

*Safe guidelines for
clinical practice*
in ophthalmology

safe

**眼科临床
安全行医指南**

主 编 / 李文生

副主编 / 施颖辉 温 俊 吴荣瀚



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

眼科

临床安全行医指南

主 编 李文生

副主编 施颖辉 温 俊 吴荣瀚

编 委 (以姓氏笔画为序)

叶恬恬 李文生 李 军 李明翰
吴荣瀚 陈 浩 陈世云 施颖辉
徐 明 温 俊

参加编写人员 (以姓氏笔画为序)

干海琴 王新丹 叶恬恬 李文生
李 军 李明翰 吴荣瀚 陈 浩
陈世云 陈彩芬 宫 乾 张宗端
施颖辉 赵立娟 徐 明 温 俊

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

眼科临床安全行医指南/李文生主编. —北京: 人民卫生出版社, 2007. 8

ISBN 978-7-117-08949-4

I. 眼… II. 李… III. 眼病-诊疗-指南 IV. R77-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 103424 号

眼科临床安全行医指南

主 编: 李文生

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 45 插页: 2

字 数: 1072 千字

版 次: 2007 年 8 月第 1 版 2007 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-08949-4/R·8950

定 价: 78.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

主编介绍

李文生

眼科学博士 教授



现任温州医学院附属眼视光医院三病区主任、医务部主任,硕士生导师。1993年昆明医学院临床医学专业本科毕业,1997年昆明医学院眼科学—白内障人工晶状体专业硕士毕业,2001年中南大学眼科学—玻璃体视网膜病专业博士毕业。2001年经云南省人事厅评审认定为“云南省引进的高层次人才”,2005年作为学科带头人引进到温州医学院附属眼视光医院工作。2006年入选浙江省“151人才”。兼任国家自然科学基金委项目评审专家,《中华医学杂志》(英文版)审稿专家,《眼科研究》编委,《眼科新进展》编委,《国际眼科杂志》编委。在《中华眼科杂志》等权威刊物上以第一作者发表学术论文38篇,主编专著三部,参编两部。以第一完成人获两项省部级自然科学奖及2005年第十届全国眼科大会优秀论文奖,主持三项包括省部级自然科学基金在内的科研课题。2006年出版我国首部《循证眼科学》专著。2007年主编国家级“十一五规划教材”《循证眼科学》。

李文生教授主要从事玻璃体视网膜病、白内障的基础与临床研究以及循证医学在眼科临床中的应用研究。在白内障研究方面,首先提出了活性氧清除系统的破坏是老年性白内障形成的重要机制这一观点;在视网膜病研究方面,率先探讨了神经生长因子对视网膜色素上皮细胞凋亡的保护作用;循证医学在眼科临床实践中的应用研究方面,首先将循证医学的知识介绍到国内眼科界,主编出版我国首部《循证眼科学》专著。在临床上先后开展了具有国际水平的复杂白内障、复杂玻璃体视网膜疾病、糖尿病视网膜病变、黄斑疾病等疑难疾病的手术治疗,特别是在玻璃体切割和白内障超声乳化吸除加折叠人工晶状体植入治疗复杂眼病的联合手术等方面具有丰富的经验。于2006年5月成功举办国家级继续教育项目“白内障超声乳化及玻璃体切割联合手术培训班”。



前言

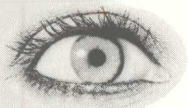
表面上由“看病难，看病贵”引起的医患纠纷在我国已经发展到了非解决不可的地步了。老百姓不满意，政府不满意，医务人员自己也不满意。到底是什么原因会引起大家都不满意？引起医患纠纷增加的具体原因非常复杂，但是从大的方面来说，不外乎这样几个方面：传统文化的影响；社会发展处于转型期，经济发展水平不平衡；法律制度不健全；国家对卫生事业投入严重不足；医学发展本身的局限性；患者方面自身存在的问题；医务人员本身的问题。可见，医患纠纷本身是诸多社会问题和矛盾中的一个，它是不可能完全消失的，它的部分解决也是一个系统工程，需要社会的不断进步和医学的不断发展，因此，解决医患纠纷不是一朝一夕的事。

可是我们医务人员天天要面对患者，迫切希望能够有一个良好、和谐的医患关系。我们无力改变传统，无力改变社会发展水平不平衡的现状，无力马上健全法律法规，无力改变医学发展的局限性，无力改变患者方面自身存在的问题，那么，能够改变什么呢？能够改变的只有我们自己！由于医务人员本身的问题所导致的医患纠纷占纠纷中很大比例，因此，通过改变我们自己的职业行为来尽量降低医患纠纷的发生是目前唯一切实可行的途径。

可能大家会问：“我们已经当了三十年医生”；“我们已经是教授、主任医师”；“我们已经是博士毕业”；“我们做医学生时就教育我们要‘做一个白求恩式’的好医生，而且我们一直这样做”。我们还要改变什么呢？是的，必须改变，一句话那就是规范、依法行医！一要规范自己的职业行为；二要有法律意识、依法行医。

医疗行业的风险有两种类型：一种是职业本身所固有的风险，这种风险无法避免，就像人的影子一样，形影相随，不是出现或不出现的问题，而是在什么时候、什么情况下出现而已。第二种是因失误、失职或不懂法律法规引起的风险，这可以通过行医过程中的不断学习来尽量减少和避免。但是由于我们现行的医学教育主要强调对医学专业知识的学习，而忽视了对降低医疗风险和保障执业安全方面知识和技能的传授，成为从医执业的盲区。实际上，医护人员急需获取这方面的知识和技能。本书就是针对这一盲区，为了尽量降低因失误、失职或不懂法律法规引起的风险，我们产生了撰写本书的愿望。本书就是从日常眼科临床行医过程中最容易忽视的方面入手，结合国家法律法规和眼科特点来传授降低医疗风险和保障执业安全方面的知识和技能，通过本书的学习希望能够达到降低医疗风险和保障执业安全的效果，最终实现医患双赢。

没有人会怀疑眼科临床存在的风险，但是有很多人可能会认为眼科风险很小，理由是



眼科一般不会出现患者死亡。2001年11月14日重庆市××人民医院眼科发生爆炸案不仅震惊全国,而且也给我们敲响了警钟。爆炸造成5人当场死亡,35人受伤住院。这是我国首例医院爆炸案,案件甚至惊动了中央高层。可见,临床医疗风险的大小和严重程度与专业本身所谓的大小没有直接关系。

本书紧紧把握降低医疗风险和保障执业安全这两个主题,主要包括:①从眼科临床行医的核心证据——病历入手,详细介绍了眼科病历书写的基础知识、如何书写眼科住院病历、门(急)诊病历、护理病历和书写病历过程中的常见错误分析,以及和病历相关的法律法规;②眼科全身和局部如何正确地使用抗菌药物,以及和使用抗菌药物相关的行业规范;③眼科手术的麻醉与行医安全;④告知与知情同意及眼科手术与安全行医;⑤眼科相关伦理学与安全行医;⑥眼科感染预防和控制与安全行医;⑦眼科疾病和手术名称规范与安全行医;⑧未来眼科举证责任倒置的最佳证据;⑨眼科医患纠纷的预防和处理;⑩眼科护患纠纷的预防和处理;⑪眼科医患纠纷典型案例;⑫解读眼科临床医疗活动与法律法规等。

该书立意新颖,紧紧抓住当前社会和学科发展的主要矛盾,内容丰富,资料翔实,语言流畅,每个部分紧扣“行医安全”这样一个核心主题,不仅适用于从事眼科临床工作的各级医护人员和管理人员,同样适用于本专科生、研究生及进修生以及从事眼科基础和临床研究的人员阅读参考。本书虽为眼科临床安全行医指南,但对其他学科、专业的各级医护人员和管理人员也同样有参考借鉴的意义。本书的另一个显著特点是所有案例均来自行医过程中的真实案例,并且几乎为眼科实例(基于可以理解的原因,绝大部分单位和当事人均采用××医院和××人,但我们相信这不会影响到该书的可信性),因此,该书对提高眼科专科医院质量管理水平和眼科专科医院建设以及等级评审都具有重要的指导意义和参考价值。

本书得到了我国著名眼科学家、卫生部视光学研究中心主任、温州医学院院长瞿佳教授的热情指导。我国著名眼底病专家、中南大学姜德咏教授审阅了书稿,提出了宝贵的修改意见。本书的完成和出版还得到温州医学院附属眼视光医院的鼓励和支持。董雷律师提供了个别案例。另外,本书参阅了较多的国内外文献和专著,限于篇幅,不能一一列举。对于他们的贡献,深表诚挚的谢意。

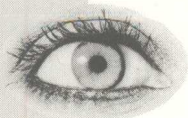
由于我们水平有限,资料收集不可能穷尽,书中难免存在疏漏、错误或不足之处;另一方面,眼科医患纠纷本身也随着社会的进步也在不断变化,内容尚需不断完善和更新,恳请各位眼科前辈和同道批评指导!

李文生

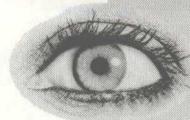
2007年4月于温州

目 录

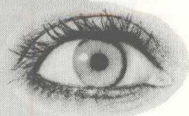
第一章 眼科病历书写的基础知识	1
第一节 基本概念	1
第二节 病历书写的基本要求	1
第三节 病历书写中常出现的问题	2
第四节 眼科病历书写的特殊性问题	4
第五节 眼科临床思维与诊断步骤	7
第六节 病历书写在眼科医疗维权中的作用	12
第七节 各级眼科临床医师职责	17
第二章 眼科住院病历书写与安全行医	20
第一节 眼科住院志	20
第二节 眼科病历书写示范	35
第三节 眼科病程记录内容及书写要求	44
第四节 出院记录	72
第五节 医嘱	73
第六节 死亡记录	73
第七节 死亡病例讨论记录	74
第八节 辅助检查报告单	75
第九节 住院病历排列顺序	77
第十节 病历书写中附件介绍	78
第三章 眼科门、急诊病历书写与安全行医	93
第一节 概念	93
第二节 眼科门诊病历的特点	93
第三节 眼科门、急诊病历书写基本要求	94
第四节 眼外伤急诊病历书写要求	98
第五节 门、急诊病历书写中常出现的问题	100
第六节 门诊处方	102



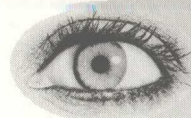
第七节 法律责任	106
第八节 加强门诊病历质量管理的探索	109
第四章 眼科护理病历书写与安全行医	111
第一节 概述	111
第二节 眼科护理记录单书写要求	113
第三节 眼科护理记录中的常见错误	123
第四节 眼科护理病历质量评定标准	125
第五节 各级护士(师)职责	128
第六节 附件	133
第五章 眼科用药与安全行医	142
第一节 眼局部常用药物应用举例	142
第二节 药源性眼病	164
第三节 眼科抗菌药物应用的基本原则	166
第四节 抗菌药物的适应证和注意事项	186
第五节 眼科新药临床研究与安全行医	200
第六节 眼科药物治疗引起的纠纷举例	212
第六章 眼科手术麻醉与安全行医	217
第一节 眼科手术病人术前病情评估与手术安全评价	218
第二节 眼科手术病人术前特殊准备与安全管理	223
第三节 眼科手术病人的麻醉选择与安全管理	226
第四节 眼科手术麻醉中意外情况处理预案	227
第五节 各级麻醉科医师职责	230
第七章 告知、知情同意、眼科手术与安全行医	232
第一节 常规情况下的告知	232
第二节 特殊情况下的告知与处理	232
第三节 眼科手术中的告知与安全行医	236
第八章 眼科相关伦理学与安全行医	254
第一节 赫尔辛基宣言	254
第二节 涉及人的生物医学研究伦理审查办法(试行)	257
第三节 药物临床试验质量管理规范	261
第四节 医疗器械临床试验规定	270
第五节 药品研究和申报注册违规处理办法(试行)	274
第六节 实验性临床治疗及法律规定—解读眼科伦理学	275



第九章 眼科感染预防和控制与安全行医	282
第一节 医院感染案例	283
第二节 医院感染概述	284
第三节 消毒与灭菌技术	290
第四节 无菌技术	291
第五节 标准预防	296
第十章 眼科疾病和手术名称规范与安全行医	299
第一节 ICD-10 疾病分类简介	299
第二节 眼科 ICD-10 疾病分类	308
第三节 眼科手术名称规范	346
第十一章 未来眼科举证责任倒置的最佳证据	359
第一节 循证眼科学的诞生	359
第二节 学习和开展循证眼科学研究的意义	361
第三节 循证眼科学的研究方法	365
第十二章 眼科医患纠纷的预防和处理	372
第一节 眼科医患纠纷的常见原因	372
第二节 眼科医患纠纷种类	388
第三节 眼科容易发生医患纠纷的环节	403
第四节 眼科医患纠纷中的特殊情况	423
第五节 眼科医患纠纷的处理原则与途径	429
第六节 眼科医患纠纷处理中的沟通技巧	439
第七节 眼科医患纠纷的具体处理方法和技巧	442
第八节 眼科医患纠纷的预防	454
第九节 媒体在眼科医患纠纷中的作用和影响	467
第十三章 眼科护患纠纷的预防和处理	477
第一节 眼科护患纠纷的原因	477
第二节 眼科护患纠纷防范对策	483
第三节 眼科护理告知	486
第四节 眼科护患沟通	490
第十四章 眼科医患纠纷典型案例分析	493
第一节 由未尽告知义务引发的眼球摘除赔偿案	493
第二节 由治疗效果不佳引发的医患纠纷——重庆××医院眼科爆炸案	496
第三节 由病历书写引发的医患纠纷——篡改病历惹官司	498



第四节	由产品质量不合格引起的医患纠纷·····	500
第五节	违法、违规与非法行医引发的医患纠纷·····	504
第六节	由用药不当引起的医患纠纷——治眼不当丢性命·····	507
第七节	由手术前误诊引发的医患纠纷·····	509
第八节	由告知不全引发的医患纠纷——“右眼患病,左眼挨刀”案·····	509
第九节	由手术后遗症引发近十年医患纠纷——周×的眼科手术官司·····	510
第十节	术后未及时诊治引起的医患纠纷——手术相关的青光眼赔偿案·····	512
第十一节	由眼科美容引发的医患纠纷·····	512
第十二节	由眼科手术断针引发的医患纠纷——手术后遗留针尖案·····	516
第十五章	眼科临床医疗活动与法律法规 ·····	518
第一节	概述·····	518
第二节	行医与刑事责任——解读有关法律法规·····	521
第三节	中华人民共和国执业医师法·····	536
第四节	中华人民共和国护士管理办法·····	541
第五节	医疗事故处理条例·····	543
第六节	医疗事故分级标准(试行)·····	551
第七节	卫生部病历书写基本规范(试行)·····	559
第八节	医疗机构病历管理规定·····	564
第九节	处方管理办法·····	566
第十节	医师外出会诊管理暂行规定·····	572
第十一节	消毒管理办法·····	574
第十二节	医院感染管理办法·····	579
第十三节	中华人民共和国药品管理法(修订)·····	583
第十四节	中华人民共和国药品管理法实施条例·····	594
第十五节	中华人民共和国传染病防治法·····	604
第十六节	医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则(试行)·····	616
第十七节	中华人民共和国献血法·····	618
第十八节	医疗机构临床用血管理办法(试行)·····	620
第十九节	临床输血技术规范·····	622
第二十节	血液制品管理条例·····	626
第二十一节	麻醉药品和精神药品管理条例·····	631
第二十二节	麻醉药品、精神药品处方管理规定·····	642
第二十三节	医疗美容服务管理办法·····	643
第二十四节	医疗机构管理条例·····	646
第二十五节	医疗机构管理条例实施细则·····	650
第二十六节	医务人员医德规范及实施办法·····	661
第二十七节	中华人民共和国职业病防治法·····	662
第二十八节	医师资格考试暂行办法·····	672



第二十九节 医师执业注册暂行办法·····	677
第三十节 医师资格考试报名资格规定(2006 版) ·····	680
第三十一节 医师定期考核管理办法·····	683
第三十二节 医师资格考试违规处理规定·····	687
第三十三节 卫生知识产权保护管理规定·····	691
第三十四节 关于禁止商业贿赂行为的暂行规定·····	695
第三十五节 互联网医疗卫生信息服务管理办法·····	696
第三十六节 职工工伤与职业病致残程度鉴定标准(试行)·····	698
第三十七节 最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定·····	699
参考文献 ·····	709
后记 ·····	710

第一章

眼科病历书写的基础知识

第一节 基本概念

病历是眼科临床行医的核心证据,所有医患纠纷不管采取什么解决途径,最终都要归结到病历上,只要病历存在问题,一般都将处于被动的地位,因此,我们一定要高度重视病历的规范书写,杜绝由病历书写引发的医患纠纷。因为,由病历书写引发的医患纠纷是完全可以避免的,只要按照病历书写要求进行规范书写即可。可是值得大家注意的是,临床工作中还是有相当部分的医患纠纷是由病历书写不规范引起。这就是本书要强调眼科病历书写与临床安全行医关系的理由。

病历是指医务人员在医疗活动中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总称。

病历分为门(急)诊病历(含急诊观察病历)和住院病历。

门(急)诊病历内容包括门诊病历首页(门诊手册封面)、病历记录、化验单(检验报告)、医学影像检查资料等。

住院病历内容包括住院病案首页、住院志、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术知情同意书、麻醉知情同意书、麻醉记录单、手术及手术护理记录单、病理资料、护理记录、出院记录(或死亡记录)、病程记录(含抢救记录)、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录、死亡病例讨论记录等。

病历书写是指医务人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料,并进行归纳、分析、整理而形成医疗活动记录的行为。

病案是指归档后由病案室保存的病历,包含患者住院期间的全部医疗、护理及其他资料等。

第二节 病历书写的基本要求

1. 病历书写应当使用蓝黑墨水,门(急)诊病历和需要复写的资料可以使用蓝或黑色



油水的圆珠笔。

2. 病历书写应当使用中文和医学术语,通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

3. 病历书写应当文字工整、字迹清晰、表述准确、语句通顺、标点正确。在书写过程中若出现错字,应当用双划线划在错字上;原字迹应可辨认,不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

4. 病历书写内容要求客观、真实;重点突出;记录应当规范、准确、完整、及时,以充分体现病历的客观性、科学性和法律性等特点。

5. 病历应当按照规定的内容书写,并由相应医务人员签名。

实习医务人员、试用期医务人员书写的病历,应当经过在医疗机构合法执业的医务人员审阅、修改并签名。进修医务人员应当由接收进修的医疗机构根据其胜任本专业工作的实际情况,经认定后方可书写病历。

6. 上级医务人员有审查、修改下级医务人员书写的病历的责任。修改时,修改人员应注明修改日期并签名,并保持原记录清楚、可辨。

7. 因抢救急危患者而未能及时书写病历的,有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记,并加以注明。

8. 对按照有关规定需取得患者书面同意方可进行的医疗活动(如特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗等),应当由患者本人签署同意书。患者不具备完全民事行为能力时,应当由其法定代理人签字;患者因病无法签字时,应当由其近亲属签字,没有近亲属的,由其关系人签字;为抢救患者,在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下,可由医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的,应当将有关情况通知患者近亲属,由患者近亲属签署知情选择书,并及时记录。患者无近亲属的或者近亲属无法签署知情选择书的,由患者的法定代理人或者关系人签署知情选择书。知情选择书和患者授权书详见附件二、附件三。

9. 本规范的书写规定,是根据卫生行业相关规章、规定的要求制定的,各地区可根据本规范,结合实际制度制定相应的实施细则。

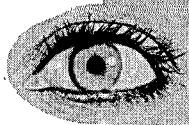


第三节 病历书写中常出现的问题

由于病历是出现医疗纠纷或官司时最原始、最核心和最具有说服力的证据,因此,病历书写的质量如何就会导致相应的后果。如果病历书写不规范,往往需要承担本来不应该承担的不良后果。病历书写中经常出现的问题有:

一、门(急)诊病历记录过于简单, 不利于自我保护

有的门(急)诊病历甚至每次就诊记录不足 50 个字。特别是在既往史和是否有过敏史以及处理方面记录不详细,出现不良后果时没有证据证明自己无过错,按目前的《医疗事故处理条例》的规定就是有错,必然要承担相应的后果。实习医务人员、试用期医务人



员以及进修医务人员书写的病历,没有经过在医疗机构合法执业的医务人员审阅、修改并签名,属于非法行医,如果导致严重后果,则可以定罪。

二、住院病历

(一) 主诉表达严重错误;诊断严重不规范或诊断描述错误。

(二) 入院记录的主要症状、时间、体检与首次病程记录有严重不一致。

(三) 首次病程:诊断不明确或疑似疾病无鉴别诊断分析。诊断名称没有严格按照“ICD-10 疾病分类”的诊断名称规范地书写入院诊断,并标明眼别。因为护理部是根据医生开的入院诊断来作为护理书写文书的诊断,这样造成一是诊断不规范,二是医护之间诊断不统一。容易引起医疗纠纷。

(四) 电子病历书写出现乱码或拷贝错误,造成内容失真。

(五) 住院病历首页填写错误或不规范。

(六) 学生书写的入院记录缺上级医师修改签名。

(七) 缺出院记录、死亡记录、缺手术记录。

(八) 患者死亡后缺死亡当日病程记录或临终抢救记录。

(九) 危重患者缺高级职称医师查房记录或缺请示上级、汇报记录。

(十) 缺各种知情同意书(包括知情书同意患方未签名、缺告知书、授权书以及原谈话单上谈话内容增加时缺患方再次签名)。

(十一) 如在重要部位修改、涂改,如:诊断、各种知情同意书、手术记录、麻醉记录涂改、抢救记录涂改。

(十二) 缺整页病历记录造成病历不完整。

(十三) 病历中出现其他病人的各种记录单或辅助检查报告单。

(十四) 抗生素使用错误:

1. 没有掌握有严格的指征;

2. 抗生素(包括口服药)应用、停用、更换、没有在病程上记录,或者与医嘱上的抗生素不一致(药名、剂量)。

(十五) 重要化验和检查结果一定要在病程记录上有记录分析。

(十六) 病历(包括首页)重要项目缺或漏。例如性别、地址、签名、眼别、出入院具体时间等。

(十七) 修改过程中如果出现错别字,采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

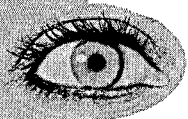
(十八) 上级医务人员审查、修改下级医务人员书写的病历时,没有注明修改日期并签名和保持原记录清楚、可辨。所有签注日期切记一定要具体到几点几分。

(十九) 病历书写涉嫌非法行医:研究生实习医生、试用期医务人员书写的病历,没有经过在本医疗机构合法执业的医务人员审阅、修改并签名。

(二十) 漏写以下全身既往史:

1. 高血压、糖尿病、肝炎、肺结核、肾病等重要疾病必须具体写出,如无高血压,有则需具体描述为“无高血压”;

2. 如果没有药物过敏史不能简单地写“无”,必须写“无药物过敏史”。



第四节 眼科病历书写的特殊性问题

一、主 诉

系患者就诊时所具有的主要症状,注明眼别,要记录其发病时间,如“右眼视物不清 3 小时”。不要以诊断名词代替症状。

二、现 病 史

应详述眼部症状,以及有关的全身症状,起病时间,有无诱因,各症状发生的顺序、演变过程。对所患疾病常有的症状而本病没有时也应加以记录。对患者就诊前所做的诊断和治疗,不论药物或手术都应询问清楚,尽可能加以详细记录(包括时间和地点)。其治疗效果尤其对视力的影响更应问清记录下来。若为外伤或意外涉及私人关系,记录时应客观并应特别注意。如果患有眼部和全身系统性疾病,如有青光眼和原发性高血压两种疾病,不应该地把高血压病史写入既往史中。对于身患两种(科)或两种以上疾病的患者,书写入院记录时,应分清主次,根据具体情况合理安排,一种疾病为本次就诊的主要疾患,而另一种疾病为次要,目前有症状,主诉和现病史应从主要疾病开始书写,而次要疾病可放在现病史中另起一自然段书写。

一般眼疾患者通常描述的眼部症状有视觉性症状、感觉性症状及自己发现的体征等三大类。为了使病史写得真实而有指导作用,现将各种眼病常出现的症状分述于下:

(一) 视觉性症状

1. 视力障碍 在病史中必须详细询问发现时间,一眼或两眼,怎么会发现(突然模糊、偶然发现视力不良),模糊的程度(具体描写),视力突然丧失(几分钟、几天)还是逐渐模糊,整个过程多长。发展过程中视力改变又如何。视物模糊是指视远不清还是视近不清,或是视远、视近均不清楚。阅读许久后视物不清还是经常不清楚。有时须追问以往何时曾检查视力,视力如何。

2. 眼前黑影 应详询其形态、数目,是否在几天内突然明显增多。与眼球一致地转动还是无规律的飘动。

3. 虹视 注意与屈光不正所致的灯光四周放射状光芒区别。

4. 视野缺损 应详询是视野的一角或半边看不见还是视野中央有看不清的区域,或目标的一部分看不到。

5. 复视 询问单眼性抑或两眼性复视。

6. 视物变形、小视症、大视症 均应一一询问并记录。

7. 闪光 详询有无随后出现黑影增多。眼前是否出现彩色马蹄形或锯齿状光圈并逐渐扩大,随后是否出现疼痛。

8. 色觉障碍 包括先天性和后天性色觉障碍。对后天性色觉障碍要问明是对颜色敏感度下降,如红绿或蓝色觉障碍还是所视物体呈各种不同颜色,具体呈何种颜色。

9. 光觉异常 问明是夜盲还是昼盲。对夜盲要注意区分先天性、后天性或假性(如屈光间质混浊,瞳孔膜闭,药物性瞳孔缩小等所致)。



(二) 感觉性症状

1. 流泪 应问清是经常性还是偶尔的,是在室内流泪还是只在室外寒风刺激下流泪,病程多久。

2. 眼疲劳 应说明用眼后仅是感到视物模糊、眼部酸胀,还是伴有头痛、恶心、眩晕、精神萎靡等,闭眼休息后症状能否缓解。是否配戴眼镜,具体度数,是否常戴。

3. 眼痛 说明疼痛性质:眼烧灼感、刺痛、钻痛、跳痛、搏动痛、胀痛、有无牵扯痛、压痛等。疼痛部位:眼睑痛、眼球痛、球后痛、眶部痛。疼痛是一过性还是持续性,是否伴有视力下降、虹视、头痛、恶心、呕吐等。疼痛能否自行缓解还是需药物控制,疼痛前有无幻视等。

(三) 病人自己发现的体征

如:眼分泌物,问明其性质:脓性、粘液性、浆液性、纤维素性、丝状、泡沫状以及分泌物量,眼睑包块等。

三、过去史

应着重记录与眼病有关的病史,如白内障病人应记录有无外伤史,代谢性疾病史(糖尿病、低血糖、低血钙),全身或局部长期应用某些药物史及电击伤史,有无眼部或其他部位(如甲状腺)手术史等。玻璃体积血病人,应记录有无糖尿病和高血压病史。

四、个人史

也应注意记录与眼病有关的情况。如辐射性白内障,可由红外线、微波、快速中子、X线等照射眼及其邻近部位所致,与照射剂量、方式、有无防护等均有关。女病人应详细记录月经史,尽量避免在月经期间安排手术。

五、家族史

注意记录有无类似疾病的患者。如青光眼病人应注意记录其家属中有无青光眼患者,视网膜母细胞瘤病人要询问其兄弟姐妹有无同样疾病,父母是否近亲结婚。与疾病有关的遗传或具有遗传倾向的病史及类似本病病史。如系遗传疾病,病史询问少于三代家族成员。直系家族成员的健康、疾病及死亡情况,有死亡者,需要描述死因。

六、体格检查

应将“眼部检查”放在此项末了,作为单独一项。全身检查除按一般规定进行外,还应有所侧重,如眼底病人,手术时需压迫眼球可刺激迷走神经致心眼反射,故应注意心脏功能情况。

眼部一般检查可用自然光线或人工照明(电筒的集光光线),一般应养成先右后左从外到内的检查习惯,以避免记录左右混淆或遗漏。但对传染性眼病,应先查健眼,再查患眼,防止两眼间交叉感染。检查时应注意两侧对照。如病人有严重的眼痛及刺激症状,可先滴1%地卡因1~2次后再检查。遇有酸碱烧伤,在问清致伤物的同时,略加简单检查,立即用生理盐水冲洗后再详细检查。遇患儿不合作,可将其头部固定,用开睑拉钩拉开眼睑检查,切忌挤压眼球,以防在有角膜溃疡或有眼外伤时,发生眼球穿孔致眼内容物脱出,



引起严重后果。检查一般按下列顺序进行,可列表,右侧记录右眼情况,左侧记录左眼情况,如左眼情况同右眼,可记录“同右”。

(一) 视力

要左右分别检查,即使病人主诉无视力障碍,也必须进行检查。部分患者自认为视力好,嫌检查视力麻烦,不愿意进行检查,此时,一定要向患者说明视力好不代表眼睛就好,检查视力是为了更好地诊断和治疗他的眼病。在这里强调检查视力的重要一是因为眼睛的主要功能是看东西,二是眼科绝大部分投诉与视力有关。因此,应该高度重视手术前视力检查,特别是矫正视力。检查视力包括:远视力、小孔视力、近视力、戴镜远近视力,镜片度数。对于裸眼视力良好(1.0 以上),可能是正视或远视,戴上+0.75D 镜片视力不变,则为远视,戴上凸镜片视力不良时为正视。患者视力差,戴任何镜片也不合适,或仅有轻微改善,则记录具体视力并注明。

(二) 眼球和眼眶检查

1. 眼球 注意眼球位置、大小与形状是否正常,眼球突出度是否正常,眼球运动如何,有无眼球震颤。如果眼球位置、大小与形状明显不对称,并且需对异常眼进行手术时,必须照相记录,以避免手术后因美容需求而引起纠纷。

2. 眼眶 双侧眼眶是否对称,眼眶有无缺损、压痛及凹陷(骨折)或增生;眶内有无炎症、出血或肿瘤。可用食指或小指自眶缘沿眶壁尽可能向深部伸入,进行详细检查,必要时应拍摄 X 线片、眼眶造影、超声检查、CT 检查。

(三) 眼睑 注意双侧眼睑是否对称,有无上睑下垂或睑裂增宽,有无眼睑缺损、睑球粘连、内眦赘皮,眼睑闭合功能是否正常;眼睑有无红肿、皮下瘀血、气肿、肿块、硬结及瘢痕,其色泽如何;睫毛排列是否整齐,生长方向,睫毛根部有无充血、鳞屑、脓痂或溃疡;睑缘有无内翻、外翻、粘连、充血、肥厚及炎症;提上睑肌功能是否正常。

(四) 泪器 泪腺能否触及,有无压痛及肿块。注意泪点位置有无外翻及闭塞,泪囊区有无红、肿、压痛、瘘管或隆起。挤压泪囊时有无分泌物自泪点溢出,并记录其性质及量。

(五) 结膜 睑结膜和穹隆部结膜检查应注意结膜是否光滑,有无充血、水肿、乳头、滤泡及瘢痕形成;结膜颜色及透明度;有无睑球粘连、假膜、新生血管、异物等。球结膜检查应注意充血范围、程度及性质(睫状充血、结膜充血或混合充血),出血(颜色、大小、位置),水肿;注意球结膜是否光滑、透明、湿润,有无干燥、Bitot 斑、色素沉着、疱疹、异物、睑裂斑、翼状胬肉、血管瘤痣及新生物等。

(六) 巩膜 注意颜色,有无结节、局限性隆起、压痛、新生物等。

(七) 角膜 观察大小、弯曲度、厚度,光滑或粗糙、凹凸不平;透明度如何,有无混浊(瘢痕性抑或浸润性),其大小、形态、位置、深浅,有无溃疡,染色情况;新生血管(深浅、位置、范围、形状)、新生物、色素、异物、损伤、角膜后沉着物;有无水肿、后弹力膜层皱褶等;知觉是否正常。

(八) 前房 深度,双眼比较;房水有无混浊,有无积血、积脓、异物等;必要时观察前房角情况。

(九) 虹膜 色泽是否正常,纹理是否清晰;有无瞳孔残膜、异物、虹膜震颤;有无前后粘连、萎缩、结节、囊肿和肿瘤等;有无缺损、根部断离、新生血管及出血等;睫状体部有无