

五官科学

(试用教材)

江西医学院

五官科学

(试用教材)

江西医学院

一九七三年九月

毛主席语录

教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合。

学生也是这样，以学为主，兼学别样，即不但学文，也要学工、学农、学军，也要批判资产阶级。学制要缩短，教育要革命，资产阶级知识分子统治我们学校的现象，再也不能继续下去了。

我们的教育方针，应该使受教育者在德育、智育、体育几方面都得到发展，成为有社会主义觉悟的有文化的劳动者。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

前 言

遵照伟大领袖毛主席关于“教材要彻底改革，有的首先删繁就简”的教导，切实贯彻一九七一年《全国工作会议纪要》的精神，在校党委领导下，在总结我校面向农村，开门办学，教育、卫生革命实践经验的基础上，根据三年制教学方案的培养目标和课程设置，编写了《内科学》、《外科学》、《儿科学》、《妇产科学》、《五官科学》临床教材，供医学专业试用。

在编写过程中，我们以毛主席哲学思想为指导，开展学科领域里的革命大批判，坚持政治与业务、理论与实践统一的原则，走中西医结合道路，学习、参考了兄弟院校编写的新教材，吸取了旧教材的有用部分。新编教材在内容上力求做到少而精，便于学生自学。但由于我们对毛主席教育革命思想领会不深，教学经验不足，时间仓促，这套教材难免会有不少缺点和错误，希望工农兵学员及广大革命同志给予批评指正。我们将在教学实践中不断总结，不断提高，使之更好地为工农兵服务。

目 录

第一篇 眼科疾病

第一章 眼的解剖生理概要	(1)
第一节 眼球	(1)
第二节 眼的附属器	(3)
第二章 眼的检查	(5)
第一节 视力、色觉及视野检查	(5)
第二节 外眼检查	(7)
第三节 眼底检查	(8)
第四节 眼压检查	(9)
第三章 眼睑及泪器疾病	(10)
第一节 麦粒肿	(10)
第二节 霰粒肿	(10)
第三节 睑缘炎	(11)
第四节 倒睫与睑内翻	(11)
第五节 睑外翻	(12)
第六节 泪囊炎	(12)
第四章 结膜疾病	(14)
第一节 急性结膜炎	(14)
第二节 慢性结膜炎	(16)
第三节 沙眼	(16)
第四节 泡性结膜炎	(20)
第五节 翼状胬肉	(20)
第五章 角膜及巩膜疾病	(22)
第一节 角膜炎症	(22)
第二节 几种常见的角膜炎	(24)
一、匍行性角膜溃疡	(24)
二、绿脓杆菌性角膜溃疡	(25)
三、树枝状角膜炎	(26)
四、浅层点状角膜炎	(26)
五、深层角膜炎	(27)

第三节 角膜软化症	(27)
第四节 巩膜炎	(28)
第六章 虹膜睫状体炎	(29)
第七章 白内障	(32)
第一节 先天性白内障	(32)
第二节 老年性白内障	(32)
第三节 外伤性白内障	(34)
第四节 并发性白内障	(35)
第八章 青光眼	(36)
第一节 充血性青光眼	(36)
第二节 慢性单纯性青光眼	(39)
第三节 继发性青光眼	(39)
第九章 眼外伤	(41)
第一节 机械性眼外伤	(41)
一、结膜角膜异物	(41)
二、眼睑结膜裂伤	(42)
三、眼部挫伤	(42)
四、眼球穿孔伤	(42)
1. 眼内异物	(43)
2. 化脓性感染	(43)
3. 交感性眼炎	(44)
第二节 非机械性眼外伤	(44)
一、热烧伤	(44)
二、化学性损伤	(45)
三、电光性眼炎	(46)
第十章 眼底疾病	(47)
第一节 中心性视网膜脉络膜炎	(47)
第二节 视神经炎	(48)
第三节 视网膜剥离	(49)
第四节 几种全身病的眼底改变	(50)
一、高血压动脉硬化性视网膜病变	(50)
二、肾性视网膜病变	(51)
三、妊娠毒血性视网膜病变	(51)
第五节 视网膜血循环障碍	(51)
一、视网膜中央动脉阻塞	(51)
二、视网膜中央静脉阻塞	(52)
三、视网膜静脉周围炎	(52)
第十一章 眼的屈光和调节	(54)

第一节 老视眼.....	(54)
第二节 屈光不正.....	(55)
一、近视眼.....	(55)
二、远视眼.....	(55)
三、散光.....	(56)
第十二章 斜视	(57)
第一节 共转性斜视.....	(57)
第二节 麻痹性斜视.....	(57)
第十三章 眼部恶性肿瘤	(59)
第一节 睑部恶性肿瘤.....	(59)
第二节 结、角膜肿瘤.....	(59)
第三节 视网膜母细胞瘤.....	(59)
附录一：眼科常用局部药物	(60)
附录二：眼科常用治疗操作法	(64)
附录三：眼科常用小手术介绍	(65)
附录四：眼科常用新针穴位介绍	(70)

第二篇 耳鼻咽喉疾病

第一章 鼻部解剖生理	(75)
第一节 鼻的应用解剖.....	(75)
第二节 鼻的生理.....	(79)
第二章 鼻的疾病	(80)
第一节 鼻外伤.....	(80)
第二节 鼻疖.....	(80)
第三节 急性鼻炎.....	(81)
第四节 慢性鼻炎.....	(83)
慢性单纯性鼻炎.....	(83)
慢性肥大性鼻炎.....	(84)
萎缩性鼻炎.....	(85)
过敏性鼻炎.....	(86)
第五节 鼻中隔偏曲.....	(87)
第六节 鼻腔异物.....	(88)
第七节 鼻出血.....	(89)
第八节 鼻息肉.....	(92)
第九节 鼻窦炎.....	(93)
急性鼻窦炎.....	(94)
慢性鼻窦炎.....	(96)

第十节 鼻部肿瘤	(97)
鼻部囊肿 (粘液囊肿)	(97)
上颌窦癌	(98)
第三章 咽、喉部解剖生理	(99)
第一节 咽的应用解剖	(99)
第二节 咽的生理	(100)
第三节 喉的应用解剖	(101)
第四节 喉的生理	(102)
第四章 咽、喉的疾病	(103)
第一节 咽炎	(103)
急性咽炎	(103)
慢性咽炎	(103)
第二节 扁桃体炎	(104)
急性扁桃体炎 (附: 扁桃体周围脓肿)	(104)
慢性扁桃体炎	(107)
第三节 增殖体肥大	(108)
第四节 咽后脓肿	(108)
第五节 喉炎	(110)
急性喉炎	(110)
慢性喉炎	(111)
第六节 急性喉阻塞	(112)
第七节 咽喉部肿瘤	(115)
鼻咽癌	(115)
喉癌	(117)
第五章 气管、食道疾病	(119)
第一节 气道异物 (喉、气管、支气管)	(119)
第二节 咽、食道异物	(121)
第六章 耳部解剖生理	(123)
第一节 耳的应用解剖	(123)
第二节 耳的生理	(126)
第七章 耳的疾病	(128)
第一节 耵聍栓塞 (附: 外耳道异物)	(128)
第二节 外耳道疖	(129)
第三节 卡他性中耳炎	(130)
第四节 急性化脓性中耳炎	(132)
第五节 慢性化脓性中耳炎	(134)
第六节 化脓性中耳炎的并发症	(136)
一、颅外并发症	(136)

急性乳突炎及耳后骨膜下脓肿	(136)
耳源性面神经麻痹	(136)
迷路炎	(137)
二、颅内并发症	(137)
横窦血栓性静脉炎	(137)
耳源性脑膜炎	(137)
耳源性脑脓肿	(138)
第七节 迷路积水病(美尼尔氏病)	(138)
第八节 耳聋和聋哑症	(139)
神经性耳聋	(139)
聋哑症	(140)
第八章 耳鼻咽喉科的临床检查法	(142)
第一节 检查准备	(142)
第二节 鼻部检查法	(143)
第三节 咽部检查法	(145)
第四节 喉部检查法	(146)
第五节 耳部检查法	(147)
第九章 耳鼻咽喉科常用治疗操作	(152)
第一节 鼻部常用治疗操作	(152)
一、鼻部滴药法	(152)
二、简便变压疗法	(152)
三、上颌窦穿刺冲洗法	(153)
第二节 咽喉部常用治疗操作	(154)
喷雾器熏气吸入法	(154)
第三节 耳部常用治疗操作	(154)
一、耳部滴药法	(154)
二、外耳道冲洗法	(154)
三、咽鼓管吹张法	(155)
四、鼓膜穿刺及切开法	(156)
第十章 耳鼻咽喉科常用手术操作	(157)
第一节 手术前准备	(157)
第二节 鼻息肉摘除术	(157)
第三节 扁桃体摘除术	(158)
剥离法	(159)
挤切法	(160)
第四节 扁桃体周围脓肿切开术	(161)
第五节 气管切开术	(162)
第六节 单纯乳突凿开术	(165)

第十一章	耳鼻咽喉科常用药物	(167)
第一节	鼻部常用药.....	(167)
第二节	咽喉部常用药.....	(168)
第三节	耳部常用药.....	(169)
第四节	常用中草药.....	(170)
第五节	常用粘膜表面麻醉剂.....	(171)

第三篇 口腔疾病

第一章	口腔颌面部应用解剖与生理	(173)
第一节	口腔器官的解剖与生理概说.....	(173)
第二节	牙体、牙周应用解剖生理.....	(175)
第三节	牙体、牙周组织结构.....	(176)
第二章	口腔常见病防治	(178)
第一节	龋病及其并发症(牙髓炎, 根尖周围炎).....	(178)
第二节	牙周病.....	(181)
第三节	智齿冠周炎.....	(182)
第四节	口炎.....	(184)
1.	复发性口疮.....	(184)
2.	坏死性口炎(奋森氏龈口炎).....	(185)
第三章	颌面感染	(186)
第一节	唇部疳痈.....	(186)
第二节	颌骨骨髓炎.....	(187)
第三节	颌周蜂窝组织感染.....	(188)
第四章	颌面损伤	(191)
第一节	概说.....	(191)
第二节	颌面伤员的急救与运送.....	(193)
第三节	颌面软组织创伤.....	(194)
第四节	牙齿损伤与颌骨骨折.....	(195)
第五章	口腔检查诊断	(199)
第六章	口腔局部麻醉与拔牙	(201)
附: 裂唇修复术		(208)
颌下颌关节脱位.....		(209)
口腔颌面肿瘤.....		(210)

第一章 眼的解剖生理概要

伟大领袖毛主席教导我们：“无数客观外界的现象通过人的眼、耳、鼻、舌、身这五个官能反映到自己的头脑中来，开始是感性认识，这种感性认识的材料积累多了，就会产生一个飞跃，变成了理性认识，这就是思想”。由此看来，视觉器官是人们认识世界，改造世界的一种重要感觉器官。无数客观外界的现象，即外界物象的光线，进入眼球，在视网膜转化为视冲动（电能），这种冲动通过视神经、视交叉、视束、视放射，达到枕叶视中枢，在主观上就产生视觉。

人的视觉器官，由眼球，眼附属器两部组成。

第一节 眼 球

人的眼球近似球形，直径约24毫米，分为眼球壁和眼球内容二部分（图1—1）。

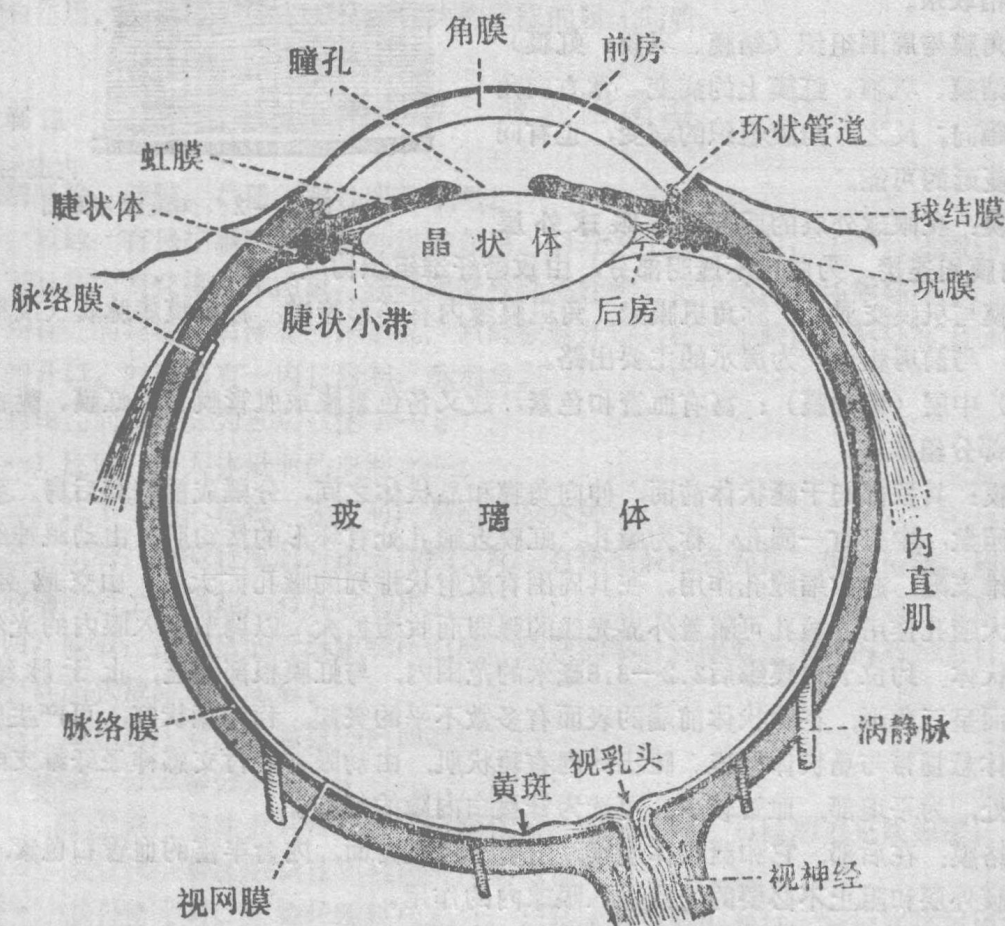


图1—1 眼球之水平断面图

一、眼球壁：分外、中、内三层。

(一) 外层(纤维膜):由角膜及巩膜组成,均为致密的纤维组织,对眼内组织有保护作用。

1.角膜:在眼球外层前部,约占外层1/6,质地透明,略呈卵圆形(横径11毫米,竖径10毫米),无血管(惟在角膜缘有血管丛),分布大量感觉神经(三叉神经第一支),感觉灵敏。厚约1毫米,中央较薄,周边较厚。组织学上,角膜由外向内可分五层(图1—2)。

(1) 上皮层:复层细胞组成,与球结膜上皮连接,再生力强,损伤后能修复。

(2) 前弹力层:为一薄而透明的膜,损伤后不能再生。

(3) 实质层:为薄板纤维和薄板间的细胞平行排列所组成,占角膜全层的90%。实质层尚延伸至周围巩膜组织中,但无明显界限。损伤后容易形成疤痕。

(4) 后弹力层:是富有弹性透明的薄膜,损伤后可再生。

(5) 内皮层:是单层的内皮细胞所组成,与虹膜表面相联系。

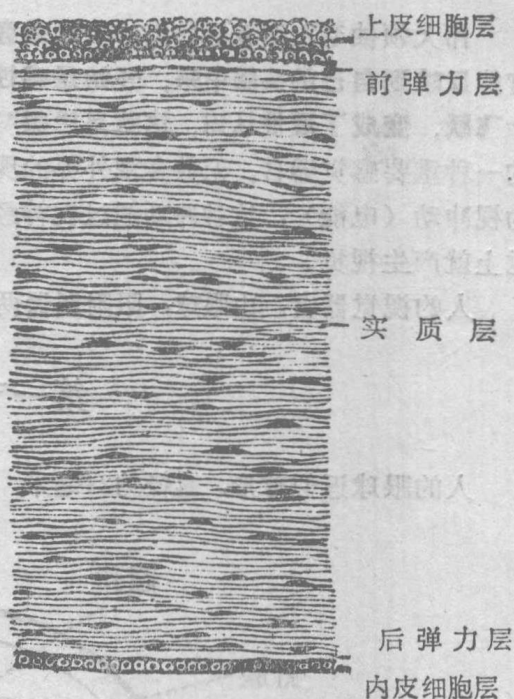


图1—2 角膜横切面图

依据角膜与周围组织(结膜、巩膜、虹膜)的联系,结膜、巩膜、虹膜上的病变,常有向角膜蔓延的趋向。反之,角膜组织的病变,也有向周围组织蔓延的可能。

2.巩膜:在眼球外层的后部,占眼球外层5/6,与角膜相连接,为白色不透明部分,由致密纤维组织构成。

在角膜与巩膜交界处,称角巩膜缘。角巩膜缘内有环形管道,称巩膜静脉窦(或称雪来姆氏管),与前房相通,为房水的主要出路。

(二) 中层(葡萄膜):富有血管和色素,故又名色素膜或血管膜。由虹膜、睫状体、脉络膜三部分组成。

1.虹膜:其根部起于睫状体前面,伸向角膜和晶状体之间,分隔成前房与后房。呈棕褐色,形似园盘,中央有一园孔,称为瞳孔。虹膜近瞳孔处有环形的括约肌,由动眼神经付交感神经纤维支配,起收缩瞳孔作用。在其周围有放射状排列的瞳孔扩大肌,由交感神经支配,起扩大瞳孔作用。瞳孔可随着外界光线的强弱而收缩扩大,以调节射入眼内的光线。

2.睫状体:约位于角膜缘后2.2—8.5毫米的范围内,与虹膜根部相连,止于脉络膜前部。横切面呈三角形,在睫状体前端的表面有多数不平的突起,称为睫状突,可产生房水,并有晶状体悬韧带与晶状体相连。睫状体内有睫状肌,由动眼神经付交感神经纤维支配。后部较平坦处,为平坦部,血管较少,可选为针拨白内障的切口。

3.脉络膜:在后部,它和睫状体连续,附着于巩膜内面,内含丰富的血管和色素,起着营养视网膜外层和阻止不必要的光线进入眼球内的作用。

(三) 内层(视网膜):在脉络膜的内面,薄而透明的组织,可分十层。外层色素上

皮，与脉络膜结合紧密。其内九层主要为视细胞（杆和圆锥）、双极细胞、及神经节细胞这三组神经成分所组成。在眼球后极部的视网膜有一小范围称为黄斑，中心有稍凹陷处称中心凹，此处为排列整齐的圆锥细胞组成，视力最好。在黄斑鼻侧3毫米处，有一圆盘状区域，称视神经乳头。其上可见视网膜中央动脉分为鼻上、鼻下、颞上、颞下四枝，营养视网膜的内层。并伴行着视网膜中央静脉。视神经乳头是视网膜神经纤维集中的地方，向后穿过巩膜筛板，出眼球，形成视神经。视神经通过眼眶、视神经孔，进入颅内，最后终止于大脑枕叶视中枢（纹状区）。物像在视网膜形成，转为神经冲动，传至视觉中枢，产生视觉。

二、眼球内容：在眼球壁内的空腔中，充满着透明的内容物，包括房水、晶状体、玻璃体。

（一）房水：是含有营养物质的透明液体，充满在眼球前部的前后房内。对角膜、晶状体和玻璃体起营养和物质代谢作用，房水由睫状体、瞳孔而到前房，大部通过前房角，进入巩膜静脉窦，再由房水静脉等排至眼外静脉，房水不断的生成与排出，是影响眼内压的重要因素。

（二）晶状体：是双凸面具有弹性的透明体，厚约4—5毫米，直径9毫米，由晶状体囊膜、晶状体皮质、晶状体核三部分构成。借晶状体悬韧带固定于虹膜与玻璃体之间。当睫状肌收缩，晶状体悬韧带松弛，晶状体变得较凸，而增加屈光力，谓之调节。晶状体无血管，依靠房水营养。

（三）玻璃体：是无色透明的胶冻状物，充满在晶状体后方的整个眼球空腔内，有支撑眼球壁的作用。与角膜、房水、晶状体共构成眼的屈光间质。

第二节 眼的附属器

包括眼睑，结膜，泪器，眼外肌和眼眶。

一、眼睑：有保护眼球及防御外伤的作用。可分为上睑与下睑，上下睑之间的空隙为睑裂。上下睑在内侧交接处称内眦，在外侧交接处称外眦。上下睑的游离缘称睑缘，睑缘的前边有排列整齐的睫毛，后部有一排小孔，系睑板腺开口。在上下睑的内眦处有上下泪小点，为泪道的开口。内眦部有一肉状隆起，称泪阜。

眼睑由前向后可分为五层（图1—3）。

（一）皮肤：为人体最薄的皮肤之一。

（二）皮下组织：疏松，无脂肪，易出血及水肿。

（三）肌层：有眼轮匝肌，由面神经支配，有使睑裂闭合作用。提上睑肌，由动眼神经支配，收缩时将上睑提起，有开睑功用。

（四）睑板：由致密的纤维组织所组成，坚硬而厚，为眼睑支架，内有垂直排列的睑板腺，分泌油脂状液，润滑睑缘。

（五）睑结膜：紧附于睑板的内面。

二、结膜：分三部分。

（一）睑结膜：与睑板紧密粘接，透明光滑，血管清晰，可隐约透见睑板层。

（二）球结膜：疏松附着在巩膜前部，易推动。

（三）穹窿部结膜：是睑球结膜相连处，是结膜最松弛的部分，这样眼球自由转动，不受牵扯。

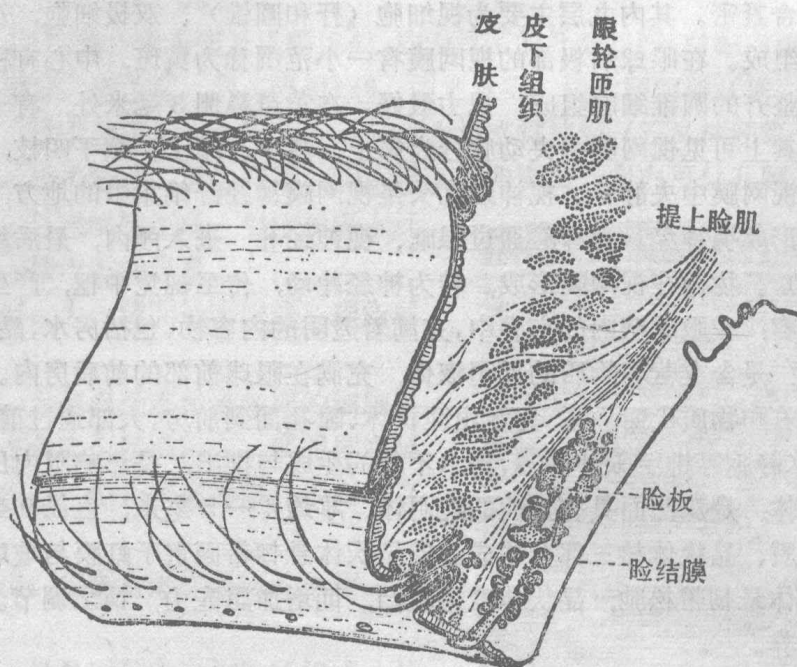


图 1—3 上睑纵切面图

结膜有分泌腺，可润滑角膜及结膜。由结膜间形成的囊状间隙，称为结膜囊。

三、泪器：包括泪腺和泪道两部。

(一) 泪腺：位于眼眶前部外上方，开口于上穹窿结膜的外侧。分泌泪液，有湿润眼球表面、冲洗眼球表面异物的作用，并含一种溶菌酶素有轻微的杀菌作用。

(二) 泪道：由上、下泪小点，泪小管、泪总管、泪囊，鼻泪管组成。泪液经此，而排到鼻腔下鼻道（图 1—4）。

四、眼肌：眼球附有六条外眼肌，即内直肌、外直肌，上直肌、下直肌、上斜肌，下斜肌。除上斜肌由滑车神经支配，外直肌由外展神经支配外，其他四条眼外肌均由动眼神经支配。外眼肌能使眼球向各方向灵活转动。

五、眼眶 由四周骨质组成，形如漏斗状，深约 4.5 厘米，眶尖有视神经孔，有视神经与眼动脉通过。眼眶内除容纳眼球外，还有眼外肌、泪腺、血管，神经及脂肪组织充填。

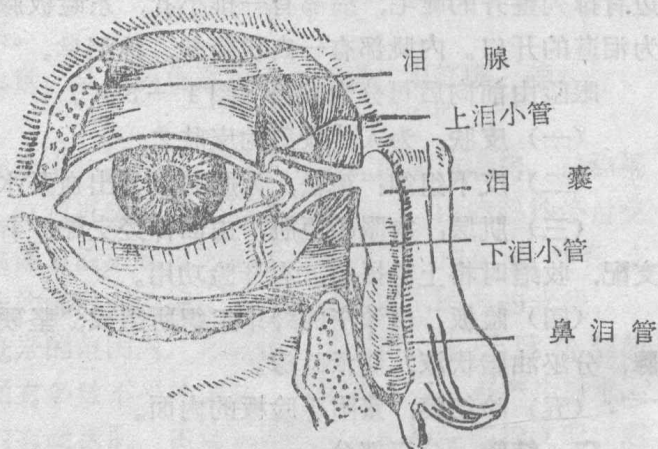


图 1—4 泪器解剖图

眼眶外壁最厚，内壁最薄与筛窦相邻，上壁前方与额窦相邻，上方为颅腔，下壁之下部为上颌窦。眼眶壁还有眶上裂与眶下裂与颅腔相通。眼眶静脉向后汇集于颅内海绵窦。因此鼻窦的炎症或肿瘤可以扩散或侵犯到眶内组织；而眶内炎症或肿瘤，不仅损害眼球及视神经，也可能侵犯到颅脑。

第二章 眼的检查

眼的结构精细，功能复杂，即使是轻微的损伤或病变，也会给病人带来痛苦和视力障碍。所以检查时必须认真细致，耐心而周密的进行，否则就极容易漏诊误诊。此外对疾病的认识还要有整体观念，局部检查要和全身检查及病史结合起来，才能更好的进行分析研究，最后作出正确的诊断。

第一节 视力、色觉及视野检查

一、视力检查：通常说的视力是指视网膜黄斑部的视功能，也就是所谓中心视力。视力检查包括远视力和近视力的检查。

(一) 远视力检查：将标准远视力表挂在距离病人5米远的墙壁上，高度以表上1.0一行与病人两眼同一高度为准。照明要良好，可根据情况采用充足的自然光线或均匀的灯光照明。

两眼的检查要分别进行。检查一眼时另侧眼要严密遮挡，但不要压迫眼球，以致检查这眼时视力受到影响。检查时要求，病人辨认表中从上到下医生所指“E”字缺口的方向，以能辨清的最下一行左侧的数目字来记录。例如，最下能辨清第七行字，视力记录为这行左侧的数字0.7。正常视力为1.0以上。

如果第一行字亦不能辨清，即视力在0.1以下，这时可请病人逐步向前走近视力表，到刚好能辨清第一行字时即停止。量出这时病人和视力表之间的距离（米为单位），即可用下面公式算出被检者的视力。

$$0.1 \times \frac{\text{病人与视力表的距离(米)}}{5 \text{ 米}} = \text{病人视力}$$

例如，距视力表4米才能辨清0.1，视力应为 $0.1 \times 4 / 5 = 0.08$ 。

要是走到一米远时仍不能辨清0.1，则视力在0.02以下，这时可请病人辨认医生手指的数目。医生伸出手指（手指分开），由远而近，让病人辨认。记录为：指数/距离。例如，能在眼前50厘米才能辨清指数的，视力为：指数/50厘米。若眼前指数亦不能看清，则改请病人辨别眼前是否有手在摆动，记录为：手动/距离。如果连手动都看不出来，就请病人到阴暗房间，以蜡烛光或手电光放在5米处给他辨认，看不到时可逐渐把光源靠近，直至能看到为止，记录为：光感/距离。在眼前也觉察不到有亮光，应记录为“无光感”，表示视功能已完全丧失。

对仍有光感的病人，有时需要同时行光定位（光投射）检查来了解周边视网膜的功能。把光源放在眼前一米远的上、下、鼻侧、颞侧、鼻侧上、鼻侧下、颞侧上、颞侧下等各个方向检查光感是否存在，记录为“光定位准确”或某方向“光定位不确”。

(二) 近视力检查: 近视力是眼在使用调节时的视力, 也就是看书写字或做近距离工作时的视力。当远视力不好或近距离工作视力有困难的情况, 都应该作近视力检查。

将标准近视力表(图 1—5)放在病人眼前约30厘米, 病人背着光坐, 光线要充足, 必要时可用聚光的手电帮助照明。检查和记录方法与远视力相同。正常近视力为 1.0 以上。若视力不到正常, 可由病人自己把近视力表前后移动, 选择能看得最清楚的距离, 记录这时测得的视力和距离。
例如, 右近视力: 1.0/20厘米。

远近视力同时记录时要避免混淆。一般远视力写在分子式的上方, 近视力写在下方。例如, 右眼视力: 1.5/1.5。若单为近视力, 或检查时是戴着眼镜的, 记录时都要加以文字注明。

二、色觉检查: 辨别颜色的能力发生障碍叫色盲。程度轻的叫色弱。色盲绝大多数是先天性的, 以红绿色盲为常见。色盲对于某些须要正确分辨颜色的工作, 如驾驶、染织、印刷……等很有妨碍, 所以在检查体格时必须注意这项检查。

色盲的人不能分别某些颜色的色调, 但能分别明亮度。检查色盲的“色盲表”就是以不同色调的圆点排成数字或图形, 同时在同一张表上, 又暗藏着明亮度相同, 而色调不同的圆点排列成的另一种数字或图形。色盲者只能认出明亮度相同点排成的数字或图形, 不能辨认色调相同点排成的数字或图形, 与正常人相反。

检查时要在明亮的自然光线下进行, 色盲表放在病人眼前约 50 厘米左右, 两眼同时检查, 要求迅速读出图表中的数字或图形, 根据其正误, 查对色盲表中的说明来判断其色觉是否正常。

三、视野检查

当我们向前注视一个目标时, 除了看清这个目标以外, 还同时能看到周围的许多东西。这个能看见的空间范围叫做视野。正常视野范围约为颞侧 90°, 鼻侧因受鼻樑的阻碍, 约为 60°, 下方70°, 上方55°。两眼同时看东西时, 大部视野互相重叠。

(一) 而对面比较法: 医生和病人面对面坐, 相距约半米, 检查右眼时, 病人遮盖左眼, 医生亦遮盖右眼, 另一眼互相注视, 不要转动, 然后医生用手指从内外上下各个方向的周围向中心移动, 比较两人刚好能看到手指的时间, 如果病人视野有缩小时, 就会较迟才看到。这方法简便易行, 但医生的视野必须是正常的。

(二) 周边视野计检查法: 以弧形视野计进行。病人坐向视野计, 下颌放在固定支架上, 受检眼注视视野计中央零度处的白色固定点, 另眼要遮盖好。医生将视标(常用为 3—5 毫米直径的白色视标)从圆弧的周边向中心移动, 要求病人在刚发现视标或辨出颜色时即说明, 记录这时视标所在位置于视野表上。如此每隔 30° 方位检查一次, 把各方位的视野范围

标准近视力表

小数 记法		标准距 (厘米)
0.1	Ш Е	300
0.2	Е Ш Э	150
0.3	Ш м Е Э	100
0.4	Ш Э Е м Э	75
0.5	ш е м э м е	60
0.6	• • • • •	50
0.7	• • • • •	43
0.8	• • • • •	38
0.9	• • • • •	33
1.0	• • • • •	30
1.2	• • • • •	25
1.5	• • • • •	20

检查距 30 厘米

图 1—5 标准近视力表

连接起来就是受检眼的视野。本法比较准确，但花时转多。

(三) 平面视野屏检查法 (中心视野检查法)：目的是进一步检查视野中央约 30° 以内的情况。以平面视野屏进行，方法大致同前法，受检眼与视屏的距离通常是 1 米，视标为 2 毫米。首先可检查生理盲点的位置及大小，再从各个方位检查视野内有无视标消失或变色处，先用黑色大头针在屏上暂时作标记，最后把全部结果描记在中心视野表上。

第二节 外眼检查

检查要在充足的自然光线下进行，有时还需要用手电集光灯泡的焦聚光线照明 (斜照法)，及放大镜观察。检查要有顺序，由外、到里，不要遗漏。医生要注意手的清洁，避免病人之间或两眼之间发生交叉感染。

一、眼睑：注意有无眼睑闭合不全，上睑下垂，外翻或内翻倒睫；有无红肿、压痛、包块式溃烂等。

二、泪器：注意泪小点大小及位置是否正常，泪囊部位有无红肿、压痛，如无红肿时可用食指挤压泪囊部位看有无分泌物或脓液从泪小点流出。必要时可用萤光素检查泪道是否通畅，即用 1—2 % 萤光素 (或红汞) 点眼，在同侧鼻腔下鼻道放入小块棉片，如泪道正常通畅，5—10 分钟后萤光素即从泪道流入下鼻道，将棉片染上黄绿红 (红汞染红色)。亦可行泪道冲洗 (见附录二) 以检查泪道的情况。

三、结膜：检查睑结膜时要翻转眼睑。下眼睑只须用拇指往下轻拉即可翻转。翻转上眼睑稍较复杂，常用方法是单手翻转法。检查时请病人向下看，用食指及拇指 (最好用左手) 捏住上眼睑中部的皮肤，然后食指向下压，同时拇指把皮肤向上捻转，这时整个眼睑就可翻转过来。翻转后食指可抽出，让拇指留在眶上缘处固定眼睑在翻转状态中。若需要检查上穹窿部结膜时，可用另一手的食指，同时在下眼睑处向后轻压眼球，穹窿部结膜即可暴露 (图 1—6)。

对不合作的小儿上述方法不能使用时，可让小儿平卧在家长膝上，用两肘夹住小儿两腿，用手按住两手，医生则用两膝夹住小儿头部不让他乱动，这时用两手拇指轻轻拉开上下眼睑同时向下稍加压力，眼睑即可轻易翻转 (图 1—7)。同样的固定位置，用眼睑拉钩拉开眼睑，就可检查小儿的角膜及其他部份 (图 1—8)。

正常睑结膜光滑、湿润、血管清楚。检查时注意有无充血、血管模糊、乳头粗糙、滤泡、疤痕或异物等。球结膜则

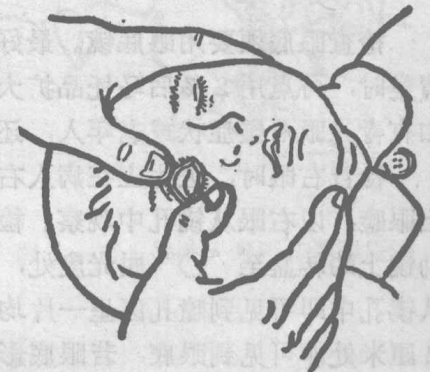


图 1—7 翻转幼儿的上下睑



图 1—6 上睑翻转法