

精编

眼科疾病诊疗学

王桂初 主编



吉林科学技术出版社

精编

眼科疾病诊疗学

王桂初 主编



IC 吉林科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

精编眼科疾病诊疗学 / 王桂初主编. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.6

ISBN 978-7-5578-4644-2

I. ①精… II. ①王… III. ①眼病—诊疗 IV.
①R771

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第140218号

精编眼科疾病诊疗学

出版人 李 梁
责任编辑 孟 波 孙 默
装帧设计 陈 磊
开 本 889mm×1194mm 1/16
字 数 250千字
印 张 12.75
印 数 1-3000册
版 次 2019年5月第1版
印 次 2019年5月第1次印刷

出 版 吉林出版集团
吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85677817 85600611 85670016
储运部电话 0431-84612872
编辑部电话 0431-85635186
网 址 www.jlstp.net
印 刷 三河市天润建兴印务有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-4644-2
定 价 219.00元
如有印装质量问题 可寄出版社调换
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85659498

前 言

近年来,随着科学技术的发展,国内外眼科学领域新理论、新技术、新方法不断涌现,使眼病的基础理论研究、临床诊断和治疗均取得了巨大的发展。同时,人们对眼科医疗服务的需求也不断增加,这些都给眼科医生提出了较高的要求。

本书涵盖了眼科常见症状、常用检查及治疗方法。眼外伤、结膜病、角膜病、巩膜病、晶状体病、葡萄膜病等内容。本书结构严谨、层次分明、内容新颖、专业度高、实用性强,是一本具有一定参考价值的眼科医学类专业书籍。

由于本书篇幅有限,难以将所有疾病全部列入。虽然编者在编写过程中精益求精,对稿件进行了多次认真的修改,但由于编写经验不足,加之时间有限,书中难免存在遗漏或不足之处,敬请广大读者提出宝贵的修改建议,以期再版时修正完善。

目 录

第一章 眼科常见症状	(1)
第一节 视力障碍	(1)
第二节 红眼	(10)
第三节 眼痛	(15)
第四节 眼痒	(21)
第五节 溢泪	(21)
第六节 角膜浑浊	(25)
第二章 眼科常用诊断方法	(30)
第一节 眼的一般检查	(30)
第二节 裂隙灯显微镜	(31)
第三节 前房角镜检查	(32)
第四节 眼压测定	(34)
第五节 检眼镜检查	(36)
第六节 眼底血管造影	(37)
第七节 眼科影像学检查	(38)
第三章 眼科常用治疗方法	(41)
第一节 眼部给药法	(41)
第二节 物理疗法	(45)
第三节 冲洗法	(48)
第四节 眼的激光治疗	(50)
第四章 眼外伤	(61)
第一节 眼球前节机械性眼外伤	(61)

第二节	眼球后节机械性眼外伤	(67)
第三节	眼附属器机械性眼外伤	(72)
第四节	化学性眼外伤	(75)
第五章	眼眶疾病	(79)
第一节	眼球突出	(79)
第二节	眼眶炎症	(83)
第三节	眶内囊肿和眼眶肿瘤	(86)
第六章	眼睑疾病	(94)
第一节	解剖生理	(94)
第二节	眼睑水肿与眼睑出血	(95)
第三节	眼睑皮肤病	(96)
第四节	睑缘病	(101)
第五节	睑腺疾病	(103)
第六节	眼睑位置异常	(105)
第七节	眼睑肿瘤	(109)
第七章	泪器疾病	(114)
第一节	解剖生理	(114)
第二节	泪道病	(119)
第八章	结膜疾病	(125)
第一节	感染性结膜炎	(125)
第二节	非感染性结膜炎	(132)
第三节	变性结膜疾病	(139)
第四节	结膜肿瘤	(141)
第九章	角膜疾病	(146)
第一节	细菌性角膜炎	(146)
第二节	角膜变形与营养不良	(151)
第三节	角膜发育异常	(158)
第四节	角膜肿瘤	(162)
第十章	葡萄膜疾病	(167)
第一节	葡萄膜炎	(167)
第二节	葡萄膜囊肿和肿瘤	(171)
第三节	葡萄膜先天性异常	(178)

第十一章	巩膜疾病	(180)
第一节	巩膜外层炎	(180)
第二节	巩膜炎	(181)
第十二章	晶状体疾病	(183)
第一节	白内障	(183)
第二节	晶状体异位和脱位	(190)
参 考 文 献		(193)

第一章 眼科常见症状

第一节 视力障碍

眼功能包括形觉、色觉和光觉。视力是比较精确地表示形觉的功能,可分为中心视力和周边视力。中心视力是通过黄斑中心获得的,周边视力指黄斑以外的视网膜功能。故视力是视功能的具体表现之一。视力发生障碍,虽然很轻微,但说明了视功能受到了影响。

【病因】

引起视力障碍的病变所在部位甚为广泛,因而造成视力障碍的原因也多种多样。

1.炎症是引起视力障碍最常见的原因。

(1)感染性:由细菌、病毒、衣原体、真菌、寄生虫等引起的角膜炎、角膜溃疡、虹膜睫状体炎、脉络膜炎、眼内炎、全眼球炎、眼眶蜂窝织炎等。

(2)非感染性:泡性角膜炎、基质性角膜炎、葡萄膜炎(包括虹膜睫状体炎、脉络膜炎)、交感性眼炎、原田病、白塞综合征等。

2.屈光不正近视、远视、散光。

3.斜视、弱视

4.眼创伤 眼球穿孔伤、钝挫伤、爆炸伤、化学烧伤、辐射伤等。

5.青光眼。

6.各种眼病所致后遗症角膜瘢痕、瞳孔膜闭、瞳孔闭锁、玻璃体浑浊。

7.全身循环障碍、代谢障碍及遗传性疾病所致眼病变高血压性视网膜病、糖尿病视网膜、肾炎性视网膜病变、妊娠高血压综合征、血液病性视网膜病变、视网膜色素变性、黄斑变性、缺血性视神经病变、Leber 病等各种眼底病变及糖尿病白内障。

8.视网膜血管病和视网膜脱离 视网膜动脉阻塞、视网膜静脉阻塞、中心性浆

液性脉络膜视网膜病变、视网膜血管炎、视网膜脱离等。

9.老年性和变性病变老年性白内障、角膜变性、老年性黄斑变性。

10.肿瘤眼内肿瘤、眼眶肿瘤转移癌或侵及眼球的眼睑肿瘤等。

11.其他视路病变、伪盲。

【诊断】

患者主诉视力减退,首先应了解确切的视力情况,包括远视力和近视力,以除外屈光不正和老视。若远、近视力均不好,则应看有无眼红,即睫状充血。如存在睫状充血,应当考虑角膜炎、虹膜睫状体炎(包括外伤所致)、闭角型青光眼。若无睫状充血,则应检查屈光间质有无浑浊,如角膜瘢痕、变性、白内障、玻璃体浑浊等。或为开角型青光眼、眼底病变。通过眼底检查,对视网膜、脉络膜、视神经病变可以明确。如上述病变均不明显,则要通过视野检查除外视路病变;若均为阴性,应除外弱视。当然还应结合主诉中的其他症状全面分析。因此详细询问病史及从前向后逐步细致地检查是非常重要的。

(一)病史

详细询问视力障碍的发生发展过程。视力障碍是单眼还是双眼:是同时还是先后发生;是迅速发生还是逐渐发生;是远视力差,还是近视力差,抑或远近视力都差。有无其他症状,如眼充血、羞明、流泪、异物感、疼痛,以除外角膜炎、角膜异物、虹膜睫状体炎。头痛、眼胀、雾视、虹视为除外青光眼、单眼复视,考虑角膜、晶状体、玻璃体的浑浊、晶状体半脱位。暗点、色视、小视、夜盲、视物变形、视野缺损、眼前黑影飘动、闪光感等症状,应考虑眼底病变。并注意有无创伤史。

(二)体格检查

1.全身检查 视力障碍可由全身性疾病引起,故全面体检非常重要。尤其应注意神经、心血管及内分泌等系统的检查。

2.眼部检查 必须系统、全面地从眼外到眼内进行检查。先右后左,以防遗漏重要体征。

(1)视力:视力包括远视力和近视力检查,以便对视力障碍有一个初步印象。远视力不佳、近视力尚好,可能为近视、散光等。近视力不佳、远视力良好,可能为远视。40岁以上者考虑为老视。远、近视力均不佳,可为远视或散光,或是屈光间质浑浊、眼底或视神经病变、颅内病变等。如有睫状充血应考虑角膜炎、虹膜睫状体炎、青光眼。视力突然障碍,可能为视网膜中央动脉阻塞、缺血性视神经病变。数日内视力迅速减退,可能为视网膜中央静脉阻塞、视网膜脱离、玻璃体出血、眼及颅脑创伤、中毒、颅内急性病变等。无光感可能系视神经萎缩、眼球萎缩、眼球结

核、绝对期青光眼、皮质盲等。对上述视力有了初步印象后,应按一定的步骤,从前向后逐步深入地检查。

(2) 外眼检查

①眼睑:一般眼睑病变很少引起视力障碍,只有当眼睑病变引起刺激因素者,才会出现视力障碍。如眼睑内、外翻,倒睫,结膜结石,睑缘炎,瘢痕形成等。

②眼眶与眼球:眼球突出与凹陷否,眼球位置有无异常。眶周能否触及肿物,眼球转动是否受限。

③角膜:大小,有无血管翳、浸润、溃疡、瘢痕、变性、异物、畸形。

④前房:深浅、房水浑浊程度,有无积脓、积血、渗出物。

⑤虹膜:颜色、纹理,有无缺损(先天、手术),有无结节、萎缩、前后粘连、新生血管、震颤(注意双眼对比)。

⑥瞳孔:形状、大小、边缘、光反应(直接、间接、辐辏)。瞳孔区有无渗出物、色素等。

⑦晶状体:是否存在,其位置及透明度。

(3)玻璃体及眼底检查:在暗室内用直接或间接检眼镜进行检查。观察玻璃体有无浑浊、出血、液化、变性、异物、寄生虫等。检查眼底应注意视盘、视网膜血管、黄斑及眼底全貌,有无炎症、出血、渗出、变性、畸形等。

(4) 特殊检查

①裂隙灯显微镜检查:能进一步观察眼部各组织的微细变化。注意角膜、房水、晶状体及前部玻璃体的微细病变。结合角膜染色术(2%荧光素溶液染色),以鉴别角膜新鲜与陈旧病变。结合前房角镜观察前房角的变化,结合三面镜观察眼底各部位的改变。

②视野:包括中心视野和周边视野,以了解视神经、视网膜及视路的功能变化。

③检影、试镜:了解屈光状态。

(5)眼压及眼球突出度的测量:青光眼的眼压测量是必不可少的,但对诊断难以明确者,尚需进一步做24小时眼压曲线、房水流出易度C值测定以及眼压激发试验。

(三) 辅助检查

1. 实验室检查 为了明确诊断或追究病因,血压,血、尿常规,红细胞沉降率、血糖、结核菌素试验、甲状腺功能检查、病理检查等均有重要参考价值。

2. 器械检查

(1)荧光素眼底血管造影:能进一步了解眼底血液循环(达毛细血管水平)的细

微结构、动态变化以及功能上的改变,为眼底病提出更多、更详尽的诊断依据。

(2)视觉电生理检查:包括视网膜电图(ERG)、眼电图(EOG)、视诱发电位(VEP)等,以了解视网膜及视路功能。

(3)影像检查:包括胸部、眼眶X线检查,超声探查(A超、B超、超声多普勒),CT扫描,磁共振成像(MRI)等。可以显示眼部结构和病理变化,对眼部不透明组织可达到直接视诊目的。

【鉴别诊断】

创伤所致视力障碍有创伤史为依据,一般无需鉴别,以下重点介绍视力障碍无红眼症状的眼病。

(一)屈光不正与调节障碍

这种视力障碍多半是逐渐的,很难说清有病日期,眼部无异常发现。

1.近视 远视力减退,近视力正常。中度以上轴性近视可出现玻璃体液化、浑浊,主观感眼前黑影飘动。眼底呈豹纹状,视神经盘颞侧有弧形斑。若后极部巩膜向后扩张,导致 Bruch 膜变性,产生漆样裂纹,引起黄斑部视网膜下新生血管,而致黄斑出血。亦可致脉络膜萎缩,或形成后巩膜葡萄肿。此时近视力也受影响,称病理性近视。通过观察眼底征象及所用观测镜识别。通过检影、试镜明确诊断。

2.远视 轻度远视可以被调节代偿,故青少年轻度远视者,远、近视力可保持正常。只有度数较高的远视眼才会显出视力减退,且近视力比远视力减退早而明显。患者常因调节疲劳而有眼胀、头痛等症状。眼底检查及检影验光可明确诊断。

3.散光 远、近视力均不清晰,似有重影,伴眼胀痛、头痛,甚至恶心、呕吐等眼疲劳症状。眼底检查有时可见视盘呈垂直椭圆形,边缘模糊,用检眼镜不能很清晰地看清眼底。可通过检影验光明确诊断。

4.老视 40 岁以上远视力正常,近视力减退,年龄愈大、近视力减退愈明显。特别是近距离工作时视物不清,为了看清楚,不自觉地物体挪远,并将头后仰,甚或出现调节疲劳,如眼胀、头痛和眼眶部疼痛等。可戴正透镜予以矫正。

(二)屈光间质病变

1.角膜瘢痕或变性 角膜是无血管结构的透明组织。透明是角膜组织的最大特征,是担负其生理功能的基本要素。一旦因创伤或有害因素影响,使其透明度丧失发生浑浊,就会引起视力障碍。角膜浑浊一般通过检查即可被发现。轻者似蒙着纱幕样略呈灰雾状,重者呈磁白色。然而极轻微的浑浊尚需经特殊检查才能发现。角膜浑浊可以是全部,也可为局限性。只要发现浑浊,应进一步了解其性质。

2.白内障 白内障是常见眼病和主要致盲原因之一。可按病因、发生年龄、

晶状体浑浊的部位和形态进行分类。但无论哪种类型的白内障都可借助视力及晶状体浑浊情况予以确诊。若晶状体浑浊较轻,则需通过裂隙灯显微镜检查才能确诊。若浑浊明显,则借手电即可观察到瞳孔区呈灰白色浑浊。

(1)老年性白内障:是最常见的白内障,多在50岁以后,发病率随年龄增长而增加。多为双侧性,两眼可先后发病。可出现进行性视力减退,或出现单眼复视或多视,也有出现第二视力者。根据晶状体浑浊部位及形态分为皮质性白内障、核性白内障和后囊下白内障三类。皮质性者,初起浑浊出现在晶状体周边部,呈尖端向中心的楔形,故瞳孔常态下常不易被发现。继之晶状体核硬化,屈光力增强,产生晶状体性近视,使近视力改善,即为第二视力。晶状体浑浊逐渐发展至完全浑浊,视力可仅为指数、手动或光感。核性白内障是晶状体浑浊始于晶状体核,强光下因瞳孔缩小而使视力减退,进展缓慢。常有病情发展至相当程度,仍保持较好的近视力,直至晶状体核变为深棕色、皮质也发生浑浊时,近视力才显著降低。后囊下白内障是初起在晶状体后极部囊下皮质浅层出现金黄色或白色颗粒,间或有小空泡的盘状浑浊,因浑浊位于视轴区,早期即影响视力。常与核性及皮质性白内障同时存在。

(2)先天性白内障:有些除晶状体浑浊外,还有全身及眼部异常。晶状体浑浊多为双眼、静止性。呈前后极、花冠状、绕核性或完全性浑浊形态。

(3)并发性白内障:是指由眼内病变引起的白内障。常见眼病有青光眼、葡萄膜炎、视网膜脱离、视网膜色素变性、视网膜血管病等。晶状体浑浊常位于后囊,呈褐色菊花型。

(4)全身疾病性所致白内障:最常见的是糖尿病性白内障。年龄大者,体征多与老年性白内障相似,只是发病年龄较早,发展较快。典型的青少年糖尿病性白内障,多双眼发病,进展迅速。早期晶状体前后囊下出现点状或雪片状浑浊,可在数周或数月内晶状体完全浑浊。

(5)低钙性白内障:或称手足搐搦性白内障。可有甲状旁腺功能低下、婴幼儿软骨病、孕妇或哺乳期缺钙。晶状体浑浊位于前后皮质,呈多数白点或红、绿、蓝色微粒结晶,浑浊区与晶状体囊之间有透明分界,重者可迅速完全浑浊。

3.晶状体脱位 晶状体脱位分全脱位和不全脱位。全脱位时,瞳孔区晶状体缺如,表现前房加深、虹膜震颤、眼底呈高度远视性改变,凸透镜片能改善视力。不全脱位可有单眼复视,检眼镜检查呈双乳头像。轻者散瞳后用裂隙灯显微镜观察才能发现;明显者在瞳孔可见晶状体边缘,并有新月弧形的明暗对比。可伴虹膜震颤或玻璃体疝。

4.玻璃体浑浊 玻璃体浑浊不是一种独立的疾病,而是某些眼病的一种表现。多系眼内炎症、出血、变性、异物、寄生虫等引起。轻者可有眼前黑影飘动,视力可无影响;重者自觉眼前呈云雾状昏暗,甚或仅有光感。用眼底镜检查,可见玻璃体有浑浊物飘动,重者无红光反射,眼底难以窥见。

5.开角型青光眼 开角型青光眼又称慢性单纯性青光眼。其主要特点是高眼压状态下,前房角宽而开放,与闭角型青光眼发作时房角关闭有着根本性不同。大多数患者早期无任何症状,少数病例眼压高时感头晕、头痛、眼胀或黑朦。在此阶段有时无明显体征,常被疏漏;或眼压不稳定,只有测 24 小时眼压才有助于诊断。随着病情的发展,眼压逐渐增高,视神经盘杯盘比值增大、视网膜神经纤维层病变及视野缺损,诊断才能成立。有时典型症状出现时,视力视野几尽丧失,已达不可逆转的程度。因此本病的早期诊断至关重要。有下列情况者应做青光眼排除检查:①有开角型青光眼家族史者;②晨起阅读困难;③老年人频换老视眼镜;④进行性高度近视;⑤患视网膜静脉阻塞;⑥一眼已发病,另眼应及时做检查;⑦视神经盘杯盘比值 $C/D > 0.6$ 。尤其对眼压偏高,且可疑视盘改变时更应做全面检查,以便早期确诊。

检查包括:①详查眼底,主要观察 C/D 比值,视网膜神经纤维层病变情况;②详细检查视野,主要有中心外暗点及鼻侧阶梯状暗点、弓状暗点、环状暗点,或向心性收缩,晚期呈管状视野;③前房角镜检查;④眼压描记 C 值;⑤检测 24 小时眼压波动;⑥必要时做眼压激发试验。本病应与慢性闭角型青光眼鉴别。后者外眼也可无充血,自觉症状不明显,但可有典型的小发作史,即使有轻度眼胀、头痛及视物稍模糊,但常有虹视。而开角型青光眼多无自觉症状。慢性闭角型青光眼的视神经盘凹陷较开角型者浅,且前房角为窄角,并有粘连。而开角型青光眼前房角为宽角,个别者为窄角。两者主要鉴别方法是在高眼压情况下查房角,如房角宽而开放则为开角型青光眼。

6.眼底病变 外眼检查多无任何变化,其症状主要是视力减退,视物变形、变小,色视、暗点等。

(1)视网膜血管阻塞

①视网膜动脉阻塞:本病属眼科急症。能致瞬间失明,如不及时抢救会造成永久性视力障碍。单眼发病,以左眼多见。根据阻塞部位不同,分为视网膜中央动脉阻塞和视网膜分支动脉阻塞。眼底特点主要表现为缺血状态。动脉管径狭细,后极部视网膜呈乳白色水肿,黄斑中心有樱桃红点。眼底很少出血,晚期可继发视神经萎缩。如阻塞限于动脉分支,则病变以该分支供血的视网膜区为限。视网膜中

中央动脉阻塞可表现视野缩小或呈管状,有时颞侧仅留一小片岛状视野。电生理检查呈典型的负相波。眼底荧光血管造影表现为动脉充盈迟缓,动静脉血管内荧光素流变细,或呈串珠状、树枝折断状,毛细血管闭塞。偶有染料渗漏或血管瘤样改变。

②视网膜静脉阻塞:视力在数日内迅速减退,不像动脉阻塞那样突然。根据阻塞部位不同分为视网膜中央静脉、视网膜半侧静脉和视网膜分支静脉阻塞。黄斑区受累时则视力显著下降。眼底表现为视神经盘正常或水肿,边界模糊,可被出血掩盖。视网膜动脉细、反光强,静脉迂曲扩张,如腊肠状。沿静脉干可见视网膜有火焰状出血,有时出现棉絮样斑。病变可波及黄斑,并有黄斑水肿。根据阻塞部位的不同,其病变波及范围也不一致,但眼底改变基本一致。眼底荧光血管造影可有静脉回流时间延长,视神经盘毛细血管扩张,染料渗漏。静脉管壁也可见荧光素渗漏。视网膜毛细血管扩张,微动脉瘤形成,晚期染料渗漏。黄斑区可出现点状或花瓣状染料渗漏,形成黄斑囊样水肿,甚或出现囊样变性,黄斑裂孔。如有视网膜大片无灌注区形成,可诱发新生血管,导致玻璃体出血、增殖,牵引性视网膜脱离。也可产生新生血管性青光眼。

(2)视网膜静脉周围炎:也称 Eales 病或青年复发性视网膜玻璃体出血。多见于男性青壮年,双眼先后发病,有复发趋势。病变多起于周边部视网膜静脉。只有散瞳检查眼底时才能被发现。病变波及静脉主干时,静脉迂曲,有白鞘,眼底可有大量出血及渗出伴视网膜水肿。黄斑呈芒状渗出或囊样水肿。可并发静脉阻塞现象,大量视网膜出血若流入玻璃体,视力会突然减退。周边部毛细血管闭塞形成大片无灌注区,导致新生血管形成,也可造成出血流入玻璃体,产生增殖性玻璃体视网膜病变牵引性视网膜脱离。荧光血管造影,受累静脉管壁有荧光素渗漏和管壁着色,毛细血管扩张,微动脉瘤形成。晚期视网膜周边部有大片无灌注区,其周围可有微动脉瘤、动静脉短路和新生血管形成。黄斑也可出现点状渗漏或花瓣状渗漏。

(3)中心性浆液性脉络膜视网膜病变:是以黄斑区水肿为特征的常见眼底病。单眼或双眼均可发病,常易复发,多见于男性,发病年龄在 20~45 岁。病情可以自限。自觉视力减退,70%左右的患者视力在 0.5~1.0,很少低于 0.1。主诉视物不清,有中心暗点、视物变形、色视或小视。眼底检查,黄斑区局限性肿胀隆起,周围有光晕,中心凹反射消失。数周后有多数黄白小点沉着,或伴有色素紊乱。眼底荧光血管造影,静脉期可见一个或多个高荧光点,逐渐呈扩散型或喷出型染料渗漏。视野检查有中心暗点,应用 Amsher 方格表检查,能查出视物变形。

(4)视网膜脱离:指视网膜本身组织的神经上皮层和色素上皮层分离。分为裂孔源性视网膜脱离和非裂孔源性视网膜脱离。后者包括渗出性、牵引性和肿物所引起。通常所言,视网膜脱离主要指裂孔源性视网膜脱离。初起视网膜受到刺激产生闪光感及眼前黑影增多。继之视野中出现固定性黑影遮挡,视物变形及明显视力障碍。眼底检查,脱离区的视网膜呈灰白色水波纹状隆起,血管爬行其上。并发增殖性玻璃体视网膜病变者,眼底可见增殖条索和星状皱褶。脱离区内或附近,常可发现透见背景红色的视网膜裂孔。眼压低于正常。局限性脱离时,相应部位视野缩小,并有红蓝色视野交叉现象。

(5)原发性视网膜色素变性:具有遗传倾向的慢性进行性视网膜色素上皮和光感受器的变性疾病。夜盲和双眼视野逐渐向心性缩窄是本病主要特征。眼底检查,视神经盘呈蜡黄色,逐渐苍白萎缩,境界清晰。视网膜血管显著变细。早期赤道部视网膜有骨细胞样色素,遮盖部分血管。病变逐渐向后极部扩展,甚至累及黄斑,视网膜呈青灰色。眼底荧光血管造影,早期背景荧光呈斑驳状,动静脉充盈时间延长,晚期可有脉络膜血管无灌注区,也可见黄斑水肿所致的荧光素渗漏。视觉电生理检查视网膜电流图(ERG)呈熄灭型,眼动电泳图(EOG)表现为平坦波。

根据病史、视野、眼底不难做出诊断。早期病例可参考视觉电生理检查。

(6)全身性疾病的眼底病变:一些全身性疾病可引起眼底病变而导致视力障碍。除全身病的临床表现外,眼底表现各有其特点。

①高血压性视网膜病变:任何原因的血压增高都可引起眼底改变,其中包括视网膜病变、脉络膜血管改变以及视神经盘水肿。高血压分原发与继发两种,前者常发生在中老年人,以慢性进行性多见;后者以急进型多见,又称恶性高血压,多见于40岁以下,常见于肾病、妊娠高血压综合征、嗜铬细胞瘤等。视力障碍的程度与眼底改变的程度有关,多为双眼。眼底检查,视网膜小动脉部分或普遍性缩窄,管径不规则。血压长期持续增高,血管壁增厚,管腔狭窄,血管反光带增宽,失去透明性而呈铜丝样动脉、更重者呈银丝样动脉,并伴动静脉交叉压迫现象。由于血压急剧增高还可导致视网膜水肿、出血和渗出物。若高血压进入严重阶段还会产生视神经乳头水肿。

②慢性肾炎性视网膜病变:其眼底表现和高血压性视网膜病变极相似。特别是晚期高血压病有肾功能损害时,两者鉴别困难。必须结合病史、临床表现及实验室检查全面分析。一般情况,慢性肾炎性视网膜病变眼底呈贫血状态、灰黄色调,水肿明显,絮状渗出多。黄斑区星芒状渗出斑多见,与红润清晰的高血压眼底截然不同。

③妊娠高血压综合征性视网膜病变:发生在妊娠末3个月,有高血压、水肿和蛋白尿,甚至惊厥、昏迷。眼底检查,早期视网膜小动脉痉挛性收缩,管径粗细不均,管壁光反射增强,在痉挛血管附近和脉络膜梗死的血管分支供应区相对应的视网膜表面或其下方出现灰白水肿。严重时出现渗出性视网膜脱离和视神经盘水肿。此时会出现严重视力障碍。眼底荧光血管造影可见局限性脉络膜循环障碍,其周围有代偿性脉络膜毛细血管扩张渗漏,通过色素上皮损害区渗液达神经上皮下面而导致视网膜脱离。同时尚可见到视网膜毛细血管不同程度的染料渗漏。终止妊娠后一般视力恢复较好。若病变损害黄斑部,或因视神经盘水肿导致视神经萎缩时,也会遗留永久性视力障碍。

④糖尿病性视网膜病变:是糖尿病的严重并发症之一,也是严重致盲眼病之一。眼底表现静脉迂曲、充盈,后极部出血点,微动脉瘤形成及黄白色硬性渗出物,或有灰白色软性渗出物及出血斑。重者有视网膜新生血管,以致引起视网膜玻璃体出血,形成增殖性玻璃体视网膜病变,牵引性视网膜脱离。眼底荧光血管造影,早期后极部可见微动脉瘤形成点状高荧光及视网膜毛细血管扩张,晚期均有染料渗漏,波及黄斑区时可有囊样水肿形成的花瓣状强荧光。也可有无灌注区形成的低荧光区,或新生血管形成的高荧光。电生理检查有助于鉴别。

(7)视神经及视路病变

①视神经炎:视力减退,视野向心性缩小或有中心暗点。炎症累及视神经盘时,眼底表现视神经盘充血,边缘模糊,轻度肿胀,盘面及盘缘少量出血、渗出。动脉细,静脉稍纤张。眼底荧光血管造影,动脉期视神经盘毛细血管扩张,随之染料逐渐渗漏,晚期视盘呈强荧光。如炎症累及视神经球后段,则称球后视神经炎。除视力障碍及视野改变外,外眼、眼底均无阳性体征。视觉电生理检查有助于诊断。急性期视力严重受损时,视觉诱发电位(VEP)显示潜伏期延长,振幅明显下降,甚至反应完全消失。视神经盘炎应与视神经盘水肿和缺血性视神经病变鉴别。

②视神经盘水肿:常由颅内压增高引起,病变多为双侧。早期出现一过性视力朦胧,晚期视力减退。眼底检查,视神经盘隆起度较高,边缘不清,生理凹陷消失。盘面及盘缘有火焰状出血或渗出,视网膜动脉正常或较细,静脉怒张。视野检查生理盲点扩大。眼底荧光血管造影视乳头上有扩张的毛细血管,静脉期多量扩张的表层辐射状毛细血管及微动脉瘤清晰可见,盘面很快出现荧光素渗漏,晚期视盘呈明显强荧光。

③缺血性视神经病变:分前部及后部缺血性视神经病变。是由于视神经的营养血管发生循环障碍所致急性营养不良性疾病。两者均会出现突然视力障碍。前

者眼底检查可有改变,视神经盘轻度水肿、色淡,有出血,血管正常或动脉稍细。视野检查常为与生理盲点相连的水平半盲或象限性视野缺损。眼底荧光血管造影,其特点为视神经盘上的梗阻区与未梗阻区荧光强弱不对称。此点和视神经盘炎、视神经盘水肿显著不同,以资鉴别。后部缺血性视神经病变早期眼底正常。视野检查,有中心或中心盲点暗点,水平或垂直偏盲,象限缺损或不规则周边缺损。晚期(4~6周后)可出现视神经萎缩。

④视路病变:该部位的病变可引起视力障碍,但在外部的直接检查是不易明确诊断的。视野检查是较为有效的诊断方法。炎症、创伤、异物、中毒、肿瘤均可导致该部位的病变。根据视野变化可以初步判断病变部位。如视野缩小伴中心暗点,考虑病变在视神经;双颞侧视野缺损提示病变在视交叉;双眼同侧视野缺损,病变在对侧视束;双眼同侧视野缺损,但无偏盲性瞳孔强直,提示病变在视野缺损的对侧视放射;双眼黑朦,瞳孔反射正常,眼底正常,为皮质盲,提示病变在距状沟皮质。为进一步明确诊断尚需结合全身体征及影像学检查。

(8)弱视:凡眼球外部、内部无任何器质性病变,矫正视力低于0.9者,即可诊断为弱视。

(9)伪盲:如视力与行动不相称,无疾病可资解释视力障碍的原因,患者拒绝检查或检查不合作,两侧瞳孔反应良好,反复测试视野可得出不同结果,要注意有无伪盲。进一步通过检查伪盲的方法予以确诊。检查伪盲的方法很多,常用者如缩短或移远检查视力的距离,若视力结果相同,则为伪盲。如在5m处查视力为0.2,而缩短距离为2.5m处查视力,所得结果仍为0.2,即可诊断为伪盲。又如检查健眼视野,但不遮盖盲眼,如果所得的鼻侧视野超过 60° ,可怀疑为伪盲。伪盲应与癔病性盲目或弱视鉴别。后者有精神因素存在,视诱发电位正常,暗示治疗有效。伪盲与皮质盲鉴别,后者为视中枢病变所致,异物突然出现在被检者眼前则缺乏瞬目反射。视动性眼球震颤消失。伪盲与球后视神经炎鉴别,后者有眼球转动疼痛、瞳孔开大、光反应不能持久、视野有哑铃形暗点、视诱发电位异常等以资鉴别。

第二节 红眼

红眼是指眼白发红。这是一种笼统的概念。球结膜和巩膜组织的血管在某种情况下出现扩张充血、淤血或出血时,即可呈现眼白发红。由于眼部各部分组织的血供来源不同,其表现的红眼形态也不一样,而反应的病变部位也不尽相同。因此红眼是许多眼病所共有的常见症状。临床诊断应进一步具体化,要了解引起红眼