

主 编 宋善俊
副主编 郑岳臣 张克文
分册主编 魏厚仁



眼科分册

临床医师手册



上海科学技术出版社

临床医师手册

眼科分册

主 编 宋善俊

副 主 编 郑岳臣

张克文

分册主编 魏厚仁

上海科学技术出版社

临床医师手册

眼科分册

魏厚仁 主编

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路 450 号)

新华书店上海发行所发行 祝桥新华印刷厂印刷

开本 787×960 1/32 印张 5 字数 136,000

1991 年 9 月第 1 版 1991 年 9 月第 1 次印刷

印数: 1—8,000

ISBN 7-5323-2361-7/R·707

定价: 2.00 元

前 言

当前,医学科学进展迅速,临床诊断技术和治疗方法日新月异。为了适应新的形势,使疾病的诊断依据、治疗方法和疗效评定标准等逐步趋向统一,医院技术管理和质量管理逐步实现科学化、规范化,从而提高工作效率和医疗水平。我院在1982年编写的《疾病诊疗常规》基础上,重新编写了这部《临床医师手册》,删除了已经和即将过时的、不适用的部分,而代之以各学科的最新内容和诊疗技术的新进展。本书适于各级医院各层次医务人员使用,可指导临床医疗技术工作,使病人得到及时正确的诊断与合理的治疗,有利于减少医疗差错事故。本书还可作为各级卫生行政管理部门和医院领导考核评价医院工作质量和医务人员技术能力的重要参考依据。因此,是县、市级医院临床医务人员必备的参考性工具书。

在本书的编写中,得到了湖北省卫生厅的大力支持,谨此致谢。

由于我们的水平有限,医学科学又在迅速发展,本书难免有不足和错误之处,希望同道们不吝批评指正,以便再版时得到修正和充实。

编 者

1988年6月

目 录

第 一 章 眼睑病	1
第一节 睑内翻	1
第二节 睑外翻	3
[附] 双重睑术	3
第三节 上睑下垂	5
第四节 睑球粘连	7
第五节 眼睑痉挛	8
第 二 章 泪器疾病	9
第 三 章 角膜病	14
第一节 角膜的检查	14
第二节 细菌性角膜溃疡	18
第三节 真菌性角膜炎	22
第四节 病毒性角膜炎	26
[附] 角膜移植术	35
第 四 章 白内障	39
第 五 章 玻璃体病	47
第一节 飞蚊症	47
第二节 先天异常	47
第三节 液化和浓缩	48
第四节 后脱离	49
第五节 混浊	50
第六节 化脓性炎症	50
第七节 积血	51
第八节 增殖机化和粘连	52
第九节 猪囊尾蚴病	52
[附] 闭合式玻璃体切除术	53

第六章 原发性视网膜脱离	57
第一节 术前.....	57
第二节 手术.....	61
第三节 术后.....	69
第四节 几种特殊视网膜脱离.....	71
第五节 疗效评定标准.....	74
第七章 葡萄膜炎	75
第一节 前葡萄膜炎或虹膜睫状体炎.....	75
第二节 后葡萄膜炎(脉络膜炎).....	78
第三节 周边部葡萄膜炎(睫状体平坦部炎).....	79
第四节 化脓性葡萄膜炎.....	80
第八章 视网膜病	82
第一节 视网膜静脉周围炎(Eales 病).....	82
第二节 视网膜中央动脉阻塞.....	83
第三节 视网膜中央静脉阻塞.....	86
第四节 中心性浆液性脉络膜视网膜病变.....	88
第五节 中心性渗出性脉络膜视网膜病.....	91
第六节 急性视网膜色素上皮炎.....	92
第七节 急性后极部多发性鳞状色素上皮病变.....	93
第八节 老年性黄斑变性.....	94
第九节 原发性视网膜色素变性.....	96
第十节 遗传性黄斑变性.....	98
第九章 视神经病	101
第一节 视神经炎.....	101
第二节 前部缺血性视神经病变.....	104
第三节 视盘血管炎.....	105
第十章 眼球突出与 Graves 病	107
第十一章 屈光不正	111
第十二章 麻痹性斜视	114
第十三章 共同性斜视	116
第十四章 弱视	119
第十五章 眼外伤	123

第一节 眼球穿孔伤	123
第二节 角膜异物	127
第三节 眼内异物	128
第四节 眼球挫伤(外伤性前房积血)	131
第五节 碱性眼烧伤	133
第十六章 眼部肿瘤	137
第十七章 青光眼	141

第一章 眼 睑 病

第一节 睑 内 翻

睑内翻是睑缘向眼球方面翻转,可使睫毛倒向眼球。

【病史】

1. 年龄大小。
2. 有无沙眼史。
3. 有无眼外伤史及急性炎症史。

【检查】

1. 视力及矫正视力。
2. 自然状态下睑缘间部、前后缘不同程度向眼球方面翻转。
3. 睑结膜有无乳头、疤痕,结膜充血情况,角膜荧光素着色否。

【处理】

1. 病因治疗 应消除引起睑内翻的病因。
2. 手术治疗 根据不同性质,选用不同内翻矫正术。
(1) 先天性睑内翻 “一三六”矫正法:

下眼皮下注射 2%利多卡因 1~2ml,下穹窿注射 0.5~1ml,距睑缘 1mm 的皮肤处进针,在睑板前面通过,在距睑缘 6mm 的结膜面出针,另一针在第一针旁 3mm 的皮肤面进针,从结膜面出针,完成一针褥式缝合。共作三针褥式缝合。在针穿出结膜面时要用护板保护眼球。三根缝线用橡皮膏固定在额部,术后 7 日拆线。

- (2) 疤痕性睑内翻 睑板切断术:

于近睑缘皮下及穹窿部结膜下作浸润麻醉。用 3-0 号丝线作牵引缝线或用台氏拉钩翻转眼睑。如用牵引线,翻转眼睑后,应在皮肤面垫以护板。于睑板下沟处作一与睑缘平行,从内眦部一直延伸至外眦部的睑板切口,直至暴露轮匝肌。切口必须光整,深

度必须一致，在整个切口径路上都与睑缘保持平行。用3-0号丝线的双针从距切口后缘1mm的脸结膜进针，穿过睑板及睑板前轮匝肌，从距睑缘前缘1~2mm处的皮肤出针，同一根线的另一针在第一针旁2mm处以同样方式穿出皮肤，完成一针褥式缝合。三根缝线完成后，收紧结扎或垫以小棉卷后结扎，使睑缘呈轻度外翻。术后7日拆除缝线。如矫正过度可提前拆线。

(3) 老年性睑内翻 何咨手术：

1) 局部浸润麻醉，以角质睑板插入眼睑与眼球之间。

2) 离上睑缘约3mm从内眦到外眦作皮肤切开。

3) 剥离皮下组织，露出眼轮匝肌纤维。用镊子镊住肌肉，用剪刀平铺于睑板，剪除创口露出之肌肉。

4) 露出下面的变形肥厚的睑板，先用刀削平其表面，再作一楔形的切除。

5) 作三至五个缝合，缝针穿过下创口缘、睑板的下上切口、上创口缘，结扎之。如此，则通过了楔状切除的创口吻合，伸展了弯曲的睑板，恢复了眼睑缘的位置。

(4) 急性痉挛性睑内翻一般在致病因素去除后自然消失，如持续不愈，可按老年性睑内翻的矫正方法进行治疗。

3. 术后并发症

(1) 伤口出血 先检查出血点，一般加压包扎1~2日即可止血，个别出血不止者可灼烙出血点或结扎睑板动脉弓，并检查全身有无出血性疾病，给予适当处理。

(2) 角状畸形的矫正 多见于各种类型的睑板切断术。其原因为睑板切口不光整；褥式缝合的两根线距离太远且不够平行，结扎后造成睑缘扭曲；缝线结扎过紧；术后感染，造成过多的疤痕。早期应拆除中间一根缝线，晚期有轻度畸形者可刮除肉芽，热敷。有明显畸形者，应作睑板切除术矫正之。

(3) 睑外翻 为手术过矫引起，早期可热敷，多可自行恢复。

【疗效评价】

1. 治愈 观察自然状态下睑缘缘间部，前后缘位置正常，缘间部不与眼球接触，睫毛未触及眼球。

2. 好转 内翻程度减轻。

第二节 睑 外 翻

睑缘向外松开与眼球不保持接触为眼睑外翻。

【病史】

1. 发病年龄。
2. 有无热性灼伤、化学伤、爆炸伤、眶骨髓炎等病史。
3. 有无面神经麻痹史。
4. 有无泪溢及长年不合适的拭泪史。

【检查】

1. 自然状态下,睑缘位置是否正常,睑缘后棱与眼球接触否。
2. 睑结膜外露否,暴露的结膜是否充血、干燥、粗糙及肥厚,有无暴露性角膜炎。

3. 下睑皮肤有无肥厚湿疹,附近有无疤痕骨质缺损瘰孔。

4. 眼睑闭合功能如何,睑外翻病人多有睑裂闭合不全。

【处理】

1. 病因治疗 泪溢患者应向上方轻轻揩拭泪液,外出应戴保护眼镜,痉挛性睑外翻可加压包扎数日。

2. 若有睑裂闭合不全,睡前应在睑裂部涂适量抗生素眼膏保护。

3. 面神经麻痹 可行部分或全部睑裂缝合术,并治疗原发病。

4. 外翻矫正术 睑缘后棱稍离开眼球的轻度疤痕性睑外翻,可用睑皮肤“V”形切口“Y”形缝合法加以矫正。重者则需行游离皮瓣或带蒂转移皮瓣植皮术。老年性睑外翻可行睑缘缩短术矫正法。

【疗效评价】

1. 治愈 观察自然状态下,睑缘位置正常,睑缘后棱与眼球紧密接触。

2. 好转 外翻程度减轻。

[附] 双 重 睑 术

用以形成上睑皱襞的手术称为双重睑术。这是一种美容手

术,要想通过手术取得较好的效果,必须熟悉正常眼睑的一些解剖特点。由于双重睑是通过皮肤与睑板粘连引起的,因此双重睑的高度不宜超过睑板宽度。设计切口要综合考虑各种因素。手术方法大致可分为三类,即切开缝合法、缝线法、及埋藏缝线法。

一、手术的选择及注意事项

1. 手术方法的选择应根据病人具体情况而定,切开缝合法适合于眼睑及眶脂丰富者,伴有内眦赘皮者及眼睑皮肤松弛者也应选择此种手术;缝线法适用于眼睑薄、脂肪少、无明显内眦赘皮或皮肤松弛者,特别适用于仅一眼无上睑皱襞者;埋藏缝线法的优点是手术后反应小、不必换药拆线。

2. “肿眼泡”的病人应去掉一定的眶脂肪,此时一定要注意在眶隔中外 $1/3$ 处作一水平切口,闭合眼睑压迫眼球使眶脂脱出,予以切除。切除脂肪时禁忌将脂肪用力向外牵引,否则可引起眶内血肿或影响视神经血液供养。

3. 我国人上睑皱襞的高度通常为 $4\sim 5\text{mm}$,低的只有 $2\sim 3\text{mm}$,高的可达 $7\sim 8\text{mm}$ 。一般而言,大眼睛的人提上睑肌肌力好上睑皱襞应高些;睑裂高度较低的人,上睑皱襞宜低些,就职业而言,从事文艺工作的人往往要求双眼皮做得高些,一般切口距内眦部要靠睑缘近些,最高点应在睑缘中央偏内侧而不在正中,外侧切口线可平些或者与睑缘弧度一致,并略超过外眦部。

二、并发症及处理

1. 双重睑的缺陷 如偏高,偏低或两则不对称,遇以上情况,不要急于手术,可在术后 $2\sim 3$ 月再修整,一般偏低容易抬高。

2. 疤痕重 可待伤口稳定后切除重缝,局麻下修平。

3. 粘连 常常因切除脂肪组织伤及眶隔而粘连所致。可于术后 $2\sim 3$ 个月分离粘连。

4. 睑缘畸形 多为三角畸形或轻度外翻,常由于缝线结扎时力量不匀或缝线位置不适当所致。手术完毕时一旦发现以上情况,应立即予以改正。

5. 双重睑消失。

6. 感染 一旦发现线头感染应拆线局部涂 75% 酒精,全身

给予抗生素。

第三节 上 睑 下 垂

正常人原位注视时,上睑覆盖上方角膜 2mm 左右。在无额肌收缩或头向后倾斜的情况下,上睑部分或全部遮住瞳孔,为上睑下垂。

【病史】

1. 发病年龄 例如先天性和获得性。
2. 易感因素 妊娠、分娩史,外伤及内科疾病史。
3. 伴随症状 下颌——瞬目现象,复视,吞咽困难,疲倦。
4. 可变性 1天中的变化,进行性。
5. 家族史 某些形式的先天性上睑下垂,睑裂狭小。

【检查】

1. 下垂量的测定

(1) 测量原位时的两侧睑裂高度(适用于单侧病例),两者之差即为下垂量,如正常侧睑裂高 9mm,病侧为 7mm,则下垂量为 2mm。

(2) 测量自然睁眼原位注视时测量上睑覆盖角膜的距离。正常人在自然睁眼原位注视时,上睑缘位于瞳孔上缘与角膜上缘之间的中点水平,即上睑缘覆盖上方角膜 1.5~2mm 左右。

(3) 根据测量的结果,可将上睑下垂分为轻度下垂(1~2mm)、中度下垂(3mm)和重度下垂(4mm 及以上)三种临床类型。

2. 提上睑肌肌力的测量

用拇指向后压住眉部,以阻断额肌的提上睑作用,嘱病人尽量向下注视,用米尺零点对准上睑缘,再嘱病人尽量向上看,睑缘从下向上提高的幅度(以 mm 表示)即为提上睑肌肌力。

根据临床手术选择的需要,可将肌力分为三级:良好(8mm 以上);中等(4~7mm);弱(0~3mm)。一般来说,肌力越差,下垂越明显,但并非绝对。

3. 有无上睑迟滞现象

上睑迟滞是指眼球向下注视时,上睑不能随着眼球的下转而下移。

4. 上直肌及其他眼外肌的运动

先天性上睑下垂常伴有上直肌麻痹或不全麻痹,或同时有下斜肌功能不全,以致 Bell 现象消失。遇此情况手术矫正应特别慎重。

5. 视力及矫正视力。

6. 有无仰视状态。

7. 疑重症肌无力致上睑下垂者,可作新斯的明试验。

成人新斯的明 0.5~1mg 皮下或肌肉注射,15~30min 后症状缓解为阳性。

小儿新斯的明按年龄每岁 0.05~0.1mg 不超过 0.5mg。

【处理】

1. 应积极寻找病因,针对病因治疗。

2. 除先天性上睑下垂应早期手术外,其他类型手术慎重。

3. 提上睑肌缩短术适应于提上睑肌肌力在 3mm 以上的先天性、老年性、外伤性或其他类型的上睑下垂病例。

提上睑肌缩短量的变化很大,主要决定于肌力的强弱。肌力好缩短量少些。其他因素也应考虑,如①下垂程度:下垂重者,缩短量应多些。②提上睑肌的弹性:若弹性好说明上睑下垂部分是由外角、内角太紧限制了上睑活动所造成的。其缩短量可较预期的减少些。③上睑下垂的类型:老年性上睑下垂应缩短少些,先天性上睑下垂应缩短多些,10mm 缩短量可作为两者的分界线。老年性上睑下垂缩短量不应超过 10mm,而先天性上睑下垂缩短量不应低于 10mm。

一般而言,每矫正 1mm 下垂量,需缩短 4~6mm。

4. 利用额肌的悬吊手术 适用于提上睑肌肌力在 3mm 以下的先天性和后天性上睑下垂。周围性面瘫患者不能施行此手术。

【疗效评价】

1. 治愈 理想的手术结果包括二侧上睑在原位注视时以及运动时对称。瞳孔完全暴露,睡眠时眼睑闭合正常,无兔眼,双眼皮自然对称符合一般人的高度,睑缘无切迹,无复视,无睑内翻和外翻。

2. 好转 下垂减轻。

第四节 睑 球 粘 连

睑球粘连是指眼睑与球结膜、角膜的粘着状态。

【病史】

有无化学伤，热性灼伤，结膜本身的一系列疾病如结膜天疱疮，重沙眼以及结膜手术。

【检查】

1. 视力及矫正视力。
2. 是否有眼睑与球结膜、角膜粘连。
3. 是否有内翻倒睫、眦角畸形。
4. 有无眼球运动受限及复视。

【处理】

1. 轻度粘连无症状者，无需治疗。

2. 条索性疤痕造成的睑球粘连，在切除球结膜及睑结膜疤痕后，将穹窿部及球部结膜滑行或转位或采用“Z”成形术或改变切口与缝合方向均可减少或消除疤痕牵引。

3. 如属转位或滑行不能矫正的较广泛的睑球粘连，可采用同侧或对侧眼的结膜游离移植。移植手术后结膜囊内放接触眼圈。

4. 更大范围的睑球粘连则可采取口唇粘膜作粘膜游离移植。与角膜粘连严重者，可作板层角膜移植术，术后结膜囊放接触眼圈。

5. 穹窿再造术

- (1) 2%利多卡因作局部浸润麻醉。

(2) 用15号小圆头刀的刀刃在眼球表面仔细分离粘连，尽可能切除疤痕，分离至穹窿部。

(3) 于口腔内切取粘膜，取下的粘膜（一般下唇粘膜即够）修薄后置于睑结膜与球结膜缺损处，用5-0号丝线作间断缝合。

- (4) 结膜囊内放接触眼圈一般2~3月。

- (5) 术后10日拆除缝线。

(6) 为了加深下穹窿，可用1号丝线作三对褥式缝合，缝线从粘膜片（相当于穹窿部）穿入，经眶缘结膜从皮肤引出，垫以小棉卷

结扎, 14 日后拆除。

【疗效评价】

1. 治愈 眼球运动自如, 无复视。
2. 好转 症状减轻。

第五节 眼睑痉挛

睡眠不足, 屈光不正, 视疲劳, 神经紧张时, 眼睑可不自主的间歇跳动。

【处理】

一般不需治疗, 稍稍休息后常可自行停止; 亦可采用以下方法:

1. 患者可自行按摩眼睑跳动处。
2. 给予镇静剂, 安定, 苯妥英钠。
3. 针刺治疗 其穴位为攒竹、承泣、四白、丝竹空、风池、印堂、足三里、昆仑等。
4. 对顽固跳动者, 可试用奎宁 0.065g, 每日 2~3 次口服, 服 2 日常可缓解。应注意毒性反应。

(胡燕华)

第二章 泪器疾病

【病史】

1. 泪囊部位有无红、肿、痛,有无外伤史,经过哪些处理。
2. 何时开始流泪或流脓。
3. 眼睑外上部有无肿胀,单侧还是双侧。

【检查】

1. 下睑结膜或睑缘有无慢性炎症性肥厚。
2. 下睑泪小点与眼球是否接触,有无外翻,泪小点是否闭塞或缺如。

3. 泪管冲洗 针头不能顺利进入可能为泪小管阻塞;针头进入后,水由原路返回,说明泪小管阻塞;水由上泪小点溢出,压力大,水呈喷射状,说明总泪管阻塞,如阻力较小,回流的水呈涡状旋转,说明鼻泪管阻塞;冲洗的水,虽可到鼻咽部,但阻力大,水呈滴状入鼻,多系泪管狭窄。

4. 慢性泪囊炎患者压迫泪囊部或冲洗泪道时,粘液、脓性分泌物从泪小点溢出。

5. 急性泪囊炎患者泪囊部皮肤红、肿、痛。重者同侧面部及鼻部红肿、耳前、颌下淋巴结肿大及触痛,并可伴全身发热。

6. 部分患者泪囊部形成脓肿,穿破皮肤后炎症消退。有些病人留有泪囊瘘管。

7. 眼睑受伤泪小管极易被波及,如内眦韧带断离,可引起泪小点外翻、移位以致泪溢,或因泪小管断离未能及时行修补而终生流泪。

【处理】

(一) 泪小点外翻

1. 轻度外翻者,可在局部浸润麻醉下,用烧红大头针烧灼泪小点附近之结膜,使其形成疤痕性内缩而使泪小点复位。

2. 重度外翻者,距泪小点 2.5mm 处紧靠泪小点及泪小管的结膜面,平行睑缘切除长 4~5mm,宽 2~3mm 梭形楔状结膜和睑板组织,将伤口缝合后泪小点即可转为向内的位置。

(二) 泪小点闭塞

1. 下泪小点痉挛性闭塞可在泪点麻醉后以泪点扩张器充分扩张泪小点,用直头剪一页直插入泪小点,切口长约 2mm,第二剪与泪小管水平部平行剪开,长度与前者相同,第三剪是把前二者切口末端相连,作三角形切除后不必缝合,从而起到扩大泪小点的作用。

2. 对先天性泪小点闭塞者可在麻醉下仔细寻找和辨认泪小点痕迹,用泪小点扩张器插入充分扩张,然后做泪管冲洗。如通畅证明手术已成功。为保证效果可将剪刀一叶插入到泪小点中,另一叶在眼睑内侧面行泪点剪开术。

(三) 泪小管阻塞

1. 轻度阻塞时,可行泪管探通术。术毕如泪管冲洗通畅,继而自泪小点注入激素或 1:5000 α -糜蛋白酶以减轻炎症反应,阻止疤痕形成。

2. 如为近端阻塞,即阻塞处距泪小点 5mm 以下者,可直接用皮试针头磨钝尖端的自制泪管冲洗针头直接刺通后,放置不锈钢丝或扭弯成“J”形插入下泪小管内,另一端用胶布固定于面颊部,隔天取下冲洗泪管,坚持置放 1~2 个月。

3. 如为远端阻塞,阻塞部位距泪小点大于 7mm 以上则可行泪小管泪囊吻合术。如小于 5mm 则切除阻塞段后,不易缝合,手术失败可能性较大,但在本手术前需确定鼻泪管通畅情况,即术前由上泪小管注入盐水冲洗,如冲洗通畅方可行手术;如上、下泪小管均阻塞,鼻泪管情况现难以确定,可用 B 超探查泪囊大小,考虑是否可作泪小管泪囊吻合及鼻腔泪囊吻合。

(四) 泪囊炎

1. 药物治疗

(1) 急性泪囊炎应全身使用抗生素,局部热敷,脓肿形成后沿皮纹切开排脓,放置引流条至脓液引流干净后抽除。

(2) 慢性泪囊炎患者每日多次挤空泪囊内积脓后,结膜囊内