

卫生
职业
教育
专
科
教
材

五官科护理学

主编 叶文忠

供护理、助产等专业用

河南科学技术出版社

卫生职业教育专科教材

供护理、助产等专业用

五官科护理学

主编 叶文忠

河南科学技术出版社

· 郑州 ·

图书在版编目(CIP)数据

五官科护理学/叶文忠主编. —郑州:河南科学技术出版社,2006.1
(卫生职业教育专科教材·供护理、助产等专业用)
ISBN 7-5349-3432-X

I. 五… II. 叶… III. 五官科学:护理学-高等学校:技术学校-教材 IV. R473.76

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 000022 号

出版发行:河南科学技术出版社

地址:郑州市经五路 66 号 邮编:450002

电话:(0371)65737028

责任编辑:李娜娜 尹卫靖

责任校对:张小玲

封面设计:霍维深

版式设计:栾亚平

印刷:河南文轩印务有限公司

经销:全国新华书店

幅面尺寸:185mm×260mm 印张:10 字数:215 千字

版次:2006 年 1 月第 1 版 2006 年 1 月第 1 次印刷

印数:1—5 000

定价:15.50 元

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与出版社联系。

河南省卫生职业教育教材编审委员会

名誉主任 王应太 王春俭
主 任 牛扶幼 李克勤
副 主 任 宋国华 徐持华 高明灿 于晓谟
秘 书 长 刘桂萍
编 委 (以姓氏笔画为序)

于晓谟	王应太	王怀生	王春俭	王淑华
牛扶幼	艾旭光	乔留杰	刘东升	刘桂萍
许俊业	李克勤	李炳宪	李新春	李娜娜
肖新德	宋国华	沈军生	张 娟	张继新
周三明	赵 斌	袁耀华	徐持华	高明灿
郭茂华	程 伟			

本书编委会名单

主 编 叶文忠

编 者 (以姓氏笔画为序)

叶文忠 (商丘医学高等专科学校)

汪晓凯 (郑州大学护理学院)

雷光明 (鹤壁职业技术学院)

编写说明

随着科技的发展和人民生活水平的提高,人口老龄化速度加快,卫生服务需求不断增长,为卫生职业教育事业的发展带来了机遇和挑战。在国家大力发展高等职业教育精神的引导下,近年来,以对口升学、3+2等形式,建立了中、高等卫生职业教育相衔接的方法,培养的高级卫生人才不断增加。但在教学过程中,中职起点专科层次的临床、护理专业缺乏针对性较强的教材。如何结合中职起点学生的基础,加强学科针对性,突出专业特点选择教学内容,并尽可能减少与中专阶段已经学习知识的重复,是中职起点专科教育教学改革的重心。为此,河南省卫生职业教育协会成立了中职起点卫生职业专科教育课题组,我们坚持以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导,认真贯彻《国务院关于大力推进职业教育改革与发展的决定》、教育部等七部门《关于进一步加强职业教育工作的若干意见》和《关于制定2004—2007年职业教育教材开发计划的通知》精神,从教学方案、课程设置、教学内容、教学环节、教学方法等方面进行全方位的研讨,以建立起适应中职起点学生需求的课程结构,编写出整体优化的适宜教材,并在教学过程中探索更加符合培养目标实际要求的灵活的教法。本套教材的编写是教学改革课题的一个组成部分,是针对中职起点学生编写的专科教材。

本教材在既不过分强调但又保证学科知识的系统性和一定完整性的基础上,突出专业基本理论知识和基本技能,体现各学科前沿知识和临床新技术、新方法的应用。教材基本框架由学习要点、基本内容、学习提示和课后复习4个部分组成。每章之首的“学习要点”,主要列出本章教学的重点内容,便于学生把握。正文是教材的主体,在体现专科层次应具备的基本知识的同时,贴近专业需要对学科知识进行取舍,以提高教材的可读性和针对性。对正文中有关学习方法指导、重点难点解析、基础知识应用等方面需要强调的部分,以“学习提示”的方式强化。课后复习则结合教学内容,提出了综合性、分析性的“思考题”,附在每章之后,供学习者参考。

这套教材主要由我省几所高等医学专科学校的骨干教师执笔撰写,并邀请部分职业技术学院和卫生学校的一线教师参与。书稿均经本编审委员会审定。

本套教材主要供各种形式的中职起点临床医学、药学、中西医结合、预防医学、护理、助产等专业使用,也可供普通专科学生使用。

河南省卫生职业教育教材编审委员会

2005年6月

前 言

随着我国经济的飞速发展和人民群众对健康需求水平的不断提高,医学已从单纯的生物医学模式向生物—心理—社会—环境医学模式转变,卫生服务也相应地从单一化、片面化更新扩展为以整体化、多元化为主题的服务体系。同时护理工作也有了新的内涵,护理的职能也发生了转变,护士的角色向多元化发展。为了适应社会经济发展的需求,改革护理人才培养模式,我们在编审委员会提出的“编写精品教材”指导思想统领下编写了本教材。

本教材适用卫生职业教育专科层次的护理、助产等专业学生,在内容取舍上,有别于本科和中专教材,遵循专业目标,强调基本理论、基本知识、基本技能,以坚持教材的思想性、科学性、先进性、启发性和实用性为原则,力求突出护理专业特色,体现护理程序。全书第一、二、三章为眼科护理内容,第四、五、六章为耳鼻咽喉科护理内容,第七、八、九章为口腔科护理内容。由于五官科的特殊性,首先介绍了五官的解剖生理、五官各科护理管理、常用诊疗技术、常见症状及常用护理诊断,而后着重介绍了五官科常见疾病的病因及发病机制、护理评估、治疗要点、护理诊断、护理措施及健康教育等。

在本教材编写过程中,得到了有关院校的大力支持,在此表示诚挚的感谢。本教材广泛参考了国内外文献、高等医学院校有关教材及专著,引用了其中的一些内容和图表,因时间关系未能与原作者和出版者事先联系征求意见,在此表示歉意和感谢。

本教材全体编者以高度认真负责的态度参与了编写工作,但由于编写时间仓促,又限于学时和篇幅,加之我们水平有限,教材内容肯定存在缺点和不足之处,恳请广大师生和各方读者不吝珠玉,多提宝贵意见,以便修订。

叶文忠

2005年9月

目 录

第一章 眼的应用解剖生理	(1)
第一节 眼球	(1)
一、眼球壁	(2)
二、眼内容物	(2)
第二节 视路	(2)
第三节 眼附属器	(3)
第二章 眼科护理概述	(4)
第一节 眼科护理管理及常用诊疗技术	(4)
一、眼科护理管理	(4)
二、眼科患者的检查方法	(5)
三、眼科常用护理技术	(8)
第二节 眼科患者常见症状及常用护理诊断	(11)
一、眼科患者的基本特征	(11)
二、眼科患者的常见症状	(11)
三、眼科常用护理诊断	(12)
第三章 常见眼科患者的护理	(13)
第一节 泪囊炎患者的护理	(13)
第二节 结膜炎、角膜炎患者的护理	(14)
一、结膜炎	(14)
二、角膜炎	(17)
第三节 白内障患者的护理	(20)
第四节 青光眼患者的护理	(23)
第五节 葡萄膜炎和视网膜病患者的护理	(26)
一、葡萄膜炎	(26)
二、视网膜病	(27)
第六节 屈光不正、斜视及弱视患者的护理	(31)
一、屈光不正	(31)
二、斜视及弱视	(33)
第七节 眼外伤患者的护理	(35)



第四章 耳鼻咽喉的应用解剖生理	(39)
第一节 耳的应用解剖生理	(39)
一、耳的应用解剖	(39)
二、耳的生理	(43)
第二节 鼻的应用解剖生理	(44)
一、鼻的应用解剖	(44)
二、鼻的生理	(47)
第三节 咽的应用解剖生理	(48)
一、咽的应用解剖	(48)
二、咽的生理	(50)
第四节 喉的应用解剖生理	(50)
一、喉的应用解剖	(50)
二、喉的生理	(52)
第五节 气管、支气管的应用解剖生理	(52)
一、气管、支气管的应用解剖	(52)
二、气管、支气管的生理	(53)
第六节 食管的应用解剖生理	(53)
一、食管的应用解剖	(53)
二、食管的生理	(54)
第五章 耳鼻咽喉科护理概述	(55)
第一节 耳鼻咽喉科护理管理及常用诊疗技术	(55)
一、耳鼻咽喉科护理管理	(55)
二、耳鼻咽喉科患者的检查方法	(56)
三、耳鼻咽喉科常用护理技术	(63)
第二节 耳鼻咽喉科患者的常见症状与常用护理诊断	(66)
一、耳鼻咽喉科的基本特征	(66)
二、耳鼻咽喉科患者的常见症状	(67)
三、耳鼻咽喉科常用护理诊断	(68)
第六章 耳鼻咽喉科患者的护理	(70)
第一节 耳科患者的护理	(70)
一、鼓膜外伤	(70)
二、分泌性中耳炎	(71)
三、化脓性中耳炎	(72)
四、耳源性并发症	(74)
五、特发性突聋	(76)
六、梅尼埃病	(77)
第二节 鼻科患者的护理	(79)



一、鼻炎	(79)
二、变应性鼻炎	(80)
三、鼻出血	(82)
四、鼻窦炎	(83)
五、鼻-鼻窦恶性肿瘤	(84)
第三节 咽科患者的护理	(86)
一、扁桃体炎	(86)
二、腺样体肥大	(88)
三、鼻咽癌	(89)
四、阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征	(90)
第四节 喉科患者的护理	(92)
一、急性会厌炎	(92)
二、喉阻塞	(93)
三、喉癌	(95)
第五节 气管、支气管及食管异物患者的护理	(98)
一、气管、支气管异物	(98)
二、食管异物	(99)
第七章 口腔颌面部的应用解剖生理	(102)
第一节 颌面部的应用解剖生理	(102)
一、颌骨	(102)
二、肌肉	(102)
三、血管	(104)
四、淋巴组织	(105)
五、神经	(105)
六、涎腺	(106)
七、颞下颌关节	(106)
第二节 口腔的应用解剖生理	(107)
一、口腔的表面形态及标志	(107)
二、口腔组织器官	(108)
第三节 牙齿及牙周组织的应用解剖生理	(108)
一、牙齿	(108)
二、牙周组织	(109)
第八章 口腔科护理概述	(111)
第一节 口腔科护理管理及常用诊疗技术	(111)
一、口腔科护理管理	(111)
二、口腔科检查方法	(112)
三、口腔科常用护理技术	(114)
第二节 口腔科患者常见症状与常用护理诊断	(119)



一、口腔科患者常见症状	(119)
二、口腔科常用护理诊断	(120)
第九章 口腔科患者的护理	(121)
第一节 牙体及牙髓病患者的护理	(121)
一、龋病	(121)
二、牙髓病	(123)
第二节 根尖周炎患者的护理	(125)
第三节 牙周组织患者的护理	(128)
一、牙龈炎	(128)
二、牙周炎	(129)
第四节 口腔黏膜疾病的护理	(131)
一、复发性口疮	(131)
二、疱疹性口炎	(132)
三、口腔白斑病	(133)
四、口腔白假丝酵母菌病	(134)
第五节 口腔颌面部炎症患者的护理	(135)
一、冠周炎	(135)
二、颌面部蜂窝织炎	(136)
三、颌骨骨髓炎	(138)
第六节 口腔颌面部损伤患者的护理	(139)
一、口腔颌面部损伤的特点	(139)
二、口腔颌面部损伤的急救	(140)
三、口腔颌面部损伤的护理	(143)
第七节 先天性唇裂与腭裂患者的护理	(145)
一、唇裂	(146)
二、腭裂	(147)



第一章 眼的应用解剖生理

学习要点

眼球的组成及其功能特征；房水的循环途径；眼附属器的组成及各部的生理功能。

眼是重要的视觉器官，包括眼球、视路、眼附属器三部分。眼球接受光线刺激后，经过处理转变为神经冲动，由视路传递至视皮质，最后获得清晰的物像。

第一节 眼 球

眼球近似球形，位于眼眶前部，前后径为 24 mm，受眼眶和眼睑保护，借眶筋膜与眶壁联系，周围有眶脂肪垫衬，以减轻眼球震动。眼球由眼球壁和眼内容物两部分组成（图1-1）。

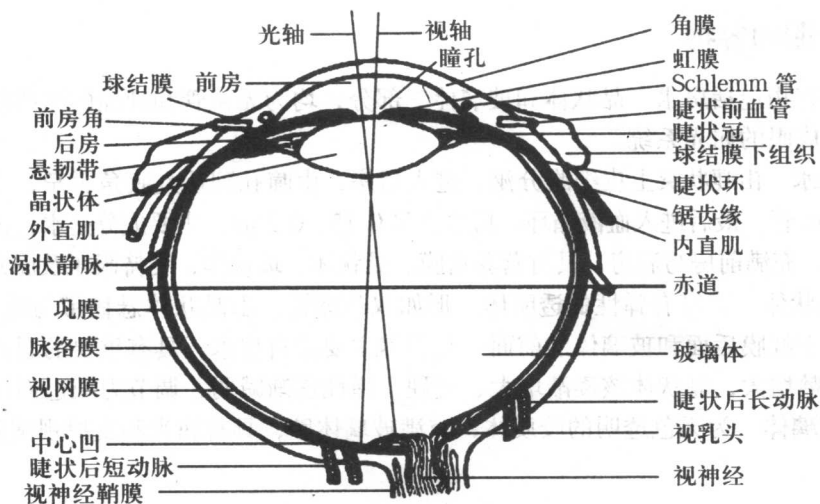


图 1-1 眼球水平切面



一、眼球壁

眼球壁由外、中、内三层膜构成。

1. 外层 由致密的纤维组织构成,故称纤维膜,起保护眼球内组织、维持眼球形状的作用。前 $1/6$ 透明部分称角膜,位于眼球最前部,横径 $11.5 \sim 12.0 \text{ mm}$,垂直径 $10.5 \sim 11.0 \text{ mm}$,厚度为 $0.5 \sim 1.0 \text{ mm}$ 。角膜本身透明、无血管,感觉神经丰富,有一定弯曲度,营养来自角膜缘血管网和房水。角膜感觉敏锐,是屈光间质的重要组成部分。纤维膜后 $5/6$ 瓷白色部分称巩膜,质地坚硬,厚度为 $0.3 \sim 1.0 \text{ mm}$ 。角膜与巩膜相交处称角膜缘,宽 $1.0 \sim 2.0 \text{ mm}$,是眼内手术的常用切口部位,其深部有小梁网和Schlemm管等重要组织结构,是房水循环的重要部位。

2. 中层 又称葡萄膜或血管膜,富含血管和色素。从前到后由虹膜、睫状体、脉络膜组成。虹膜位于角膜后方、晶状体前面,中央有一直径 $2.5 \sim 4.0 \text{ mm}$ 的圆孔,即瞳孔,它由瞳孔括约肌和瞳孔开大肌来调节大小。睫状体前接虹膜,后接脉络膜,宽约 6.0 mm ,经悬韧带与晶状体相连,调节晶状体的屈光度。睫状突上皮细胞可分泌房水,维持眼压和营养眼内组织。脉络膜后及视盘周围,含有丰富的血管和色素,具有营养视网膜外层及遮光作用。

3. 内层 称为视网膜,是形成视觉神经信息传导的开始部位。外层为色素上皮层,内层为视网膜神经感光层。感光细胞有视锥细胞和视杆细胞,视锥细胞主要分布在黄斑区,感受强光和颜色刺激;视杆细胞主要分布在视网膜周边部,感受弱光刺激。眼底正对视轴处为黄斑,中心有一凹陷称黄斑中心凹,为视力最敏锐的部位。其鼻侧有一圆盘状结构称视盘(也称视乳头),为神经节细胞纤维汇集穿出眼底和视网膜中央血管进入眼内的部位,该处没有感光细胞,在视野中形成生理盲点。

二、眼内容物

眼内容物包括房水、晶状体和玻璃体三部分,均为无血管和神经的透明组织,与角膜共同构成眼的屈光系统。

1. 房水 由睫状突上皮细胞分泌,进入后房,由瞳孔到达虹膜角膜角,经小梁网进入Schlemm管,最后进入血液循环。房水全量 $0.15 \sim 0.3 \text{ ml}$,主要成分是水,占 98.75% ,呈弱碱性,充满前房与后房,具有营养角膜、晶状体、玻璃体,维持眼压及屈光的作用。

2. 晶状体 为富有弹性的透明体,形如双凸球镜,由晶状体悬韧带与睫状体相连,将其固定于虹膜后面和玻璃体的前面,其营养主要来自房水,具有重要的屈光和调节功能。随年龄增大,晶状体核逐渐增大、变硬,弹性逐渐减弱,调节力减退而形成老视。

3. 玻璃体 为无色透明的胶质体,充满玻璃体腔,具有屈光和支撑视网膜的作用。

第二节 视 路

视路指从视网膜至大脑枕叶视中枢的神经传导通路。通常指从视神经开始,经视交



叉、视束、外侧膝状体、视放射到枕叶的视觉中枢。视路中的神经纤维分布、走向和投射的部位在各段排列不同,所以,在视路系统发生病变或损害时,可出现相应的视野改变,根据视野缺损的特征可做出视路损伤的定位诊断。

第三节 眼附属器

眼附属器包括眼睑、结膜、泪器、眼外肌和眼眶。

1. **眼睑** 分为上睑和下睑。组织结构分为皮肤层、皮下组织层、肌层(包括眼轮匝肌和上睑提肌)、睑板层及结膜层,主要功能是保护眼球,避免直接损伤。

2. **结膜** 为薄而透明光滑的黏膜,根据所在部位不同分为睑结膜、球结膜和穹隆部结膜三部分。

3. **泪器** 包括产生泪液的泪腺和排泄泪液的泪道(图1-2)。泪道由上下泪小点、上下泪小管、泪囊、鼻泪管四部分组成,开口于下鼻道。

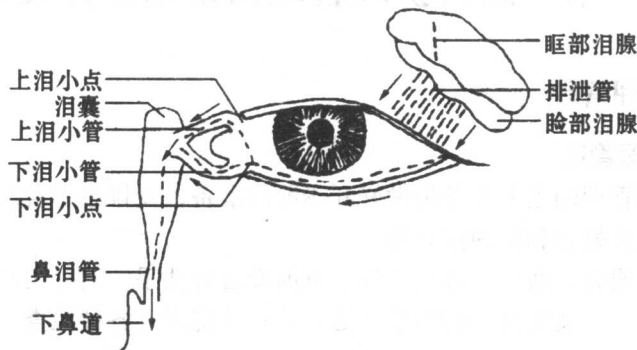


图1-2 泪器

4. **眼外肌** 主要司眼球运动,每只眼睛有上、下、内、外4条直肌和上、下2条斜肌。外直肌由展神经支配,上斜肌由滑车神经支配,其余眼外肌均由动眼神经支配。

5. **眼眶** 呈四边锥体形,由额骨、蝶骨、筛骨、腭骨、泪骨、颧骨、上颌骨等7块颅骨构成,与鼻窦关系密切。因此,鼻窦疾病常累及眶内组织。眶尖有视神经孔与颅中凹相通。

思考题

1. 简述眼球壁各层的应用解剖生理特点。
2. 眼球内容物各有哪些生理功能?
3. 眼附属器包括哪些部分?其主要生理功能有哪些?
4. 简述房水的循环途径。

(雷光明)



第二章 眼科护理概述

学习要点

视力、视野的概念；视力检查、眼压测量的注意事项及临床意义；滴眼药水、涂眼药膏及泪道冲洗的操作方法。

第一节 眼科护理管理及常用诊疗技术

一、眼科护理管理

（一）门诊护理管理

眼科门诊护理管理的主要任务是做好开诊前的准备，安排患者就诊，协助医师进行检查，搞好卫生宣传教育和护理指导等。

诊室应整洁、明亮、通风。每日清晨上班前准备好洗手、消毒用水及擦手毛巾，准备好诊桌上的物品，以及文具、病历纸、处方签、住院证、各种检查、化验及治疗单等办公用品。按病情特点及挂号先后进行分诊。急症患者应随到随诊，如眼化学伤者，可立即到治疗室初步处理。老、弱、幼、残患者可提前就诊。首先检查患者的视力，并记录在病志上，遵医嘱及时给予散瞳、缩瞳滴眼液、查视野及测量眼压等。对双眼视力低下、行动障碍者护士应给予有效的护理照顾，并协助患者配合医师进行检查。利用壁报、板报、电视等形式，宣传常见眼病的发病原因及防治知识，并根据患者的具体情况，给予生活、用药等方面的指导。

（二）病房护理管理

眼科病房护理管理，除与一般病房护理管理要求相同外，还应根据眼科患者的特点实施。

病房环境应宽敞明亮，挂素色窗帘，室内禁止吸烟，通风良好，保持安静，陈设整齐，道路应通畅。护士要热情接待入院患者，主动介绍病房、医院情况、管理制度和负责医护人员。合理安置病室病床后，立即通知主管医师，并协助医师作初步检查，填写各种表格，处理好医嘱，同时协助医师做好各项处置的准备工作。



二、眼科患者的检查方法

(一) 视功能检查

1. 视力 视力是指视网膜黄斑中心凹处对物体相邻两点的分辨能力。视力检查分为远视力检查和近视力检查两种。

(1) 远视力: 采用国际标准视力表或对数视力表。远视力表的高度应与被检眼在同一水平, 以 200 ~ 500 lx 亮度照明。受检者距离视力表 5 m (镜面反光者 2.5 m), 用掌心或纸板遮盖一眼, 先检查右眼, 后检查左眼, 自上而下辨认视力表, 嘱受检者读出或指出视标缺口方向, 记录能辨认出最小一行视标的视力。正常视力标准为 1.0。若视力 < 0.1 , 嘱受检者前移至看清 0.1 行时为止, 依据公式: 视力 = $0.1 \times \text{检查距离 (m)} / 5 \text{ m}$, 计算后记录。如 2 m 时看清 0.1 行, 则视力 = $0.1 \times 2 / 5 = 0.04$ 。当视力 < 0.02 时, 嘱受检者辨认指数, 并记录检查距离, 如, 数指/40 cm 等。如不能辨认指数者改用手动检查, 记录检查结果, 如手动/3 cm 等。受检眼不能辨认手动者, 则在暗室内检查光感, 记录受检眼能辨认光感的最远距离, 如, 光感/3 cm 等。不能辨认光源的记录为无光感。有光感者, 将光源放置在受检眼前 1 m 处, 以 9 个方向检查光定位, 按方位记录, 能正确辨认者记录为 “+”, 不能正确辨认者记录为 “-”。若用对数视力表检查, 用 5 分记录法记录。

(2) 近视力: 检查距离 33 cm, 先检查右眼, 后检查左眼, 在 33 cm 处看不清 0.1 者, 可移近距离, 并记录视力和检查距离, 如 0.6/20 cm 等。

注意事项: ①戴镜者应先检查 (记录) 裸眼视力, 后检查 (记录) 戴镜矫正视力。

②检查时手掌或纸板不要对眼球施加压力。

2. 视野 视野指眼球固视正前方时所能见到的空间范围。视野检查分为周边视野检查和中心视野检查。

(1) 周边视野检查: 检查注视点 30° 以外的视野。

1) 对比检查法: 被检查者背光与检查者对视而坐, 眼位等高, 相距 0.5 m。检查右眼时, 被检查者的右眼与检查者的左眼彼此注视, 并遮盖另一眼; 检查左眼时则相反。检查者用手指置于与被检查者之间等距离处, 在各方向由外向内移动, 如受检眼与检查者同时看到手指, 则视野大致正常; 反之, 视野可能有异常。

2) 弧形视野计检查法: 被检查者坐在弧形视野计前, 头部固定不动, 用眼罩遮盖受检者一眼, 下颌固定于颌架上, 调整高低使受检眼水平注视弧板中心目标。视标一般采用 3 ~ 5 mm 白色视标, 视力差者可增大视标, 沿弧弓内侧面将视标由周边向中心缓慢移动, 看见视标时立即记录弧上刻度。每转 30° 检查 1 次, 最后将视野记录的各点连接起来, 即为受检眼的周边视野图。正常视野大小为上方 55° , 鼻侧 60° , 下方 70° , 颞侧 90° 。老年患者因眼睑皮肤松弛下垂, 可使颞上方视野缩小, 检查时应嘱患者尽量睁大眼睛。屈光不正者应佩戴矫正镜片检查。

(2) 中心视野检查: 采用平面视野计检查。视屏与被检查眼检查距离 1 m, 检查注视点 30° 以内的视野。

3. 色觉检查 色觉是指眼分辨颜色的能力, 反映视网膜黄斑部视锥细胞的功能。



常用色盲本进行检查。检查时,自然光线应充足,检查者在距离色盲本 0.5 m 处识读,每图识读不超过 5s。辨认困难或读错者属色觉障碍,对照色盲本确认属于何种色觉异常,并作好记录。检查时双眼同时看图,屈光不正者可戴矫正眼镜进行检查。色觉障碍按其轻重程度分为色弱和色盲,临床上以红绿色觉障碍最常见。

(二) 眼附属器检查

1. 眼睑 观察有无眼睑皮肤红肿、淤血、皮下出血、气肿,有无眼睑位置异常和倒睫,睫毛根部有无充血、鳞屑和溃疡。
2. 泪器 泪小点有无外翻或闭塞,泪囊区有无充血、红肿、压痛,有无流泪和溢泪,泪道冲洗是否通畅。
3. 结膜 将眼睑向上下翻转检查睑结膜及穹隆结膜,注意观察结膜的颜色,有无充血、水肿、乳头肥大、滤泡增生及分泌物滞留等。
4. 眼球位置及运动 观察双眼位置是否对称,有无眼球震颤、斜视、眼球突出或内陷。
5. 眼眶 观察两侧眼眶是否对称,触诊有无压痛或肿物。

(三) 眼球前段检查

1. 角膜 观察角膜的直径、大小、透明度、弯曲度、知觉,以及有无异物、新生血管、角膜后沉着物等。角膜直径 $< 10\text{ mm}$ 或 $> 12.5\text{ mm}$, 则分别为小角膜或大角膜。角膜弯曲度异常可见于圆锥或扁平角膜。角膜浑浊常见于水肿、新生血管、瘢痕、溃疡、穿孔等。

角膜知觉检查的方法为:从消毒棉签中抽出一条纤维,从被检查者眼外侧轻触角膜面,立即产生瞬目运动者为知觉正常,反之为异常。

荧光素钠染色检查法:用消毒玻璃棒蘸少许无菌的 1% 荧光素钠溶液,置于结膜囊内进行染色,1~2 min 后观察,如角膜上皮有损伤、溃疡,病变区可被染成黄绿色。

2. 巩膜 观察巩膜有无黄染、充血、结节及压痛。
3. 前房 观察前房深度,即将手电筒灯光从外眦照向内眦,如鼻侧虹膜全部照亮,为深前房;如鼻侧虹膜仅被照亮 1 mm 或更少,则为浅前房,有发生闭角型青光眼的潜在威胁;同时注意房水有无浑浊、积血、积脓。
4. 虹膜 观察虹膜颜色、纹理,注意有无新生血管、色素脱落、萎缩、粘连及有无虹膜根部离断、震颤等。
5. 瞳孔 观察两侧瞳孔是否等大、等圆,位置是否居中。正常瞳孔直径 2.5~4 mm, 幼儿及老年人稍小。瞳孔扩大见于外伤、青光眼、药物性散瞳,瞳孔缩小见于虹膜睫状体炎和药物性缩瞳;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,瞳孔向上移位见于白内障摘除术后和某些青光眼术后。

(1) 瞳孔直接对光反射检查:检查者用手电筒从侧面照射被检查眼,其瞳孔可迅速缩小。直接对光反射消失见于视网膜、视神经、视束或瞳孔反射的神经通路障碍,也见于动眼神经病变或药物性瞳孔散大。

(2) 瞳孔间接对光反射检查:检查者用手遮挡一眼,光线照射另一眼时,受检眼瞳孔缩小。当眼注视 10~15 mm 处的目标时,瞳孔缩小,双眼内聚,称为近反射或调