



技能型紧缺人才培养培训教材
全国医药高等学校规划教材



供高专、高职护理、助产等相关专业使用

五官科护理学

(第二版)

冯桂玲 主编



科学出版社

技能型紧缺人才培养培训教材
全国医药高等学校规划教材

供高专、高职护理、助产等相关专业使用

五官科护理学

(第二版)

主 编 冯桂玲

副主编 房民琴 谭 丽

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

代 晖 (遵义医药高等专科学校)

房民琴 (三峡大学第一临床医学院)

冯桂玲 (唐山职业技术学院)

李 慧 (淄博职业学院)

李玉环 (唐山职业技术学院)

刘彩双 (承德护理职业学院)

谭 丽 (乐山职业技术学院)

王 艳 (河套大学医学院)

科 学 出 版 社

北 京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

内 容 简 介

本书共分10章;第1、2、3、4章为眼科护理内容;第5、6、7章为耳鼻喉科护理内容;第8、9、10章为口腔科护理内容。重点突出了各科的常见护理技术操作和护理配合,较详细地阐述了各科常见疾病的护理,试图体现护理的专业性和独立性。为了便于学生通过护士执业资格考试,实现“零距离”就业,在文中标注了考点,在每章后均设有目标检测。书末还设置了教学大纲等内容。

本书可供高专、高职学校的护理、助产等专业的学生使用。

图书在版编目(CIP)数据

五官科护理学 / 冯桂玲主编. —2版. —北京:科学出版社,2012.6

技能型紧缺人才培养培训教材·全国医药高等学校规划教材

ISBN 978-7-03-034209-6

I. 五… II. 冯… III. 五官科学-护理学-高等职业教育-教材 IV. R473.76

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 132785 号

责任编辑:袁 琦 / 责任校对:李 影

责任印制:肖 兴 / 封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

骏 杰 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2007年12月第 一 版 开本:850×1168 1/16

2012年6月第 二 版 印张:10

2012年6月第八次印刷 字数:312 000

定价:26.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前 言

为了培养 21 世纪护理学专业人才,按照我国护理学专业人才培养的目标和要求,在科学出版社的认真策划和组织下,经过了反复的论证,编写了供高专、高职使用的《五官科护理学》(第二版)教材。

本书在编写过程中,遵循“够用、适用、实用”的指导思想,坚持“贴近学生、贴近社会、贴近岗位”的基本原则,在保证教材的科学性和思想性的同时,力求跟上学科的发展步伐,结合编者的实际工作经验,更新了部分知识点,尽量反映学科的新知识、新材料和新技术。使本书兼具教材、临床参考书、职业应试参考书和继续教育用书等几个方面的功能。本书共分 10 章:第 1、2、3、4 章为眼科护理内容;第 5、6、7 章为耳鼻咽喉科护理内容;第 8、9、10 章为口腔科护理内容。重点突出了各科的常见护理技术操作和护理配合,较详细地阐述了各科常见疾病的护理,试图体现护理的专业性和独立性。本书除了沿用案例教学外,还加入了考点提示;目标检测题的选择题型也做了相应的改革。案例教学具有高度的仿真性,富有能动性和创造性,是加强学生理论联系实际的有效教学方法之一,是将书本理论知识转化为现实工作能力的有效途径。考点提示突出了章节的重点掌握内容,同时也紧扣护士执业资格考试的内容,使学生在学的过程中明确了所要掌握的知识。本书针对各个学科的常见多发病均安排有案例,并针对案例提出问题,读者可以通过进一步的学习,解决其中的问题。读者还可以通过每章节前的学习目标、章节后的目标检测,掌握教学的重点。

本书编写过程中,得到了参编单位遵义医药高等专科学校、唐山职业技术学院、三峡大学第一临床医学院、淄博职业学院、承德护理职业学院、乐山职业技术学院、河套大学医学院的大力支持。鉴于本书的体例和内容较以往五官科护理学教材有一些变化,加之编者水平有限,书中肯定存在疏漏、不足甚至谬误之处,恳请广大同行和读者提出批评和指正,以便再版时改进。

编 者
2012 年 1 月

目 录

第1章 眼的应用解剖生理	(1)	常用护理诊断	(71)
第1节 眼球	(1)	第2节 耳鼻咽喉科护理管理与常用护理技术操作	(72)
第2节 视路	(4)	第7章 耳鼻咽喉科患者的护理	(77)
第3节 眼附属器	(5)	第1节 耳科患者的护理	(77)
第4节 眼部血管与神经	(7)	第2节 鼻科患者的护理	(88)
第2章 眼科患者的护理概述	(9)	第3节 咽科患者的护理	(94)
第1节 眼科患者的护理内容及护理评估	(9)	第4节 喉科与气管及支气管异物患者的护理	(101)
第2节 眼科常用护理诊断	(12)	第8章 口腔颌面部解剖生理	(111)
第3节 眼科常用检查	(12)	第1节 口腔的应用解剖生理	(111)
第3章 眼科护理管理及常用护理操作	(17)	第2节 牙体及牙周组织应用解剖生理	(112)
第1节 眼科门诊护理	(17)	第3节 颌面部应用解剖生理	(115)
第2节 眼科病房护理	(18)	第9章 口腔科患者的护理概述	(121)
第3节 眼科常用护理技术操作	(20)	第1节 口腔科护理的角色	(121)
第4章 眼科患者的护理	(24)	第2节 口腔科患者的护理评估及常用护理诊断	(122)
第1节 眼睑及泪器疾病患者的护理	(24)	第3节 口腔科诊疗的感染控制与常规工作程序	(125)
第2节 结膜疾病患者的护理	(28)	第10章 口腔科患者的护理	(129)
第3节 角膜疾病患者的护理	(34)	第1节 口腔局部麻醉的护理	(129)
第4节 青光眼患者的护理	(38)	第2节 牙体牙髓及根尖周疾病患者的护理	(131)
第5节 白内障患者的护理	(41)	第3节 牙周疾病患者的护理	(134)
第6节 葡萄膜、视网膜和玻璃体疾病患者的护理	(44)	第4节 儿童口腔疾病患者的护理	(135)
第7节 屈光不正及老视患者的护理	(49)	第5节 口腔颌面外科门诊常规的护理	(136)
第8节 斜视及弱视患者的护理	(52)	第6节 口腔颌面部损伤的护理	(137)
第9节 眼外伤患者的护理	(54)	第7节 先天性唇裂与腭裂患者的护理	(139)
第10节 防盲治盲及低视力康复与眼保健	(56)	第8节 口腔修复与护理配合	(141)
第5章 耳鼻咽喉的应用解剖及生理	(61)	第9节 口腔正畸与护理配合	(143)
第1节 耳的应用解剖及生理	(61)	主要参考文献	(147)
第2节 鼻的应用解剖及生理	(64)	五官科护理学教学基本要求	(148)
第3节 咽的应用解剖生理	(66)	目标检测选择题参考答案	(151)
第4节 喉的应用解剖生理	(68)		
第5节 气管及支气管的应用解剖生理	(69)		
第6章 耳鼻咽喉科患者的护理概述	(71)		
第1节 耳鼻咽喉科患者的护理评估及			

第 1 章 眼的应用解剖生理



学习目标

- 1. 掌握眼球各部位置、组织结构及其生理功能
- 2. 掌握眼球附属器的解剖结构及其生理功能
- 3. 了解眼眶与鼻窦、颅腔的密切关系

眼为视觉器官,包括眼球、视路和眼附属器三部分。

第 1 节 眼 球

眼球并非几何球形。正常成人眼球前后径约为 24mm,垂直径约为 23mm,水平径 23.5mm。眼球大小可以通过 A 超进行测量。眼球周围骨性组织形成的空间称为眼眶,眼球位于眼眶前部,其后部和周围均有脂肪组织,起到保护和支撑眼球的作用,眼球分为眼球壁和眼球内容(图 1-1)。

一、眼 球 壁

球壁由三层膜组成,由外向内依次为纤维膜、色素膜、视网膜。

(一) 纤维膜

1. 角膜 位于眼球的最前端,约占纤维膜的 1/6,呈横椭圆形,略向前突,新生儿阶段,角膜直径约 9~10mm,3 岁以上的儿童角膜直径已接近成人,成人角膜横径约 11.5~12mm,垂直径 10.5~11mm。角膜中央薄约 0.52mm,周边厚约 1mm。

角膜从组织结构分五层(图 1-2)。

(1) 上皮细胞层:由 5~6 层无角化的鳞状上皮细胞组成,其再生能力强,损伤后修复较快,且不留瘢痕,表层覆盖泪膜,有湿润角膜作用。

(2) 前弹力层(bowman 膜):是一层均匀一致无细胞的胶原纤维膜,无再生能力,但对机械性损伤抵抗力较强。

(3) 基质层:占角膜厚度的 9/10,由与角膜表面平行的胶原纤维束薄板组成,具有相同屈光指数,损伤后不能再生而由不透明的瘢痕组织代替。

(4) 后弹力层:为一透明层,较坚韧,损伤后能再生。

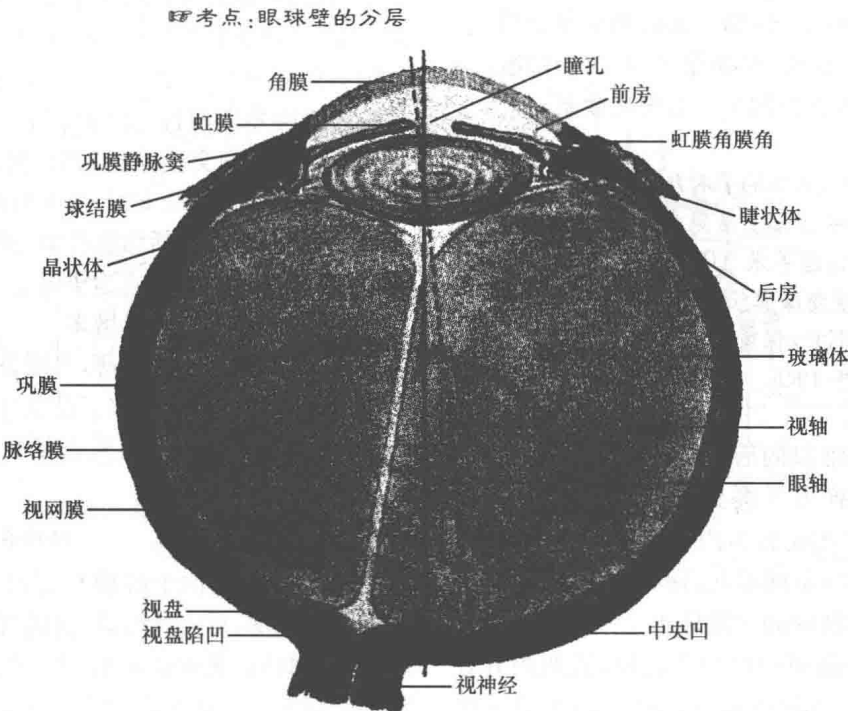


图 1-1 右眼水平切面图

(5) 内皮细胞层:为一层六角形扁平细胞,与虹膜表面内皮相连,具有房水-角膜屏障功能。正常情况下房水不能透过此层渗入角膜组织,损伤后常可引起基质层水肿,只能依靠邻近的内皮细胞的扩展和移行修补覆盖。

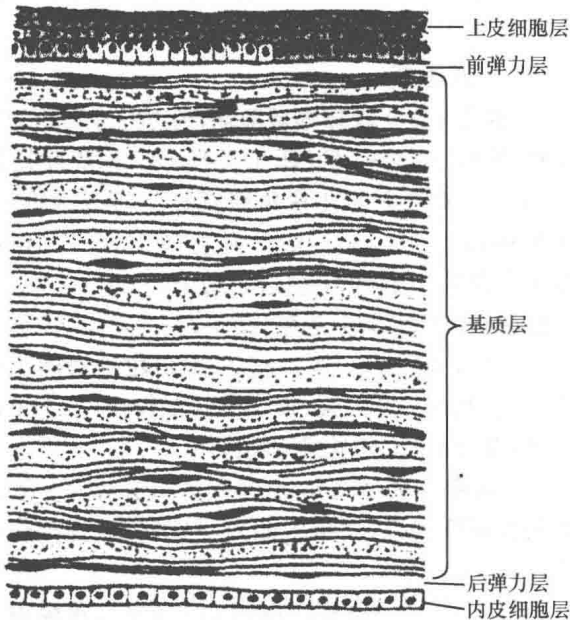


图 1-2 角膜横切面示意图

考点:角膜组织的分层

角膜无血管,透明,是重要的屈光间质(相当于43D的凸透镜),营养来自于角膜缘血管网和房水,代谢所需的氧80%来自空气,15%来自角膜缘血管网,5%来自房水。感觉敏锐,起到保护眼球的作用。角膜与结膜、巩膜、虹膜在组织学上有密切联系。

链接 >>>

治疗近视眼的手术方式

目前治疗近视眼临床上常见的两种手术方式准分子激光屈光角膜切削手术(PRK),术后缺乏前弹力层,少数人可出现角膜雾状混浊。准分子激光角膜原位磨镶术(LASIK),保留前弹力层,术后角膜混浊的发生率明显低于PRK。

2. 巩膜 为纤维膜的后5/6,由乳白色坚韧而致密的胶原纤维和弹力纤维交错构成、巩膜前接角膜,后至视盘。后极部处分为内外两层,外2/3移行于视神经髓鞘,内1/3呈网眼状,称巩膜筛板,此处最薄,青光眼患者形成特殊的凹陷即青光眼杯。巩膜的厚度各处不同,后极部视神经周围最厚,直肌附着处较薄。巩膜与角膜一同构成眼内容的外屏障,其主要功能为维持眼球外形,保护眼内组织以稳定视力。

3. 角膜缘 是角膜和巩膜的移行区,由于透明的角膜嵌入不透明的巩膜内,并逐渐过渡到巩膜,所

以在眼球表面和组织学上没有一条明确的分界线,平均宽约1.0mm。上方角膜缘较宽,下方次之,两侧较窄,有小梁网和Schlemm(施勒姆)管。角膜缘解剖结构上是前房角及房水引流系统的所在部位,角膜缘是内眼手术的手术标志,组织学上还是角膜干细胞所在之处,因此十分重要(图1-3)。

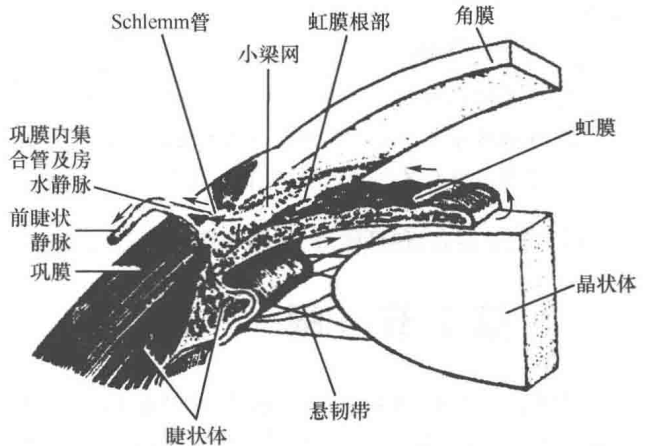


图 1-3 角膜缘结构示意图

(二) 色素膜

又称葡萄膜、血管膜,位于视网膜和巩膜之间,自前向后分为虹膜、睫状体、脉络膜三部分。主要作用为遮光和提供营养。

1. 虹膜 呈圆盘状,自睫状体伸展到晶状体前面,将眼球前部腔隙分隔成前房和后房。虹膜悬在房水中,表面有辐射状凹凸不平的皱褶称虹膜纹理和隐窝。虹膜颜色因种族不同而异,中国人多呈棕褐色,虹膜中央有一直径为2.5~4mm的圆孔,称瞳孔。虹膜内的肌肉分为两种;即瞳孔括约肌和瞳孔开大肌。瞳孔括约肌受副交感神经支配,收缩时瞳孔缩小。瞳孔开大肌受交感神经支配,收缩时瞳孔开大。在强光下或视近物时,瞳孔括约肌收缩,瞳孔缩小,以减少光线的进入量;在弱光下或远望时,瞳孔开大肌收缩,瞳孔开大,使光线的进入量增多。虹膜周边与睫状体连接处为虹膜根部,此部很薄,当眼球受挫伤时,易从睫状体上离断。由于虹膜位于晶状体的前面,当晶状体脱位或手术摘除后,虹膜失去依托,在眼球转动时可发生虹膜震颤。

考点:虹膜内的两条肌肉

2. 睫状体 位于虹膜与视网膜的锯齿缘之间,前接虹膜根部,后连脉络膜,由两部分组成,前1/3肥厚处为睫状冠,其内表面有70~80个纵行放射状突起称睫状突。睫状突表面有无色素上皮和色素上皮细胞覆盖,具有分泌房水的功能,后2/3薄而扁平,为睫状体平坦部。晶状体悬韧带的纤维附着在睫状冠的睫状突间隙,睫状体内有睫状肌,当睫状肌收缩时,

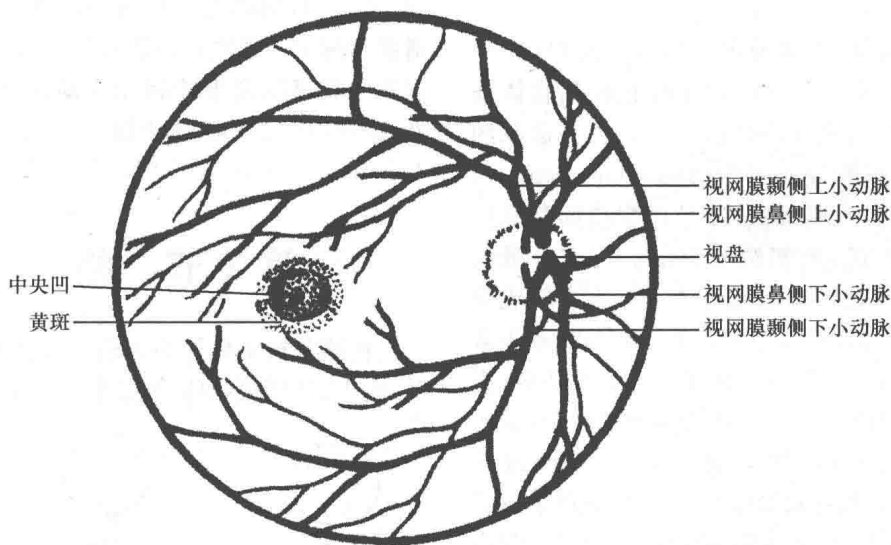


图 1-4 正常眼底示意图

悬韧带松弛,晶状体依靠自身的弹性回缩而变厚,产生眼的调节作用,且有维持眼压的功能。睫状肌是平滑肌,受副交感神经支配。睫状肌各个部分的协调收缩保证睫状体的调节功能。睫状体内有丰富血管及睫状神经,故炎症是以渗出反应为主并伴随剧烈疼痛。

3. 脉络膜 为葡萄膜的后部,前起锯齿缘,后止于视盘周围,介于视网膜与巩膜之间,有丰富的血管和黑色素细胞,组成小叶状结构。脉络膜血管多,血容量大,为视网膜外层和黄斑区提供血液,血液中病原体也容易经脉络膜扩散。脉络膜无感觉神经分布,脉络膜炎症时不引起疼痛。

脉络膜中的血液量为眼球总血液量的 90%,其生理功能为营养视网膜、视神经和黄斑中心凹,此外脉络膜还有散热、遮光和暗房作用。

(三) 视网膜

视网膜是一层透明的膜,前界为锯齿缘,后界为视神经乳头周围,外附脉络膜,内邻玻璃体。视网膜后极部有一直径约 2mm 的浅漏斗状凹陷区,称为黄斑(图 1-4)。其中央有一小凹,称为黄斑中心凹。中心凹处的视锥细胞密度最大,可达 38.5 万个/mm²,视锥细胞感受强光和色觉,因此中心凹是视网膜视觉最敏锐的部位,临床视力检查指的就是黄斑中心凹的视力。在视网膜中心凹边缘开始出现视杆细胞,视杆细胞主要分布在周边部,感受弱光,即对微弱光感更为敏锐。距黄斑鼻侧约 3mm 处,有一直径约 1.5mm、边界清楚的淡红色圆盘状结构,称为视神经乳头(视盘),是视网膜神经纤维汇集穿过巩膜筛板的部位,此处无感光功能,视野表现为生理盲点。视神经乳头中央有一小凹区称为视杯或生理凹陷。视神经乳头有视网膜中央动、静脉通过,并于此处分

布于视网膜。视网膜可分为两层,外层色素上皮层,内层神经感光层。神经感光层主要由三级神经元构成(图 1-5)。第一级神经元为视细胞,分为视锥细胞、视杆细胞两种。第二级神经元为双极细胞,起联络第一级和第三级神经元的作用。第三级神经元为神经节细胞,其轴突向视盘汇集,形成视神经,起传导神经冲动作用。

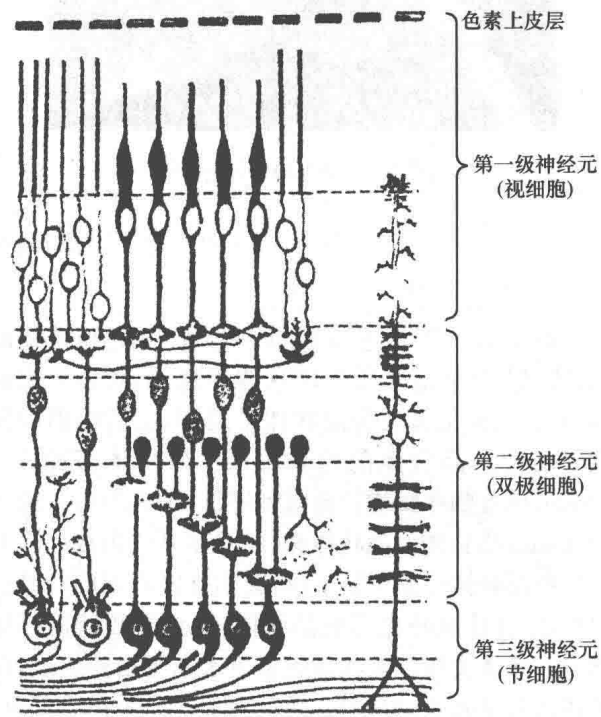


图 1-5 视网膜三级神经元

二、眼内容物

眼内容物包括房水、晶状体和玻璃体,是眼球屈光系统的重要组成部分。

(一) 房水

为眼内透明液体,充满前房与后房。前房(anterior chamber)指角膜后面与虹膜和瞳孔区晶状体前面之间的眼球内腔,容积约 0.2ml。前房中央部深约 2.5~3mm,周边部渐浅。后房(posterior chamber)为虹膜后面、睫状体内侧、晶状体悬韧带前面和晶状体前侧面的环形间隙,容积约 0.06ml。房水总量约占眼内容积的 4%,处于动态循环中。房水主要成分是水,占 98.75%;另含有少量氯化物、蛋白质、维生素 C、尿素及无机盐等。当眼内炎症手术或眼外伤时,房水内蛋白含量会增高。房水由睫状突上皮产生,进入后房,经瞳孔流入前房,再经前房角、小梁网流入 Schlemm 管、集液管和房水静脉,最后经睫状前静脉进入血液循环(图 1-6)。房水不断循环更新,以保持眼内压的稳定,并将眼内代谢产物运输到眼外。房水除有屈光作用外,还有营养角膜、晶状体和玻璃体的作用。



图 1-6 房水循环示意图

考点:房水的循环过程

(二) 晶状体

形如双凸透镜,位于瞳孔和虹膜后面、玻璃体前面,通过晶状体悬韧带与睫状体连接,晶状体分为前后两面,两面交接处为晶状体赤道部,前后两面的顶点分别称为晶状体前极和后极。晶状体直径 9~10mm,厚度随年龄增长而缓慢增加,中央厚度一般为 4~5mm,晶状体由晶状体囊、晶状体纤维组成。人的一生中晶状体纤维不断生成,新的纤维将旧的纤维挤向中心,并逐渐硬化形成晶状体核,核外较新的纤维称为晶状体皮质。晶状体主要由水和蛋白质组成,此外还含有氨基酸、类脂物、微量元素等非蛋白质成分。晶状体本身无血管,其营养来自于房水。晶状体是眼屈光系统的重要组成部分,参与眼球的屈光作用、调节功能,同时,晶状体还能吸收部分紫外线,起到保护视网膜的作用。

(三) 玻璃体

玻璃体为无色透明胶质体,其主要成分为水,约

占 98%。玻璃体无血管,代谢缓慢,其营养来自于脉络膜和房水。玻璃体不能再生,失去后其空间由房水填充。玻璃体是眼的屈光介质之一,除有屈光功能外,还对视网膜和眼球壁起支持作用。

考点:眼内容的组成

第 2 节 视 路

视路是视觉传导的通路。从视神经开始,经视交叉、视束、外侧膝状体、视放射至皮质视中枢(图 1-7)。

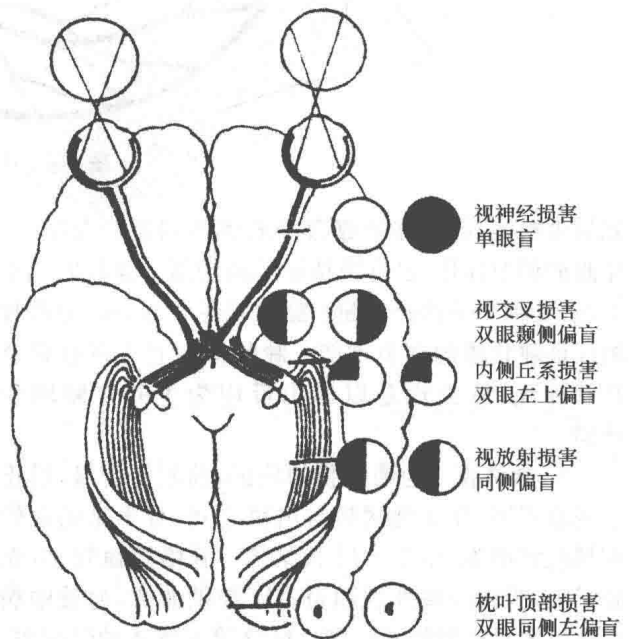


图 1-7 视路及其损害与视野相应关系

一、视 神 经

视神经是由视网膜神经节细胞发生的神经纤维汇集而成。起于视盘,止于视交叉,全长约 50mm,分为眼内段、眶内段、管内段和颅内段。

1. 眼内段 位于眼球内的部分,即自视盘开始至视神经纤维成束穿过巩膜筛板部分。长约 1mm,此段神经无髓鞘,自此起即有髓鞘包绕。

2. 眶内段 长约 30mm,呈“S”形弯曲,有利于眼球的自由转动。

3. 管内段 位于骨性视神经管内,长为 6~10mm,该段视神经与骨膜紧密结合,故骨管外伤时最易挫伤视神经。

4. 颅内段 自骨性视神经管出口处至视交叉前角止,长约 10mm。

包绕视神经的髓鞘可分为 3 层,由外至内为硬膜、蛛网膜及软膜。硬膜与蛛网膜之间的空隙,称硬膜下腔;蛛网膜与软膜之间的空隙,称蛛网膜下腔。

均与脑之同名腔相通,向前终止于眼球而形成盲管,腔内充满着脑脊液,所以当颅内压增高时,常见视盘水肿。眼眶深部组织的感染,也能沿视神经周围的脑膜间隙扩散至颅内。

视神经髓鞘上富有感觉神经纤维,故当炎症时球后常有疼痛感。

二、视交叉、视束、外侧膝状体、视放射与视中枢

1. 视交叉 位于颅内蝶鞍处,双眼视神经纤维在此处进行部分性交叉,即双眼视网膜鼻侧的纤维交叉至对侧。当邻近组织病变影响视交叉部位时,可出现视野缺损,最常见的是颞侧偏盲。

2. 视束 即自视交叉至大脑外侧膝状体节细胞止。因视神经纤维已进行了部分交叉,故每一视束包括同侧的颞侧纤维与对侧的鼻侧纤维。因此,当一侧视束有病变时,可出现同侧偏盲。

3. 外侧膝状体 位于大脑脚外侧,它收容大部分由视束而来的纤维,发出视放射纤维,为视分析器的低级视中枢。

4. 视放射 为外侧膝状体发出的视觉纤维向上下作扇形散开所形成。

5. 视中枢 位于大脑枕叶皮质纹状区,全部视放射均终止于纹状区,为人类视觉的最高中枢。

由于视觉纤维在视路各段排列不同,所以在神经系统某部分发生病变或损害时对视觉纤维损害各异,表现为特殊的视野异常。对中枢神经系统病变的定位诊断具有重要的意义。

第3节 眼附属器

眼附属器指保护、运动和支持眼球的组织结构,包括眼睑、结膜、泪器、眼外肌和眼眶。

一、眼 睑

眼睑位于眼眶前部,覆盖于眼球表面,分上睑和下睑,其游离缘称睑缘。上、下睑缘间的裂隙称睑裂,其内外联结处分别称内眦和外眦。正常平视时睑裂高度约8mm,上睑遮盖角膜上部1~2mm。内眦处有一小的肉样隆起称泪阜,为变态的皮肤组织。睑缘有前唇和后唇。前唇钝圆,有2或3行排列整齐的睫毛,毛囊周围有皮脂腺(Zeis腺)及变态汗腺(Moll腺)开口于毛囊。后唇呈直角,与眼球表面紧密接触。两唇间有一条灰色线乃皮肤与结膜的交界处。灰线与后唇之间有一排细孔,为睑板腺的开口。上下睑缘的内侧端各有一乳头状突起,其上有一小孔称泪点(图1-8)。

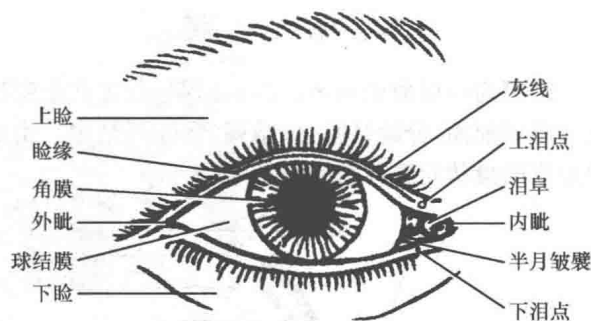


图1-8 眼睑外观

眼睑从外向内分五层(图1-9)。

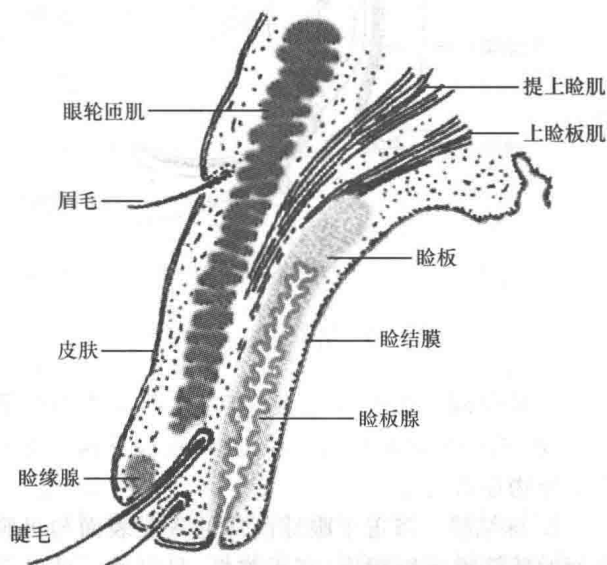


图1-9 眼睑矢状切面图

1. 皮肤 是人体最薄的皮肤之一,细嫩而富于弹性。因为下面的结构疏松,所以睑皮肤易滑动和形成皱褶。

2. 皮下组织 为疏松结缔组织和少量的脂肪,是人体最松软的组织之一。便于眼睑轻巧灵活的活动,最易引起水肿和皮下淤血。

3. 肌层 此层包含三种肌肉。眼轮匝肌、提上睑肌和 Müller 肌。眼轮匝肌受面神经支配,收缩时睑裂缩小,提上睑肌受动眼神经支配,收缩时睑裂开大,Müller 肌受颈交感神经支配,有辅助睑裂开大作用。

4. 睑板 由致密结缔组织形成的半月状结构,两端借内、外眦韧带固定于眼眶内外侧眶缘上。睑板内有若干与睑缘呈垂直方向排列的睑板腺(Meibom腺),是全身最大的皮脂腺,开口于睑缘,分泌类脂质,参与泪膜的构成并对眼表面起润滑作用。

5. 睑结膜 紧贴睑板后面。

【考点】:眼睑的组织分层

二、结 膜

结膜为一层薄而透明的黏膜组织,覆盖在眼睑后面和眼球前面,分睑结膜、球结膜、穹隆部结膜。由结膜形成的囊状间隙称为结膜囊(图 1-10)。

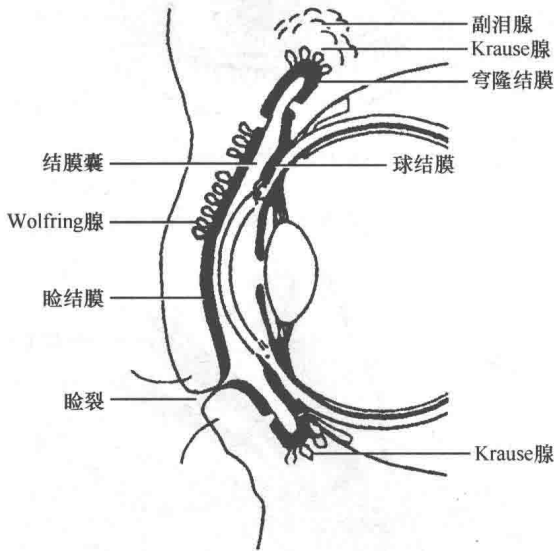


图 1-10 结膜结构示意图

1. 睑结膜 覆贴于睑板之后,在距下睑缘后唇2mm处,有一与睑缘平行的浅沟,叫睑板下沟。常为细小异物存留之处。

2. 球结膜 覆盖于眼球前部的巩膜表面与巩膜表面的球筋膜疏松相连,富于弹性,易推动。球结膜下注射即在此部位进行。在角膜缘处结膜上皮细胞移行为角膜上皮细胞,因而结膜病可累及角膜。

3. 穹隆部结膜 为球结膜和睑结膜的移行部分,多皱襞,便于眼球转动。是结膜中最厚、最松弛的部分。上穹隆部较深,下穹隆部较浅。穹隆部上皮细胞为复层柱状上皮细胞,上皮细胞下含有多量的淋巴细胞,有时形成滤泡。该部血管丰富。

结膜的分泌腺有:①副泪腺:结构与泪腺相似,但较小,分泌泪液。在睑板上缘者叫 Wolfring(沃弗林)腺,在穹隆部结膜下者叫 Krause(克劳斯)腺。②杯状细胞:位于结膜上皮细胞层,以穹隆部结膜最多,分泌黏液,为黏液性分泌物的来源。

三、泪 器

泪器包括泪腺和泪道两部分(图 1-11)。

(一) 泪腺(lacrimal gland)

位于眼眶外上方的泪腺窝内,长约 20mm,宽 12mm,借结缔组织固定于眶骨膜上,提上睑肌外侧肌腱从中通过,将其分隔成较大的眶部泪腺和较小的睑部泪腺,正常时从眼睑不能触及。泪腺的排出管 10~12 根,开口于外侧上穹隆结膜。泪腺是外分泌腺,产

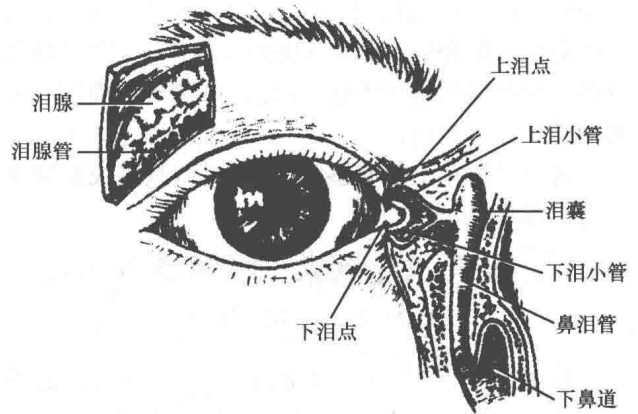


图 1-11 泪器示意图

生浆液,每一腺体含腺细胞和肌上皮细胞。血液供应来自眼动脉分支泪腺动脉。

此外尚有位于穹隆结膜的 Krause 腺和 Wolfring 腺,分泌浆液,称副泪腺。

(二) 泪道(lacrimal passages)

是泪液的排出通道,包括上下睑的泪点、泪小管,泪囊和鼻泪管。

1. 泪点 是泪液引流的起点,位于上、下睑缘后唇,距内眦 6.0~6.5mm 的乳头状突起上,直径为 0.2~0.3mm 的小孔,贴附于眼球表面。

2. 泪小管 为连接泪点与泪囊的小管。从泪点开始后的 1~2mm 泪小管与睑缘垂直,然后呈一直角转为水平位,长约 8mm。到达泪囊前,上、下泪小管多先汇合成泪总管后进入泪囊中上部,亦有直接进入泪囊的。

3. 泪囊 位于内眦韧带后面、泪骨的泪囊窝内。其上方为盲端,下方与鼻泪管相连接,长约 10mm,宽约 3mm。

4. 鼻泪管 位于骨性鼻泪管内,上接泪囊,向下后稍外走行,开口于下鼻道,全长约 18mm。鼻泪管下端的开口处有一半月形瓣膜称 Hasner(哈斯纳)瓣,有阀门作用。

【考点】泪道的组成

泪液为弱碱性透明液体,除含有少量蛋白和无机盐外,还含有溶菌酶、免疫球蛋白 A(IgA)、补系统、 β 溶素和乳铁蛋白。泪液除具有湿润眼球作用外,还具有清洁和灭菌作用。当有刺激时,大量泪液分泌可冲洗和排除微小异物。在正常情况下,16 小时内分泌泪液约 0.5~0.6ml。在睡眠状态下,泪液的分泌基本停止,在疼痛和情绪激动时则大量分泌。

四、眼 外 肌

有四条直肌和两条斜肌,四条直肌为上直肌、下直肌、内直肌和外直肌,均起于眶尖部视神经周围的总

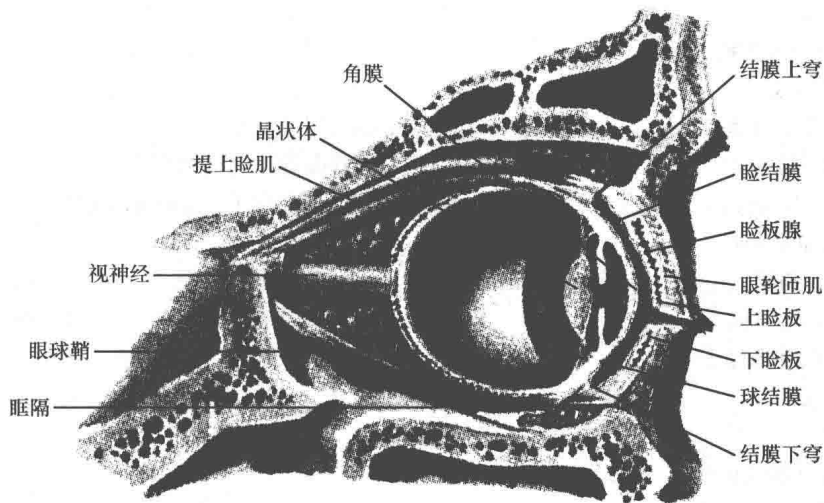


图 1-12 眼眶示意图

腱环,止于巩膜表面。内、外、上、下四条直肌的作用分别使眼球内转、外转、上转和外转,上直肌还有内转与内旋作用,下直肌有内转与外旋的作用。两条斜肌是上斜肌和下斜肌,上斜肌亦起自总腱环,通过滑车止于后部巩膜,作用是使眼球下转、外转、内旋。下斜肌起自眶下壁的前内侧,止于后部巩膜,可使眼球上转、外转、外旋。各条眼外肌对眼球的作用,是指眼球向正前方而言。当变动眼位时,各肌的作用也有所变动。眼球的每一运动,是各肌协作共同完成的,两眼的运动也必须协调一致。

五、眼 眶

由额骨、蝶骨、筛骨、腭骨、泪骨、上颌骨和颧骨 7 块颅骨构成的四边锥形,底向前,尖朝后,成人眶深 4~5cm(图 1-12)。有上、下、内、外四个壁,其中外侧壁稍偏后,眼球暴露较多,所以增加了视野,但也增加了外伤的机会。此外四个壁很薄,且与额窦、上颌窦、筛窦、蝶窦相邻,因此鼻窦的疾病易波及到眼眶。眶上裂有Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ对颅神经和眼上静脉通过,眶下裂有眶下神经、眶下动脉、眶下静脉通过。视神经孔有视神经和眼动脉通过。眶内容物有眼球、眼外肌、泪腺、血管、神经、筋膜、脂肪。

第 4 节 眼球血管与神经

一、血 管

1. 动脉 眼动脉来自颈内动脉,经神经孔进入眶内,行程中发出分支供应眼球、眼外肌、泪腺和眼睑等,其主要分支有:视网膜中央动脉,营养视网膜内层。睫状后动脉在视神经周围穿入巩膜,分支营养脉络膜、虹膜、睫状体及视网膜外层。睫状前动脉来自

眼动脉的肌动脉,分布于角膜、球结膜及虹膜睫状体,泪腺动脉分布于泪腺。

2. 静脉 视网膜中央静脉与同名动脉伴行,经眼上静脉或直接汇入海绵窦。在眼球赤道后方有 4~6 条涡静脉,收集脉络膜及部分虹膜睫状体的血,经眼上、下静脉,汇流到海绵窦。睫状前静脉收集前葡萄膜的血液,大部分经眶上裂流入海绵窦。

二、神 经

视神经传导视觉神经冲动。三叉神经的第一、二分支司眼球及眼睑的感受。滑车神经支配上斜肌,外展神经支配外直肌,动眼神经支配其他眼外肌。副交感神经支配瞳孔括约肌和睫状肌。交感神经支配瞳孔开大肌。睫状神经节位于视神经外侧视神经孔前 1.0cm 左右。眼内手术施行球后麻醉,即阻断此神经节。

目标检测

选择题

A₁ 型题

1. 由动眼神经支配的肌肉是()
A. 外直肌 B. 米勒肌 C. 上斜肌
D. 额肌 E. 提上睑肌
2. 角膜缘的宽度约为()
A. 0.9mm B. 1mm C. 0.5mm
D. 1.2mm E. 0.75mm
3. 下列不构成球壁的组织是()
A. 视网膜 B. 葡萄膜 C. 角膜
D. 结膜 E. 巩膜
4. 角膜受损后疼痛的原因是()
A. 上皮细胞受损后不能再生
B. 角膜自身无血管

- C. 实质层纤维排列整
D. 角膜含有丰富的神经末梢
E. 含水量和层折率恒定
5. 眼球近似球形,其前后径平均为()
A. 21mm B. 32mm C. 24mm
D. 22mm E. 28mm
6. 屈光系统不包括下列哪一项()
A. 晶状体 B. 角膜 C. 房水
D. 虹膜 E. 玻璃体
7. 有关正常眼底的描述错误的是()
A. 视网膜动脉比静脉细
B. 视盘在黄斑鼻侧
C. 视网膜动脉比静脉颜色鲜红
D. 视盘在黄斑颞侧
E. 视盘中央有凹陷
8. 关于角膜的说法正确的是()
A. 营养主要来自空气
B. 前后曲率半径相等
C. 屈光度相当于+43.00D
D. 角膜呈竖椭圆形
E. 各方向子午线曲度都相等
9. 巩膜最厚处位于()
A. 眼外肌附着处 B. 赤道部
C. 视神经穿出处 D. 视神经周围
E. 后极部

(冯桂玲)

第2章 眼科患者的护理概述

学习目标

1. 熟悉眼科疾病的护理内容
2. 学会眼科常用的检查操作及结果记录

第1节 眼科患者的护理内容及护理评估

眼科患者是眼科护理工作的主要对象。以人的健康为中心的现代护理观要求我们:护理的着眼点不仅仅在“病”,更应当强调“人”,要始终把患者视为生物-心理-社会的综合体,从人的身心、社会、文化的需要出发去考虑患者的健康和护理问题。眼科患者的护理评估是有计划地、系统地搜集资料的过程,是整个护理程序的基础。

一、护理内容

(一) 心理的护理

眼是视觉器官,是感觉器官中最重要的器官。人接受外界信息的90%以上是经过眼睛获得的。眼病时的痛苦感受显著,尤其是患眼病时的视功能改变以及眼科手术会使患者产生紧张、焦虑和恐惧心理,护理医护人员要具备一定的医学心理知识和沟通的技巧,及时发现患者的心理问题,有针对性地进行心理疏导。尊重患者的人格,帮助患者树立战胜疾病的信心和勇气。

(二) 症状和体征的护理

眼科患者一旦眼部发生病变,症状、体征非常突出,会出现不同程度的视力下降、角膜刺激症状等。了解和掌握患者的症状和体征,根据其发生的原因和严重程度制定具体的护理计划。对双眼外伤、手术后的患者,要制定生活护理计划,协助患者尽快适应生活方式,进行卫生宣教,指导患者用药和自我保健,协助医护人员完成治疗;对有角膜刺激症状明显患者,要及时采取措施,并遵医嘱给予适当的护理和治疗。

(三) 检查和诊断过程中的护理

眼科检查项目较多,专业性较强,需要患者积极地配合,以免影响检查与治疗的效果。要向患者讲清检查的目的、注意事项,取得患者的理解和合作。在

诊疗过程中,要关心体贴患者,尽量减少患者的痛苦。安慰和鼓励患者,增强其信心。熟练掌握检查和操作技巧,协助医生完成各项检查和操作。密切观察患者的反应,向患者交代应注意的事项。

(四) 与眼相关全身疾病的护理

有些眼科疾病和全身疾病相关,许多眼病可从全身找到原因,有些眼病就是全身病的眼部表现,例如,糖尿病可引起白内障和视网膜病变,高血压和动脉硬化可引起眼底出血,甲状腺功能亢进可有眼球突出,风湿性关节炎引起虹膜睫状体炎。在进行眼部护理的同时,树立整体意识,制定整体护理计划是患者能够得到全面的护理。

二、护理评估

(一) 病史评估

1. 眼部疾病评估

(1) 患病经过:发病情况及发病时间、主要临床表现等。包括部位、性质、程度、症状出现和缓解的规律等。如情绪激动后出现眼痛、头痛、虹视、恶心等可考虑青光眼急性发作。了解症状出现频率和缓解的规律等。了解视力改变的性质、程度,如复视、视物模糊、视力丧失等。

(2) 检查治疗经过:以往检查的结果、用药情况和效果,目前治疗情况,如正在使用药物的种类、剂量和用法,许多药物可引起药物性眼病,患病后的检查及治疗经过。如虹膜睫状体炎的以往检查结果、用药情况和效果,目前采取的治疗措施,用药种类、剂量和用法等。特殊的治疗饮食。治疗或康复使用的仪器设备等。

(3) 诱发因素或致伤原因:如感冒可引起病毒性结膜炎,情绪激动、暗室停留时间过久等可诱发急性闭角型青光眼的发作。

2. 生活史

(1) 个人史:是否去过疫源地、传染病接触史,工作环境与眼病的关系。如医务工作者和电焊工作者可致电光性眼炎,钢筋工易导致金属性角膜异物。

(2) 生活方式:生活有无规律,阅读习惯是否健康,是否注意眼保健。如过度兴奋或悲哀眼压升高而诱发急性闭角型青光眼,高度近视用眼过度,常致玻璃体液化变性而引起视网膜脱离。

(3) 饮食习惯:饮食数量、种类,有无特殊嗜好如饮酒及有无偏食。尤其是糖尿病患者更应详细询问。

3. 家族史 家族中有无与遗传有关的眼病。如视网膜母细胞瘤患者其父母兄弟姐妹可能有同样疾病。

4. 心理健康评估

(1) 心理状态:了解患者对所患疾病的认知和对就医结果的期望,评估患者的性格特点、文化程度及受教育背景等。当视力下降或失明时,患者无法正常工作,甚至失去生活自理能力,容易表现为焦虑、失眠、悲观、情绪低落、自卑、孤独等心理。

(2) 疾病知识:对疾病的诱因、病程、治疗、预后、预防等方面的了解程度。

(3) 社会支持系统:了解家庭成员、亲戚、朋友、同事对患者所患疾病的认识和对患者的关注程度,家庭经济状况及治疗费用来源是否有保障。社会对低视力的关注与支持等。

5. 一般状态 应注意患者的全身情况,包括血压、心率、呼吸、脉搏、体位、皮肤、营养、神志等。

(二) 眼部状况评估

1. 眼部症状评估与分析

(1) 视力障碍

1) 视远不清,视近正常:多见于近视、调节痉挛。如突然发现近视者,应考虑糖尿病的可能。因为糖尿病患者玻璃体屈光指数增加,屈光力增强,成为指数性近视。眼球钝挫伤,晶体悬韧带折断,晶体凭其自身弹性表面弯曲度增加,亦可表现为近视。

2) 视近不清,视远正常:见于调节麻痹、老视、远视。

3) 视远和视近均不清:可能是由于散光或其他影响视力的眼病所致。

4) 突然发生的视力障碍:突然视力障碍是指瞬间视力障碍,常见于网膜中央动脉阻塞、视网膜静脉周围炎致玻璃体大出血、缺血性乳头病变、视网膜脱离等。

5) 缓慢发生的视力障碍:多见于炎症、变性等。其中也有发病较急者,如急性闭角青光眼、急性虹膜炎、急性视神经炎等,但与瞬间视力障碍决然不同。

6) 一过性或阵发性视力障碍:常见于颅压升高致乳头水肿的早期、脑血管痉挛所致闪辉性暗点、青光眼的前驱期小发作、高血压引起的视网膜血管痉挛、一时性脑缺血等。

7) 视物变形:主要是由于视网膜感光细胞排列紊乱所致,感光细胞堆积处视物变大,感光细胞稀少处视物则变小。常见引起视物变形的眼病有中心性浆液性脉络膜视网膜病变、老年黄斑盘状变性、视网膜脱离等。

8) 复视:复视是指看一个物体变为两个。单眼复视多见于晶体半脱位;双眼复视则见于眼外肌麻痹。

9) 闪光感:最典型的病为闪辉性暗点,本病属血管痉挛性偏头疼的症状之一。于短暂的闪光症状之后出现剧烈的偏头疼,约半日后自然恢复。闪光感的其他常见原因还有视网膜脉络膜炎、视网膜脱离、视网膜囊样变性等。

10) 眼前黑影飘动:患者主诉有点状、丝状、蚊翅状或网状暗影随眼球转动不时出现于眼前。此现象常出现于下述两种情况:一是玻璃体内胚胎残留的细胞或少数游走白细胞,玻璃体支架组织投影于视网膜上引起的“飞蚊症”,属生理性。二是色素膜或视网膜炎症、出血、寄生虫进入玻璃体,或玻璃体变性所致玻璃体混浊。前者不影响视力,检查无阳性所见,后者可于玻璃体内发现混浊物。

(2) 眼痛和头痛:眼病可以反射性引起偏头疼或全头疼。疾病不同,疼的部位和性质各异;例如闪辉性暗点是在闪辉过后剧烈偏头疼;眶上神经痛于眶上切迹处有明显压痛点;青光眼为眼球剧烈胀痛伴同侧头疼;急性虹膜炎为明显睫状压疼;角膜上皮损伤、电光性眼炎、角膜溃疡为剧烈的刺疼;巩膜炎则为患区局限压疼;球后视神经炎为眼球深部钝疼,眼球运动疼。

(3) 视疲劳:视疲劳主要表现为视物不能持久,视物久时视物模糊、出双影,看书时串行,甚至头疼、烦躁等。闭目休息后,症状消失。引起视疲劳的原因有:远视、散光、隐斜、屈光参差、身体虚弱性视疲劳神经官能症等。

(4) 溢泪和流泪:通常我们所说的流泪分为两种:由于泪腺分泌增加引起的流泪称“流泪”;由于泪道狭窄或阻塞引起的流泪称“溢泪”。

引起流泪的常见原因有:感情因素、泪腺的炎症或肿瘤、结膜囊或角膜异物、倒睫及外伤、结膜、角膜、虹膜睫状体炎症等。引起溢泪的常见原因有:老年人眼轮匝肌机能减退,泪道弹性降低,正常泪液引流动力减弱。面瘫、瘢痕等所致下睑外翻,使泪小点离开眼球失去对泪液的吸收作用。泪小点、泪小管、鼻泪管的狭窄或阻塞、急慢性泪囊炎等。

【考点】眼部常见的症状

2. 眼部体征评估与分析 为防止遗漏,检查应按解剖层次由外向内逐一进行。一般先右后左,如单眼患病,则先查健眼,后查患眼。一方面,以健眼作为对照;另一方面,如患传染性眼病也可避免交叉感染。外眼检查一般用聚光手电筒(或锤形检眼灯)自侧方斜照或在裂隙灯下进行。

(1) 眼睑:检查的主要内容应包括眼眉、眼睑外形、睑运动情况、睑裂大小、眼睑皮肤、睑缘位置及睫毛等。观察眼睑有无肿胀、充血、压痛、包块、皮疹、瘢痕、皮下出血和气肿,睑裂大小是否相等,眼睑有无位置异常、充血、糜烂、倒睫等。

(2) 泪器:① 泪腺:正常时泪腺不能触及,而能触及者均为异常,可见于炎症和肿瘤等;② 泪点:观察泪点开口有无狭窄或闭塞,有无泪点位置异常(如外翻);③ 泪囊:泪囊部有无充血、水肿、压痛或瘘管,压迫泪囊部有无分泌物自泪点溢出。

(3) 结膜:观察结膜各部有无充血、水肿、滤泡、乳头、结石、瘢痕、异物、新生物、睑球粘连等,并注意区分结膜充血、睫状充血(表 2-1)。

表 2-1 结膜充血与睫状充血的鉴别

	结膜充血	睫状充血
部位	近穹隆部结膜为主	角巩膜缘周围为主
深浅	浅	深
颜色	鲜红色	紫红色
血管形态	呈网状、树枝状	呈放射状或轮廓不清
移动性	推动球结膜随之移动	无移动性
血管收缩剂反应	充血可消退、变白	充血稍减,但不变白
分泌物	多有	一般无
充血原因	结膜炎	角膜病、虹膜病、青光眼等

考点:结膜充血与睫状充血的鉴别

(4) 眼前节检查:一般应用裂隙灯显微镜检查(图 2-1),也可用聚光灯、手电筒照明和放大镜观察。

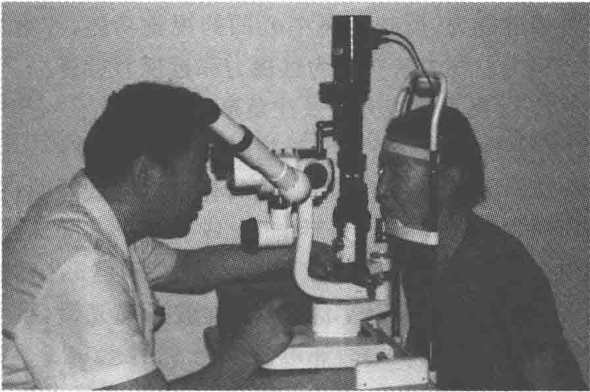


图 2-1 裂隙灯检查图

1) 角膜:一般在裂隙灯下检查。当角膜上皮损伤、角膜炎症、角膜异物肉眼观察不清时,结膜囊滴 1% 荧光素后病变区染成黄绿色便于观察。观察角膜的直径大小、有无角膜混浊、水肿、炎性浸润、溃疡、穿孔、新生血管、变性、瘢痕等。角膜弯曲度异常可见于圆锥角膜和扁平角膜等。

荧光素钠染色检查。正常角膜不着色,如角膜上皮损伤、缺损或溃疡,病变区可被染呈黄绿色。

角膜知觉检查。用一束细棉丝尖端,轻轻触及角膜表面,如不引起瞬目,表明角膜感觉减退。

2) 巩膜:巩膜检查一般应与球结膜检查同时进行。检查的主要内容应包括巩膜的颜色、有无结节、肿物、充血和压疼。如外伤可疑后巩膜破裂者,需切开球结膜进行探查,同时进行治疗。

3) 前房:前房检查主要观察前房深度和前房内容物的变化。可用斜照法观察前房深度,房水有无混浊,前房有无积脓积血或异物。

4) 虹膜:注意虹膜的颜色、纹理,有无新生血管、虹膜震颤、虹膜萎缩,与角膜有无粘连。

5) 瞳孔:两侧瞳孔等大、等圆,位置居中,边缘整齐。正常成人瞳孔在自然光线下直径为 2.5~4mm,幼儿及老年人稍小。瞳孔缩小见于强光照射、虹膜睫状体炎和药物性缩瞳,长椭圆形瞳孔见于闭角型青光眼,梨形瞳孔多见于粘连性角膜白斑;梅花形瞳孔可见于虹膜后粘连。瞳孔扩大见于外伤、青光眼、药物性散瞳和无光感眼。葡萄膜炎引起的“梅花样瞳孔”瞳孔直接对光反射:在暗室内用手电筒照射受检眼,该眼瞳孔迅速缩小。瞳孔间接对光反射:在暗室内用手电筒照射另侧眼,受检眼瞳孔迅速缩小。近反射:又称集合反射,被检者注视眼前 10~15cm 处目标时两眼瞳孔缩小、双眼内聚。

6) 晶状体:主要应注意其位置和混浊情况。因晶体除瞳孔区以外大部分为虹膜所掩盖,故为全面观察晶体应扩瞳检查。常用扩瞳药:老人用 1% 去氧肾上腺素(新福林),青年人用复方阿托品酰胺等速效、短效扩瞳药。青光眼患者一般不应做散瞳检查。

(5) 眼底检查:在暗室内通过直接或间接检眼镜检查,检眼镜不仅可对眼内各部组织,如视网膜、视神经、玻璃体进行检查(图 2-2)。可通过检眼镜检查中枢神经、心血管、内分泌及血液系统等身体其他器官疾病的眼底变化。间接检眼镜可放大倍数为 4 倍,所见眼底为倒像。直接检眼镜则放大倍数为 16 倍,且为正像,使用方便,是目前临床普遍采用的一种检查方法。直接检眼镜检查右眼时,检查者位于受检者右侧,右手持检眼镜用右眼观察,检查左眼时相反,称“三左”、“三右”法。检查时先将检眼镜转盘拨到“0”处,从颞侧约 15°处投入光线,可看清视网膜各部位。若检查者与受检者有一方为屈光不正,眼底看不清可用食指拨动检眼镜转盘,加减屈光度至看清为止。

正常眼底呈现弥漫性橘红色,可见淡红色略呈圆形或椭圆形的视盘,边界清晰,其中央色泽稍淡为生理凹陷,中央凹陷处有视网膜血管通过,动脉为鲜红色,静脉呈暗红色,动静脉管径之比为 2:3(图



图 2-2 眼底检查

2-3)。视盘颞侧约两个视盘直径(PD)稍偏下处,有一个暗红色无血管区称为黄斑,其中心有一针尖样的反光点,为中心凹光反射。

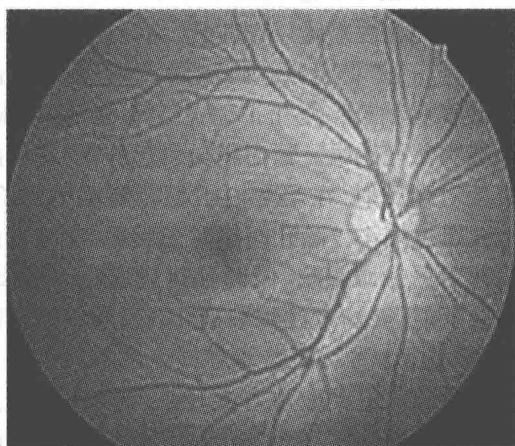


图 2-3 正常眼底图

(6) 眼球的检查:观察眼球大小有无异常、两眼是否对称,角膜是否位于中央,高低是否一致。观察眼球向各方位注视时双眼是否对称和同步,有无眼球震颤、斜视,有无眼球突出或内陷,用眼球突出计测量,正常眼球突出度 12~14mm,左右眼相差不超过 2mm。

(7) 眼眶的检查:眶骨有软组织覆盖,一般要进行触诊。外伤者要注意眶缘是否完整、光滑,有无限局压疼及骨摩擦音。主诉眼疼患者要注意眶上切迹,筛窦、上颌窦有否压痛。眼球突出患者应于眶缘与眼球之间向深部触诊,检查有否肿物,并注意肿物的大小、性质等。眼眶深部损伤或病变时需进行 X 线摄片,CT 扫描超声或磁共振检查。

第 2 节 眼科常用护理诊断

护理诊断是对有关需要以护理措施来解决或减轻现有的、潜在的健康问题的陈述。眼科患者常用的

护理诊断有:

1. 疼痛 眼痛与炎症反应外伤、手术、眼压升高和感染有关。
2. 潜在并发症 与创口裂开、出血、眼压升高、术后活动不当或术后并发症有关。
3. 感知改变(视觉) 与视觉功能障碍有关。
4. 自理缺陷 沐浴或卫生、进食、如厕等,与视力下降、术后双眼遮盖和年老(或年幼)体弱有关。
5. 睡眠形态紊乱 与视力下降环境改变或长期卧床有关。
6. 便秘 与长期卧床、精神紧张、活动减少和生活习惯改变有关。
7. 功能障碍性悲哀 与视力减退影响工作、学习有关。
8. 有感染的危险 与机体抵抗力下降、局部创口的预防感染措施不当、卫生习惯不良等有关。
9. 知识缺乏 缺乏疾病的相关知识。
10. 恐惧 与视力下降、适应环境能力改变和不了解眼病情况有关。
11. 焦虑 与担心预后、经济负担等有关。

第 3 节 眼科常用检查

一、视功能检查

包括视力、视野、色觉、暗适应、立体视觉、对比敏感度及视觉电生理等检查。

(一) 视力

视力即视敏度(visual acuity),指双眼辨别最小物像的能力,反映黄斑中心凹的视觉功能,亦称为中心视力。视力检查分为远视力和近视力检查。

1. 远视力检查方法及注意事项

(1) 视力表 5.0 行与被检眼等高(图 2-4)。

(2) 视力表用灯光照明或明亮自然光线照明(但非阳光直射)。

(3) 检查距离为 5 米。如室内距离不足 5 米时被检者可坐于视力表下,2.5 米远处放一反光镜,被检者从反光镜中看视力表亦可。

(4) 一般先查右眼,后查左眼。单眼患病者先查健眼。双眼患病者先查视力较好眼。

(5) 检查时随时注意被检者头要正,被遮眼要遮全。

(6) 一般情况应从上至下逐行进行检查,最后一行视标应查全。下面以标准对数视力表为例,说明远视力检查方法:检查者用杆指着视力表的视标,嘱被检者说出或用手势表示出该视标的开口方向,自上而下逐行检查,从最大视标开始,找出被检者的最佳辨