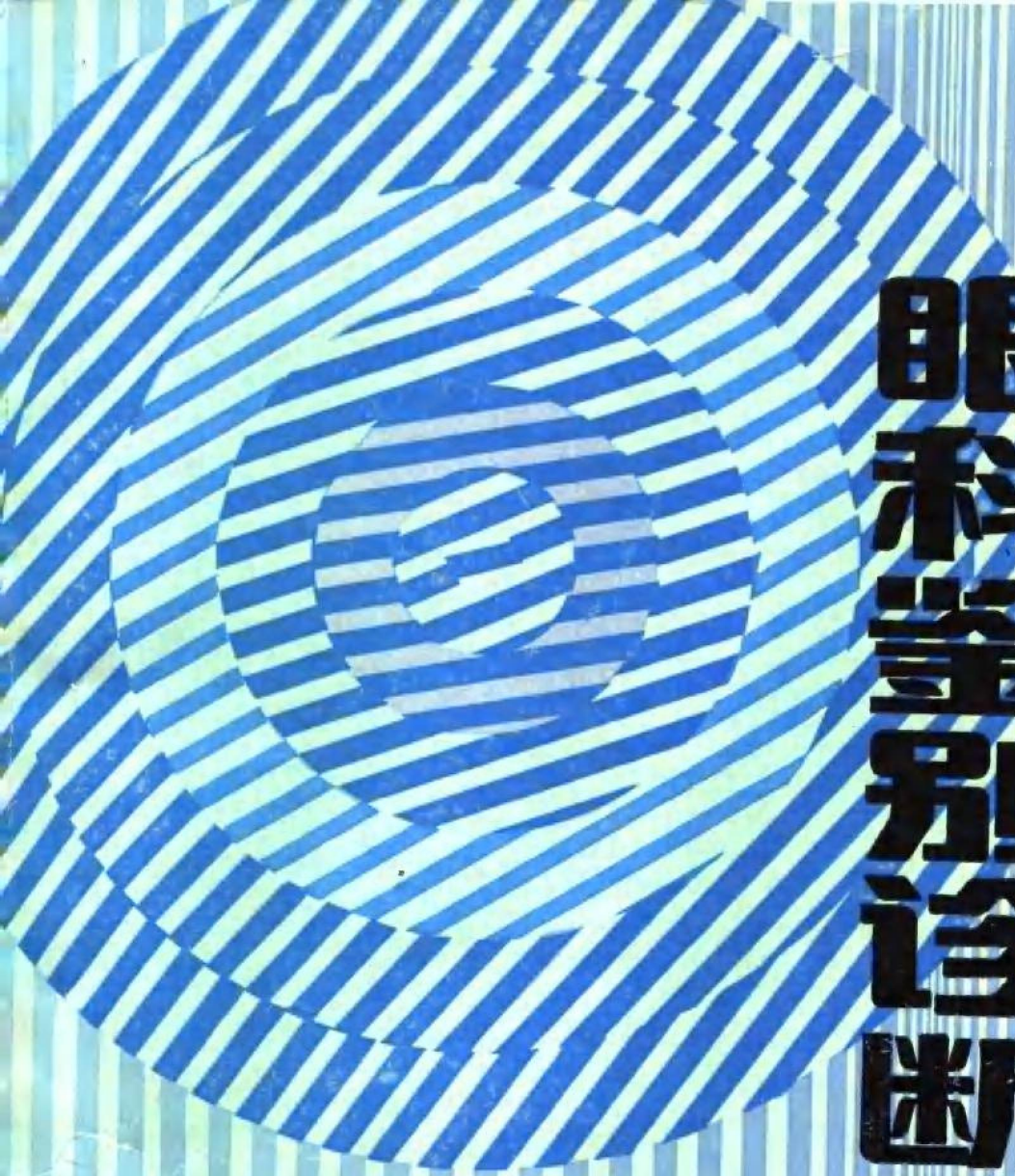




眼科鉴别诊断学

浙江科学技术出版社

责任编辑: 励慧珍
封面设计: 詹良善

眼科鉴别诊断学

俞德葆 编著
郭秉宽 审阅

·*

浙江科学技术出版社出版
浙江新华印刷二厂印刷
浙江省新华书店发行

开本787×1092 1/16 印张: 21.25 字数: 526,000

1987年6月第一版

1987年6月第一次印刷

印数: 1-5,420

统一书号: 14221·118

定 价: 3.90 元

代 序

俞德葆医师浙江省新昌县人，生于1909年。1937年毕业于同济大学医学院，1947年起在瑞士伯尼尔大学眼科、巴塞尔大学眼科、美国哥伦比亚大学眼科研究所进修深造。他谢绝了国外一些研究单位的聘请和挽留，抱着报国心切之情，在中华人民共和国建国前夕毅然回到祖国。建国后任杭州市第一医院眼科主任医师，直至1975年退休。

德葆同志从事眼科临床科研四十年来，积累了丰富的经验，尤潜心于青光眼研究，在小梁网构造、房水静脉形态、前房角镜检查、抗青光眼手术等方面卓有建树。受一代眼科宗师瑞士Hans Goldmann教授的影响，他对眼科仪器器械的研制别具匠心，在简陋的条件下，自行设计制作了前房角镜、视网膜电流图机、电子眼压机、闪烁频率视野机、裂隙灯等设备，在国内率先开展了相应的新业务。就在他退休之后，还对玻璃体注吸切割器提出了研究方案。多年来，他不但用精湛的技术为许多重症眼病患者解除了痛苦，使他们重见光明，还积极总结经验，撰写了《眼科医疗护理手册》专著和多篇专题论著。就在他深受“四人帮”迫害，身心俱受摧残的恶劣环境下，他仍然考虑到多年临床工作中所遇到的一些诊断上有疑难的病人，决心将自己积累下来的经验系统地写下来，供大家参考。这时他身居斗室，卧床不起，然而他相信党，相信群众，乐观坚定，信心十足地拟出了《眼科鉴别诊断学》的写作提纲。“四人帮”被粉碎后，科学的春天又降临到神州大地。党的十一届三中全会后，组织上为他落实了政策，推翻了多年强加于他的诬陷不实之词，他精神更加振奋，来上海和我谈了他的写作计划，并央我作序和审阅全书，我高兴地答应下来。从此他忘却了有病之身，天天伏案不辍，其间有几次由于病情加重迫使他住院，但稍有好转，又笔耕不已。就在他最后一次住院前夕，仍工作到深夜，直到弥留之际还在计划着出院后如何加快进度。不幸的是他壮志未竟，在1981年2月5日离开了人世，终年七十二岁。

德葆同志幼年家境清寒，赖坚强毅力和不懈努力，靠助学金和奖学金读完大学，毕业时总成绩居该学院历届校友之前矛。他拥护中国共产党的领导，热爱祖国，热爱社会主义，积极参加政协等社会活动和学术活动。他治学严谨，注重实验，思想活跃，勇于创新，基础扎实，知识面宽；对病人热情负责，待人谦虚诚恳，乐于解人之危，成人之美；他生活俭朴，严于律己，购书是他唯一嗜好，动手革新制造眼科器械则是他最惬意的消遣，除此而外，别无奢求。我与德葆同志交友有年，鱼雁往来，促膝谈心，三十余载，从无间断，失此益友，怎不使我悲从中来，仰天长吁！令人欣慰的是道义贤契能克绍箕裘，继承父志，整理遗稿，在临床、科研繁忙的工作之余，在三年之间三易其稿，增加了一些篇幅，并配备插图。

在本书总论中，作者引述了信息论的概念，阐明诊断和鉴别诊断在眼科临床工作中的重要性，实施中的具体步骤。第一篇以眼部症状和体征为主线列为十七章，第二篇以病名为主线，按疾病的解剖部位分为十五章。本书内容比较丰富，素材充实，涉及的病症比较齐全，除了对眼科专业医师有参考价值外，对从事其他专业的临床医师也将有所裨益。由于着重从临床实用角度出发，以病史、症状、体征为主作为鉴别诊断依据，兼也涉及病因、病理等问

题，便于读者记忆和掌握，故既可作为系统性的参考书，又能作为查阅用的工具书。我相信本书能给初学的医师们提供眼科鉴别诊断的步骤和方法，也能帮助有一定经验的眼科医师开拓思路，起到举一反三的作用。

值这本凝结着两代人心血的专著问世之际，书此代序，缅怀老朋友，更寄无限希望于年轻一辈。

郭 秉 宽

1985年于上海第一医学院眼科研究所

整 理 者 的 话

经数载带病伏案笔耕，在本书的初稿基本完成之际，我父亲就病危入院了。整理和最后完成本书是我义不容辞的职责。在领导和同志们的关切和支持下，经三年多的努力，本书终于问世了。我非常感谢著名眼科专家郭秉宽教授亲自仔细审阅，并为本书作了代序；衷心感谢张久兴主任、李子良主任、申尊茂主任、嵇训传主任等为本书所付出的大量辛勤劳动，衷心感谢所有为本书的出版作出贡献的同志，应该说，这本书是大家共同努力的结晶。由于我才学疏浅，虽经三易其稿，反复推敲，还可能有许多不当之处，恳望批评，指正。

本书内容包括总论、眼症状体征鉴别诊断学、眼病鉴别诊断学三个部分。总论主要阐明诊断和鉴别诊断在眼科的重要性，实施中的具体步骤及注意点。眼症状体征鉴别诊断学以眼部症状及体征为主线，眼病鉴别诊断学以病名为主线，按解剖部位排列，根据鉴别诊断的需要，尽可能较全面地包括眼科有关的全身和局部的症状、体征以及涉及的病症，而将重点放在常见病、多发病，对视功能危害严重，易于误诊的疾病。本书着重从临床实用角度出发，以病史、症状、体征为主，作为鉴别诊断的依据，兼涉及病因、病理等。用简明扼要的文字对疾病诊断要点作条文性的概括性描写，并列该病容易发生误诊的疾病名称及鉴别诊断的重要依据。对一些正在逐步推广的新技术，如超声、眼底荧光血管造影、视觉电生理检查等，在本书中亦有述及。考虑读者的查阅方便和系统性，在眼症状体征鉴别诊断学及眼病鉴别诊断学两部分保留了一些重要的交叉与重复。

本书是一本眼科医师作鉴别诊断用的参考书，亦可供其他有关专业作查阅用。

俞 道 义

浙江省人民医院 1986年3月

目 录

总 论	(1)
第一篇 眼症状、体征鉴别诊断学	(4)
第一章 眼周围肿胀	(4)
第一节 眼周围炎性肿胀	(4)
第二节 眼周围非炎性肿胀	(6)
第二章 “红眼”	(8)
第一节 眼前部充血与淤血	(8)
第二节 结膜下出血	(8)
第三节 局限性结膜血管扩张	(10)
第四节 角膜血管翳	(11)
第三章 眼部异物感、分泌物增多、干涩、流泪	(12)
第一节 眼部异物感	(12)
第二节 眼分泌物增多	(12)
第三节 眼部干涩	(12)
第四节 流泪	(13)
第四章 角膜反光及透明度异常	(15)
第一节 角膜反光异常	(15)
第二节 角膜透明度异常	(15)
第五章 前房深度、前房角及透明度异常	(17)
第一节 前房深度变化	(17)
第二节 前房角变化	(18)
第三节 房水变化	(19)
第六章 眼睑跳动及位置异常	(21)
第一节 眼睑跳动	(21)
第二节 眼睑痉挛	(21)
第三节 眼睑下垂	(22)
第四节 眼睑闭合不全(兔眼)	(23)
第五节 睑裂过小症	(24)
第六节 睑裂过大(眼睑后退症)	(24)
第七节 眼睑内翻	(25)
第八节 眼睑外翻	(25)
第七章 眼球突出症	(27)
第一节 由眼球本身原因引起的眼球突出症	(27)
第二节 因眼眶病变而引起的眼球突出症	(27)
第三节 颅内病变引起的眼球突出症	(28)

第四节	全身原因引起的眼球突出症	(28)
第八章	眼球震颤	(30)
第一节	生理性眼球震颤	(30)
第二节	病理性眼球震颤	(30)
第三节	耳源性眼球震颤	(31)
第四节	中枢神经性眼球震颤	(31)
第五节	其他原因引起的眼球震颤	(33)
第九章	眼位不正	(34)
第一节	斜视	(34)
第二节	偏视	(42)
第十章	复视	(43)
第一节	生理性复视	(43)
第二节	病理性复视	(43)
第十一章	视力障碍	(45)
第一节	弱视	(45)
第二节	功能性视力障碍	(46)
第三节	伪盲	(46)
第四节	急剧进行的视力障碍	(47)
第五节	渐进性视力障碍	(48)
第十二章	光觉异常	(50)
第一节	夜盲	(50)
第二节	昼盲	(51)
第十三章	色觉异常	(52)
第一节	先天性色觉异常	(52)
第二节	后天性色觉异常	(52)
第十四章	形觉异常	(54)
第一节	小视症及大视症	(54)
第二节	视物变形	(54)
第三节	幻视症	(54)
第四节	闪辉暗点	(54)
第五节	视物不识症	(55)
第六节	飞蚊症	(55)
第七节	光视症	(55)
第十五章	视疲劳、眼痛、头痛	(56)
第一节	视疲劳	(56)
第二节	眼痛	(56)
第三节	头痛	(57)
第十六章	眼压异常	(59)
第一节	眼压增高	(59)
第二节	低眼压	(59)

第十七章 视野缺损	(61)
第一节 中心暗点	(61)
第二节 向心性视野缩小	(61)
第三节 环状暗点	(61)
第四节 偏中心视野缺损	(61)
第五节 生理盲点扩大	(66)
第六节 异名偏盲	(66)
第七节 同名偏盲	(67)
第八节 假性或功能性视野缺损	(69)
第二篇 眼病鉴别诊断学	(70)
第一章 眼睑疾病	(70)
第一节 眼睑外形与睑裂变化	(70)
第二节 眼睑位置变化	(72)
第三节 眼睑运动障碍	(73)
第四节 眼睑炎症及皮肤病	(75)
第五节 全身病合并眼睑病	(82)
第六节 眼睑萎缩、增殖以及色素改变	(87)
第七节 眉毛和睫毛病变	(88)
第八节 眼睑肿瘤和囊肿	(89)
第二章 结膜疾病	(96)
第一节 结膜先天性异常	(96)
第二节 结膜循环障碍	(96)
第三节 结膜炎	(97)
第四节 结膜角膜病合并皮肤粘膜病	(106)
第五节 结膜变性	(107)
第六节 结膜色素沉着	(109)
第七节 结膜囊内寄生虫	(109)
第八节 结膜囊肿	(110)
第九节 结膜肿瘤	(110)
第三章 角膜疾病	(114)
第一节 角膜先天性异常	(115)
第二节 角膜营养障碍	(118)
第三节 角膜炎症	(119)
第四节 角膜内色素和异物沉着	(128)
第五节 角膜变性病	(130)
第六节 角膜囊肿	(134)
第四章 巩膜疾病	(135)
第一节 巩膜先天性异常	(135)
第二节 巩膜扩张和葡萄肿	(136)
第三节 巩膜炎症	(136)

第四节	巩膜变性	(138)
第五节	巩膜囊肿和肿瘤	(139)
第五章	泪器疾病	(140)
第一节	泪腺疾病	(140)
第二节	泪道疾病	(144)
第六章	眼眶疾病	(151)
第一节	眼眶循环障碍	(152)
第二节	眼眶部炎症	(154)
第三节	全身病合并眼眶病变	(159)
第四节	眼眶变性与萎缩	(163)
第五节	眼眶肿瘤与囊肿	(164)
第七章	晶状体疾病	(170)
第一节	先天性晶状体异常	(170)
第二节	晶状体脱位	(170)
第三节	晶状体混浊	(172)
第八章	玻璃体疾病	(182)
第一节	先天性玻璃体疾病	(182)
第二节	玻璃体变性	(184)
第三节	玻璃体脱离和脱位	(187)
第九章	青光眼	(189)
第一节	有青光眼可疑症状及体征的眼病与青光眼的鉴别	(189)
第二节	青光眼的主要类型	(193)
第三节	特殊类型青光眼	(202)
第四节	混合型青光眼	(206)
第十章	葡萄膜疾病	(208)
第一节	葡萄膜先天性异常	(208)
第二节	葡萄膜血行障碍	(210)
第三节	葡萄膜炎	(212)
第四节	全身病性葡萄膜病变	(224)
第五节	葡萄膜变性和萎缩	(225)
第六节	葡萄膜肿瘤	(227)
第七节	葡萄膜移位和脱离	(229)
第十一章	眼底病	(230)
第一节	视神经乳头及视神经病变	(232)
第二节	视网膜血管性疾病	(239)
第三节	全身性疾病的眼底变化	(246)
第四节	黄斑部病变	(256)
第五节	眼底变性疾病	(265)
第六节	脉络膜脱离和视网膜脱离	(281)
第七节	常见眼底肿瘤	(285)

第八节 眼底周边部疾病	(291)
第十二章 屈光不正与调节障碍	(294)
第一节 屈光不正	(294)
第二节 调节障碍	(298)
第十三章 瞳孔及其反应障碍	(299)
第一节 瞳孔的形态变化	(300)
第二节 瞳孔反应异常	(303)
第十四章 视路病	(307)
第一节 视路病的一般诊断方法	(307)
第二节 视野变化对于视路疾病的定位意义	(308)
第十五章 眼外伤	(324)
第一节 非机械性眼外伤	(324)
第二节 机械性眼外伤	(325)
主要参考文献	(328)

总 论

根据现代信息论与控制论的观点,临床医学与理工学科相仿,其整个过程应该包括:(1)截取各种信息资料;(2)对所截取的信息资料进行处理;(3)对进行处理后的信息资料作出解释;(4)在上述解释的基础上作出决定;(5)按照决定,进行动作。临床医学是从患者截取信息资料,按照决定,进行动作,再反馈作用于患者。患者接受动作后又产生新的信息,如此周而复始,整个过程中往往难以区分开始与结束。在某些情况下,从患者所获取的信息资料不需要进行进一步的处理,可直接解释,作出决定。还有一些情况下,在作出解释或决定时,需要考虑一些其他的信息资料,使之解释或决定更为完善。上述的整个过程可用简图表示(图1)。

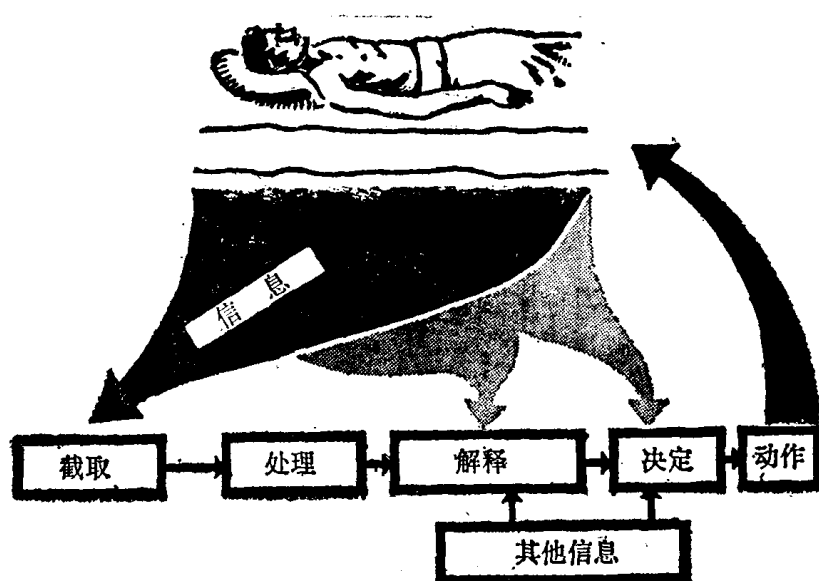


图1 临床医学的整个过程

疾病是由于患者机体的某些缺陷或由于致病因素与机体抗病因素之间的不平衡,造成了机体物质代谢和能量代谢的紊乱,产生了形态及功能的变化。这些疾病的信息资料,临床角度主要从三个方面截获:(1)症状:这是患者主觉的异常变化,可通过询问病史来收集;(2)体征:这是通过体格检查发现的客观异常变化;(3)实验室检查和其他检查的结果:这是指通过一定的仪器设备,包括生物化学、生物物理学等方面的检查,所获得的结果。一切的诊断检查手段,目的均在于获得更多的信息,使原来不能察觉到的信息转变为人类感觉器官所能接受的信息。尽可能准确无误、全面地获得信息资料是相当重要的。这里值得强调的是信息资料的准确性。错误的信息资料将会造成不堪设想的后果。从病史、体检、实验室检查和其他检查所获得的信息资料往往是杂乱无章的,必须加以贮存、加工,并在此基础上进行分析、综合,此即是信息资料的处理。经过处理,这些信息资料才能够系统化、条理化,才能由表及里,去伪存真,抓住本质,以致作出解释或判断,这个信息资料的处理及解释过程,即为鉴别诊断和诊断的过程。临床医学的目的在于早日解除患者的病痛,恢复健康。在治疗之前,必须明确诊断,有针对性地进行治疗,切勿诊断未明,药石乱投,而贻

误甚至加重病情，以致增加患者的病痛，甚至铸成不可挽救的严重后果。

在眼科鉴别诊断过程中，对所截获的错综复杂的信息资料，同样需要通过全面的考虑，才能作出合理的诊断。在实践中应注意以下问题：(1) 分清主次：从病史、体检、实验室及其他检查中获取的信息资料要求全面、准确，这是正确诊断的基础。但在处理和作出解释的过程中，往往可以发现真正对诊断起决定性作用的只是小部分的信息资料，如一个老年性白内障患者可有视力减退、屈光度改变、膨胀期出现前房变浅等，但对诊断起决定性作用的是检查发现晶状体发生混浊。又如，一个闭角型青光眼患者，眼压升高无疑是一个有重要诊断价值的资料，但若测量眼压不高，而病史和其他检查发现均支持闭角型青光眼的诊断时，应考虑是否处于间歇期，而不应轻易否定青光眼诊断，为确定诊断可作进一步检查。在有几种疾病同时存在时，应分清主次，确定危及视功能的主要疾病，以作针对性的治疗，但亦要顾及次要的疾病。(2) 确定诊断时应首先考虑常见病、多发病：在分析获得的主要信息资料时，应先考虑常见病、多发病，然后才考虑少见病。并且应该结合考虑年龄、性别、职业、地区、季节等因素，例如年轻患者，在睑板上触及坚硬、无红痛的肿块，应首先考虑霰粒肿；如为老年女性患者，睑板有坚硬的肿块，睑缘受累，表面的睑结膜粗糙，切开后发现是质地硬而脆的黄白色肿瘤组织，而不是胶冻样或液化物质，则应怀疑睑板腺癌的可能性，需作病理切片确诊。(3) 对所截获的信息资料作分析、解释时，尽可能用一种疾病来解释，因为同时患两种不相关疾病的机率甚低。如发现这些信息资料不可能归纳为一种疾病，或在疾病演变过程中发现不合乎一种疾病的规律，则需考虑有否其他疾病同时存在。我们曾遇一例患者，两眼视力减退、视物变形，经检查有典型的黄斑部病变，经治疗两眼黄斑部病变明显好转，但视力仍进行性减退，视力低于0.02，并开始出现早期视神经乳头水肿、颅内压增高等全身症状。这些变化不能用黄斑部病变解释，作进一步检查证实有颅内占位性病变存在。所以在诊断时或治疗过程中应注意有否不合乎规律的变化。(4) 注意原发性疾病和继发性变化之间的关系：如遇到一些有虹膜后粘连、玻璃体混浊的患者，应鉴别这些病变是由葡萄膜本身的炎症所致，或系长期视网膜脱离，或眼内恶性肿瘤所造成的葡萄膜反应。总之，在复杂的症状和体征中应注意因果关系，全力找出原发病，解决主要矛盾，同时不放松继发病变的诊断和处理。(5) 分清器质性疾病与功能性疾病：眼科鉴别诊断时应特别注意这一点。因视力减退为主诉而就诊者甚多，应详细询问病史，仔细的检查，切勿轻易下“功能性疾病”的诊断。例如，球后视神经炎患者，主诉大幅度视力下降，可因常规检查未发现任何阳性体征，而被误认为功能性疾病延误治疗者并不少见，应引以为戒。(6) 注意典型病例与不典型病例：典型病例一般较易诊断。不典型病例则常易造成误诊。而在临床上，往往不典型病例占多数。所谓的典型病例多处于疾病的全盛期或主要症状、体征突出；不典型病例多为疾病的早期、间歇期或出现较多并发症，或次要症状、体征比较突出。例如，闭角型青光眼的临床前期或间歇期，主要症状、体征多不明显，而发作期则症状、体征较突出，易于诊断。又如某些裂孔性视网膜脱离，裂孔累及视网膜血管造成玻璃体大量出血时，遮盖了视网膜脱离的主要体征，诊断往往比较困难，需作更仔细的检查 and 随访，才能确定诊断。(7) 重视眼病与全身病的关系：眼是人体的一部分，许多眼病是由全身病引起的。如许多先天病和遗传性疾病常可有特征性的眼部变化；而有的全身病亦可出现眼部的变化。因此，在眼科鉴别诊断中应有整体观念，不可忽视眼病与全身病的密切关系。(8) 注意药物因素的影响：药物因素对眼病的影响，包括两个方面：一是药物造成眼部的一些变化，如散瞳药物、缩瞳药物对瞳孔大小和调节机能的影响；二是药物造成眼部的损害，如奎宁、山道年、

阿的平中毒、己胺丁醇等的影响及不恰当的眼科用药等。所以在眼科鉴别诊断时必须仔细询问用药史。

眼病的鉴别诊断主要有以下五个步骤：(1) 详细询问病史：对每一个患者，尤其是初诊者，必须耐心仔细地询问病史。在听取主诉后，应抓住重点作必要的提问。对于怀疑有神经官能症或有伪盲可能者，更应认真严肃听取其主诉，作为分析的参考，切勿预存臆测，或被其蒙蔽。询问眼科病史，一般应按以下次序进行：先问姓名、性别、年龄、职业、住址等，再问现在病史，特别注意开始发病的情况，以及治疗经过。接着询问过去的眼病史，包括治疗过程及效果。对于其他科疾病亦应注意询问。还应了解个人的生活习惯、嗜好、婚姻、生活和工作环境。怀疑为遗传病者，应详细询问家族史。对可能属于先天性疾病者，则应详细了解其母亲的妊娠史。(2) 根据主诉和病史作出初步推断：眼病一般可分为眼外病和眼内病两大类。凡主诉眼外部有红肿热痛、异物感、灼热感、痒感、不适感、分泌物增多等，多为眼睑、眼眶、泪器、结膜、巩膜等的急性或慢性炎症症状。凡有眼外部肿块、眼睑下垂、眼球突出、眼睑闭合不全、眼睑内翻或外翻、斜视、眼球震颤等均为眼外病的表现。凡主诉有眼外病的症状，且在眼外部可找到一定的原因，则比较容易作出推断。眼内病的症状和体征比较复杂，根据主诉和病史作出初步推断比较困难，须结合体征作综合分析。如主诉为视物变形、夜盲、闪光或视野缺损等，则有眼底病、视路病等可能，必须通过眼底检查，并结合其他检查才能作出推断。如患者为老年人，主诉视力逐渐下降，应考虑白内障、老视眼、开角型青光眼或慢性闭角型青光眼、眼底病等多种可能性。如主诉视力突然下降，应考虑眼外伤、玻璃体出血、急性闭角型青光眼发作、急性球后视神经炎、视网膜中心动脉阻塞、皮质盲、药物中毒、尿毒症等疾病的可能性，必须作进一步检查始可作出推断。许多眼病往往是全身病的眼部表现，所以还必须联系全身的症状和体征加以分析。(3) 仔细检查，去伪存真：根据主诉和病史作出初步推断后，应按照眼科临床常规的顺序检查眼外部及眼内部，并抓住重点，进行深入检查，寻找客观依据。若依据明确，可以解释患者的症状，则诊断可以确定。例如，主诉异物感，则应重点检查眼睑、结膜以及角膜，若发现有倒睫、角膜有小溃疡，可解释异物感，这样就可明确诊断。一位有心血管系统疾病的老年患者，如一眼突然失明，应重点检查眼内病变。若发现存在视网膜中心动脉阻塞，能解释一眼突然失明，则可下诊断。但是，常不易找出造成症状的肯定原因，或有几种可能的原因同时存在，此时，应去伪存真，找出其中可能性较大的原因，进一步采集病史和重点检查。经认真分析综合，作出解释和判断，以确定诊断。(4) 进行必要的推理分析：临床有可能遇到患者的症状不能用客观检查的结果加以说明，甚至经过详尽的检查仍然与症状不符。造成检查结果与症状不符的原因，可能是由于弱视、癔病或伪盲等。但对弱视、癔病或伪盲的确定，必须相当慎重，切忌主观武断。(5) 拟定诊断：根据以上四个步骤，掌握了一定的诊断依据，排除其他诊断的可能性，始可作出诊断。每一种疾病都有一定的诊断标准，但诊断标准不是一成不变的，随着对疾病认识的深化、检查方法的改进，诊断标准也在变化、完善。

若经仔细检查，反复考虑，仍不能拟定诊断，可以允许对可能性最大的疾病进行试验性治疗，并严密观察疾病的经过，经一定时间后再作出诊断。

第一篇 眼症状、体征鉴别诊断学

第一章 眼周围肿胀

由于眼睑及眼周围的皮肤较全身其他部位薄,皮下组织疏松,而骨部眶缘的结构较紧密,所以只要在眼周围皮下组织有轻微的液体积聚,就可以引起眼周围的肿胀。眼周围肿胀可由眼睑、眼球及其邻近组织或全身病变所引起。通常可分为炎性肿胀和非炎性肿胀两大类。

第一节 眼周围炎性肿胀

眼周围炎性肿胀,临床极为常见。其表现除眼周围高度肿胀、皮肤表面有特殊光泽外,常伴有高度充血和疼痛。引起眼周围炎性肿胀的疾病主要有以下几种:

眼睑蜂窝组织炎及眼睑脓疡 多因局部感染或血道传播而引起。致病菌以葡萄球菌为多见。眼睑蜂窝组织炎为眼睑皮下组织的急性炎症,表现为眼睑广泛的红肿热痛。眼睑脓疡为眼睑皮下组织的化脓性炎症,多为局限性肿胀,脓疡成熟后可触知波动感,多向皮肤穿破。

眼睑坏死 常以外伤或手术等为诱因。多由炭疽杆菌、白喉杆菌、葡萄球菌、链球菌等感染引起。眼睑初为青紫色硬性肿胀,以后发生皮肤及深部组织坏死,色泽变黑,表面湿润,深部组织为脓性者,称湿性坏死。表面干燥结痂,深部组织硬化者称干性坏死。坏死组织脱落后,可形成组织缺损、眼睑变形,全身症状较重。

眼睑丹毒 由链球菌感染所致。眼睑和颜面部出现灼痛感,继则发生境界清楚的红疹斑块,仅轻度隆起,常伴明显的全身炎症反应。炎症限于皮内,不深入皮下组织,一般不形成脓疡或眼睑坏死,但常有复发倾向,多次发作可引起眼睑硬皮症,用抗链球菌药物效果较好。

麦粒肿 为引起眼睑炎性肿胀的常见原因。由金黄色葡萄球菌感染所致。可分为外麦粒肿和内麦粒肿。前者系睫毛毛囊感染,表现为睑缘部胀痛和红肿,并可合并眼睑肿胀及邻近球结膜浮肿,不久可在睫毛毛囊附近出现脓点,出脓后炎症多可消退;后者为睑板腺排出管阻塞和感染。因病变在睑板内,故眼睑肿胀不如外麦粒肿严重。翻转眼睑,则可在睑板腺排出管处发现局限性炎症,初为轻度突起红肿的病变,后可形成局限性脓疡,多数从睑结膜排脓,少数睑板腺排出管阻塞消除而排脓至睑缘开口部。

霰粒肿 系睑板腺腺管阻塞,类脂性分泌物囤积。而引起的异物性炎性肉芽肿。多发生于上睑。一般为无急性炎症的硬结块,可经皮肤触及,亦可在睑板腺处发现。如继发感染,则表现似麦粒肿。

睑缘炎 为睑缘部的慢性炎症,可由葡萄球菌、链球菌等所致。较顽固,易于反复发作,病变以侵犯睫毛毛囊及其周围组织为主,炎症反应仅限于睑缘部分,眼睑肿胀不太明显。较常见的有湿疹性、鳞屑性、皮脂漏性、痂皮性、溃疡性等睑缘炎。本症可合并睫毛松

动或脱落、眦角性结膜炎或浅层点状角膜炎。

眼睑疱疹和其他皮肤病 眼睑疱疹一般指单纯疱疹和带状疱疹。可产生疱疹的其他皮肤病还有脓疱疮、水痘等，均以疱疹形成为特点，可合并病变局部红肿反应。反应的轻重因疱疹的内容而异，脓性比浆液性反应明显。疱疹表现为圆形隆起，有些有中间凹脐。引起眼睑疱疹的疾病，有时还须结合全身表现进行鉴别。

急性泪腺炎 可由血道传播或结膜炎症逆行传播所致。表现为眼睑外上方有限局性红肿；翻转上睑，可见泪腺部有肿块，结膜充血，并有浆液性或脓性分泌物附着，泪液分泌增加。炎症可逐步自行消退或经治疗逐步消退或转为慢性，亦可形成脓疡而排出脓液于上穹窿部外上方。在急性炎症期间有全身反应。

急性泪囊炎 可因不恰当探通泪道或强力压迫泪囊，使泪囊内致病菌穿过泪囊壁而扩散至周围组织引起炎症，亦可是慢性泪囊炎的急性发作。致病菌以肺炎球菌为主。表现为泪囊部明显红肿，并延及鼻梁及内眦部眼睑和颊部。局部明显疼痛、压痛，并有明显全身炎症反应。炎症局限后，可形成泪囊部脓疡；若自行穿孔或不适当的切开排脓后常形成瘘管。

急性眶骨膜炎和急性眶骨髓炎 急性眶骨膜炎多发生于儿童，多由牙苞炎症传播所致；婴儿可由产钳伤所致。急性眶骨髓炎多发生于成人，多由血道传播所致。前者炎症多先延及上颌窦前壁，引起面部红肿，再延至下眶缘部骨膜，而发生骨膜炎，并形成局部脓疡及骨髓炎，炎症消退后，可残留大量疤痕，造成下睑外翻。眶骨髓炎好发于外上方眶骨壁，有限局性红肿、压痛，并有全身炎症反应；炎症发展可形成脓疡，如穿破皮肤则造成瘘管。此种瘘管较难愈合，有些病例排出死骨后瘘管愈合。亦可遗留疤痕性睑外翻。

眼内炎和全眼球炎 眼内炎系指因外伤、手术或血道传播发生的化脓性脉络膜视网膜炎，并波及玻璃体引起广泛的眼内炎症和玻璃体积脓者。

由血道传播的眼内炎，多数先发生在后葡萄膜，引起玻璃体混浊和玻璃体脓疡，眼前部反应不明显，一般无眼睑肿胀；少数先在睫状体部，然后再引起前房蓄脓、玻璃体混浊和脓疡，此种病例眼前部反应明显，眼睑肿胀较明显。由眼球穿孔伤所引起的眼内炎，眼前、后部同时发生病变，且可合并晶状体损伤，形成并发性白内障。若伴以晶状体过敏性葡萄膜炎或继发青光眼，则病情更为复杂。

全眼球炎指眼内炎症已累及眼球内的全部组织，是眼内炎高度发展的结果。可由细菌、真菌或病毒所致。其发生化脓性全葡萄膜炎，并波及巩膜、眼球筋膜及结膜，甚至可穿过巩膜，沿静脉血管（沿涡静脉等）扩散至眼眶内，引起眼眶蜂窝组织炎、海绵窦炎和脓毒血症。此症表现为眼睑明显肿胀，结膜充血、水肿，高度睫状充血，环形角膜脓疡或角膜坏死，前房蓄脓，眼球突出、固定，视力完全丧失。

眼眶急性蜂窝组织炎 多因面部炎症由血道传播所致；挤压麦粒肿、眼睑及口唇疔疮等易发生此病；身体其他部位的感染经血道传播亦可引起。此外，也可因眼眶穿刺伤，尤其是有污染物残留的穿刺伤、眼内手术感染、全眼球炎等发展而波及眼眶蜂窝组织。一般血道传播以金黄色葡萄球菌、链球菌为多见，外伤异物残留有芽胞菌感染可能。此病表现为眼睑浮肿、球结膜高度充血、水肿、眼球突出、固定而不能转动。若合并视网膜脉络膜炎和视神经炎，则可使视力下降，前房反应一般较轻。后期炎症局限而形成眼眶内脓疡，脓疡穿破结膜排出脓液于结膜囊内，炎症可进一步蔓延至海绵窦，引起海绵窦血栓性静脉炎。全身炎症反应较明显，并可引起败血症。

海绵窦血栓性静脉炎 海绵窦与颅内的静脉窦交通，又与眼及眼眶静脉交通，其间均无静

脉瓣存在,故眼眶和中耳、乳突的炎症均可能进入海绵窦,全身其他部位的炎症亦可波及海绵窦。面部炎症,眼内、外炎症多先引起眼眶炎症,再延及海绵窦。中耳、乳突的炎症或全身其他部位的炎症一般不引起眼眶炎症。海绵窦血栓性静脉炎的主要表现为:(1)起病急骤,有程度不同的全身败血症表现,并可有脑膜刺激症状。若病情进展,可发生脑脓肿,甚至昏迷;(2)由于眼及眼眶静脉大部分回流至海绵窦,眼的感觉、运动神经亦经此窦,故此病早期即出现眼部变化(详见152页)。由于血栓使海绵窦处血流受阻,发生眼眶血液循环障碍,造成眼睑肿胀,球结膜静脉扩张管壁水肿。如有眼眶炎症存在,则更加重眼睑肿胀、球结膜水肿,因此,一侧眼眶炎症,对侧眼睑肿胀常是海绵窦血栓性静脉炎最早期体征之一;(3)因眶内的静脉扩张,软组织水肿,可导致眼球突出,压迫眼球有深部疼痛感;(4)眼肌麻痹,以动眼神经、外展神经及滑车神经支配的眼外肌多见,少数发生眼内肌(瞳孔括约肌)麻痹和三叉神经第一支麻痹;(5)视神经多被累及,亦可发生视网膜炎性改变,故多数有视力明显减退。

第二节 眼周围非炎性肿胀

眼周围非炎性肿胀临床颇为多见。其表现除眼周围不同程度的肿胀外,一般不伴有明显充血和疼痛。引起眼周围非炎性肿胀的疾病主要有以下几种。

眼睑气肿 多因鼻部外伤(如鼻骨骨折)或产气性细菌感染所致。患侧眼睑及周围皮下浮肿,无压痛,但可压缩,触之有捻发感。鼻部外伤者可伴皮下出血等。产气性细菌感染多有明显炎性反应。

眼睑血肿 引起眼睑血肿的原因甚多,主要有自发性和外伤性两类。自发性血肿多见于血友病、出血性紫癜和维生素C缺乏症等出血性疾病。此种血肿可自发,或因轻微外伤或由剧烈咳嗽等所引起。外伤性血肿见于眼睑挫伤、手术,或颅底骨折。

眼睑血肿表现为境界不清的青紫色皮下肿块。因眼睑出血多被限于眶隔膜之前,故可不伴有眶内出血或结膜下出血。若为颅底骨折所致,眼睑血肿可伴有眶内及结膜下出血并侵及双侧,呈眼镜样青紫色,一般对视力无影响。多数可被完全吸收。

眼睑血管运动神经障碍性浮肿 此病为I型变态反应引起。机体受抗原(如某些药物)刺激后产生免疫球蛋白IgE。IgE附着于小血管壁的肥大细胞和血液中的嗜碱性白细胞的细胞膜上。当抗原再次进入体内,即与靶细胞表面的IgE相结合。通过第二信使环磷酸腺苷(CAMP)的转运,激发细胞内酶,释放组织胺等介质,使血管运动神经障碍,引起血管痉挛,导致眼睑浮肿*。

多见于年轻男子。发作有周期性,发作时间长短不一,约数天至数周。此病与遗传有关。主要表现为眼睑及其周围的面部皮肤突然红肿,红肿四周的皮肤亦稍肿胀。可于一侧或两侧同时发生。若眼眶组织和球结膜亦发生肿胀,可致眼球轻度突出、眼球运动轻度受限,无炎症反应和局部压痛,但有瘙痒感。浮肿轻者仅限于眼部,重者可波及口腔、鼻腔、咽喉部、粘膜,颈项以及上肢皮肤。此病一般不影响视力,但少数病例合并视神经乳头水肿,使视力轻度下降。有时可与血管痉挛性偏头痛同时发生。眼睑浮肿多次发作可引起皮肤增殖、色素增多,形成眼睑象皮肿。发作时偶可影响瞳孔大小。

眼眶和眼睑寄生虫病性过敏反应 眼眶寄生虫,包括纤毛虫、肺吸虫、绦虫等,引起眼睑部

* Rahi AHS et al, Immunopathology of the eye, PP39—44, PP. 88, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1976.

过敏反应性浮肿,可由眼眶延及眼睑。大多数眼眶寄生虫寄生于眼眶后部,但亦可移行至结膜下和眼睑,引起面部的过敏反应。表现为眼睑轻度红肿。并呈紫褐色,无压痛,但有瘙痒感。肿胀可自行消退、转移或增剧。有时在球结膜下及眼睑可见虫体蠕动。血象检查有嗜酸性白细胞增多。

心脏病性或肾病性眼睑肿胀 因心脏疾病(如心力衰竭)致血液循环障碍引起眼睑和下肢等肿胀。肾病致肾功能不全亦可引起眼睑及全身肿胀。此外,贫血、营养不良、急性传染病等也可引起。心脏病引起的眼睑肿胀,为凹陷性水肿,色泽比较灰暗。肾病等引起的肿胀,亦为凹陷性水肿,色泽比较苍白。一般均在睡眠后加重,不影响视力和眼球运动。

粘液性水肿 粘液性水肿由甲状腺机能低下所致。此种肿胀为凹陷性水肿。眼部表现除眼睑及周围肿胀外,还可发生眼球突出、斜视、视神经乳头水肿等。皮肤干燥,眉毛有脱落的趋向。

内分泌性眼球突出 此种眼球突出可由甲状腺机能亢进或甲状腺垂体系系统功能失调所致。甲状腺机能亢进引起的眼球突出一般不出现眼周围肿胀,而甲状腺垂体系系统功能失调所致的恶性突眼症眼周围肿胀多较为明显,并伴有眼眶组织和球结膜肿胀。

眼睑象皮病 由眼睑慢性炎症、丹毒反复发作、各种慢性皮肤病、寄生虫病、皮内血管瘤、神经纤维瘤等引起的眼睑皮肤肥厚所致。表现为上、下睑皮肤肥厚,形如“象皮”,眼睑失去弹性,硬如厚板,以致睑裂不能开大。

眼睑角化症和皮角症 眼睑角化症,多数为老年性变化,少数属变性或良性肿瘤,如眼睑日照性皮肤病角化症、脂漏性角化症、棘皮状瘤、滤泡状角化症等。主要表现为眼睑皮肤上出现角化性硬结物,附着于原发病灶上或为肿块的主要组成部分。

皮角则为尖角状的突出物,棘皮状瘤的外观似溃化的鳞状上皮癌。

眼睑肉芽肿 可因多种原因引起,包括脓疡自行穿孔后发生的肉芽肿、各种慢性炎症或寄生虫病引起的肉芽肿、Wegner恶性肉芽肿、梅毒性或结核性肉芽肿等。临床比较多见的肉芽肿是化脓性血管扩张性肉芽肿,多由真菌或葡萄球菌引起的病变所致。这种肉芽肿有血管扩张现象,易出血。其他肉芽肿的形态因病因及病程而异,一般为无痛、无急性充血、表面多不平整、形如肿瘤的赘生物,多呈静止状态或发展极慢,或能部分自行消退。

眼睑赘疣 赘疣可包括病毒引起的多发性扁平疣、传染性软疣以及类脂肪沉着引起的黄色瘤。赘疣表面多呈乳头状或菜花状。除黄色瘤为黄色而外,其余均为污秽色。除传染性软疣和黄色瘤为软性外,余则多为硬性。较多见的扁平疣可带蒂,黄色瘤和传染性软疣为扁平隆起的斑块。

眼周围囊肿 眼周围囊肿有粘液囊肿、皮样囊肿、脑膜瘤等。各种囊肿均有特点,如泪囊粘液性囊肿发生于泪囊部,因长期慢性泪囊炎症、泪小管阻塞而致,内容物为粘液或脓液。皮样囊肿多发生于眶外缘上方或眼眶颞侧部,其内容物为蛋白样或脂肪瘤样,并杂有毛发等,质地较粘液囊肿坚实。额窦粘液囊肿多发生于眼眶的内上方,可触及变薄的骨板,如羊皮纸样,无搏动。脑膜瘤多发生于眼眶的内眦部上方,其内容物为脑脊髓液,触之有与脉搏同步的搏动。脑膜瘤须注意与前筛窦粘液囊肿、血管瘤等鉴别。可作X线摄片,检查有否骨质缺损,或穿刺检查。

眼周围部肿瘤 各种肿瘤可导致不同程度的眼睑、结膜、面部的肿胀。这些肿瘤可包括血管瘤、神经纤维瘤、良性或恶性中、外胚层肿瘤、白血病引起的绿色瘤等。这些肿瘤各自均有特征性的变化,但确诊往往有赖于病理检查。