 勇 | 中国医学科学院北京协和医院 |
| 邢怡桥 | 武汉大学人民医院 | 贾亚丁 | 山西省眼科医院 |
| 毕宏生 | 山东中医药大学第二附属医院 | 晏晓明 | 北京大学第一医院 |
| 朱 丹 | 内蒙古医学院附属医院 | 徐国兴 | 福建医科大学附属第一医院 |
| 朱德海 | 北京大学第一医院 | 唐广贤 | 邢台市眼科医院 |
| 刘 武 | 首都医科大学附属北京同仁医院 | 张铁民 | 承德医学院附属医院 |
| 刘旭阳 | 四川大学华西医院 | 张铭连 | 邢台市眼科医院 |
| 孙乃学 | 西安交通大学医学院第一附属医院 | 陈晓明 | 四川大学华西医院 |
| 李定章 | 南昌大学第二附属医院 | 范先群 | 上海交通大学医学院附属第九人民医院 |
| 李建阳 | 贵阳医学院附属医院 | 钟 勇 | 中国医学科学院北京协和医院 |
| 李俊红 | 山西省眼科医院 | 贾亚丁 | 山西省眼科医院 |
| 李筱荣 | 天津医科大学第一附属医院 | 晏晓明 | 北京大学第一医院 |
| 杨连洲 | 潍坊医学院附属医院 | 瞿 佳 | 温州医学院附属医院 |

图书在版编目 (CIP) 数据

眼科疾病临床诊疗思维 / 王宁利等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2011. 8

(国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书)

ISBN 978-7-117-14521-3

I. ①眼… II. ①王… III. ①眼病—诊疗
IV. ①R771

中国版本图书馆CIP数据核字 (2011) 第112335号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医
师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

眼科疾病临床诊疗思维

主 编: 王宁利 谢立信 崔 浩

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 24

字 数: 598千字

版 次: 2011年8月第1版 2011年8月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-14521-3/R·14522

定 价: 113.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)



“如果我们将学过的东西忘得一干二净时，最后剩下的东西就是教育的本质了。”最后剩下的东西可以称为“学习力”或“悟性”。而对于一名临床医学生来说，科学缜密的临床诊疗思维是这种“学习力”或“悟性”的重要组成部分。就目前的国内医学教育（包括长学制学生和五年制学生等）而言，前期课堂教学阶段主要是基本知识、基本理论和基本技能的培养。而临床实践阶段则需要注重学生临床诊疗主动思维能力和创造能力的培养，为了更好地引导医学生或低年资医师建立起主动的临床诊疗思维，人民卫生出版社邀请了国内名院、名科的知名专家（主编大多来自中华医学会或医师协会各专业分会的主任委员或副主任委员，编委大多来自国家重点学科的学科带头人）编写了这套临床诊疗思维系列丛书。

该套书以各学科临床常见病、多发病病例为基础，围绕“接诊时病人的主诉；根据病人的主诉进一步询问（为什么询问这方面的内容）；初步的体格检查（为什么选择做这些体检，目的是什么）；进一步的实验室或特殊检查（为什么选择这些检查，这些检查与其他相关检查相比的优缺点）；初步诊断；初步的治疗方案（理论依据，常见药物的选择）；治疗过程中遇到的新问题，围绕出现的新问题需要做哪些进一步的检查（为什么）；治疗过程中治疗方案的调整（为什么）；治疗过程中需要注意的问题（为什么）；疗程结束后需要哪些方面的随访（为什么）；对于治疗失败的病例，教训和经验的总结”等展开内容。侧重点不仅仅是对病史、体格检查、辅助检查结果的分析，还着重为读者展现了作者逐步获取这些诊疗信息的思维过程。

国内名院、名科、知名专家临床诊疗思维系列丛书目录

- | | | | |
|-----------------|--------|----------------------|---------|
| 1. 传染科疾病临床诊疗思维 | 主编 李兰娟 | 12. 神经外科疾病临床诊疗思维 | 主编 王忠诚 |
| 2. 呼吸内科疾病临床诊疗思维 | 主编 康健 | 13. 泌尿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 郭应禄 |
| 3. 消化内科疾病临床诊疗思维 | 主编 钱家鸣 | 14. 普外科疾病临床诊疗思维 | 主编 姜洪池 |
| 4. 心内科疾病临床诊疗思维 | 主编 廖玉华 | 15. 胸心外科疾病临床诊疗思维 | 主编 石应康 |
| 5. 血液内科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢毅 | 16. 骨科疾病临床诊疗思维 | 主编 裴福兴 |
| 6. 肾内科疾病临床诊疗思维 | 主编 丁小强 | 17. 风湿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 陈顺乐 |
| 7. 内分泌疾病临床诊疗思维 | 主编 邱明才 | 18. 儿内科疾病临床诊疗思维 | 主编 申昆玲 |
| 8. 神经内科疾病临床诊疗思维 | 主编 崔丽英 | 19. 儿外科疾病临床诊疗思维 | 主编 李仲智 |
| 9. 急诊科疾病临床诊疗思维 | 主编 李春盛 | 20. 耳鼻咽喉头颈外科疾病临床诊疗思维 | 主编 韩德民 |
| 10. 产科疾病临床诊疗思维 | 主编 杨慧霞 | 21. 皮肤性病科疾病临床诊疗思维 | 主编 高兴华 |
| 11. 妇科疾病临床诊疗思维 | 主编 谢幸 | 22. 眼科疾病临床诊疗思维 | 主编 王宁利等 |

前 言

《眼科疾病临床诊疗思维》是人民卫生出版社策划的一本以引导学生或年轻医师建立主动临床诊疗思维为宗旨的眼科图书。通过展现眼科医生从接诊患者到治愈患者乃至随诊患者这个完整诊疗过程中的临床思维变化，以期有助于启发和引导读者形成科学缜密的临床思维方式，有助于提高广大眼科医生的诊疗水平，有助于避免或减少漏诊误诊的发生率。

在设计和编写本书时，为了充分展现医生在诊治患者过程中的临床思维变化，并增强本书的趣味性和可读性，本书采用以临床病例为依托的编写方式，但又明显区别于以往单纯的病例报道形式；为此，在编写时重点叙述包括问诊、体格检查、选择辅助检查、确定诊断、制订和修订治疗方案及治疗后随访观察等在内的整个诊疗过程中医生的临床思维变化，以便使读者进一步了解在整个诊疗过程中，一个合格的医生应该如何按部就班的逐步完成诊疗工作，并对每一步骤做到心中有数，知其然，知其所以然。

全书约60万字，共选择56个病例，既包括临床常见病例，又包括一些较为少见的病例，病种也涵盖了从眼睑病、角膜病、青光眼到眼眶病等眼科疾病的多个领域；另外，中医眼科是我国眼科界的一块瑰宝，为此，本书专门设置2个章节系统介绍了中医眼科的临床诊疗思维模式。希望本书不仅能够起到促进读者形成科学缜密的临床诊疗思维的作用，而且也希望读者在阅读本书过程中，对所介绍病例有进一步的了解和认识，以达到拓宽知识面的目的。

参加本书编写的作者均为长期在一线从事眼科临床及教学工作的专家，许多是国内外著名的眼科学专家，他们凭借着丰富的临床诊治经验、教学经验和渊博的学识，将自己对临床诊疗思维的认识及形成心得通过深入浅出的叙述，使之付诸于笔墨，力求提高本书的科学性和实用性。

衷心希望本书能够成为广大眼科医务人员的良师益友，同时更希望广大医学生及年轻医生通过阅读本书，能够进一步形成科学合理的临床诊疗思维模式。

本书在编写过程中，得到人民卫生出版社及全体编委的大力支持和通力协作；另外，首都医科大学附属北京同仁医院眼科研究生李静医师在稿件收集、整理和校对过程中也付出了辛勤劳动。在书稿完成之际，向所有关心和支持本书编写和出版的人们表示诚挚的谢意。

由于水平和时间所限，本书在编写内容上难免有不足和不妥之处，恳请读者批评指正，以便今后再版时修改完善。

王宁利 谢立信 崔浩

2011年5月

目 录

病例 1	患儿生后双眼睁不大且一大一小4年	1
病例 2	右眼反复红、痛、视力下降20余年,加重5天	8
病例 3	左眼红、视力下降伴眼胀1周	14
病例 4	左眼胀、渐进性视力下降40年	18
病例 5	左眼LASIK术后反复视力下降4个月	21
病例 6	双眼渐进性视力下降10年伴右眼明显加重4年	28
病例 7	双眼羞明、流泪伴视力渐进性下降9年	36
病例 8	右眼准分子激光原位角膜磨镶术后4年,视力进行性下降半年,突然加重19天	44
病例 9	右眼视力进行性下降,伴眼痛、畏光流泪1个月	50
病例 10	右眼发作性眼痛、眼红2年,视力下降1年	55
病例 11	右眼红肿、疼痛、视力下降1月余	59
病例 12	双眼视物模糊9年,加重4年,伴视物成多个影1年	63
病例 13	右眼视物模糊6年	71
病例 14	右眼白内障手术后第1天,伴右眼红痛不适	79
病例 15	双眼渐进性视物不清2年,加重1个月	85
病例 16	双眼渐进性视物不清3年,右眼胀痛视物不见2天	94
病例 17	左眼视力急剧下降伴剧烈眼痛、头痛3小时	103
病例 18	右眼青光眼术后视力下降伴胀痛1周	112
病例 19	右眼抗青光眼术后6天,视物不见	117
病例 20	双眼视物模糊1周	124
病例 21	右眼红、眼痛、视力下降,反复发作3年	134
病例 22	双眼视物模糊3天,伴头痛半月	140
病例 23	右眼视力下降1个月	147
病例 24	左眼视物模糊、伴有重影半年	153
病例 25	右眼视力逐渐下降2月余	160
病例 26	左眼看不见2小时	165
病例 27	双眼夜间视物不清10余年	171
病例 28	右眼红痛、视物不清1个月,加重3天	177
病例 29	自幼斜视,体检发现右眼视力不好1个月	185

病例30	双眼视力下降5年，加重2个月·····	191
病例31	右眼前暗影飘动5个月，加重伴视力模糊2个月·····	197
病例32	太阳光下闭右眼2年，不伴流泪、分泌物等，加重1年·····	205
病例33	自幼视物歪头12年·····	209
病例34	对眼2年半·····	215
病例35	患儿生后1个月双眼球晃动，左眼内斜，伴脸向左转·····	222
病例36	生后发现左眼睑裂较右眼小3年·····	228
病例37	右眼眶内肿物3年，明显增大并眼球突出视力丧失3个月·····	235
病例38	左眼红肿，眼部肿物4个月·····	239
病例39	右眼被铁丝扎伤手术治疗后5天，眼红、眼疼伴视力进一步下降·····	245
病例40	双眼视物不见1个月·····	253
病例41	右眼铁屑崩伤3天·····	258
病例42	左眼渐进性视力下降2年余·····	264
病例43	右眼葡萄膜炎反复发作5年·····	269
病例44	左眼外伤3周，伴双眼视物重影及左眼球内陷·····	276
病例45	右眼被手拳击伤后视物模糊10天·····	283
病例46	双眼被石灰水烧伤后疼痛、畏光、视力下降3天·····	288
病例47	双眼渐进性视力下降3年，伴头痛不适1年·····	292
病例48	双眼视物模糊2月余·····	299
病例49	双眼视力进行性下降1周·····	305
病例50	右眼视物不清3个月，加重伴眼痛、头痛2月余·····	310
病例51	右眼进行性红痛、视力下降伴眼睑肿胀5个月·····	323
病例52	左眼红、眼突、视力下降2个月·····	330
病例53	左眼慢性、逐渐加重的红眼3个月·····	340
病例54	右眼外突1年半，伴头痛、呕吐半月·····	346
病例55	左眼球突出5年，加重1年·····	352
病例56	下眼睑红肿3个月伴流脓半月·····	356
中医诊疗思路1	·····	362
中医诊疗思路2	·····	373
附：病例诊断结果	·····	377

病例1 患儿出生后双眼睁不大且一大一小4年

患儿，男性，4岁，眼科门诊就诊。

一、主诉

患儿母述患儿出生后即被发现双眼睁不大且一大一小4年。

二、病史询问

(一) 初步诊断思路及问诊目的

本例特点：①患儿自幼发病；②主要症状为双眼上睑上抬无力，伴双侧不对称，睑裂高度一大一小4年（图1-1）。根据本例特点，问诊主要围绕婴幼儿眼睑睁不大的常见病因展开，并参照常发病、多发病优先考虑的原则，故将造成婴幼儿眼睑睁不大最常见的疾病——先天性上睑下垂放在首要地位考虑，并与其他可能导致上睑下垂症状的疾病相鉴别。通过问诊可以采集有助于诊断和鉴别诊断的主要依据。



图1-1 双眼先天性上睑下垂术前外观像

(二) 问诊主要内容

问诊主要包括现病史、既往史、个人史、手术史、外伤史、家族史等。

1. 现病史 主要包括发病史、分娩方式、眼别、发病过程及其伴随症状、治疗情况及其效果等。

(1) 发病史：患者出生后双眼睑是否能自如睁开？还是出生后几天才开始睁眼？睁开的程度有无异常？分娩过程是否顺利？是否有引起产伤的诱因，如先露异常、臀位产、器械助娩、头盆不称、早产、巨大儿（ $>4000\text{g}$ ）、肩位难产和剖宫产等？这些对判断是否先天性上睑下垂或是外伤性上睑下垂很有帮助。如果是后天性上睑下垂，则何时出现睁眼困难、发病前有无外伤史或发热史对判断病因有价值。

(2) 眼别：单眼或双眼发病？双眼同时发病或是先后发病？这些对鉴别诊断有帮助，如先天性上睑下垂多为单眼或双眼同时发病，而双眼先后发病往往见于神经源性上睑下垂。

(3) 发病过程及其伴随症状：是否出生后即表现为睁眼困难，或出生时睁眼时正常，以后逐渐发生上睑下垂？是否有其他伴发症状？上睑下垂是眼科常见的疾病，同时又是其他疾病的伴随症状之一。有些疾病如动眼神经麻痹、进行性眼外肌营养不良症、Horner综合征、睑裂狭小综合征、重症肌无力、眼眶巨大肿瘤（如血管瘤）等都可以表现为上睑下垂，但同时又表现一些特殊的体征。例如，动眼神经麻痹可以表现为单眼上睑下垂，且下垂显著，常伴有瞳孔扩大、固定和其他眼外肌麻痹现象，使眼球向内、向上、向下运动受限等。重症肌无力可为单侧性或双侧性，伴有或不伴眼外肌运动障碍，上睑下垂程度多不稳定，具有典型的“晨轻暮重”和“疲劳”现象，即早晨起床或休息后上睑下垂减轻，午后或疲劳后上睑下垂加重，持续向上注视后上睑抽搐或慢慢下落。睑裂狭小综合征有典型的四联症：睑裂狭小（睑裂横径及高度均狭小）、上睑下垂、内眦间距增宽及倒向型内眦赘皮。

(4) 治疗情况及其效果：患者发病后的就诊情况、诊断、治疗经过及其疗效，对进一步的诊断和治疗具有重要参考价值。对于上睑下垂患者，需要排除重症肌无力，而既往是否做过新斯的明试验及其结果有重要参考意义，胸片检查有无胸腺肥大也是参考指标之一。有些患者曾接受中医针灸或中药治疗，疗效如何也应纳入考虑范围；是否施行过手术、何种手术方式、效果如何对于上睑下垂的诊断和今后的治疗方式选择和疗效判断具有参考意义。

2. 既往史 包括过去是否有类似的上睑下垂病史，有无其他眼部疾病或全身病史，有无外伤、手术、药物过敏史。对于疑难眼病，要侧重询问相关症状，如Horner综合征，多见于颈部手术、外伤与甲状腺疾病患者；因上睑Müller肌麻痹而上睑轻度下垂，因下睑Müller肌同时受累，眼轮匝肌力量相对增强，结果下睑位置略高而形成小睑裂；因眶内平滑肌麻痹，眼球后陷；因瞳孔开大肌麻痹，故瞳孔缩小；同时还伴有患侧面部无汗、皮肤温度升高等症状，构成Horner综合征的眼部和眶部症状和体征。少数病例还可出现暂时性眼压降低，头面部和结膜、虹膜及眼底血管扩张等现象。

3. 个人史 了解患者的生活环境、工作性质、生活习惯有助于疾病的诊断。如青少年屈光不正，习惯性眯眼，造成假性上睑下垂。

4. 家族史 根据病情需要，了解有关情况，如家族成员中是否有类似病例、父母是否近亲结婚等。有些上睑下垂具有遗传易感性，如睑裂狭小综合征是常染色体显性遗传性疾病。为此，询问患者家属是否患有所怀疑疾病的相关症状，有助于疾病的初步诊断和鉴别诊断。

(三) 问诊结果及思维提示

本例患者为男性，4周岁，出生后第3天双眼才逐渐睁眼，但睁不大，无晨轻暮重史。出生时为顺产，未采用器械助娩。双眼睁开后不对称，左眼较右眼睁得大些。曾在当地医院就诊，考虑为上睑下垂，未行手术治疗。后采用中医针灸治疗，效果不明显。患者父母及家庭成员无类似疾病史。

思维提示：通过问诊，采集病史如下：①患者双眼自幼睁不大4年；②无晨轻暮重史；③双眼同时起病，右眼症状更严重；④保守治疗无效。主要就诊目的是改善双眼睁不大的外观。

➤ 根据病史采集资料，医生可以对主要症状产生的病因做出假设。导致患者双眼睁不大的常见病因有：①单纯性先天性上睑下垂；②睑裂狭小综合征；③重症肌无力；④慢性进行性眼外肌麻痹症；⑤进行性肌营养不良症等。

➤ 按照常见病、多发病优先考虑原则，应将上睑下垂最常见的疾病——单纯性先天性上睑下垂放在首要考虑地位。

三、体格检查

(一) 重点检查内容和目的

按常规，对患者进行系统、全面的眼部检查。患者的主要症状是睁眼困难，应根据眼脸上提的生理机制进行重点检查，并密切关注视功能发育情况。

由于婴幼儿无法正确识别视力表或表达不清，可以通过观察在日常生活中双眼对外界光刺激的反应、玩耍时对两侧物体抓持的准确度，以及电脑验光或检影验光了解患者屈光状态等进行间接判断。

(二) 体格检查结果及思维提示

视力：双眼裸眼视力OD 0.6，OS 0.3。双上睑睑缘遮盖角膜，左眼4mm，右眼7mm，睑裂垂直径OS 5mm，OD 2mm；上睑缘距瞳孔中心距离OS 1mm，OD-2mm；提上睑肌肌力左眼8mm，右眼4mm，额肌肌力双侧均为10mm，bell氏征阳性，无眼睑迟滞。平视时双侧抬眉。双眼睑裂横径22mm，瞳距45mm。双眼球各方向运动到位，无受限。角膜光点映照法：光点位于双眼瞳孔中心，交替遮盖试验阴性。双眼眼睑无红肿，无双重睑皱襞，无倒睫。双眼结膜无充血，角膜清亮，KP阴性，前房深度正常，Tyn氏现象阴性，虹膜纹理清晰，瞳孔等大、等圆，对光反射存在，RAPD阴性，晶状体透明，玻璃体清，视盘边界清晰，C/D=0.4，A/V=2:3，黄斑中心凹反光存在。

思维提示：①患者双眼上睑遮盖角膜左眼4mm，右眼7mm，正常值为在自然睁眼原位注视时，上睑缘位于瞳孔上缘与角膜上缘之间中点水平，即上睑缘覆盖上方角膜1.5~2.0mm左右。提示左眼上睑下垂量4mm，右眼下垂量7mm。②患者提上睑肌肌力左眼8mm，右眼4mm。测量方法如下：用拇指向后压住患侧眶上缘眉弓处，注意压住整个眉部，而不是压住一点，这样才能较完全地阻断额肌对上睑的牵引作用。嘱患者尽量向下注视，用直尺“0”刻度对准上睑缘，然后嘱患者尽量向上看，再读出上睑缘在尺上的刻度，上睑缘从下向上提高的幅度（以毫米表示）即为提上睑肌肌力。在压迫眉部时，必须注意是向后压，向上压可使上睑向下运动受到限制，向下压则使上睑向上运动受阻，都会影响检查的正确性。我国正常人的提上睑肌活动幅度平均为 (13.37 ± 2.55) mm。③双眼提上睑肌肌力不一致，右眼提上睑肌肌力只有4mm。临床上为了手术式选择的需要，将提上睑肌肌力分为三级：良好（ ≥ 8 mm）、中等（4~7mm）、弱（ < 4 mm），分别对应轻度、中度、重度上睑下垂。一般来说，肌力越差，上睑下垂越明显。④双侧额肌发育正常，额肌肌力为10mm，平视时双侧抬眉。⑤左眼视功能发育未受影响，裸眼视力0.6，右眼视力差，裸眼视力0.3。⑥患者屈光间质（角膜、房水、晶状体、玻璃体）透明，眼球发育正常，眼球各方向运动正常。根据体格检查结果，提示患者双眼睁眼困难主要原因是提上睑肌肌力异常，不能完全排除重症肌无力。胸片检查有无胸腺肥大、新斯的明试验有助于进一步明确病因及诊断。

四、辅助检查

(一) 辅助检查内容及目的

问诊和体格检查结果表明，患者双眼睁不大的主要原因考虑先天性单纯性上睑下垂，但上睑下垂是否对视力发育造成影响，以及重症肌无力不能排除。据此我们有针对性地选择以下辅助检查项目，以期为病情的诊断提供支持依据：

1. 散瞳电脑验光检查 是了解患者屈光状态最便捷、可靠的方法，可以确定有无弱视以及屈光状态。

2. 新斯的明试验 是诊断重症肌无力的重要手段之一。在测试前先测量提上睑肌肌力，以便试验对照。按医嘱在肌肉或皮下注射甲基硫酸新斯的明0.5mg，并记录注射时间及嘱患者不要远离以便观察。注射后15分钟观察一次，若上睑下垂症状无改善，可把余下的0.5mg再注完，并继续观察，并记录提上睑肌肌力变化情况。注射后一般在半小时左右，患者上

睑下垂症状改善、肌力显著好转为阳性可诊断为重症肌无力，若观察一小时无改善为阴性。

3. 常规胸部平片检查 是目前比较简单的检查方法，可明确有无胸腺瘤存在，有助于重症肌无力的诊断。

(二) 辅助检查结果及思维提示

1. 散瞳验光检查结果 左眼 +1.50DS → 0.8；右眼 → +4.50DS → 0.3。

2. 新斯的明试验 注射药物1小时后，观察上睑下垂症状无改善，提上睑肌肌力无提高，提示新斯的明试验阴性。

3. 胸片检查 未见胸腺肥大及钙化灶。

思维提示：患者系幼儿，根据患者所处年龄阶段，以及上睑下垂可能对视功能发育造成的影响，我们首先为患者做了散瞳验光检查，结果显示为左眼远视为+1.50DS，符合生理性屈光状态。右眼远视视力为+4.50DS，矫正视力仍为0.3，提示右眼弱视。而新斯的明试验和胸片检查都不支持重症肌无力的诊断。因此，初步明确了患者的上睑下垂的病因是先天性单纯性上睑下垂。

五、初步诊断

1. 双眼先天性上睑下垂
2. 右眼弱视

六、治疗方案

先天性上睑下垂的治疗主要是手术治疗。根据诊断、患者的视力、症状的严重程度以及对视力的影响程度，及是否伴有其他异常等情况，上睑下垂的手术时机也不尽相同。

对于先天性上睑下垂，一般情况下，由于患者向下注视时（如视近物）视轴不会受下垂的上睑干扰，对于不伴有斜视、屈光不正或屈光参差的患儿，发生弱视的比例不高。所以，对轻、中度单侧上睑下垂或双眼上睑下垂患儿，以3~5岁手术为宜。严重的双侧上睑下垂或单侧上睑下垂，在麻醉安全的情况下，可提早在2岁左右手术，预防发生形觉剥夺性弱视，避免头向后仰伸、脊柱后弯等畸形。

对伴有眼外肌麻痹的患者，应考虑术后是否会发生复视，应先矫正斜视后再矫正上睑下垂。对于睑裂狭小综合征，最好分期手术，先做内外眦成形术，半年后再行上睑下垂矫正术。因前者属水平向的睑裂开大，而后者属垂直向矫正，两个互相垂直方向的手术一次完成，势必影响手术效果。

由于上睑下垂的发生原因及具体情况各异，没有任何一种矫正上睑下垂的手术方式适合于所有上睑下垂病例。因此，在认真做好术前检查、掌握好手术时机的基础上，更重要的是选择一种最适合于患者的手术方式。通常，缩短或增强提上睑肌力量的手术是较理想的手术方法。因为提上睑肌起自眶尖，沿眶下壁之下前行而达眼睑睑板前面，止于眼睑的肌肉层与皮肤层。该肌收缩时，上睑向上后方做弧形上举。用增强提上睑肌的力量来矫正上睑下垂，合乎生理和美容的要求。因此，提上睑肌肌力良好者，均应选择缩短或增强提上睑肌力量的手术。

手术方式的选择主要根据患者的提上睑肌肌力，参考下垂量来决定。

1. 提上睑肌肌力 < 4 mm 时, 应选择利用额肌力量的手术。此类手术方法繁多, 悬吊的材料也多种多样, 如硅胶带悬吊术、额肌瓣悬吊术和阔筋膜悬吊术。

2. 提上睑肌肌力 4~9 mm 时, 应选择做提上睑肌缩短术。

3. 提上睑肌肌力 ≥ 10 mm 时, 既可选择做提上睑肌缩短术也可选择做提上睑肌折叠术; 如下垂量 ≤ 2 mm 者, 还可选择做睑板-结膜-Müller 肌切除术。

本例患者考虑全麻下行双眼提上睑肌缩短术, 术后密切观察眼睑闭合情况, 应用人工泪液及凝胶预防暴露性角膜病变的发生。右眼远视性弱视, 建议患儿家长在上睑下垂术后马上进行弱视治疗。

七、治疗效果及思维提示

患者术后第一天眼睑轻度肿胀, 左上睑遮盖角膜 1.0mm, 右上睑遮盖角膜 0mm, 双眼重睑皱襞对称, 上睑缘弧度自然, 无内外翻及成角畸形、无倒睫、无球结膜水肿脱垂, 角膜清亮, 眼睑闭合不全: 左眼 2mm, 右眼 4mm。给予人工泪液每天 3~4 次, 睡觉时涂满红霉素眼膏, 保护暴露的角膜。

术后 1 周眼睑皮肤缝线拆除, 眼睑轻度肿胀, 上睑缘遮盖角膜 1.5mm, 睑缘弧度自然, 重睑美观, 无倒睫。双眼球结膜无充血, 角膜清亮。患者未述畏光、流泪等不适。检查视力, 裸眼视力左眼 0.6, 右眼 0.3 (图 1-2)。



图 1-2 双眼上睑下垂术后 1 周外观像

思维提示: 由于患者双眼提上睑肌肌力分别是 8mm 和 4mm, 属于中度上睑下垂, 故采用提上睑肌缩短术。该术式手术创伤小, 符合生理, 术后眼睑保留一定的启闭功能, 不易出现暴露性角膜病变。术后常规应用人工泪液及凝胶, 可以减少眼睑闭合不全造成的不适及预防暴露性角膜病变的发生。

► 依据儿童的视力发育规律, 一般 1~3 岁孩子的视力发育标准约能达到 0.1~0.6 之间。2 岁时为 0.4, 已经可以判别事物的远近, 且视线跟得上快速移动的东西, 并看得清楚。3 岁时为 0.6, 视觉较为敏锐, 喜欢观察, 眼手协调更灵活, 立体视觉的建立已接近完成。4~6 岁的孩子视力已逐渐成熟, 视力的清晰度增加, 6 岁时能达到 1.0, 基本达到成人的水准。正常情况下, 婴幼儿出生不久都处于远视状态。这是由于出生后眼球前后径短, 只有 15mm。随着生长发育, 3 岁时眼球前后径平均为 21mm。一般将儿童期 2.00D 远视称为生理远视, 可以随访观察, 不需要配镜治疗。

► 对于儿童弱视, 首先应散瞳验光, 了解屈光状态, 佩戴合适的眼镜, 先矫正其远视、近视或散光。儿童弱视的常见治疗方法包括以下几种: 精细目力训练、遮盖疗法、弱视治疗仪以及综合治疗。由于各种治疗方法机制不尽相同, 所以综合疗法比单一疗法优越。一眼弱视患儿, 首先常规遮盖健眼, 给弱视眼更多的注视锻炼, 配合精细目力训练、脉冲红光刺激等。有偏心注视的弱视可选择后像法等, 经数月治疗后如果弱视眼视力提高, 可去医院作进一步治疗 (如视力上升至 0.6 时可用固视机进行融合训练)。

八、最终诊断

1. 双眼先天性上睑下垂
2. 右眼弱视

九、随访情况

患者术后第1、3、6个月门诊随访，观察视力发育及眼睑情况。术后半年，左眼裸眼视力提高至0.7，矫正视力0.9。右眼一直进行弱视治疗，裸眼视力提高至0.5，矫正视力0.6。上眼睑遮盖角膜2mm，睑缘弧度自然，重建外形美观，眼睑闭合时分离2mm，角膜清亮（图1-3）。



图1-3 双眼上睑下垂术后1个月随访外观像

十、本病例的思考

1. 上睑下垂的检查和诊断 上睑下垂是眼科常见疾病之一，重点关注上睑下垂的分类、不同类型上睑下垂的鉴别诊断、各种类型上睑下垂的治疗措施。

上睑下垂有不同的分类方法。一般按发病的年龄分为先天性和后天性上睑下垂；按上睑下垂的严重程度分为轻度、中度或重度上睑下垂；按发病原因分为肌源性、神经源性或机械性上睑下垂。其中病因分类可以系统了解上睑下垂的特征、发病机制，有助于对此病的全面认识、诊断和治疗。

先天性上睑下垂是上睑下垂病例中最常见的一种，与遗传有关，为常染色体显性或隐性遗传疾病，单侧约为75%，双侧约为25%。其原因绝大多数是提上睑肌发育不良或支配它的中枢性和周围性神经发育障碍。从组织病理可以看出，下垂程度越轻，提上睑肌所含的横纹肌纤维数量越接近正常，下垂越重，所含的肌纤维就越少。少数病例是由于提上睑肌的外角和内角以及上横韧带太紧，限制了提上睑肌的运动。

除上睑下垂外，根据患者是否同时存在眼部及其他部位的先天异常，又将先天性上睑下垂分为以下四种类型：单纯性上睑下垂、上睑下垂伴眼外肌麻痹、睑裂狭小综合征和下颌瞬目综合征。

后天性上睑下垂约占所有上睑下垂的40%，按病因学分为腱膜性、神经源性、肌源性、机械性及外伤性上睑下垂。

上睑下垂的鉴别诊断要点：①病史：上睑下垂的发病时间和发病过程，有无晨轻暮重；有无外伤、手术史。②体征：上睑下垂的程度、形态、眼睑的形态和长度，以及有无眼外肌运动障碍、睑裂横径是否缩短、瞳孔是否异常、有无眼睑肿瘤等，以及眼睑皮肤松弛造成假性上睑下垂。③辅助检查：屈光检查了解有无弱视，对于手术时机的选择有决定性意义，新斯的明试验是否阳性可以排除重症肌无力。

2. 上睑下垂的治疗 目前的治疗主要还是通过加强提上睑的肌肉，如提上睑肌和Müller肌，术式包括提上睑肌缩短术、提上睑肌腱膜修复术和Müller肌部分切除术等，或者利用提上睑的协同肌，如额肌，术式包括同种异体阔筋膜悬吊术、额肌筋膜瓣悬吊术等。

不同类型的上睑下垂其治疗方法也不尽相同。先天性上睑下垂主要是手术治疗，但手术不是治疗的全部，术后护理和随访同样重要。术后需要密切观察眼睑的形态，有无内翻

倒睫，眼睑闭合不全的程度、球结膜充血情况、角膜情况，采取必要的措施，如人工泪液、下睑 Frost 牵引缝线等预防暴露性角膜病变。术后定期随访视力，屈光检查，及时验配眼镜，对于弱视患儿加强弱视训练。上睑下垂治疗的目的，主要是使双眼平视前方时，双眼垂直睑裂高度正常，双上睑高度和弧度对称，暴露瞳孔和眼轴，促进患儿的视功能发育。

(范先群)

参考文献

1. 范先群. 眼整形外科. 北京: 北京科技出版社, 2009. 110-133.
2. 林明, 李瑾, 朱惠敏, 等. 改良额肌筋膜瓣悬吊术矫治重度上睑下垂的临床疗效观察. 眼科, 2008, 17 (6) : 382-386.
3. 林明, 李瑾, 范先群. 上睑下垂术后发生暴露性角膜炎的相关因素研究. 中国实用眼科杂志, 2007, 25 (11) : 1202-1204.
4. 林明, 范先群. 青年人的上睑下垂. 中国实用眼科杂志, 2005, 23 (1) : 4-7.
5. 陈樱, 唐新, 喻长泰, 等. 改良提上睑肌缩短前徙术. 中华眼科杂志, 2001, 37 (4) : 305-306.
6. 陈力, 陈秀云. 先天性上睑下垂的弱视调查及治疗商榷. 眼科新进展, 1989, 9 (3) : 37-39.
7. Leibovitch I, Leibovitch L, Dray JP. Long-term results of frontalis suspension using autogenous fascia lata for congenital ptosis in children under 3 years of age. Am J Ophthalmol, 2003, 136 (5) : 866-871.

病例2 右眼反复红、痛、视力下降20余年，加重5天

患者，男性，54岁，农民，眼科门诊就诊。

一、主诉

右眼反复红、磨痛、视力下降20余年，加重5天。

二、病史询问

(一) 初步诊断思路和问诊目的

本例病例特点：①患者为54岁男性，壮年，职业为农民；②主要症状为右眼反复发作的眼部红、磨痛，从患者的症状首先考虑可能为角膜炎，因为只有角膜炎才能出现眼部充血同时伴有磨痛的症状；③从长达20年的反复发作的病史，考虑可能为病毒性角膜炎，但患者又有症状加重5天的病史，一定是又出现了其他原因，在没有外伤的情况下，我们首先应该考虑合并感染。通过进一步问诊可以采集到有助于诊断的依据。

(二) 问诊的主要内容

问诊主要包括现病史、既往史、个人史、家族史等。

1. 现病史 主要包括眼睛红、痛、视力下降的诱因、眼别、发病过程及特点、伴随症状、治疗情况及治疗效果等。

(1) 病因：应询问患者出现眼部红、痛、视力下降等眼部症状与感冒、季节的关系，有无明显的诱因。

(2) 眼别：应询问是单眼还是双眼发病。

(3) 发病过程及特点：反映眼部症状的性质和变化。视力下降的变化过程在眼科诊断中具有重要意义，应询问患者视力是缓慢下降还是突然急剧下降，以及眼部症状变化特点。

(4) 伴随症状：视力下降是眼科疾病最常见的症状之一，有些眼病视力下降无明显的伴随症状，如屈光不正，而有些眼病的视力下降伴随明显的眼红、眼痛等症状，如角膜和结膜的炎症等。角膜的炎症又分为感染性角膜炎和免疫性角膜炎，都具有视力下降和眼睛红、痛的症状，需要进一步检查明确诊断和病因。

(5) 治疗情况及治疗效果：患者发病后的就诊、诊断、治疗经过及其疗效，对其进一步的诊断与治疗具有重要参考价值。

2. 既往史 患者既往身体健康，否认高血压、糖尿病病史。

3. 个人史 患者职业为农民，久居地为出生地，否认吸烟、饮酒史。

4. 家族史 患者否认家族遗传病史。

(三) 问诊结果及思维提示

本例患者为中年男性，农民，初次发病在20年前，有感冒的病史，轻度发热和头痛，数天后出现右眼发红、轻度磨痛、视物轻度模糊不清，但无脓性分泌物，在当地医院诊断为“病毒性角膜炎”，给予治疗感冒的中药冲剂口服，并给予局部滴眼液滴眼治疗（药物治疗不详），治疗1周后逐渐好转，半月后恢复正常。以后每年感冒后发作，与季节无关，反复发作5~6次，每次经药物治疗后均能好转。此次发病，亦是与感冒有关，药物治疗不能缓解，病情急剧加重，眼部红、痛加剧，视力明显下降。

思维提示: ①从本病的症状看应该是角膜的炎症,而非是结膜的炎症,因为该患者有眼睛磨痛和视物模糊的症状,而结膜的炎症主要是结膜充血及分泌物增多;②本病的发作与感冒密切相关,无外伤史,病程较短有自愈的倾向,考虑为病毒性角膜炎;③医师需要进一步了解病史和治疗的过程,是否抗病毒药物治疗有效?每次发病视力变化情况?④患者此次发病,药物治疗不能缓解,逐渐加重5天,是来我院就诊的目的。

► 根据病史采集资料,可以考虑此患者为单纯疱疹病毒性角膜炎,此次发作病情加重,药物治疗不能缓解,患者否认外伤史,应考虑是否合并有细菌、真菌或棘阿米巴等病原感染。

三、体格检查

(一) 重点检查内容和目的

按常规,对患者进行系统、全面的眼部检查。患者的主要症状是眼睛红、痛、视力下降,应重点检查角膜、结膜以及患者的视力情况。目的是观察角膜病变的形态、角膜是否有溃疡以及是否有新生血管、是否有前房积脓等眼前节病变。

(二) 体格检查结果及思维提示

视力:右眼手动/30cm,矫正无助,右眼眼压13mmHg,光定位、红绿色觉正常。裂隙灯显微镜检查发现,结膜充血,全角膜浸润水肿,角膜中央及颞侧基质混浊,角膜颞侧溃疡约3mm×3mm,后弹力层皱褶,KP(+),前房深度可,房闪(+),瞳孔圆,晶状体及眼底视不清。眼球无突出,运动自如。左眼视力1.0,裂隙灯检查未见明显异常。

思维提示: 患者经初步检查,感染性角膜炎的诊断基本可以确定,但需要进一步检查引起角膜感染的病原体。

四、辅助检查

(一) 辅助检查内容及目的

问诊和体格检查的结果表明,感染性角膜炎的诊断不能排除,据此我们有针对性地选择以下辅助检查项目,以其明确引起角膜感染的病原体,有针对性地进行治疗。

1. B超检查 明确眼内炎症范围、程度,炎症是否波及玻璃体,有无眼内炎症的风险等。

2. 角膜刮片显微镜检查并送病原微生物培养 以明确引起感染的病原体。10%氢氧化钾生理盐水湿片可用于显微镜下查找角膜刮片中的真菌菌丝,10%氢氧化钾生理盐水湿片用于镜下直接观察阿米巴包囊或滋养体。角膜病灶刮片镜检因操作简便、快捷、灵敏度和特异性高,被认为是真菌及棘阿米巴角膜炎诊断的理想方法。取材时应先擦去角膜溃疡表面的坏死组织,然后用刀片刮取溃疡基底和边缘组织可提高阳性率,对于真菌性角膜炎,通过角膜病灶刮片,真菌菌丝或孢子发现的阳性率在90%以上,已成为公认的理想诊断方法;细菌性角膜炎通过刮片,可以区分革兰阳性或阴性菌,在未得到细菌培养结果的前提下,可以作为临床用药的参考指标。病原微生物培养是一个非常好的诊断方法,而且通过培养可以进行菌种鉴定及药物敏感性试验,了解感染的菌种及病原菌对药物的敏感性,从而缩

短疗程，提高疾病的治愈率，对治疗特别是手术后调整用药有指导意义。因此，临床上应常规进行细菌和真菌培养及药物敏感性试验。

3. 共焦显微镜检查 在有条件的医院，进行共焦显微镜检查，能动态观察不同感染时相下角膜组织中菌丝及孢子的情况，可以早期诊断真菌性角膜炎和棘阿米巴角膜炎。共焦显微镜检查是一种快速、非侵入性操作，镜下可见真菌菌丝、孢子及棘阿米巴包囊，灵敏度及特异性较刮片镜检和培养更高。特别是对于感染部位较深的病变如深基质浸润的真菌性角膜炎，刮片难以到达病变部位，镜检及培养易得到假阴性结果，利用共焦显微镜则更容易作出正确的诊断。

4. 印迹细胞学检查 作为一种快速、灵敏度高、简单且廉价的诊断方法，虽然其假阳性率较高，但目前仍然是病毒性角膜炎诊断的重要参考依据。

5. 角膜OCT 可以准确发现角膜内病灶的范围及波及深度，对临床决定是板层角膜移植还是穿透角膜移植是关键性的检查手段。

(二) 辅助检查结果及思维提示

1. B超检查 右眼玻璃体无混浊，排除化脓性眼内炎。

2. 共焦显微镜检查 未查见真菌菌丝和棘阿米巴包囊。

3. 角膜病灶刮片显微镜检查 KOH湿片法未查见菌丝；Gram染色见较多革兰阳性球菌，病原微生物培养结果为金黄色葡萄球菌，对加替沙星敏感。

4. 印迹细胞学检查 HSV-1 (+)。

思维提示：患者为壮年男性，根据患者所处的年龄阶段以及按照常见病、多发病优先考虑的原则，我们首先为患者做了裂隙灯检查，根据角膜内有溃疡发生，感染性角膜炎诊断成立；根据患者反复发作的病史，颜面部又无带状疱疹史，可以排除带状疱疹病毒性角膜炎的诊断，首先考虑单纯疱疹病毒性角膜炎 (herpes simplex keratitis, HSK)。HSK的临床刺激症状较细菌或真菌性角膜炎轻，根据单纯疱疹病毒病变累及角膜的深度，将其分为三种临床类型：上皮型（点状、树枝状、地图状）、基质型（浅中基质型、深基质型）、内皮型。根据病程变化可分为活动期、稳定期、晚变期。我们总结多年的临床工作经验，认为此种分型和分期更便于HSK临床诊断和治疗。虽然也有文献提到基质坏死型HSK的分类，但对于临床医师来讲，通常很难对基质坏死型与深基质型HSK作出鉴别，治疗上也无原则区别，因此建议统称基质型HSK，从而达到对HSK分类的标准化和治疗的规范化；为了明确引起合并感染的病原体，我们又分别做了共焦显微镜检查、角膜病灶刮片显微镜检查并送病原微生物培养以及印迹细胞学检查。根据检查结果综合分析，明确感染的病原体，为下一步的治疗提供可靠依据。

五、初步诊断

1. 右眼单纯疱疹病毒性角膜炎（基质型，活动期）
2. 右眼合并细菌性角膜炎