

- 12 Verges C, Llevat El. Laser cataract surgery: Technique and clinical results, *J Cataract Refract Surg* 2003; 29:1339-1345
- 13 Badoza D, Mendy JF, Ganly M et al. Phacoemulsification using the burst mode. *J Cataract Refract Surg* 2003; 29:1101-1105
- 14 Rose AD, Kanade V, Thermal imaging study comparing phacoemulsification with the Sovereign WhiteStar System to the Legacy with AdvanTec and NeoSoniX System, *Am J Ophthalmol* 2006;141:322-326
- 15 McNeill JI. Flared phacoemulsification tips to decrease ultrasound time and energy in cataract surgery. *J Cataract Refract Surg* 2001; 27:1433-1436
- 16 Guel JL, Va'zquez M, Lucena J, et al. Phaco rolling technique. *J Cataract Refract Surg* 2004; 30:2043-2045
- 17 Sebban I. Phaco one-chop nucleotomy. *J Cataract Refract Surg* 2002; 28:1325-1329
- 18 Fine IH, Packer M, Hoffman RS. Choo-choo chop and flip phacoemulsification, *J Cataract Refract Surg* 2001; 27:188-197
- 19 Arshinoff SA. Phaco slice and separate. *J Cataract Refract Surg* 1999; 25:474-478
- 20 Wong T, Hingorani M, Lee V. Phacoemulsification time and power requirements in phaco chop and divide and conquer nucleofractis techniques. *J Cataract Refract Surg* 2000; 26: 1374-1377
- 21 Vargas LG, Holzer MP, Solomon KD, et al. Endothelial cell integrity after phacoemulsification with 2 different handpieces. *J Cataract Refract Surg* 2004; 30:478-482
- 22 Paul D. O'Brien, FRCSI et al. Risk factors for endothelial cell loss after phacoemulsification surgery by a junior resident. *J Cataract Refract Surg* 2004; 30:839-843
- 23 Packer M, Fishkind WJ, Fine IH et al. The physics of phaco: a review. *J Cataract Refract Surg*. 2005; 31:424-31
- 24 Seibel BS. Phacodynamics: Mastering the Tools and Techniques of Phacoemulsification Surgery, 3rd ed. Thorofare, NJ, Slack, 1999; 98
- 25 Fine IH, Packer M, Hoffman RS. Power modulations in new phacoemulsification technology: Improved outcomes. *J Cataract Refract Surg* 2004; 30:1014-1019
- 26 Boukhny M. Phacoemulsification tips and sleeves. In: Buratto L, Werner L, Zanini M, Apple D, et al. *Phacoemulsification Principles and Techniques*, 2nd ed. Thorofare, NJ, Slack, 2003; 247-254

(收稿时间: 2006-11)

· 病例报告 ·

以复视首诊眼科的鼻咽癌五例分析

韩广荣 何丽霞

【关键词】 复视 鼻咽癌

鼻咽癌是头颈部的一种恶性肿瘤,临床表现形式多样,因其发生部位隐蔽,早期病人可无典型症状,易造成漏诊和误诊。我院曾将 5 例以复视为首发症状的鼻咽癌患者误诊为眼科疾病。其中男性 3 例,女性 2 例,年龄 45-65 岁,平均年龄 55 岁,误诊时间 20 天-6 个月,误诊为糖尿病并发外展神经麻痹 2 例,炎性眼肌麻痹 1 例,痛性眼肌麻痹 2 例。现将典型病例报告如下。

例 1 男 62 岁 以双眼复视半个月就诊,既往糖尿病病史近十年,就诊时左眼球外展不能,其他检查均未见异常,于眼科按糖尿病并发外展神经麻痹给予相应治疗,一个月无改善,后出现头痛、持续性的鼻涕中带血而请耳鼻喉科会诊,经鼻咽镜检查左侧鼻咽部可见一肿物,取活检病理报告为低分化鳞癌,遂转入耳鼻喉科治疗。

例 2 女 57 岁 以复视半个月,伴右眼眶部及右侧面部疼痛来诊。既往高血压病史。查体:右眼球外展部分受限,右侧三叉神经 1, 2 支分布区感觉减退,无其他阳性体征,头 CT 及眼部 CT 检查均未见异常,按痛性眼肌麻痹给予相应治疗,症状持续加重,并出现右侧面部麻木,吞咽呛咳,予以颅底强化 CT 检查,报告为:鼻咽癌,转入耳鼻喉科治疗。

讨论 鼻咽癌是我国常见的头颈部恶性肿瘤之一,多见于

于我国南方和东南亚一些国家,有明显的地域性及种族差异^[1]。北方地区病例近年虽有所增加,但仍呈散发状态,鼻咽癌多发生于鼻咽顶部,咽隐窝,鼻咽后壁等多处,因其生长部位隐蔽,又与眼,耳,鼻,喉,颅底和颅神经等重要器官相邻,易发生自黏膜下向邻近器官直接浸润或经淋巴结转移压迫,故鼻咽癌早期临床表现形式多样而缺乏特征性。据报道,鼻咽癌有眼部症状者占 29%^[2],其中作为第一症状就诊于眼科者占 30%,常被误诊为眼病,复视是由于肿瘤经过破裂孔直接蔓延或淋巴结转移侵犯第 VI 对颅神经出现的,咽隐窝附近的肿瘤可经颈内动脉或破裂孔侵犯颞骨岩尖、圆孔、卵圆孔、海绵窦等结构引起第 III, IV, V, VI 对颅神经受损,呈现侵入眼眶的症状和体征,鼻咽癌在向周围组织浸润过程中可使 12 对颅神经中的任何一支受压呈现不同的症状和体征,但以三叉神经,外展神经,咽神经受累较多,多数眼科医师因缺乏相关知识,对鼻咽癌了解不够,而易造成误诊,因此,对于原因不明,久治不愈的复视及出现眼部其他表现,特别是出现颅神经损伤不断加重的病例,应提高警惕,不忘考虑鼻咽癌的可能,以免误诊,延误病人的治疗。

参 考 文 献

- 1 Yan HJ, Hu YH, Cu XZ, et al. Radiation therapy of recurrent nasopharyngeal carcinoma. *Aeta Radiologica Oculologica*, 1993, 22(1): 23-28
- 2 胡继康, 主编. 现代肿瘤外科学, 第 1 版. 北京: 中国科学技术出版社, 1994, 84-94

(收稿时间: 2006-11)

作者单位: 113001 抚顺, 抚顺市第二医院眼科 (韩广荣); 抚顺市第二医院耳鼻喉科 (何丽霞)

通讯作者: 韩广荣