

引文格式:朱利民,何彦津,林婷婷.眼眶急性炎症的病例分析及鉴别诊断[J].眼科新进展,2019,39(7):649-653.  
doi:10.13389/j.cnki.rao.2019.0149

【应用研究】

## 眼眶急性炎症的病例分析及鉴别诊断<sup>△</sup>

朱利民 何彦津 林婷婷

### Clinical analysis and antidiastole of eye disorders which manifest as acute orbital inflammation

ZHU Li-Min, HE Yan-Jin, LIN Ting-Ting

**[Abstract] Objective** To present instructions and provide treatments to patients with eye disorders in differential diagnosis that appear as orbital acute inflammation by analyzing the etiology, clinical manifestation, imageology, treatments and prognosis.

**Methods** Totally 23 patients (24 eyes) with complete clinical data were selected from the patients who were treated due to eyelid redness, swelling, local pain accompanying with dysfunction from January 2008 to December 2015, including 12 male (12 eyes) and 11 female (12 eyes). The clinical data was analyzed retrospectively. **Results**

There were 10 patients (11 eyes) that were caused by infective inflammation, including 5 patients (5 eyes) with orbital abscess, 2 patients (2 eyes) with endophthalmitis, 1 patient (2 eyes) with acute dacryocystitis, 1 patient (1 eye) with frontal sinus mucocele and 1 patient (1 eye) with sphenoiditis accompanying with orbital apex syndrome where the pathogens of infective inflammation mostly came from paranasal sinuses.

There were 9 patients (9 eyes) that were caused by noninfective inflammation, including 7 patients (7 eyes) with inflammatory pseudotumor, 1 patient (1 eye) with sjogren syndrome, and 1 patient (1 eye) with thyroid associated ophthalmopathy. There were 4 patients (4 eyes) that were caused by tumor, including 2 patients (2 eyes) with non-Hodgkin's lymphoma and 2 patients (2 eyes) with orbital-nasal malignant tumors. The

average duration of suffering from disease, such as infective inflammation, inflammatory pseudotumor, sjogren syndrome, thyroid associated ophthalmopathy and tumors, was 10.0, 34.0, 25.0, 7.0 and 140.0 days separately. All patients had acute or subacute ocular inflammation, but in varying degrees and different peculiarity, and imaging examination had the value in differential diagnosis. The therapies were based on accurate diagnoses. But as an emergency treatment, prompt and adequate use of antibiotics locally and systemically was recommended, and mannitol dehydrate was used to decrease orbital pressure and protect visual function. In the patients of ineffective antibiotic treatment, a small dose of corticosteroid was used in the diagnostic treatment. With regard to the clear orbital tumor, combined operation was executed in the treatment as appropriate. The infectious inflammations usually didn't relapse after the pathogens eradication. But the recurrence rate of inflammatory pseudotumor was high. Malignant tumors usually had poor prognosis. **Conclusion** Orbital inflammation is the most common clinical pathologic process in orbital disease. Acute inflammation often performs like orbital cellulitis, but the etiology diagnoses are diverse and complicated. Medical history, clinical

manifestation, imaging and lab examinations must be analyzed synthetically in order to make proper etiological diagnosis. The correct diagnosis and appropriate treatment are crucial to avoid ocular function damage.

**[Key words]** orbit; infective inflammation; inflammatory pseudotumor; orbital tumor; differential diagnosis

作者简介:朱利民,男,1975年12月出生,江西人,硕士。研究方向:眼眶病、眼肿瘤、泪道疾病和眼整形的诊断和治疗。联系电话:13132236176; E-mail: zlmjojo@163.com; ORCID: 0000-0002-9042-1874

**About ZHU Li-Min:** Male, born in December, 1975. Master degree. Tel: 13132236176; E-mail: zlmjojo@163.com; ORCID: 0000-0002-9042-1874

收稿日期:2018-05-21

修回日期:2019-01-20

本文编辑:申蓝

**△基金项目:**天津市自然科学基金青年项目(编号:16JCQNJC123-00);天津医科大学眼科医院高水平创新型人才培养基金青年创新人才项目(编号:YDYRCXM-C2018-03)

**作者单位:**300384 天津市,天津市视网膜功能与疾病重点实验室,天津医科大学眼科医院,天津医科大学眼视光学院,天津医科大学眼科研究所

**通讯作者:**林婷婷, E-mail: ltt6123@126.com; ORCID: 0000-0002-8007-5760

**Received date:** May 21, 2018

**Accepted date:** Jan 20, 2019

**Foundation item:** Natural Science Foundation for Young Scholar of Tianjin (No: 16JCQNJC12300); High-level Innovative Talent Program for Young Scholar of Tianjin Medical University Eye Hospital (No: YDYRCXM-C2018-03)

From the Tianjin Key Laboratory of Retinal Functions and Diseases, Tianjin Medical University Eye Hospital, School of Optometry and Ophthalmology & Eye Institute, Tianjin 300384, China

**Responsible author:** LIN Ting-Ting, E-mail: ltt6123@126.com; ORCID: 0000-0002-8007-5760

**【摘要】** 目的 分析表现为眼眶急性炎症患者的临床资料,以期为该病患者的鉴别诊断及治疗提供帮助。方法 从2008年1月至2016年12月期间因眼脸红、肿、局部疼痛并伴有功能障碍而就诊的患者中选择临床资料完整的23例(24眼),其中男12例12眼,女11例12眼。对其病史、临床特征、影像学特征、治疗方法及预后逐一进行回顾性分析。结果 感染性炎症10例11眼,其中眼眶脓肿5例5眼,眼内炎2例2眼,急性泪囊炎1例2眼,额窦黏液囊肿1例1眼和蝶窦炎伴眶尖综合征1例1眼,病原体主要来自副鼻窦;非感染性炎症9例9眼,其中炎性假瘤7例7眼,干燥综合征1例1眼和甲状腺相关眼病1例1眼;肿瘤4例4眼,其中非何杰金淋巴瘤2例2眼和眶鼻沟通性恶性肿瘤2例2眼。患者平均发病时间:感染性炎症为10.0 d,炎性假瘤为34.0 d,干燥综合征发病为25.0 d,甲状腺相关眼病为7.0 d,恶性肿瘤为140.0 d。所有病例均有眼部急性或亚急性炎症

表现,但严重程度和侧重点不同,而影像学检查具有鉴别诊断的价值。治疗方法依据明确的诊断各不相同,在诊断未能明确时,推荐首选及时、足量的局部使用和全身抗生素治疗,同时甘露醇降低眼压,保护视功能。抗生素治疗无效的病例,联合应用小剂量糖皮质激素行诊断性治疗;明确的眼眶肿瘤酌情联合手术综合治疗。根除病因后感染性炎症通常不易复发,炎性假瘤复发率高,恶性肿瘤预后差。**结论** 眼眶急性炎症常常表现为眶蜂窝织炎,但是病因学诊断复杂多样。综合分析病史、临床特征、影像学表现和实验室检查进行鉴别诊断,给予恰当的治疗是避免眼部组织功能损害的保障。

**【关键词】** 眼眶;感染性炎症;炎性假瘤;眼眶肿瘤;鉴别诊断

**【中图分类号】** R777.5

炎症是各种致炎因素所致机体局部损伤而发生的以防御为主的病理过程,其临床特征是红、肿、热、痛和功能障碍。按照病程长短,可分为超急性炎症、急性炎症、亚急性炎症和慢性炎症。眼眶急性炎症是由于化脓性病原体感染或免疫反应引起的急性水肿、充血、炎性细胞浸润和组织坏死,如眶蜂窝织炎、眼眶脓肿、眼球筋膜炎和眶骨髓炎等。但是,在临床工作中,我们发现有许多临床表现为眼眶急性或亚急性炎症的病例,其病因并非炎症,容易引起误诊误治。现收集23例临床表现为急性、亚急性眼眶炎症的病例,分析并探讨其病因、临床表现、影像学特点、治疗方法及预后。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 收集2008年1月至2016年12月在我院眼眶病眼整形科因眼睑红、肿、局部疼痛并伴有功能障碍而就诊的患者为研究对象,选取其中病例资料完整的患者23例24眼,其中男12例12眼,女11例12眼;年龄7~83岁,中位数年龄44岁;右眶12例12眼,左眶10例10眼,1例2眼为双眶发病。

**1.2 方法** 收集并分析23例患者的眼部检查、影像学检查[B超检查15例,彩色多普勒超声(color Doppler flow imaging, CDFI)检查9例,计算机断层扫描(computed tomography, CT)检查20例,核磁共振(magnetic resonance imaging, MRI)检查7例]、全身检查、治疗方案、手术记录、病理检查及随访记录等信息。

## 2 结果

**2.1 病因及病史** 23例24眼患者中包括感染性炎症10例(10/23, 43.5%),包括眼眶脓肿5例,眼内炎2例,急性泪囊炎、额窦黏液囊肿和蝶窦炎伴眶尖综合征各1例,病原体主要来自副鼻窦。非感染性炎症9例(9/23, 39.1%),包括炎性假瘤7例,干燥综合征和甲状腺相关眼病各1例。肿瘤4例(4/23, 17.4%),包括非何杰金淋巴瘤和眶鼻沟通性恶性肿瘤各2例。感染性炎症10例,患者发病年龄7~70岁,中位数年龄44.0岁。其病史非常典型,几乎均有一定的发病诱因或病史。如副鼻窦手术或外伤史、长期使用糖皮质激素药物、糖尿病、带状疱疹发病后、上呼吸道感染及发热史。而非感染性炎症无特殊病史。发病时间:感染性炎症为3~30 d,平均

10.0 d;炎性假瘤为3~90 d,平均34.0 d;恶性肿瘤为7~180 d,平均140.0 d;干燥综合征为25.0 d;甲状腺相关眼病(thyroid-associated ophthalmopathy, TAO)发病时间为7 d。

### 2.2 临床特征

**2.2.1 外观** 所有病例均出现严重的眼睑充血、水肿,伴有结膜充血。出现上睑下垂的感染性炎症病例10例11眼(10/10, 100.0%),炎性假瘤4例4眼(4/7, 57.1%),干燥综合征1例,恶性肿瘤3例(3/4, 75.0%)。眼球突出病例中感染性炎症4例(4/10, 40.0%,较健眼突出2~3 mm),炎性假瘤6例(6/7, 85.7%,较健眼突出2~8 mm,平均4.5 mm,其中3例伴有眼球向病变对侧移位),干燥综合征和TAO各1例,TAO为双眼轴性前突,突出度为23 mm和22 mm。恶性肿瘤2例(2/4, 50.0%,较健眼突出6 mm和8 mm,伴有眼球向病变对侧移位)。

**2.2.2 眼球检查** 出现结膜充血、水肿表现的包括感染性炎症9例(9/10, 90.0%),炎性假瘤6例(6/7, 85.7%),干燥综合征和TAO各1例,肿瘤2例(2/4, 50.0%)。球结膜严重水肿脱出包括感染性炎症8例(8/10, 80.0%),炎性假瘤2例(2/7, 28.6%),TAO 1例,恶性肿瘤2例(2/4, 50.0%)。4例感染性炎症分别于眼睑及内眦部出现局部脓点,按压有脓液溢出。此外,病毒性角膜炎和暴露性角膜炎的表现、视网膜后极部皱褶伴静脉迂曲、视网膜脱离、视盘水肿和眼压升高均有发生。

**2.2.3 眼球功能** 出现视力下降的包括感染性炎症8例(8/10, 80.0%,视力严重下降,从光感不确定到0.3,另1例就诊时已失明),炎性假瘤4例(4/7, 57.1%,视力0.3~0.8,中度下降),干燥综合征(视力0.5)和TAO各1例(眼前手动)。眼球运动障碍包括感染性炎症9例(9/10, 90.0%),炎性假瘤6例(6/7, 85.7%),干燥综合征和TAO各1例,恶性肿瘤3例(3/4, 75.0%)。

**2.2.4 触诊** 可触及眶内肿物的包括眶内脓肿3例(3/10, 30.0%),肿瘤3例(3/4, 75.0%,1例眶鼻沟通性恶性肿瘤触诊未及肿物),炎性假瘤4例(4/7, 57.1%)。触诊眶压升高的包括感染性炎症病例8例(8/10, 80.0%),炎性假瘤6例(6/7, 85.7%),干燥综合征和TAO各1例,恶性肿瘤4例(4/4, 100.0%)。

**2.2.5 全身及实验室检查** 4例感染性炎症患者出现发热。4例感染性炎症和1例炎性假瘤患者白细

胞增高伴中性粒细胞增多。局部有疼痛的患者包括感染性炎症 8 例(8/10, 80.0%), 炎性假瘤 6 例(6/7, 85.7%), 干燥综合征 1 例, 恶性肿瘤 2 例(2/4, 50.0%)。1 例眶内脓肿和皮脂腺癌触诊发现颌下淋巴结肿大。5 例行分泌物培养均为阴性, 其中 1 例涂片染色检查见杆状细菌, 1 例涂片为革兰阳性球菌, 1 例在国外就诊时细菌培养为克雷白杆菌。2 例细菌培养发现金黄色葡萄球菌。干燥综合征患者血清抗干燥综合征 A 抗体、抗干燥综合征 B 抗体、抗核抗体等多种自身抗体阳性。

**2.3 影像学检查** 感染性炎症 8 例患者行超声检查, 均发现 T 形征, 眶内或球后肌锥内低回声至无回声区, 伴有眼外肌增厚或边界不清。7 例行 CT 检查发现眼睑及眶内软组织密度增多, 肌肉增粗, 脂肪间隙密度增高, 3 例眶内脓肿病例出现眶内高密度影, 与副鼻窦病变密度一致(图 1)。骨髓炎者出现骨质破坏。5 例均伴有不同程度的副鼻窦炎。

炎性假瘤病例中, 5 例行超声检查。发现“T”形征 3 例, 眶内低回声占位 4 例。7 例行 CT 检查均表现为眶内高密度影, 边界欠清, 密度欠均匀, 4 例占位病变贴近眼球(图 2)。2 例行 MRI 检查提示病变在 T1WI 和 T2WI 呈中等信号, 内部有低信号区, 不均匀, 视神经受压移位, 1 例外直肌被病变包裹, 其余眼外肌边界可见。干燥综合征 B 超检查发现“T”形征, CT 发现眼睑增厚, 眶内斑驳状软组织密度影, 与

眼外肌边界不清, 无明显占位; MRI 扫描 T1WI 示右眼球周围形状不规则中信号区, T2WI 加脂肪抑制扫描显示右眼肌锥内中信号区不能被抑制。TAO 的 CT 检查提示双眼四条直肌均明显肥厚, 右眼眶尖结构拥挤, 视神经受肥大的眼外肌压迫。

4 例恶性肿瘤病例中行 B 型超声检查 2 例, CD-FI 检查 3 例, 均行 CT 和 MRI 检查, 全部发现眶内占位性病变。

**2.4 治疗方法** 入院后详细询问病史(特别是外伤史、手术史、上呼吸道感染史、副鼻窦病变史和糖尿病史), 完善眼部检查及影像学检查。留取眼部分泌物做病原学检查。首先使用甘露醇脱水降低眶压, 同时予以局部和全身使用抗生素治疗。如脓肿破溃者予以庆大霉素、生理盐水局部冲洗, 放置引流条, 留取脓液做病原学检查。眶内脓肿、鼻窦黏液囊肿、泪囊脓肿均在控制感染灶的情况下行手术治疗。眼内炎病例局部和全身联合应用抗菌素, 包括 1 mg/0.1 mL 的万古霉素玻璃体内注射, 联合地塞米松局部使用, 眼部病情逐渐平稳, 但视力丧失。全眼球炎眶内蔓延的病例最终行眼内容摘除术。蝶窦炎病例局部抗生素眼液控制眼部感染, 于耳鼻喉科行鼻内窥镜手术后恢复好。

全身使用抗生素治疗 3 d 后, 部分病例好转。推测无明显好转的病例存在眼眶非特异性炎症, 遂予以中小剂量的糖皮质激素行诊断性治疗。用药后显效, 增大剂量控制病情后再逐渐减量。考虑眼眶肿瘤病例, 择期手术切除占位, 或行局部活检术, 以明确诊断。明确恶性肿瘤诊断后, 行化学治疗或局部放射治疗。

**2.5 随访及预后** 感染性炎症患者平均住院时间为 14.2 d, 平均抗生素治疗时间为 19.2 d(含出院后口服抗生素治疗时间)。除眼内炎患者视力丧失外, 其余患者均治愈。部分患者恢复时间长, 但未见复发。

炎性假瘤患者平均住院时间为 10.3 d, 平均抗生素治疗时间为 6.3 d, 住院期间平均糖皮质激素药物治疗时间为 8.8 d, 出院后继续长期口服强的松片, 缓慢减量。2 例反复复发 5 a, 糖皮质激素减量后即复发, 局部糖皮质激素注射、口服硫唑嘌呤及消炎痛辅助控制病情。2 例肿块型停药 5 a 无复发, 1 例泪腺炎型停药 3 a 无复发, 2 例随访半年余, 分别口服强的松 25 mg、10 mg 病情稳定。干燥综合征患者随访 2 a, 持续口服糖皮质激素治疗, 减量后复发 2 次。

眼眶恶性肿瘤患者平均住院时间为 10.7 d, 平均抗生素治疗时间为 3.3 d, 住院期间平均糖皮质激素药物治疗时间为 3.7 d。1 例非何杰金淋巴瘤患者术后 3 a 复发, 行手术切除, 病理诊断相同。1 例非何杰金淋巴瘤患者在当地医院化学治疗, 随访 2 a 病情稳定未再复诊。2 例眶鼻沟通性恶性肿瘤患者 1 a 后去世。

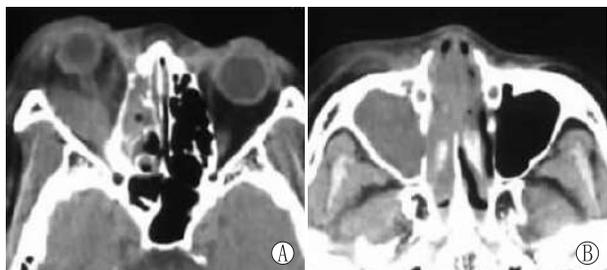


图 1 眼眶 CT 水平扫描。右眼眶外下方形状不规则软组织密度影, 外侧边界清晰(A), 右侧上颌窦及筛窦被软组织密度影填充(B)



图 2 眼眶 CT 水平扫描。左眼眶内上方形状不规则高密度影, 边界不清, 密度均匀, 深达眼球后极部

### 3 讨论

眼眶重要组织结构密集,眶腔狭小。眼眶炎症发病急,对眶内组织及眼球的破坏性大,如诊断不明确,治疗不及时,会威胁眼球和视力,因此应予以高度重视,作为眼眶急症来处理。

**3.1 病因及病史分析** 眼眶感染性炎症常发生于老年、儿童和免疫力低下的人群,其感染途径包括邻近组织感染、外伤异物残留和血源性等。分析其感染途径包括:(1)副鼻窦病原菌是眼眶感染性炎症的主要来源,有免疫力低下或副鼻窦手术史者多见。国外学者研究发现大多数病例存在一个以上的副鼻窦病变,其中筛窦和上颌窦最容易累及<sup>[1]</sup>;(2)眼球内病原菌侵犯眼眶,如细菌性眼内炎。本组2例均查见病原体,其中1例发生全眼球炎,巩膜坏死形成穿孔,累及眶内软组织;(3)泪囊内病原菌侵犯眼眶,如泪囊脓肿;(4)病原菌经血液循环播散到副鼻窦,进一步侵犯眼眶,患者常以上呼吸道感染或全身发热为首发症状,如额窦黏液囊肿。通常,非感染性炎症病例的病史长于感染性炎症,但主要表现为眼部症状和体征,缺乏全身病史。有学者报道,伴有鼻窦炎的眶炎性假瘤患者,双眼发病率高于不伴鼻窦炎的眶炎性假瘤患者,应当引起重视<sup>[2]</sup>。炎性假瘤发病时间是感染性炎症的3倍,恶性肿瘤则达到14倍,而TAO可以突发急性炎症表现。因此,详细地询问病史可以为辨别病因提供依据,即使部分病例不能得到确切的病原学诊断,亦可为鉴别感染性炎症亦或非感染性炎症提供有力的帮助。

**3.2 临床特征分析** 眼眶的感染性炎症大多属于急性炎症,常表现为蜂窝织炎,以眶隔为界,分为眶隔前、眶深部和全眼眶蜂窝织炎。眶蜂窝织炎可引起永久性视力丧失,并通过颅内蔓延,造成败血症危及生命,该病主要侵犯儿童<sup>[3]</sup>。本组10例感染性炎症均表现为全眼眶蜂窝织炎。眶炎性假瘤是临床上常见的眼眶疾病,约占眼眶良性肿瘤的12.19%<sup>[4]</sup>。临床表现为急性或慢性发病。本组病例中炎性假瘤均为急性发作,除表现为眼睑、结膜的炎症反应外,还伴有中重度眼球突出和运动障碍。眶压明显升高,局部疼痛多见。急性泪腺炎并不常见,由于感染或特发性炎症使泪腺出现急性红肿、增大等。早期适当抗生素治疗,多在1~2周内炎症消退。本组病例无明显前驱症状,双侧睑部、眶部泪腺同时受累,抗生素治疗20余天,未见明显好转。因此考虑为炎性假瘤泪腺炎型。干燥综合征和TAO急性发作表现为急性炎症的罕见报道<sup>[5]</sup>。本例干燥综合征患者出现眼睑结膜充血水肿,上睑下垂,眼球突出等临床表现非常少见,结合影像学检查,推测同时伴有眼眶的非特异性炎症。更为罕见的眼眶肿瘤也可以出现急性和亚急性炎症的表现<sup>[6]</sup>。此类眼眶肿瘤通常为迅速生长的恶性肿瘤,其临床表现与

肿物的恶性程度、侵犯部位有关。本组2例恶性肿瘤均有眶鼻沟通,鼻部病原菌是否参与发病尚不清楚。肿瘤病例的眼球突出、移位、眼球运动障碍较感染性炎症更为显著,部分病例可直接触及实性肿物。

**3.3 影像学检查** 影像学检查在眼眶炎症的诊断和鉴别诊断方面具有重要意义,与病理组织学诊断相比较具有预见性,为选择治疗方法可提供依据。眼眶感染性炎症常出现眼球筋膜炎的表现,B型超声显示“T”形征。发生化脓性炎症时,化脓灶表现为形状不规则的无回声暗区。CDFI显示脓肿腔内无彩色血流信号。通常在感染性炎症急性期行B型超声检查,应注意探头的清洁消毒,同时避免压迫病灶区,引起炎症播散。CT扫描可见眶隔前软组织及眼眶脂肪内形状不规则或斑驳状、片状高密度影。如眼眶脓肿形成,眶内可见类圆形或不规则形高密度影,边界不清。继发于副鼻窦炎的眶内脓肿,多位于筛骨纸板骨膜下,CT表现为边界清楚的梭形高密度影。MRI检查因脓肿内脓液含较多的坏死成分和水,T1WI为中高信号,T2WI呈高信号。病程长、脓肿壁纤维组织较多者,脓肿壁在T1WI和T2WI均呈低信号强度。急性发病的炎性假瘤易与蜂窝组织炎相混淆,但前者很少有全身症状。超声检查可出现“T”形征。因组织结构不同,淋巴细胞浸润型炎性假瘤内回声多少不同,病变透声性好,后界显示清楚,病变内血流信号丰富,多呈动脉频谱。纤维硬化型炎性假瘤内回声少,透声性差,病变后界显示不清,病变缺乏血流信号,或仅在病变周边部有少量血流信号<sup>[7]</sup>。CT、MRI检查有四种不同的表现形式:眼肌肥大、泪腺肿块、弥漫性眼眶炎症和巩膜炎。当肿块较大包绕眼球生长时,可出现典型的“铸造样”改变。眼眶的淋巴瘤B型超声和CT检查与炎性假瘤非常相似,可以是占满眼眶的软组织影,或者是条索状或不规则形肿块。但是,CDFI显示淋巴瘤内彩色血流信号较炎性假瘤更为丰富。炎性假瘤一般边界不清、密度不均,而淋巴样肿瘤与此有所不同<sup>[8]</sup>。

**3.4 治疗方法及预后** 眼眶病具有复杂性和特殊性,其治疗方法首先依据于明确的诊断<sup>[9]</sup>。及时、足量地使用局部和全身广谱抗生素是治疗感染性炎症的首选。由于炎症反应的发生和发展取决于损伤因子和机体反应性两方面的综合作用,对于部分高反应性个体,在足量抗生素治疗的同时应予以小剂量糖皮质激素减轻血管炎症反应,减少渗出。使用甘露醇可以减少因高眶压引起的视力损伤。病原学检查应同步进行。但即使结果为阴性,也不能停止抗生素治疗。及时进行影像学复查,明确有无眶内感染灶(如脓肿、骨髓炎等)和眶内占位,明确有无手术指征。Mahalingam-Dhingra等<sup>[10]</sup>治疗儿童眼眶和眶周感染认为,手术时机是最难把握的,出现复视是最有力的手术指征,影像学检查是决定是否需要手术治疗的重要工具。也有的学者认为视力改变是手术

指征<sup>[11]</sup>。如抗生素治疗效果不佳,或影像学检查提示眶内占位,可以联合小剂量糖皮质激素行诊断性治疗。如病情明显好转,则考虑眼眶非感染性炎症,如炎性假瘤、TAO等。进一步征求患者意见,是否采取手术确诊。如糖皮质激素治疗无效,应手术切除肿物,明确诊断,排除恶性肿瘤。

眼眶感染性炎症治疗的关键是根除病因,如治疗得当,通常不易复发。如副鼻窦来源的感染,应及时治疗副鼻窦病变。炎性假瘤容易反复,有学者统计复发率为41%,男性患者、眼球突出度高的患者易于复发,临床类型中泪腺型复发率低,而弥漫型和肌炎型复发率高<sup>[12]</sup>。发病迅猛的眼眶恶性肿瘤通常预后较差。

眼眶炎症是眶内最常见的临床病理过程,病因学诊断复杂多样。综合分析病史、临床特征、影像学表现和实验室检查,可以初步判定感染性、非感染性炎症,亦或是眼眶肿瘤。对于感染性炎症,必须及时、足量的抗生素治疗,手术或非手术方法根治感染源,清除病原体。怀疑非感染性炎症患者可以使用小剂量糖皮质激素实施诊断性治疗。眼眶肿瘤仍有赖于手术,明确组织病理学诊断后,对恶性肿瘤应实施包括放射治疗、化学治疗和生物治疗在内的综合治疗方法。因此,正确的诊断和恰当的治疗是避免眼部组织功能损害的保障。

## 参考文献

[1] JACKSON K, BAKER S R. Clinical implications of orbital cellulitis[J]. *Laryngoscope*, 1986, 96(5):568-574.  
[2] CHEN W Q, LI Z H, YE Z. Characteristics of orbital inflammatory pseudotumor accompanied with sinusitis[J]. *Acade J Chin Pla Medi Sch*, 2016, 37(6):567-569.  
陈文倩,李朝辉,叶子.伴有鼻窦炎的眶炎性假瘤临床特点分析[J].解放军医学院学报,2016,37(6):567-569.  
[3] FAN Y W, WU Q, CAO W H, YU G. Characteristics of orbital inflammatory pseudotumor accompanied with sinusitis[J]. *Chin J Strab Pediatr Ophthalmol*, 2014, 22(3):48-51, 54.  
樊云葳,吴倩,曹文红,于刚.儿童眼眶蜂窝织炎[J].中国斜视

与小儿眼科杂志,2014,22(3):48-51,54.  
[4] HE Y J, SONG G X, DING Y. Histopathologic classification of 3476 orbital diseases[J]. *Chin J Ophthalmol*, 2002, 38(7):396-398.  
何彦津,宋国祥,丁莹.3476例眼眶占位性病变的组织病理学分类[J].中华眼科杂志,2002,38(7):396-398.  
[5] TIAN G H, SUN X H, LI M W, LV L J. Primary Sjögren syndrome presenting as optic neuropathy[J]. *Chin J Ophthalmol Otorhinolaryng*, 2015, 15(3):170-174.  
田国红,孙兴怀,李梦玮,吕良敬.以视神经病变为首发症状的原发性干燥综合征眼部特征分析[J].中国耳鼻咽喉科杂志,2015,15(3):170-174.  
[6] WANG Y K, XIE Z G, CHEN F, ZHAO M, WANG J, XIAO Q, et al. A case of primary orbital nk/t cell lymphoma misdiagnosed as orbital honeycomb inflammation[J]. *Chin J Optom Ophthalmol Vis Sci*, 2015, 17(3):184-186.  
王雅坤,解正高,陈放,赵明,王健,肖芹,等.原发眼眶NK/T细胞淋巴瘤误诊为眼眶蜂窝织炎一例[J].中华眼视光学与视觉科学杂志,2015,17(3):184-186.  
[7] ZHANG H, HE Y J, SONG G X. Clinical analysis of 271 cases of orbital inflammatory pseudotumors[J]. *Chin J Ophthalmol*, 2002, 38(8):484-488.  
张虹,何彦津,宋国祥.眼眶炎性假瘤271例临床分析[J].中华眼科杂志,2002,38(8):484-488.  
[8] CHEN S Q, CHEN J L, FANG K H, LU L X. CT diagnosis and differential diagnosis of orbital inflammatory pseudotumor and lymphatic tumor[J]. *Diag Imag Int Radiol*, 1992, 2(2):112-114.  
陈少琼,陈君禄,方昆豪,卢丽霞.眼眶炎性假瘤和淋巴样肿瘤的CT诊断与鉴别诊断[J].影像诊断与介入放射学,1992,2(2):112-114.  
[9] HE Y J. Recognize fully the complexity and speciality in the treatment of orbital diseases[J]. *Chin J Ophthalmol*, 2004, 40(6):361-363.  
何彦津.充分认识眼眶病治疗中的复杂性和特殊性[J].中华眼科杂志,2004,40(6):361-363.  
[10] MAHALINGAM-DHINGRA A, LANDER L, PRECIADO D A, TAYLORMOORE J, SHAH R K. Orbital and periorbital infections: a national perspective[J]. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2011, 137(8):769-773.  
[11] SCHRAMM V L Jr, CURTIN H D, KENNERDELL J S. Evaluation of orbital cellulitis and results of treatment[J]. *Laryngoscope*, 1982, 92(7):732-738.  
[12] YAN J H, LU Z Q, WU Z Y, LI Y P, CHEN Z C, MAO Y X, et al. Features associated with recurrence of idiopathic orbital inflammatory pseudotumor[J]. *Chin J Pract Ophthalmol*, 2006, 24(7):681-684.  
颜建华,鲁志卿,吴中耀,李永平,陈智聪,毛羽翔,等.眼眶特发性炎性假瘤的复发因素分析[J].中国实用眼科杂志,2006,24(7):681-684.