

158640

五官科学

眼科学部分

(试用教材)

青 岛 医 学 院

清
清

1072 28 308

前 言

遵照伟大领袖毛主席“学制要缩短。课程设置要精简。教材要彻底改革，有的首先删繁就简”的教导，为了适应我院当前教学实践的需要，我们编写了这套试用教材。由于我们对毛主席著作学习得不好，领会得不深，加之实践经验不足和编写、付印时间仓促，其缺点和错误之处在所难免。为此，恳请工农兵学员和所有阅读本教材的同志，提出意见和批评。我们将循着“实践、认识、再实践、再认识”的过程，不断总结、不断充实、不断提高、使之逐步地成为符合客观需要的新教材。

一九七二年五月

目 录

第一章 眼睑疾病..... (1)	角膜实质炎..... (21)
眼睑之解剖及生理..... (1)	角膜软化症..... (22)
睑缘炎..... (2)	流行性角膜结膜炎..... (23)
睑腺炎..... (2)	树枝状角膜炎..... (23)
睑板腺囊肿..... (3)	第七章 虹膜睫状体疾病..... (25)
第二章 泪器疾病..... (4)	虹膜睫状体之解剖及生理..... (25)
泪器的解剖及生理..... (4)	虹膜睫状体炎..... (26)
泪道阻塞..... (5)	全眼炎..... (27)
慢性泪囊炎..... (5)	眼内炎..... (28)
第三章 眼眶疾病..... (6)	第八章 晶状体疾病..... (29)
眼眶之解剖及生理..... (6)	晶状体之解剖及生理..... (29)
眶蜂窝织炎..... (7)	白内障总论..... (30)
眶肿瘤..... (7)	白内障各论..... (31)
第四章 结膜疾病..... (9)	线核性白内障、老年性白内障、
结膜之解剖及生理..... (9)	外伤性白内障、糖尿病性白内障、
结膜炎总论..... (10)	并发性白内障
急性结膜炎..... (10)	第九章 青光眼..... (33)
慢性结膜炎..... (11)	青光眼睫状体炎综合征..... (37)
滤泡性结膜炎..... (11)	第十章 眼外伤..... (38)
泡性角膜结膜炎..... (12)	结膜下出血..... (38)
沙眼..... (12)	结膜及角膜异物..... (38)
翼状胬肉..... (14)	前房出血..... (38)
第五章 巩膜疾病..... (16)	酸碱烧伤..... (39)
巩膜之解剖及生理..... (16)	电光性眼炎..... (39)
巩膜表层炎..... (16)	眼球穿孔伤..... (40)
第六章 角膜疾病..... (18)	眼内异物..... (40)
角膜之解剖及生理..... (18)	第十一章 视神经疾病..... (42)
角膜炎总论..... (19)	视神经之解剖及生理..... (42)
匍行性角膜溃疡..... (20)	乳头水肿..... (43)
	视神经炎..... (43)

第十二章 眼肌疾病…………… (45)

眼肌之解剖及生理…………… (45)

共同性斜视…………… (47)

麻痹性斜视…………… (48)

第十三章 眼科常用药物…………… (49)

麻醉剂、散瞳剂、缩瞳剂、洗涤剂、
染色剂、刺激剂、收敛剂、降眼压药、
镇痛剂、消毒杀菌剂、维生素制剂、
磺胺剂、激素制剂、抗菌素制剂
抗菌素与磺胺药在眼科临床上的应用
激素在眼科临床上应用之注意点

第一章 眼睑疾病

眼睑之解剖及生理

眼睑遮盖眼眶之出口，分上睑与下睑，其间的裂缝，称为睑裂。上睑的上方以眉毛为界，下睑则与颜面颊部皮肤相连接，以睑颊沟为界。上下睑缘的边缘部分，名曰睑缘。睑裂的两端，在内侧者曰内眦，在外侧曰外眦。内眦较外眦为宽，成马蹄铁形，外眦呈锐角而终。上下睑缘的前边，生有排列整齐的睫毛，上睑者较

长，向上弯曲，下睑者较短，向下弯曲。睫毛根部，有变态汗腺及毛囊周围皮脂腺。（见图1）

睑的组织：由前向后共分五层：

1. 皮肤层
2. 皮下组织层
3. 肌层
 - (1)眼轮匝肌（见图2）
 - (2)提上睑肌
 - (3)睑平滑肌

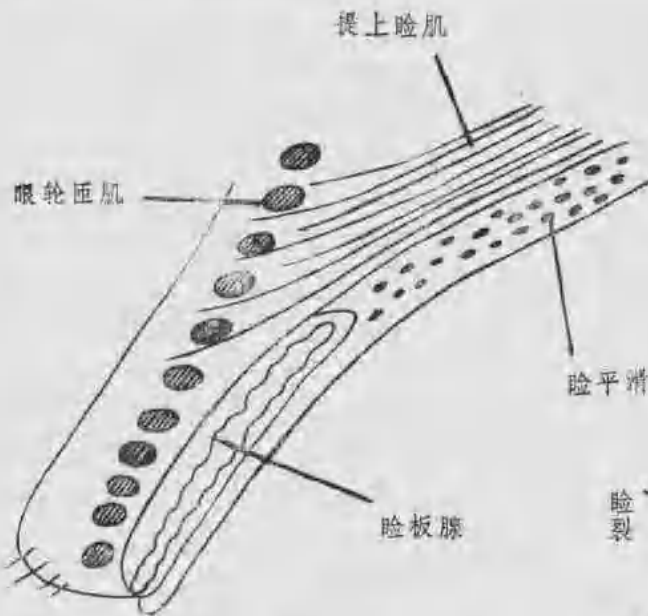
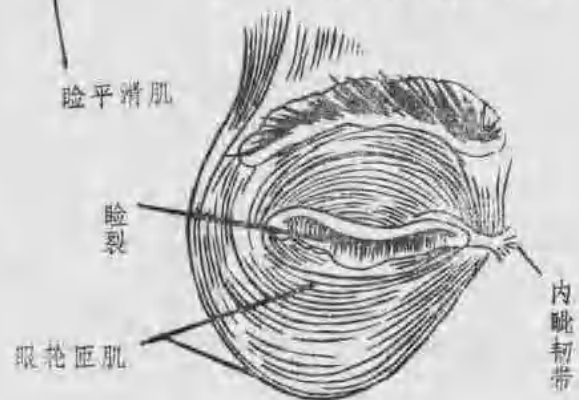


图1 睑的解剖



图2 眼轮匝肌走向模式图



4. 纤维层

(1) 睑板

(2) 眶隔

5. 睑结膜层

眼睑血管主要来自眼动脉及面动脉，它发出动脉弓，上睑有两个，下睑有一个。

睑的神经为动眼神经，交感神经及三叉神经一二枝所支配。

生理：眼睑遮盖眼球前面，遇有外伤异物，冷热及化学刺激或过强光线，则立即闭睑，以保护眼球。日间行瞬目运动，分配泪液及诸腺体之分泌物，以湿润眼球，使角膜、结膜光泽透明。夜间则闭合，防角膜干燥。

睑 缘 炎

为睑缘皮肤、睫毛毛囊及其腺体的亚急性或慢性炎症。性质顽固，易于复发，临床上常分三型，即鳞屑性睑缘炎、溃疡性睑缘炎及眦部睑缘炎。其发病原因多由于细菌感染（前二者主要为葡萄球菌感染所引起，后者则由于双杆菌所致）、不洁空气、不良卫生、化学气体、睡眠不足、屈光不正等之故。

诊断要点：

1. 鳞屑性睑缘炎：

(1) 自觉眼睛干涩不适。

(2) 睫毛及睑缘表面，常被有许多白色鳞屑。

(3) 除去鳞屑，下面皮肤潮红充血。

(4) 睫毛易于脱落，但能再生。

2. 溃疡性睑缘炎：

(1) 睑缘红肿肥厚，睫毛根部满布黄色痂皮与睫毛粘连。

(2) 剥去痂皮，见有小脓泡及出血

的小溃疡。

(3) 睫毛呈束状。因毛囊被破坏，易于脱落，不再生出。病久者呈秃睫。

3. 眦部睑缘炎：

(1) 自觉发痒。

(2) 病变限于眦部睑缘，该部潮红充血，附近皮肤显有浸蚀现象。

(3) 多伴内外眦部球结膜充血。

预防：

1. 注意个人卫生。

2. 积极治疗沙眼、结膜炎及屈光不正。

治疗：

1. 洗净睑缘，压出睑缘及睑板腺的分泌物。

2. 用1:2000单位青霉素膏，5—10%磺胺嘧啶膏，或1—2%白降汞膏涂布。

3. 溃疡性者最好除去黄色结痂，以4%硝酸银涂布睑缘，涂时勿使药液流入结膜囊内或波及健康皮肤。

4. 眦部睑缘炎照内点0.5%硫酸锌，眦部皮肤涂以氧化锌膏有显效。

5. 中药：白矾一钱 白菊花三钱用水煎取一大碗，分成三份，以棉花拭洗眼3—5分钟，每日三次。

睑 腺 炎 (麦粒肿)

为睫毛毛囊皮脂腺的炎症，多为葡萄球菌的急性感染。好发营养不良的儿童及抵抗力低的老年人。有者反复发作，颇为苦恼。

诊断要点：

1. 眼睑缘部有局限性红肿硬结物，压痛明显。

2. 化脓破溃而愈。

预防:

1. 注意卫生。
2. 勤洗手帕, 忌揉眼。
3. 积极治疗其他眼病, 保持眼睛健康, 增强机体抵抗力, 是彻底治好睑腺炎的重要措施。

治疗:

1. 新针疗法: 穴位: 睛明、太阳、风池、合谷。
2. 单方验方: 食盐三钱 白矾二钱用开水化成一大碗, 澄清后, 分成三份, 以棉花蘸洗3—5分钟, 每日三次。
3. 物理疗法: 早期冷敷, 晚期热敷。有脓点形成时, 切开排脓。切忌用手挤压, 以免引起败血症及海绵窦栓塞。
4. 抗菌素及化学药物: 0.25%氯霉素液点眼, 0.5%金霉素膏涂布。全身应用长效磺胺或青霉素等。

睑板腺囊肿(霰粒肿)

本症是由于睑板腺阻塞, 腺内滞留的分泌物, 特别是其中的脂肪成分, 刺激该腺及其周围组织, 内容渐次软化, 变成胶质之故。睑板腺囊肿病程缓慢, 上下睑均

可发生, 虽无多大障碍, 但为常见眼疾之一。

诊断要点:

1. 初期症状不显或全无。
2. 睑部生有肿块触之坚硬, 表面皮肤不红, 无压痛, 不与睑前部组织粘连。(图3)
3. 翻转眼睑, 可见患处结膜呈红色, 日久渐变紫蓝或灰色。
4. 有时结膜面自行破溃, 形成肉芽, 发生磨擦感。

治疗:

1. 小者无需治疗, 有时自行消退。
2. 大者手术摘除。

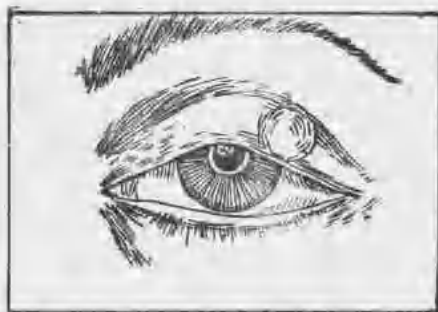


图3 睑板腺囊肿

泪点进入泪小管中。当睁眼时，泪小管周围的弹力组织使管的口径开大，因而发生吸入作用，当闭睑时，泪小管受压地，其中的泪液被挤入泪囊内，经鼻泪管而排出。

泪道阻塞

本病多因鼻泪管狭窄或闭塞所致。病情虽不重，但性质顽固。

诊断要点：

1. 顽固流泪。
2. 内眦部为泪液所湿润，重者泪液溢出于睑缘及颊部。

一般说来，流泪为泪道阻塞通有之症候，泪道阻塞日久不愈者，多成慢性刺激性结膜炎及睑缘湿疹等。

治疗：

泪道阻塞迄今尚无可靠的有效疗法。我们认为在毛主席的革命医疗卫生路线的指引下，只要我们对这种病认真对待，遵循毛主席“人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进”的教导，勇于探索，敢于创新，是會找出有效的治疗方法的。

1. 探子疗法。

2. 手术疗法：泪囊鼻腔吻合术，泪腺部分切除术。

慢性泪囊炎

此病多因鼻泪管阻塞所致。它直接障碍着过剩泪液的排出路径，结果使泪液在泪囊内不能流入鼻腔，致使最常见的细菌如肺炎球菌、链球菌、葡萄球菌等，随泪

液流入泪囊内，借以发育繁殖，泪囊粘膜受到感染，产生粘液或脓性分泌物，形成泪囊炎症。

诊断要点：

1. 顽固流泪。
2. 泪囊部可见一隆起块，表面皮肤正常。
3. 压迫泪囊部，有粘液脓性或脓性分泌物由泪点流出。

慢性泪囊炎对眼睛的健康是一种威胁，它不但减少泪液的冲洗清洁作用，且因经常有细菌逆流到结膜囊内，可引起结膜炎，更严重的是角膜损伤后，容易引起角膜炎或溃疡。有慢性泪囊炎如进行内眼手术，可招致眼内感染，因此对病情因势利导，积极处理，防止发生其他严重的化脓感染，是非常重要的。

治疗：

1. 患病期短者，嘱病人经常压迫泪囊部，将分泌物随时挤出，不使存留于泪囊内。

2. 局部用1:2000单位青霉素及1:20000单位链霉素混合液或0.25%氯霉素点眼或冲洗。

3. 中药：当归 银花 龙胆草各二钱，水煎服。

4. 新针：

主穴：上明 承泣

配穴：睛明 太阳 合谷

5. 以上治疗如不见效，可改行手术。手术方式，也要根据具体情况具体分析。

(1) 青年患者可行泪囊鼻腔吻合术。

(2) 老年人可行泪囊摘除术。

第三章

眼眶疾病

眼眶之解剖及生理

眶为四边锥体形的骨质腔，其基底朝前，尖端向后，两内壁互相平行，与外壁成 45° 之角度。

眶骨壁以前缘最坚厚，内侧壁菲薄，大部由泪骨及筛骨纸板形成。眶内上缘角处，为一钩形软骨组织，为上斜肌腱端穿过处，称为滑车。在内下眶缘后面，为容

纳泪囊的泪囊窝。（图5）

眶之后部有三孔与邻近之腔相交通：

1. 视神经孔：为视神经及眼动脉之经路。

2. 眶上裂：为眼静脉，眼肌诸神经（第Ⅱ、Ⅳ、Ⅵ神经及三叉神经第一枝）之经路。

3. 眶下裂：为三叉神经上颌枝及眶下动脉之经路。

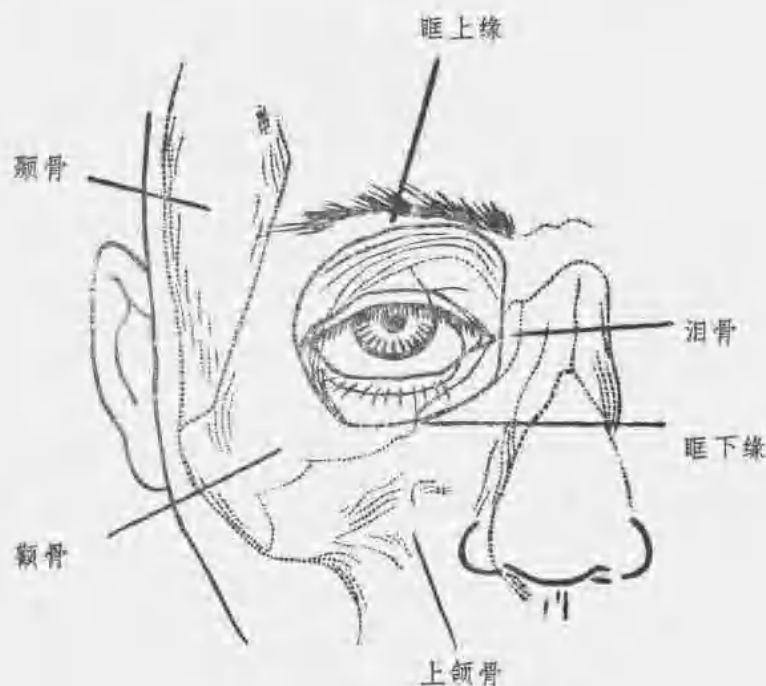


图5 眶缘表面之解剖

眶内容包括眼球及视神经、眼外肌、泪腺、血管、神经及眶脂肪等所组成。内容物的周围及骨部眼眶的表面，各为特殊的筋膜组织所遮盖。其遮盖眶骨的筋膜即骨膜，其包绕眼外肌的筋膜，同时遮盖整个眼球的后部，并向前伸展至球结膜下，是为眼球筋膜。这两层筋膜的中间空隙，全部为脂肪所占据，形成一理想的软垫组织，减少外力对眼球震动的影响。

眶之周围由副鼻窦围绕之，二者在临床上重大关系。

眶之血管：动脉为眼动脉之枝，由颈动脉发出，通过视神经入眶。静脉汇流于眼静脉，经眶上裂注入海绵窦。

眶内的神经，有运动、感觉及交感三种。运动神经包括Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ对神经。感觉神经为三叉神经第一及第二枝。交感神经则由颈动脉上的交感神经网所发出。靠近视神经外侧为睫状神经节。它由感觉性长根（来自三叉神经），运动性短根（来自动眼神经）及交感性根所组成。由睫状神经节分出睫状短神经，穿过眼球后部而入眼内。

生理：

眶为眼球的防御装置，盖眶之上下缘均向前突出，借以保护眼球，免受外伤。

眶蜂窝织炎

眶蜂窝织炎是眼眶蜂窝组织的化脓性炎症。多因眶组织本身，或由其毗邻组织感染所引起，它非但能损坏视力，亦可危及生命。因此，对这一疾病要有高度的警惕性，以免感染蔓延，波及颅腔，致成恶果。

诊断要点：

1. 眼球高度突出。
2. 眼睑肿胀。
3. 球结膜发生水肿。
4. 眼球运动受限制。
5. 全身症状：发烧、恶心、呕吐、出汗，有时可见脑症状，如：谵语、昏睡等。

治疗：

1. 先行保守治疗，注射大剂量抗菌素，或合并应用磺胺药。
2. 如有积脓，必须及早手术，切开引流。

眶 肿 瘤

眶内肿瘤有多种多样，论其性质，有待于手术切除及活体组织检查。对于这种病，详细询问病史及体格检查是主要的诊断基础，而化验及X线检查是辅助性检查，必须结合临床表现，进行深入细致的分析，“凭客观存在的事实，详细地占有材料，在马克思列宁主义一般原理的指导下，从这些材料中引出正确的结论”。

眶内瘤绝大部分原发于眶内组织，其发生频度的顺序如下述：

1. 血管瘤
2. 皮样囊肿
3. 淋巴样瘤
4. 假性肿瘤
5. 脑膜瘤
6. 视神经胶质瘤
7. 泪腺混合瘤

不少的眶内瘤也可能是继发性的，如颅内脑膜瘤，鼻咽部的上皮样癌，睑癌及

视网膜母细胞瘤，或脉络膜肉瘤蔓延而来。

转移性瘤也可在眶内出现，如乳腺癌就有转移到眶内的趋向。

诊断要点：

1. 眼球突出：突出的方向与肿瘤位置相背，且眼球突出常为不减退的（血管瘤除外）。

2. 眼球运动障碍：晚期致成眼球完全不动，一般恶性瘤早期见眼球运动受限制，尤以转移瘤为然。反之明显的眼球突出，仍保有运动能力者，可能为良性瘤。

3. 水肿：眶内瘤每伴有睑水肿及球结膜水肿。

4. 视力障碍：由于眼球运动障碍或

偏位，以及眼球受压迫变形，可产生屈光的改变，视神经受压迫而萎缩，血管受压迫以致影响眼或视神经之循环，导致视力障碍。

5. 眼底变化：压迫视神经致充血与水肿或萎缩。循环受到障碍时，视网膜水肿与出血。眼球遭受压迫，可致网膜皱褶或发生剥离等。

治疗：

若肿瘤生长迅速，考虑肿瘤为恶性，但尚无眶外增殖之迹象者，应立即行眶内容剜出术，继以放射治疗或化学疗法。若视力尚好，肿瘤较小，在保留眼球条件下，仅摘除肿瘤，但应严密观察，有无复发。

第四章

結膜疾病

結膜之解剖及生理

解剖：結膜为一层非薄的粘膜，付睑内面以反折遮盖眼球之前面，倘以睑裂作口，形成一囊，名曰结膜囊。

結膜按部位分做三部：（图6）



图6 結膜模型图

1. 睑結膜：附着于睑板后面，无移动性，表面光泽透明，能清楚地视见其下面的血管。

2. 球結膜：菲薄透明，范围自穹窿部至角膜缘，主要被覆在眼球前面，借疏松结缔组织与巩膜连结，于角巩膜交界处，则连结紧密。

3. 穹窿部結膜：界于睑結膜与球結

膜之间，为結膜最松弛的部分，常折成水平皱襞，以使眼球运动自如。

結膜分泌腺：

1. 杯状细胞：分布在上皮细胞层，以球結膜部最多，分泌粘液。

2. 副泪腺：位于穹窿部結膜下，以上穹窿部者较多，分泌浆液与泪液相似。

結膜的血液供应：动脉系由睑板动脉弓而来，上睑有二弓，一穿过睑板上缘；一穿过睑板下沟至結膜。下睑有一弓，于近睑缘处穿至結膜。自动脉弓分出的小枝，向后供应穹窿部，并延伸至球結膜，成为結膜后动脉。

球結膜的血液供应，主要为結膜后动脉的分支与睫状前动脉的分支。前者分布在結膜表面，后者在結膜深处沿四直肌前进，在近角膜缘处穿入巩膜，在穿入巩膜前分出小支，与来自結膜后动脉的小支构成角膜缘血管丛。此血管丛分二层：

1. 浅者来自結膜血管。

2. 深者来自睫状血管。

临床上結膜充血与睫状充血即以此为基础鉴别基础。

結膜的感觉受三叉神经支配。

生理：

結膜常与角膜接触，因其表面光滑，且分泌一种液体使之湿润，与泪液相倚，有使角膜湿润及透明之作用。

结膜炎总论

结膜炎为眼病中最常见的一种，发病率很高。其致病原因，不外细菌感染，物理、化学的刺激及过敏反应等。老人与小儿均易被侵犯，经过有急有缓，严重影响着人民的健康。

诊断要点：

结膜炎在临床上有多种类型，但结膜充血，分泌物与乳头增生是它的通有症状，仅在表现程度上有所不同，至于其他症状，可因结膜炎的种类而单独出现，或随病情的转化而先后出现。

1. 结膜充血：正常结膜血管清晰，结膜炎时，首先显有充血。

2. 结膜水肿：主要由结膜之疏松部呈现水肿。

3. 分泌物：主要由上皮细胞滤出之渗出物而成。外加上皮碎片，粘液及泪液，及其他结膜腺体所分泌的液体组成。分泌物有数种：

(1)水样分泌物：为反射性分泌增加之泪液，外加浆液性炎症渗出物而成。

(2)粘液性分泌物：内含多量之杯状细胞。

(3)血性分泌物，在急性炎症期，血球由毛细血管漏出。

(4)脓性分泌物：有脓细胞夹杂其中。

4. 膜状物形成：当结膜表面渗出物中富含纤维素时，结膜表面常形成一膜状物，主由纤维素密织成网，内夹杂以白血球及其他渗出物。

5. 滤泡形成：系组织对刺激的一种反应，滤泡为局限性，上皮浸润以大单核、淋巴细胞。

6. 乳头增生：由于充血浸润，结膜组织内有许多扩张的血管，血管本身有淋巴球浸润。

预防：

1. 加强卫生宣传教育，养成良好卫生习惯，让大家“动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平”。要做到人人重视，个个动手，使人人都懂得预防结膜炎的基本知识。

2. 幼儿园，托儿所等集体单位，一旦发现结膜炎时，要隔离病人，防止其传播蔓延。

3. 患者用具，应注意消毒，以免发生交叉感染。

4. 一眼罹患，要保护健眼，睡眠时应偏向患侧躺卧，防止分泌物流入健眼。

治疗：

1. 结膜炎一旦形成，患眼切勿用眼罩遮盖，以免分泌物积蓄。

2. 初期可用消毒杀菌液（如盐水、硼酸水，升汞水）多次洗眼。

3. 充血分泌物多时，局部用1%硝酸银涂布，效果显著。另外局部点青链液，每半小时一次，夜晚用5%磺胺膏或0.5%抗菌素膏点眼一次。

4. 中药：鲜蒲公英二两（干者一两）水煎，头煎内服，二煎洗眼。

5. 新针：主穴：睛明 太阳
配穴：风池 合谷

急性结膜炎

为结膜的一种常见的急性传染性眼病。俗称“火眼”或“红眼”。致病菌多为结膜杆菌，肺炎球菌及葡萄球菌等。在学校，工厂，托儿所及幼儿园中，常常流

行。为了保护人民的健康，我们必须对防治这种急性眼病有足够的认识。

诊断要点：

1. 结膜发红充血。
2. 分泌物多呈粘液脓性。
3. 自觉灼热，怕光，流泪，有磨感。
4. 结膜上可有乳头增生，滤泡或纤维素膜之形成。

预防：

1. 注意个人卫生：急性结膜炎是一种传染性疾病，我们首先应该注意个人卫生，提高警惕，防止感染。
2. 患者用具如毛巾，手帕，面盆等用后应消毒，防止交叉感染。
3. 加强卫生宣传教育，特别是幼儿园的宣传教育，养成良好卫生习惯，避免用手揉眼。

治疗：

1. 抗菌素：应用2000单位/毫升青霉素与10,000—20,000单位/毫升链霉素混合液点眼，每半小时一次，或0.25%氯霉素每小时点眼一次，夜晚睡前，可点用抗菌素软膏。

2. 中药：

(1)桑叶一两水煎服或煎洗汤，澄清洗眼，每日三次，或头煎内服，二煎洗眼，每日洗，服各二次。

(2)黄柏一两研成细末，加水一斤，煮沸30分钟，滤取清液点眼，每日3—4次。

(3)蒲公英四两(干者一两)头煎内服，二煎洗眼，每日二次。

3. 新针：

主穴：睛明 太阳

配穴：风池 合谷

慢性结膜炎

慢性结膜炎是一种普遍而难愈的眼病，各种刺激因素及传染因素均为其发病原因。病程顽固，难以治愈。我们要遵循“敢于斗争，敢于革命，善于斗争，善于革命”的教导，在实践中进一步地认识它，找出征服它的规律。

诊断要点：

1. 刺痒，发磨，下午尤重。
2. 自觉症状大于他觉症状。
3. 结膜轻度充血。
4. 分泌物少量，呈粘液性。
5. 结膜表面有乳头增生，呈平坦状。

治疗：

1. 除去病因，这是治本的方法。
2. 0.5%硫酸锌点眼，每日二次，夜晚0.5%土霉素膏点眼。
3. 新针：主穴：睛明 太阳
配穴：眉中 风池

滤泡性结膜炎

本病为病毒感染所致。特点是结膜上皮淋巴组织增生，即在结膜上有多数滤泡，以下睑穹窿部为主，这代表淋巴组织对感染或化学刺激的反应。本病多见于儿童，病程缓慢，预后良好，是一种常见的多发病。

诊断要点：

1. 轻度磨感。
2. 视力易于疲劳。
3. 睑结膜微充血，但血管仍清晰。
4. 下睑与下穹窿部结膜有多数园形

透明之泡，大小一致，排列整齐。（图7）



图7 泡性结膜炎

治疗：

1. 0.5% 硫酸锌点眼，每日三次，或0.25% 氯霉素，每日四次。
2. 注意个人卫生及环境卫生。
3. 除非滤泡极多，一般不做压挤手术。

泡性角膜结膜炎

为结膜或角膜一种过敏性炎症，系对结核蛋白的过敏反应。女孩尤多，病变厚发在上皮层。其发生在结膜者，曰泡性结膜炎；发生在角膜者，曰泡性角膜炎；发生在角膜与结膜交界处者，曰泡性角膜结膜炎。本病有复发倾向，预后一般良好。

诊断要点：

1. 在角膜缘部生有一个或数个小泡样结节。
2. 限局性充血。
3. 怕光，流泪，不致睁眼。

预防：

1. 注意卫生
2. 改善营养

治疗：

1. 中药：轻粉 萆薢粉各等份，共研成极细末，不使有粒，用少许点于泡上，每日二次。

桑白皮三钱 地骨皮三钱 知母二钱 麦门冬三钱 桔梗一钱 加水煎服。

2. 新针：主穴：睛明 攒竹
配穴：四白

3. 局部治疗：早期，点0.5% 考地松，每小时一次点眼，或点用0.25% 氯霉素，每日四次。其发生在角膜上且已破溃，形成溃疡者，点用抗菌素液及膏，晚期，涂2% 黄降汞膏，或2—4% 狄阿宁，局部热敷，促混浊吸收。

沙 眼

为滤过性病毒所引起的一种结膜慢性、传染性炎症。

沙眼对广大劳动人民为害极大。解放前，我国劳动人民在三座大山的压迫下，生活贫困，更谈不上疾病的治疗，因而沙眼普遍流行，成为过去致盲的主要原因之一。解放后，在伟大领袖毛主席的亲切关怀下，劳动人民的生活与健康水平都有了很大的提高，沙眼发病率大为降低。但由于叛徒、内奸、工贼刘少奇及其在卫生部门的代理人，推行了反革命修正主义卫生路线，抗拒了毛主席“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示，继续推行名为城市老爷服务的医疗卫生方针，使广大农村存在着缺医少药的现象，对沙眼这样一种广大劳动人民常犯的眼病，怎样预防，怎样治疗却无人过问，广大贫下中农一无医，二无药，不少人得了沙眼，得不到及时治疗而失去了光明。因此，我们必须彻底根

烂刘少奇的反革命修正主义卫生路线，高举毛泽东思想伟大红旗，以无产阶级政治挂帅，面向工农兵，大力开展沙眼的防治工作。

诊断要点：

1. 发痒，轻痒，见风流泪，视力易疲劳。

2. 结膜充血，血管模糊不清。

3. 结膜上有乳头、滤泡或瘢痕。

4. 角膜血管翳。（图8）

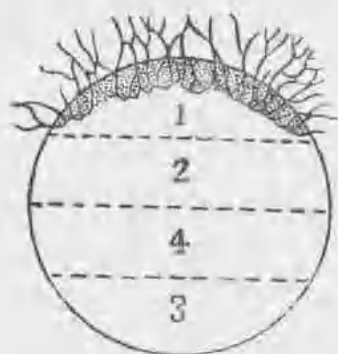
沙眼的分期：

1. 第一期：为进行活动期，以“沙Ⅰ”表示之。

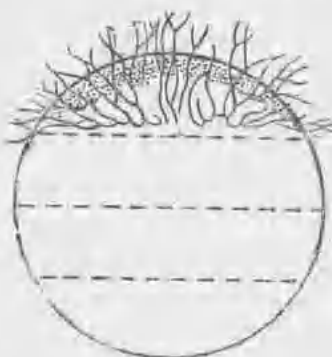
2. 第二期：为退行结疤期，以“沙Ⅱ”表示之。

两期之间的界线划分，完全以瘢痕组织的出现为依据，即在瘢痕出现之前为沙Ⅰ，瘢痕出现之后为沙Ⅱ。

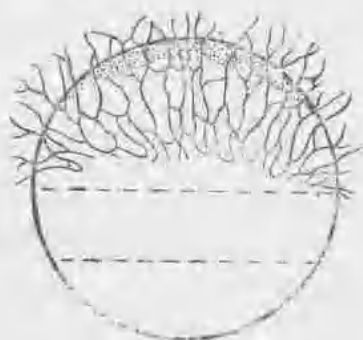
此外，并以“+”或“++”代表活动性病变（乳头、滤泡）之范围，凡在上睑结膜1/3或1/3以下的面积，有活动性病变者，用“+”表示；凡活动性病变超过结膜面积1/3以上者，用“++”表示。如此沙Ⅰ+或沙Ⅱ+代表轻度的沙Ⅰ或沙Ⅱ，而沙Ⅰ++或沙Ⅱ++则代表重度的沙Ⅰ，或重度的沙Ⅱ。



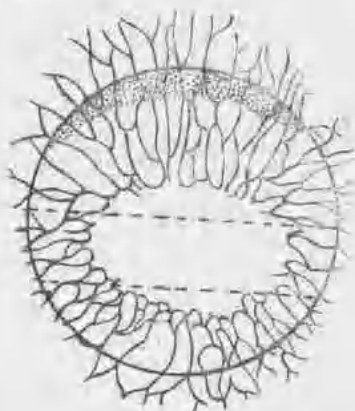
沙眼血管翳部位表示法



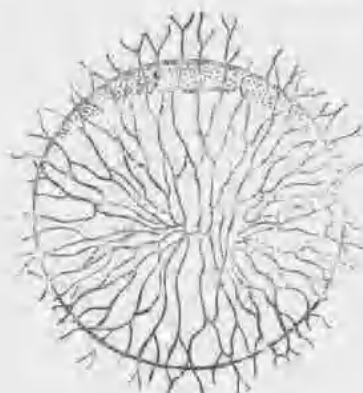
血管翳+



血管翳++



血管翳+++



血管翳++++

图8 沙眼角膜血管翳