

耳鼻咽喉科医师进修必读

主编 魏新邦 刘秉寿 陆书昌
审阅 钱士良

ERBIYANHOUKE

YISHI JINXIU BIDU

人民军医出版社

耳鼻咽喉科医师进修必读

ERBIYANHOUKE YISHI JINXIU BIDU

主 编

魏新邦 刘秉寿 陆书昌

审 阅

钱士良

人民军医出版社

北 京

(京)新登字 128 号

图书在版编目(CIP)数据

耳鼻咽喉科医师进修必读/魏新邦编著. —北京:人民军医出版社,1997.4
ISBN 7-80020-731-5

I. 耳… II. 魏… III. 耳鼻咽喉科学 IV. R76

中国版本图书馆 CIP 数据核字(97)第 02449 号

人民军医出版社出版

(北京市复兴路 22 号甲 3 号)

(邮政编码:100842 电话:68222916)

人民军医出版社激光照排中心排版

空军指挥学院印刷厂印刷

新华书店总店北京发行所发行

*

开本:787×1092mm 1/16·印张:39.75·字数:969 千字

1997 年 4 月第 1 版 1997 年 4 月(北京)第 1 次印刷

印数:1~5000 定价:68.00 元

ISBN 7-80020-731-5/R·662

〔科技新书目:412—213⑦〕

(购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换)

内 容 提 要

本书为《医师进修必读》系列丛书之一,以专题讲座形式编写。作者均为具有丰富临床经验的专家。全书分为总论、耳科、鼻科、咽科和喉科五部分,共 98 讲。书中对耳鼻咽喉科临床工作中的重点问题,特别是常见病、多发病的诊断、治疗作了详细介绍。同时,根据临床实际需要,对一些少见病、疑难病的发病机制、诊断治疗以及研究进展作了较深入的介绍。本书内容丰富、深入浅出,是耳鼻咽喉科医师进修的必读参考书。

责任编辑 姚 磊 朱德炘

编写者名单

(以姓氏笔画为序)

丁晋澄	第二军医大学长海医院	教授
方耀云	中国人民解放军总医院	教授
王家瑜	上海第二医科大学仁济医院	教授
王锦玲	第四军医大学西京医院	教授
冯文杰	第二军医大学长征医院	教授
叶燕芬	上海第二医科大学瑞金医院	副教授
丘明生	上海医科大学眼耳鼻喉科医院	教授
江敏	上海第二医科大学瑞金医院	教授
江德胜	第二军医大学长海医院	教授
刘兆华	第三军医大学大坪医院	教授
刘秉寿	第二军医大学长征医院	教授
许时晖	上海市第一人民医院	教授
孙济治	上海第二医科大学瑞金医院	教授
孙爱华	第二军医大学长海医院	副教授
杨平常	山西医学院第一附属医院	教授
杨绪霞	上海医科大学眼耳鼻喉科医院	研究员
李兆基	第二军医大学长海医院	教授
李铁林	第一军医大学珠江医院	教授
余友渔	第二军医大学长海医院	教授
萧璧君	第二军医大学长征医院	教授
吴珪雯	上海医科大学眼耳鼻喉科医院	主任医师
范静平	第二军医大学长征医院	副教授
陆书昌	第二军医大学长征医院	教授
陈文弦	第四军医大学唐都医院	教授
陈楚璿	第二军医大学长征医院	教授
周水森	第二军医大学长海医院	教授
周梁	上海第二医科大学仁济医院	教授
欧阳正玉	上海医科大学眼耳鼻喉科医院	主任医师
金西铭	上海第二医科大学仁济医院	教授

张速勤	第二军医大学长海医院	副教授
张重华	上海医科大学眼耳鼻喉科医院	教授
施增儒	第二军医大学长征医院	教授
姜晓钟	第二军医大学长征医院	副教授
胡雨田	第二军医大学长征医院	教授
赵舒薇	第二军医大学长征医院	博士
钱雪冶	上海医科大学眼耳鼻喉科医院	研究员
徐林根	上海医科大学眼耳鼻喉科医院	副主任医师
黄以乐	第一军医大学珠江医院	教授
黄金中	第一军医大学珠江医院	副教授
董人禾	上海医科大学华山医院	教授
韩志明	第二军医大学长征医院	副教授
魏新邦	第二军医大学长征医院	教授

序

这是一本具有较高水平的参考书,由各位专家教授们结合自己历年医疗经验和心得,采取专人专题的形式,分门别类进行编写而成。做到了选题明确,各有特色,各有重点,理论与实际密切结合,在解决医疗、科研和教学的某些实际问题方面,对读者有所帮助。

本书属专题讲座性质的专科参考书,有别于教科书的系统编写。选题既有常见病的诊治,又有较深入的专题论述,内容较为丰富,文句深入浅出,努力使读者能有一定的收获和提高。

本书是耳鼻咽喉科医师的良师益友,放置案头,开卷有益。不但是专科进修医师的必读材料,同样对于各级耳鼻咽喉科医师亦可起学习提高与参考的作用。

本书即将出版,我感到非常高兴,略缀数语以表祝贺,并乐为介绍。

钱士良

1996年3月30日

前 言

本书是人民军医出版社《医师进修必读》系列丛书之一,因此,我们尽量按该系列丛书的编写要求来进行编写。

首先,在选题方面,我们重视常见病和多发病的诊治问题,但也选入了部分专题的研究进展,和某些少见病和疑难病的发病机制与诊治方面的内容,以增加其参考价值。例如耳声发射的研究、喉癌病毒病因学研究、伽玛刀的临床应用、电子耳蜗、鼾症手术、垂体瘤手术和冷冻治疗梅尼埃病等均属此类。

我们在写作形式方面,尽量写成专题讲座形式。尽力争取写得详细些,内容丰富些,尽可能把近年来国内外文献中新的资料收集进去,使其具有一定的实际参考价值。

本书在编排方面,分为总论、耳科、鼻科、咽科和喉科五篇,共 98 讲。每一讲的内容,尽量做到标题明确,层次清楚,便于系统阅读和随时查阅。

本书的编写者由上海市和全国各地军内外对其所写专题有实践经验或专长的、具有高级职称的医师担任。作者的姓名和单位排列于卷首,以便于读者若有必要与编写者联系时作参考之用。

由于本书是多人集体编写的,各作者写的深度和广度以及用词或语气等均不尽相同,内容也可能略有重复。此外,由于主编者水平和能力有限,缺点或不足之处在所难免,请读者及同道批评指正。

本书在编写过程中,始终得到第二军医大学长征医院各级领导的热情鼓励 and 大力支持,特此表示衷心的感谢。

主 编 者

1996 年 3 月于上海长征医院

目 录

第一篇 总 论

第 1 讲	眼球突出与鼻部疾病	(1)
第 2 讲	耳鼻咽喉科与口腔疾病	(10)
第 3 讲	耳鼻咽喉科与脑血管病	(17)
第 4 讲	头痛与耳鼻咽喉科疾病	(25)
第 5 讲	艾滋病及其在耳鼻咽喉和头颈部表现	(30)
第 6 讲	耳鼻咽喉的真菌病	(36)
第 7 讲	耳鼻咽喉科恶性肿瘤的放射治疗	(46)
第 8 讲	头颈部恶性肿瘤的化学药物治疗	(55)
第 9 讲	耳鼻咽喉及头颈部恶性肿瘤的化学药物治疗	(59)
第 10 讲	CT 和 MRI 在耳鼻咽喉科的应用	(64)
第 11 讲	激光在耳鼻咽喉科的应用	(71)
第 12 讲	伽玛刀在耳鼻咽喉科的应用	(88)
第 13 讲	头颈耳鼻咽喉部高血运肿瘤的术前栓塞术	(94)
第 14 讲	侧颅底手术的概念及其常用方法	(104)

第二篇 耳 科

第 15 讲	耳廓软骨膜炎的形成机制和治疗方法	(113)
第 16 讲	耳带状疱疹的病因及其治疗	(117)
第 17 讲	外耳道胆脂瘤与坏死性外耳道炎	(120)
第 18 讲	鼓室硬化症的发生学和病理学	(123)
第 19 讲	耳源性颅内并发症的发病机制、诊断和处理	(127)
第 20 讲	面神经麻痹的病理和治疗	(135)
第 21 讲	耳硬化症的发病机制和手术治疗	(139)
第 22 讲	梅尼埃病的发病机制和治疗	(148)
第 23 讲	听神经瘤的手术治疗	(152)
第 24 讲	颈静脉球体瘤的手术治疗	(159)
第 25 讲	中耳癌的诊断和治疗	(163)
第 26 讲	突发性聋治疗新进展及影响预后的有关因素	(171)
第 27 讲	耳毒性药物的中毒机制和防治	(176)
第 28 讲	关于耳鸣问题	(181)

第 29 讲	聋儿听力语言康复训练	(190)
第 30 讲	颞骨骨折和脑脊液耳漏或耳鼻漏	(194)
第 31 讲	现代听力测试法	(199)
第 32 讲	耳蜗电图的测试方法和临床应用	(208)
第 33 讲	听性脑干电反应的测试法及其应用	(214)
第 34 讲	电子耳蜗的现状	(222)
第 35 讲	耳声发射研究进展	(230)
第 36 讲	听力重建手术进展及现状	(239)
第 37 讲	前庭功能检查及其进展	(246)
第 38 讲	眼震电图及其经验体会	(259)
第 39 讲	眩晕诊断与治疗进展	(267)
第 40 讲	梅尼埃病的迷路冷冻治疗	(274)

第三篇 鼻 科

第 41 讲	先天性鼻畸形的胚胎学和手术方法	(287)
第 42 讲	鼻部脑膨出症与鼻部神经胶质瘤	(294)
第 43 讲	慢性鼻炎的病理生理学	(298)
第 44 讲	鼻出血治疗方法的讨论	(302)
第 45 讲	各型鼻中隔偏曲的手术治疗	(311)
第 46 讲	鼻中隔穿孔修补术	(317)
第 47 讲	脑脊液鼻漏的诊断和治疗	(320)
第 48 讲	鼻息肉的病因和防治	(328)
第 49 讲	慢性鼻窦炎的治疗	(331)
第 50 讲	萎缩性鼻炎的病因、病理学及其治疗	(337)
第 51 讲	变态反应性鼻炎(鼻窦炎)的发病机制和治疗	(340)
第 52 讲	干酪性鼻炎、鼻窦炎的成因和治疗	(348)
第 53 讲	鼻和鼻窦囊肿的发病原因和治疗	(353)
第 54 讲	鼻部和前颅底肿瘤的手术治疗	(359)
第 55 讲	恶性肉芽肿的现代认识与治疗	(368)
第 56 讲	上颌窦恶性肿瘤的手术治疗	(376)
第 57 讲	牙源性肿瘤的病理学	(381)
第 58 讲	垂体腺瘤及其经蝶手术	(388)
第 59 讲	鼻硬结病的病因和病理	(398)
第 60 讲	嗅觉障碍及其检查方法	(406)
第 61 讲	鼻内窥镜检查术	(411)
第 62 讲	鼻内窥镜下施行鼻腔及鼻窦手术	(417)

第四篇 咽 科

第 63 讲	有关扁桃体炎的一些问题	(421)
--------	-------------------	-------

第 64 讲	慢性咽炎的中西医综合治疗	(425)
第 65 讲	关于病灶扁桃体炎的问题	(428)
第 66 讲	咽壁间隙化脓性感染	(432)
第 67 讲	咽与口腔粘膜溃疡性疾病	(438)
第 68 讲	咽异感症的诊治问题	(444)
第 69 讲	颈部肿块的诊断与治疗	(449)
第 70 讲	鼻咽癌的诊断和治疗	(456)
第 71 讲	口咽癌及喉咽癌	(464)
第 72 讲	鼻咽纤维血管瘤的病理学和手术治疗	(473)
第 73 讲	睡眠呼吸暂停综合征	(480)
第 74 讲	茎突综合征与肩胛舌骨肌综合征	(487)
第 75 讲	食管(环咽肌)失弛缓症的发病原因、诊断和治疗	(493)
第 76 讲	食管异物及其在食管镜下的取出技术	(497)
第 77 讲	食管损伤及狭窄的治疗	(501)
第 78 讲	食管腐蚀伤的治疗	(506)

第五篇 喉 科

第 79 讲	先天性喉畸形的形成机制和手术治疗	(513)
第 80 讲	急性会厌炎的形成原因	(520)
第 81 讲	急性喉气管支气管炎的诊治	(524)
第 82 讲	慢性喉炎的病理学	(528)
第 83 讲	喉阻塞的分度及其鉴别诊断	(532)
第 84 讲	喉特异性感染的病理学	(537)
第 85 讲	声带麻痹的分类及治疗	(542)
第 86 讲	喉部关节疾病的治疗	(551)
第 87 讲	喉部音调异常的发病机制	(556)
第 88 讲	喉良性肿瘤及瘤样病变的病理学	(561)
第 89 讲	喉癌的手术治疗	(569)
第 90 讲	喉癌病毒病因学的研究现状和进展	(574)
第 91 讲	呼吸道异物的诊断及其在支气管镜下取出技术	(580)
第 92 讲	气管食管瘘的治疗	(586)
第 93 讲	纤维鼻咽喉镜及动态喉镜检查	(592)
第 94 讲	气管切开术的发展史	(597)
第 95 讲	喉气管狭窄的手术治疗	(601)
第 96 讲	喉显微手术的有关问题	(607)
第 97 讲	喉机械伤和灼伤的诊断与治疗	(611)
第 98 讲	过敏性喉水肿与遗传性喉水肿	(617)

第一篇 总 论

第1讲 眼球突出与鼻部疾病

一、眼球突出的检查

眼球突出或称突眼是指眼球在眼眶中的位置向前移位,可为单眼,也可为双眼。眼球突出在眼科临床上较为常见,引起眼球突出的原因颇多,除眼眶本身的疾病外,还可见于鼻科、内科、脑外科等某些疾病,因此眼球突出为许多疾病所具有的体征。

怀疑有眼球突出时,应测量眼球突出度,用直尺测量易有误差,而用 Hertel(三棱镜式)突眼计测得的数值较为正确可靠。眼球突出度为向前方平视时角膜顶点与两侧眶外缘连线间的垂直距离。中国人平均眼球突出度为 14mm,两眼差别不超过 2mm。在作出眼球突出的判断之前,应首先确定是真的眼球突出,即眼球在眼眶中的位置向前移位,还是由某些情况造成的假像,例如:①眼球增大:见于高度轴性近视,角巩膜葡萄肿,先天性青光眼晚期(牛眼);②眼睑退缩睑裂增宽,见于眼睑炎症,外伤、手术或先天原因造成的瘢痕收缩和畸形;③面神经麻痹造成的下睑松弛、外翻、眼睑增宽、闭合不全等。

有时眼球突出的原因一时难以确定,应详细询问病史,作眼局部和全身检查、实验室检查和影像学检查,还常需请相关科室的会

诊才能作出正确的诊断。一般来说,双侧眼球突出应先考虑由全身性疾病引起以及炎性假瘤,单侧眼球突出以眼眶和邻近器官引起的可能性更大,不同的年龄阶段,眼球突出的原因可不同,如婴幼儿和老年人以恶性肿瘤的可能性较大,青少年和中年人良性肿瘤远多于恶性肿瘤;短时间内出现的眼球突出,除外伤和手术造成的眶内血肿、气肿外,若伴有眼部红肿、疼痛和全身症状的则为炎症,如眼眶蜂窝织炎和海绵窦栓塞。眼球突出发展较快,几周至几个月内明显加重的多为恶性肿瘤或炎性假瘤;缓慢发展的,多为良性肿瘤和内分泌性突眼。

作眼部检查时应注意眼球突出的方向,其多与眼眶内占位性病灶所在位置相背,眼球向正前方突出,提示为肌锥内病变,向外侧突出移位常是眶内侧占位,可能来自筛窦和蝶窦,向外下方突出应考虑额窦病变,向外上方或上方突出移位,病变可能来自眼球下方、眶底和上颌窦,向内下方突出移位大多数由泪腺肿瘤引起。眼球突出的同时可能伴有复视和眼球运动障碍,眶内组织炎症、内分泌性突眼、眼外肌受损或支配眼外肌的神经麻痹、受压等都可为眼球运动障碍的原因。复视和眼球运动障碍最明显方向提示为病灶部位。一般说来,较早出现眼球运动障碍伴有复视的常提示恶性病变;如眼球突出虽较明显,但

发展缓慢,眼球运动不受限或受限不明显,不伴复视者多为良性肿瘤,此类病人,由于病情发展缓慢,融合成像的能力适应性增强,因而即使眼球偏位,可以不伴复视。

眼眶前部的肿块或眶中后部较大的肿块可用手指沿眶缘插入眼球和眶壁之间扪及,如表面光滑、质地中等、有弹性感的多为血管瘤或囊肿,表面高低不平、质地坚硬的肿块应考虑为癌肿或炎性假瘤。低头或向病侧卧位,或颈部受压时眼球突出,起坐后眼位恢复正常,这种间歇性的眼球突出绝大多数由眼球后静脉曲张引起。肉眼可见的眼球搏动,或扪诊时有搏动感可能为动脉瘤或脑性搏动,后者见于先天性畸形,或外伤、手术及肿瘤破坏眶壁后。视神经本身的肿瘤或视神经受侵受压时引起视神经萎缩时,视力有不同程度的下降甚至完全失明,眼底检查视乳头色泽变淡甚或完全苍白。如眶内占位性病变压迫黄斑区及其他部位时则引起视力下降、视物变形,眼底镜下可见受压处视网膜有条纹状皱褶反光,视网膜中央动脉受压,回流受阻时,中央静脉及其分支怒张迂曲,严重者可出现视乳头水肿和视网膜出血。

全身体检和实验室检查对有些眼球突出的病因诊断颇多帮助,儿童的眼球突出可能由白血病引起,此类患儿常有贫血、肝脾及淋巴结肿大,血象和骨髓象异常改变。内分泌性突眼可有¹³¹碘吸收率, T₃、T₄ 含量增高,及 T₃ 抑制率降低。转移性眼眶肿瘤引起的眼球突出只有通过全身其他脏器和部位的检查才能找到原发灶,乳腺癌、肺癌、胃癌、甲状腺癌等都可转移到眼眶。鼻窦、咽部、颅脑等邻近部位的肿瘤、囊肿常可侵及眼眶引起眼球突出,应请相关科室医师会诊检查。

影像学检查对眼球突出的病因诊断有非常重要的意义,常常起决定作用。

超声波检查:眼部 A/B 型超声波检查在国内已普遍使用,因对组织无损伤,不给病人造成痛苦,可重复检查,操作简便,诊断迅速,

费用低廉,适用范围广,因而受到眼科医生和病人的欢迎。超声波有良好的软组织分辨力,眼球、眼外肌、视神经、眶内脂肪等都可以显示,除眼球病变外,对眼眶内其他病变,特别是占位性病变的部位、形态、大小、质地和周围组织的关系能较好地显示,对肿瘤的良恶性也能作出较好的定位判断。海绵状血管瘤、淋巴瘤、眶静脉曲张等超声波均有特征性改变,但有时对炎性假瘤和恶性肿瘤常难以区分。对眶尖病变显示常不满意,对眶壁内部及眶壁以外的结构和病变显示受限,因此对眼眶病还常常需要作 CT 检查互相对照和补充。

X 线摄片:眼眶 X 线摄片仍普遍使用,半数以上单眼突出的病人可在平片上显示病灶,慢性占位性病变常有眼眶扩大,对称性均匀性扩大提示病变在肌锥内,非对称性局部扩大提示病灶位于眶壁附近。眶上裂扩大可能由血管瘤等缓慢发展的肿瘤引起。眼球后沙粒状钙化常为脑膜瘤的表现,颞上方斑片状钙化见于泪腺混合瘤,婴幼儿患视网膜母细胞瘤时眼眶中央常有钙化斑块。视神经孔扩大多由视神经本身或其鞘膜的肿瘤引起,婴幼儿患视网膜母细胞瘤有视神经孔扩大时则示肿瘤已向颅内扩展蔓延。有些病变在 X 线平片上不易看出,而作 X 线断层摄片可以显示,如眼眶受暴力外伤时,正位片可以显示眶底骨折、碎骨片移位及眶内容疝入上颌窦。侧位片也能显示眶底有无骨折,还能显示额窦与眶顶有无损伤。单侧眼球突出时应加作垂直位断层 X 线,可以很好显示鼻窦和眼眶的关系。颈动脉眼眶造影和眶静脉造影对显示眼眶血管性占位病变有一定帮助,但有一定的危险性,给病人造成痛苦,自 CT、MRI 问世,在眼科临床应用逐渐推广以后,已被基本淘汰。

CT:国内中等以上城市已很普及,适用检查范围广,无损伤,图像清晰直观,有良好的密度分辨率和空间分辨力,对眶内肿瘤、炎

症、外伤、血管性疾病都能显示,对眼球内、眼眶内占位性病变的诊断正确性高,常常能断然判定眼眶内是否有占位性病变存在,并能较可靠地区分肿瘤的性质、病变部位、大小、形态、肿块密度、性质、与周围组织的关系都能在不同层面的图像上显示,颅脑、鼻窦的病变也都能在图像上同时显示,对眼球突出的病人,眼眶CT已成为常规检查。但CT难以显示病变内部结构,不能显示动态,这些方面不如超声,二者结合应用,可提高诊断正确性。

MRI:图像与CT基本相同,但由于成像参数多,对软组织的分辨率优于CT。由于MRI图像中骨骼无信号,因此对视神经管、内段视神经、颅内段视神经和视交叉均能显示,在判断肿瘤是否向视神经管和颅内蔓延方面优于CT,但在显示骨骼改变和异物方面不如CT。

DSA:血管造影时计算机能自动减去血管以外的影像,避免重叠,可显示小动脉,是诊断动静脉瘤,观察肿瘤血供状况的有效检查方法。

二、眼眶畸形、炎症和内分泌性突眼

(一)眼眶畸形、缩小

尖头畸形、脑积水等先天性病变,因眼眶发育差、容积小而致眼球突出的情况甚为少见,诊断不难。鼻窦占位性病变引起眼眶变形容量缩小而致眼球突出的情况较为常见。额窦占位性病变侵及眼眶时可使眼球向外下方突出移位,筛窦占位多使眼球外斜,蝶窦因位置较深,占位性病变发展较大时始造成眼球前突并可稍向外偏位,因蝶窦与视神经相邻,早期影响视力。上颌窦因眶底骨壁较厚,影响眼眶,引起眼球移位的情况少见。

(二)眼眶炎症

1. 眼眶急性炎症 发病急发展快,患眼

疼痛,眼睑及球结膜充血水肿,眼球突出,运动受限,伴有头痛、发热、畏寒等全身症状。

(1)眶蜂窝织炎:大多数由眼眶邻近组织如眼睑、鼻及鼻窦等的感染蔓延至眼眶内组织引起,少数由眼眶穿透伤直接感染引起,由身体其他部位转移引起的更为少见。急性炎症如不能及时控制,则可因组织坏死形成眼眶脓肿,穿破皮肤后形成瘻管。

(2)血栓性静脉炎:可有前部血栓性静脉炎和后部血栓性静脉炎之分,前者可以认为是眶蜂窝织炎的一个阶段,由眼睑、鼻、面部等病灶通过静脉波及眼眶引起。后者则由海绵窦血栓形成逆向扩散而来,可始于一侧,迅速蔓延至对侧,因眼眶内静脉回流受阻,眼睑及结膜瘀血,小静脉呈蓝紫色曲张,除上述所有眼眶急性炎症所共有的症状体征外,常有颅脑病变的临床表现。

(3)眶骨膜炎:大多数继发于急性鼻窦炎,也可见于急性泪囊炎后,眼眶前部的骨膜炎病灶靠近眶缘,局部疼痛、触痛,红肿明显,眼球可向病灶对侧方向移位,而向病灶方向转动受限,眼眶后部的骨膜炎由鼻窦炎蔓延引起,发展稍为缓慢,因病变靠近眶尖,眼球多向正前方突出,眼睑及球结膜充血水肿。如动眼神经、滑车神经、外展神经和三叉神经第一支等通过眶上裂出入颅内的组织受损,可出现上睑下垂、瞳孔散大、眼球偏斜、感觉及运动障碍,称为“眶尖综合征”,若炎症向颅内蔓延,可危及生命。

(4)眼球筋膜炎:浆液性眼球筋膜炎可能由变态反应引起,单眼或双眼发病,患眼疼痛,并有压痛,球结膜充血水肿明显,眼球突出较轻,但可有运动障碍。化脓性眼球筋膜炎为全眼球炎临床表现的一部分,眼球因化脓感染,破坏严重,诊断不难。

2. 眼眶慢性炎症

(1)炎性假瘤:是常见眼眶病之一,因其临床症状类似肿瘤,组织学表现属于特发性炎症,故名炎性假瘤。病因至今不明,多数学

者认为是一种免疫反应性疾病,部分病人除眼眶以外,鼻窦和身体其他部位也可同时发病。病人大多数为中年人,单眼或双眼先后发病。本病可侵及眶内各种软组织。但主要发生于某特定部位,如眶脂肪、眼外肌或泪腺。按组织类型可分为淋巴组织浸润型、纤维增生型和混合型。因病变部位和组织类型不同,临床表现也有差别。浸润型和混合型发病较快,早期即可出现眼球突出和移位,逐渐加重,伴有眼痛、复视等症状,眼睑和结膜可有充血、水肿,眼外肌受侵时眼球运动受限。泪腺组织受侵者,上睑外侧及颞上方球结膜充血水肿。半数病人可扪及肿块,质地较硬。增生型者因纤维含量多,甚至可硬如骨。因炎症浸润或肿块压迫可引起视乳头水肿或视神经萎缩,造成视力损害。眼部超声检查对诊断有较大帮助,浸润型极少有内回声,透声性较强,硬化型者声衰减明显,常只能显示病变前部。混合型可显示界限不清、形状不规则的低回声区。CT扫描显示形状不规则、边界不整齐、质地不均匀的块影,并常显示眼环增宽、眼肌肥大。MRI检查,浸润型和混合型显示为 T_1W_1 中信号, T_2W_1 为高信号,增生型者 T_1W_1 和 T_2W_2 均为低信号。活组织病理检查能鉴别炎性假瘤与恶性肿瘤,但浸润型假瘤与恶性淋巴瘤有时较难鉴别。诊断为炎性假瘤者,可用皮质类固醇治疗,一般可用地塞米松10mg静脉滴注,1/d,或口服强的松60mg,1/d,1~2周后逐渐减量,浸润型假瘤对激素治疗敏感,眼球突出和其他症状可有明显减轻,增生型假瘤对治疗效果较差,应考虑手术切除。

(2)特异性肉芽肿:由结核杆菌、梅毒螺旋体、真菌等引起特异病原性肉芽肿引起眼球突出者很少见,除非形成瘰管,分泌物涂片培养找到病原体,才能明确诊断。

(3)寄生虫性肉芽肿:由绦虫的成虫或囊虫侵入眼眶内引起眼球突出者也少见,西北农牧地区发病者多。患眼突出发展较快,伴有

疼痛,病人粪便中可有白色虫体体节,嗜酸性细胞增高,如能找到绦虫卵可以进一步确定诊断。有的病人皮下有数量不等的囊虫结节,活组织检查可发现有囊虫存在。裂头蚴侵入眼眶引起眼球突出这见于南方地区,病人有捕杀青蛙或用青蛙皮贴敷眼睑治疗眼疾的病史,眼睑可有红肿、眼球突出、眼部游走性疼痛,最甚处可扪及结节性肿块,手术切除肿块,肿块切面呈桑椹样改变,内可有活的成虫。其他寄生虫如血吸虫、肺吸虫、丝虫等引起眶内病变的极罕见。

(4)眶内异物存留:眼眶外伤,眶内异物存留,特别是眶内植物性异物存留可以引起眶组织慢性炎症,形成肉芽肿可引起眼球突出。一般可于受伤后1~2年出现眼球突出,并常有炎症形成瘰管,经久不愈。近年笔者经治若干例眶内异物病人之经验:X线平片常无明显异常,超声检查、CT片虽然可以发现炎症性肿块,但难定性质,也常难发现异物,如用探针伸入瘰管深部确常可探及硬物,只有手术摘除异物,切除瘰管,炎症才会消退,眼球位置可望恢复正常。

(三)内分泌性突眼

内分泌功能发生障碍时可以影响甲状腺的合成和分泌,促甲状腺素和甲状腺素之间的相互调节作用失衡,引起甲状腺疾患如甲状腺功能亢进、甲状腺机能低下和单纯性甲状腺肿,其中以甲亢最为常见,与眼科的关系最为密切,病人往往因眼球突出首先就诊于眼科。

甲亢又称突眼性甲状腺肿或Basedow病,由于甲状腺素分泌过多,机体的组织氧化加速,新陈代谢率增高,引起一系列内分泌系统的症状和体征。

就突眼而言,内分泌性突眼可分为两类:一为甲状腺素中毒性突眼,即由甲状腺素分泌过多引起的突眼,亦即突眼性甲状腺肿。另一为促甲状腺素性突眼,即由促甲状腺素分泌过多引起的突眼,亦称为恶性突眼。如果以

眼部病变轻重不同则可分为轻症内分泌性突眼和重症内分泌性突眼。现今认为甲亢主要发生轻型突眼,大多数病人无眼部充血及组织浸润,眼部症状少、体征轻,眼功能无明显障碍,仅少数病人发生恶性突眼,而促甲状腺素因可直接作用于眶脂肪、眼外肌等,引起组织充血水肿、浸润,主要表现为恶性突眼,自觉症状重,突眼明显,眼部并发症多。Hall 等(1970)提出,凡甲状腺机能异常,伴有眼部体征者称为 Graves 眼病变,而有眼部体征而无甲亢症状,甲状腺机能试验正常者称为眼型 Graves 病。

1. 轻症内分泌性突眼 多见于中青年女性,发病缓慢,有弥漫性甲状腺肿大、精神紧张、神经过敏、情感波动、多汗、消瘦、乏力、易疲、心悸、心动过速等表现,基础代谢率增高,¹³¹碘吸收率增高,T₃、T₄含量增多,T₃抑制率降低。眼部的改变有:

(1)眼球突出,以双眼轴性前突最为多见,但也可单眼突出或双眼先后突出,眼球突出系眶内容水肿、细胞浸润、眼外肌肥大以及苗勒氏肌兴奋收缩的结果。

(2)上睑退缩(Darlymple 征),角膜上缘和上部巩膜暴露,眼裂变宽,出现凝视、惊恐表情,注视目标时上睑退缩更明显(Cocher 征)。

(3)瞬目运动减少(Stellwag 征)。

(4)上睑运动滞后(Graefe 征),向下注视时,上睑不能立即随眼球运动向下移动。

(5)上注视时,眼球运动又迟于上睑(Mean 征)。

(6)下睑移动迟缓(Griffith 征)。

(7)前额皮肤不起皱(Joffroy 征)。

(8)眼睑肿胀增厚(Enroth 征)。

(9)翻转上睑困难(Gifford 征)。

(10)眼睑闭合时出现颤动(Rosenboch 征)。

2. 重症内分泌性突眼 病人多为中年以上男性。可由轻症发展而来,也可见于甲亢

被药物或手术控制后,或治疗后甲状腺功能低下变为粘液水肿时。实验室检查结果视甲状腺功能状态而有所不同。眼部改变大多为双侧性,也可单侧性,眼球突出明显,眼外肌因水肿、浸润变性,常发生眼球运动障碍。眼睑及球结膜充血水肿,甚至可呈水泡状突出于睑裂之外。角膜因暴露易发生浸润、溃疡甚至穿孔,继发感染形成眼内容炎或全眼球炎,整个眼球遭到破坏。角膜炎时常并发虹膜睫状体炎,出现房水混浊、瞳孔缩小、虹膜后粘连等体征。由于球后组织水肿浸润,影响眼球静脉回流,可引起视乳头水肿、视网膜出血渗出。

眼型 Graves 病的眼部表现,半数以上为单侧或两侧眼部体征不对称,¹³¹碘吸收率、T₃、T₄含量正常,T₃抑制试验降低,甲状腺球蛋白抗体效价增高。

诊断:内分泌性突眼一般都有较典型的症状体征,但有时单侧性突眼需与眶内肿瘤和炎性假瘤相鉴别。甲状腺机能试验为必须检查的项目,超声检查眼眶内无明显占位性块影,而眼外肌可有增粗增厚现象。CT 检查表现为眼外肌纺锤形膨大。单独一条眼外肌异常,其他眼外肌正常时可能误诊为肿瘤,但大部分病例眼外肌增厚和密度增高呈均匀对称性改变。即使单眼突出,CT 扫描常显示双侧眼外肌受累。如治疗有效,肿胀的眼外肌会缩小。

治疗:内分泌性突眼的眼科治疗多为对症治疗,大量皮质类固醇对恶性突眼和急性 Graves 眼病效果明显,对慢性突眼和眼肌肥大疗效较差,眼部用药主要是保护角膜、预防和治疗感染。睡前涂抗生素眼膏并盖以眼垫。如已发生角膜炎症,应滴或涂阿托品等散瞳药物,口服维生素 B、维生素 AD 等药物。对眼球突出严重,有暴露性角膜溃疡时,应作上下睑部分缝合术,如效果不满意,眼球继续前突时,可作眶内减压术。

三、眶内血管性病变、囊肿和肿瘤引起的突眼

(一)眶内血管性病变或外伤

1. 眶内血肿 眼眶局部钝伤可引起眶内出血,形成血肿,眼睑瘀血肿胀,球结膜下常有出血,眼球突出程度一般不重,眼球运动可以轻度受限,一般约经3周左右,出血逐渐吸收,眼球恢复正常位置。有时颅脑外伤、胸腹部挤压伤也可引起眶内出血,全身症状明显,危及生命。眼眶穿孔伤或作眼球后注射麻醉药或其他药物,如损伤眶内血管时,也可引起眼球突出,可逐渐吸收。

2. 眼眶静脉曲张 原发性者由眶静脉先天性畸形引起,发展慢,多于成年后才出现明显症状。继发性者多由眼眶外伤后眶内动静脉短路造成,可伴有眼球搏动感,闻有杂音,体征甚为典型,表现为间歇性眼球突出,低头、颈静脉受压、剧烈咳嗽等情况下眼球迅速前突,并有胀感,站立或解除颈部压力、或咳嗽停止后眼球随即恢复原位,甚或较健侧略呈凹陷。在间歇性突眼中,约90%由眶静脉曲张引起,眶内血管瘤患者也可有间歇性突眼,但为数甚少,且直立时眼球突出仅是程度减轻,而不会消失。

3. 血管瘤 是引起单侧眼球突出的常见原因之一,多见于青年人,病情发展缓慢,大多无自觉症状,眼球运动不受影响,眶缘深部可扪及光滑、质地中等、略有弹性的肿块。X线平片常见眼眶扩大,肿块不易显示。超声波检查可见边界清楚的圆形或类圆形实质性肿块。CT更能从图像上直观清晰地显示肿块的形态、大小、位置、性质,表现为边缘清楚的软组织块影,密度较其周围的眶脂肪高,对比增强呈强阳性。病理学上眼眶血管瘤有海绵状血管瘤、毛细血管瘤、蔓状血管瘤和血管内皮瘤之分,以海绵状血管瘤最常见,占眼眶

血管瘤的80%以上,其他几种血管瘤少见,发病年龄或小或大,发病速度相对较快。

4. 动静脉瘘 是搏动性眼球突出的最主要原因,绝大多数为颈动脉海绵窦瘘。病人有颅脑外伤史,发病突然,眼球前突并有与脉搏一致的搏动,扪之有震颤感,眼部听诊有杂音,如压迫同侧颈动脉,上述症状体征随即减轻以至消失。除眼球突出外,患侧眼球结膜曲张,视乳头瘀血水肿,视网膜中央静脉及分支也迂曲扩张,视网膜可有出血,有的病人眼压增高,角膜有混浊水肿,还可能出现眶上裂综合征。眶内的动静脉瘘很少见,症状与体征都不如颈动脉海绵窦瘘明显。

动静脉瘘一般可根据症状体征作出诊断,CT可以显示扩张的眼上静脉,特别是增强以后更明显。颈动脉数字减影血管造影多能确定病变发生部位。本病手术困难,危险性大,可根据造影结果显示的病变部位作栓塞治疗。

(二)囊肿

眼眶囊肿包括皮样囊肿、脑膨出、粘液囊肿、牙囊肿、血囊肿等多种。

1. 皮样囊肿 是胚胎发育过程中表面外胚层内陷引起的先天性囊肿,好发于颅骨骨缝处,以眼眶外上方最多见。由于部位较深,发展缓慢,往往到成年以后始发现,表现为渐进性眼球突出下移,一般不影响视力,但如囊肿较大,可以影响眼球运动。眼眶扪诊时,肿块多呈球形,表面光滑,质地中等,有弹性感,位置固定,不能推动,与皮肤无粘连。X线平片可见圆形或类圆形边缘清楚的白色硬化线条,为囊肿局限性压迫眶骨引起。CT片示囊肿为低密度区,负CT值,增强后呈环形强化,内容物显影并不增强,不规则的骨凹陷或缺损可与颅凹、颅腔相通,MRI的图像 T_1W_1 和 T_2W_2 均为高信号。

眼眶内上方的皮样囊肿应与来自额窦、筛窦与蝶窦的粘液囊肿鉴别,X线平片和CT片上两种囊肿的变性表现不同,而诊断