

上海第一医学院

SHANGHAI DIYI YIXUE YUAN

劳动教学手册

LAO DONG JIAO XUE SHOU CE

(共14册)

第十四册:

常見眼科病

1959年6月

序 言

为了贯彻党的教育方针，教学与劳动生产相结合，院部号召各教研组编印教学劳动手册，作为指导学生参加实习及卫生工作的参考书。为了响应这一号召，眼科学教研组组织了去年下乡劳动的几位医师，共同编成了“常见眼科病”小册，内容包括结膜及沙眼、眼睑病、泪器病、角膜病、屈光学和眼外伤等章，主要是以1958年下乡参加除害、灭病、防治沙眼的经验体会为依据，可能不够全面或篇幅过于臃肿，尚有待进一步的修改。

郭秉宽 1959.5.1

目 录

序 言

第一章 結膜病..... 1

一、結膜炎(紅眼或火眼); 二、沙眼;

三、翼狀胬肉(攀筋)

第二章 眼瞼病..... 4

一、瞼緣炎; 二、瞼腺炎; 三、瞼位置反常

第三章 泪器疾病..... 9

第四章 角膜病..... 11

一、角膜潰瘍; 二、角膜基質炎; 三、角膜
軟化病

第五章 屈光学..... 15

第六章 眼外伤..... 21

第一章 結膜病

結膜遮盖上下眼瞼的后表面，并轉过来遮盖眼球的前表面，前者叫瞼結膜，后者叫球結膜，由瞼結膜向球結膜移行的部分叫穹窿結膜，球結膜很容易檢查，分开眼瞼就可看到，但瞼結膜和穹窿就必須反轉眼瞼使病人尽量向下或向上才能看到。正常的結膜是透明光滑和湿润的，在农村中最常見的結膜病为急性結膜炎和沙眼。

一、結膜炎(紅眼或火眼):

发病原因主要是細菌或病毒的感染(多为急性)或职业病如污穢空气尘埃烟光照(多为慢性)所引起，少数病例可能为結膜过敏病或藥物过敏引起。

急性結膜炎的主要症狀是起病很急，怕光、流泪，眼內不适(异物感)或疼痛，分泌增多，檢查时发现眼瞼紅腫結膜腫脹失去透明性，結膜充血，这种充血的特点是血管呈鮮紅色，血管和分枝都很清晰，將結膜在巩膜上移动时，这些血管也在跟隨移动。此外这些充血的情况，在距角膜远的部分明显，而在距角膜近就减弱。(結膜充血应与角膜病或眼內病的睫狀充血鉴别，以免將严重的眼病当作一般的結膜炎治疗而耽誤及时治疗)。角膜一般正常故視力大都不受影响，但某些毒性猛烈的病菌如肺炎球菌，淋病菌等可引起角膜并发症。

急性結膜炎常有自愈的趋向，但也可能轉成慢性，慢性結膜炎一般症狀都較輕，但都頑固不易治愈，特別是那些病因不明的。

治疗：傳染性的結膜炎可用各种消毒剂或抗生素局部使用，严重的可口服磺胺藥或肌肉注射青霉素。下面是一些常用的藥品：

1. 硼酸溶液 3% 可用作冲洗用
2. 黃柏水 5% 洗眼用或滴劑 每日 2—3 次
3. 黃連素 5% 每日三次或多次
4. 青霉素 1000—2000 單位/瓶 每 1—2 小时一次
5. 弱蛋白銀 10% 每日 2—3 次
6. 消治龍 (S.T.) 青霉素金霉素眼藥膏或水劑 (0.5%)
7. 硫酸鋅 0.5%，石炭酸 1%，氫氧化汞 1/4000 可用于慢性或輕度的結膜炎，每日 2—3 次。

滴眼藥時一般滴在下穹窿部，注意不要讓滴管碰到睫毛或臉緣，以防沾污藥水，藥水滴後應當閉眼幾分鐘。此外有結膜炎時，眼睛不應包紮，因為這樣會使結膜囊內溫度增高，有利于細菌的發育，加劇病情。

預防：結膜炎的傳播，主要是通過毛巾手帕面盆及被褥，因此有結膜炎的病人，尤其在集體生活者，應當注意隔離他的盥洗用具。

二、沙 眼

沙眼是一種由病毒引起的慢性傳染性結膜炎，它的傳播主要是通過毛巾手帕和手指的媒介，在農村中發病率很高，沙眼在早期差不多沒有什麼症狀，最多有點眼屎增多，眼睛發干發癢，但到了晚期，特別是有了併發症的時候（如角膜潰瘍，內反倒睫），眼睛就睜不開來，畏光流淚疼痛，痛苦不堪，視力減退，沙眼在我們國是造成失明的主要原因，值得大家努力來撲滅。

沙眼在眼部病變，主要是臉結膜充血，血管模糊，另外還有大小不一混濁的濾泡和象絨毛樣的乳頭肥大，後來纖維組織增生，形成結疤，在疤痕收縮的基礎上，可產生內反倒睫，結膜乾燥，角膜潰瘍等併發症。

沙眼可分為進行期（以沙 I 代表），就是病變僅有充血濾泡和

乳头肥大，又以面积多少分成沙Ⅰ₊和沙Ⅰ₊，面积超过上睑结膜 $\frac{1}{2}$ 者属Ⅱ₊，在 $\frac{1}{2}$ 以下者为Ⅱ₊。沙眼第二期叫退行期（以沙Ⅱ₊代表），在这期主要是有了疤痕的出现，疤痕少而浸润多则为Ⅱ₊，反之疤痕多而浸润少则为Ⅱ₊，结膜全部变了疤痕就可以认为沙眼痊愈了。为了简化分期，有时可仅分轻、重沙眼，轻沙眼包括Ⅰ₊和Ⅱ₊，重沙眼则为Ⅱ₊和Ⅱ₊。有并发症的当然包括在重沙眼内。

沙眼的治疗：沙眼是一种慢性而比较顽固的病，虽然还没有一种十分理想的治疗药物，但只要能采用各种方法，坚持治疗，避免重复感染它是可以治好的，一般对轻沙眼采用滴剂治疗就够了，重的就要采用综合疗法，使用摩擦或压棒来除去滤泡，常用的滴剂有下面几种：

1. 金霉素0.5% 溶液

2. 四环素0.5% 溶液

以上二种疗效很好，特别是对轻沙眼，但不能大量供应，每日至少三次，疗程半月至一月，溶液不易保存，需配新鲜的使用。

3. 氯氧化汞1/4000

4. 磺胺醋酸钠15%

5. 硫酸锌0.5%

6. 石炭酸1%

以上诸药，疗效不如抗生素，但可与摩擦法配合，每日三次，疗程至少一月。

7. 黄连素0.5%

8. 黄柏5%

9. 化铁丹（灭沙灵）（里面主要是硫酸铜）

以上都是中药，对沙眼都有效，特别是化铁丹，价格便宜，目前正在大量使用。

10. 灭沙丹，是金霉素和皮硝混合剂，疗效很好，但不易保存。除了上述滴剂外，摩擦重的沙眼可使用海螵蛸摩擦棒（乌贼

骨)；这种摩擦棒系將烏賊骨削成笔杆形，消毒后用米摩擦臉結膜上的濾泡或乳头，每周2—3次，刺激很小，不需滴麻藥，使用很方便，与上述滴剂合用，疗效很好。(但使用时不要碰伤角膜！)

沙眼的并发症如倒睫內反，需即时行手术矯正，否則摩擦刺激角膜会造成潰瘍和失明。

沙眼由于流行很广，治疗較难，所以預防很重要，預防最好是改善环境和个人卫生习惯，能做到毛巾和面盆分开，在农村条件不够的可采用流水洗手洗臉的方法。

三、翼狀胬肉(攀筋)

翼狀胬肉是在臉裂部球結膜上一帶有血管組織的胬肉，形态为三角形，尖端(头部)可向角膜表面进展甚至遮盖瞳孔而影响視力，但也有靜止于角膜緣的，前者为进行性的胬肉，头部多呈灰白色膠样隆起，頸部及軀干部肥厚充血，这类胬肉应在其未达到瞳孔領域前就应予以剷除，否則影响視力，甚至失明，靜止性的胬肉头部平坦，組織变薄不充血，这类胬肉則可暫不手术，因为有时手术也可刺激它而促进它的生長，而不彻底的手术治疗后的胬肉，有高度复发的傾向，故辨識胬肉是靜止性或进行性是很重要的。胬肉是一种結膜变性，目前还没有很彻底的治疗方法，眼部可滴些消毒劑。

第二章 眼 臉 病

在农村中农民們患眼臉病的很多。现在选择最常見的几种眼臉疾病叙述于后：

一、臉 緣 炎

由于农民个人卫生及环境卫生較差，又常用不洁的手指揉眼，

因此很易得臉緣炎。臉緣炎可分三类：鱗屑性、潰瘍性和管部型。在农村中以第一类及第三类居多数。

臨床症狀：鱗屑性臉緣炎：睫毛間的皮膚被小塊白色或灰色鱗屑所遮住，若將鱗屑除去，可見鱗屑下皮膚有充血現象，但無潰瘍。在鱗屑除去時，睫毛可同時脫掉，但因毛囊并無損壞故睫毛可再度生長，有時皮膚帶黃褐色，則因皮脂腺分泌過多見風干燥而形成的。主覺上病人感到奇癢及異物感，如果以髒的手指揉擦眼臉可引起臉緣深部的感染。第二类潰瘍性臉緣炎，臨床症狀較鱗屑性利害，皮脂分泌多干後結痂可將睫毛膠成束狀，如將痂皮削去，不但可見臉緣充血，並且在睫毛根部留下潰瘍，因此睫毛脫落后不易重生，臉緣的潰瘍很難治愈，常引起睫毛毛囊發炎造成膿性潰瘍。第三类管部臉緣炎。在內外管部的臉緣充血潮濕，患者感覺內外管處發痒，有異物感，病原菌是莫拉——阿辛非氏雙桿菌。

臉緣炎可遺留以下幾種後果：1. 慢性結膜炎。2. 睫毛脫落。3. 毛囊化膿後所引起癰疽的收縮使附近睫毛成為倒睫。4. 經常的充血與炎症，使臉緣往往變厚，重者甚至可以發生上臉下垂現象。5. 下臉患臉緣炎之結果使眼臉由原來的銳角變成鈍角；同時淚點朝外，引起淚溢，由於淚液刺激皮膚，形成濕疹，更使臉緣炎加劇。

原因：除了葡萄球菌為直接的病因外，身體不健康、貧血、風沙塵土的侵犯以及局部慢性結膜炎、沙眼與淚溢症皆可引起臉緣炎。

治療：臉緣炎的治療須針對其原因，注意患者的體質，改善個人及環境衛生，徹底治療結膜病及淚器病。局部治療最主要的是使用油膏，因油膏可防止分泌物凝結和臉板腺口的閉塞，使皮膚柔軟又可防止臉緣被眼淚浸濕。最常用的是1%黃降汞油膏。油膏塗擦於臉緣上時，須往返摩擦，使其均勻分布，每日使用三次。如黃降汞油膏刺激過甚，可改用磺胺嘧啶或青霉素油膏。對潰瘍性臉緣炎，首先用棉花蘸以3%重碳酸鈉復蓋於臉緣上面，使結痂軟化，用錫

子剝除結痂，然後再用黃降汞油膏磨擦暴露的潰瘍面。眥部臉緣炎應用 0.5% 硫酸鋅滴眼及黃降汞油膏擦眼效果很好。

預防：在农村中对广大农民們应經常宣傳环境卫生个人卫生和眼的卫生，注意全身健康。最重要的是絕對要戒絕以手揉眼的习惯。

一、臉 膜 炎

臉腺炎在农村中很为常見，臉腺炎分内外二种，外臉腺炎即麦粒腫俗名偷針眼由睫毛毛囊所屬的蔡司氏皮脂腺化膿而起。

臨床症狀：最先发生眼臉炎性水腫，劇烈时水腫蔓延至結合膜，若用手指摸水腫的眼臉可找到有一处腫大的硬結，触之甚痛，以后該处腫脹更甚，皮肤由发紅逐漸变黃，最后可化膿穿孔，出膿后疼痛可消失，炎症亦可逐漸減輕。

內臉腺炎即內麦粒腫，本病乃臉板腺化膿，因为臉板腺被堅韌的結締組織所包圍，因此本病发炎的現象較劇，疼痛更利害，病程較長；当膿液尚在臉板腺內时，若將臉外反，可見臉結膜表面露出黃色膿頭，最后膿穿破臉結膜而排膿于結膜囊內。臉腺炎大多是葡萄球菌感染，多发生在兒童，但年老体弱貧血者亦常患之。臉緣炎是麦粒腫的重要誘因，因为臉緣炎有鱗屑与痂皮堆积，可使藏在臉緣的細菌随时侵入腺口而发生感染。

治疗：在发病初期(硬結时)可用局部热敷，每日三次以促其成熟直至硬結消失膿腫开始波动为止。膿腫已成熟，可用尖刀切开排膿。外麦粒腫皮肤切口应与臉緣平行，排膿后可加引流紗条。內麦粒腫則由臉板切开切口与臉緣成直角，早期的麦粒腫可用中医的麦粒腫油膏涂在太阳穴也有疗效，麦粒腫油膏的成份是大娃，生南星。

霰粒腫：霰粒腫是臉板腺的慢性炎症使腺組織为肉芽組織所代替，而变腫大。霰粒腫在臉板內慢慢发展大多数无炎症現象，霰粒

腫初起時，患者多不自知，稍大時，腫粒上的皮膚向前突出，如用手指觸之，有堅硬感。在腫粒上面的皮膚仍可隨意推動，如將眼瞼反開則可見腫粒的瞼結膜面呈紫紅色或灰色，並輕度隆起。如果霰粒腫存在時間很久，肉芽組織可從瞼結膜面甚至從皮膚表面穿出。如果發生繼發性感染，則症狀與麥粒腫相似。

治療：手術摘除，在霰粒腫周圍或皮膚下，注射少許奴弗卡因腎上腺素溶液，用霰粒腫鑷子夾住霰粒腫部位之眼瞼後，把眼瞼反轉暴露瞼結膜，在瞼結膜面作縱切開，用括匙把肉芽內容完全爬清。為了防止復發，可用鑷子鉗住霰粒腫囊壁，用剪刀伸入，在其周圍作銳性剝離，然後把整個囊壁取出。手術完畢除去霰粒腫鑷子後，必須用棉花或紗布壓迫傷口十分鐘以免出血。

三、瞼位置反常

瞼位置反常在農村中亦為最常見的一種眼疾。

倒睫與亂睫：倒睫與亂睫是瞼睫毛朝向角膜生長，引起睫毛磨擦角膜表面。其臨床症狀為異物感、疼痛、流淚及結膜充血。睫毛對角膜不斷刺激，久後引起角膜的淺在性混濁、血管新生甚至形成潰瘍。引起倒毛最重要原因為沙眼，其他如瞼緣炎、瞼結膜燒傷以及一切足以引起眼瞼內反的情形。

治療：可用電解法破壞睫毛毛囊然後拔去睫毛以防睫毛再生，電解法的器械可以自己製造用三節干電池作直列式連系，陽極綫端系以銅板，陰極綫端系以細長的縫衣長針，在倒睫的眼瞼部分注射少許 2% 奴弗卡因，把銅板用橡皮膏貼在顳側，再將針沿毛根部刺入，作用半分鐘毛根部即有氣泡生出，然後用拔毛鑷子將睫毛輕易拔出。

瞼內反：瞼內反使瞼緣內轉使睫毛碰及角膜，可分痙攣性內反與疤痕性內反二類。

痙攣性內反：主要是眼輪匝肌受眼瞼炎症及結膜炎症的刺激，

而起痙攣性收縮所致，在老年人尤為多見因老年人眼眶脂肪減少使眼瞼後面缺乏支撐；一方面因為老年人眼瞼皮膚弛緩，失去對抗輪匝肌纖維的收縮力。

疤痕性內反：是因為瞼板疤痕組織收縮後所引起。最重要的原因是沙眼，尤其在農村中絕大多數疤痕性內反是由沙眼所引起，其次結膜外傷、白喉性結膜炎等。

瞼內反的症狀是持久的異物摩擦感，顯著的疼痛、怕光、流淚。時間久後，角膜可被磨成不透明；如有感染尚可引起角膜潰瘍。

治療：除徹底治療沙眼外，可用瞼板切斷術，或瞼板切除術。這二種手術方法簡便，效果確實。瞼板切斷法適用於瞼板並不十分肥厚的病例，而瞼板切除法則適用於瞼板十分肥厚的病例。

瞼板切斷術：局部麻醉後，在上瞼板邊緣，作二根固定縫綫，用以向上牽引，固定翻轉的眼瞼，將牛角板插入反轉的眼瞼後面，向相反的方向（向下）頂住之。先用小圓刀沿眼瞼緣後2毫米的結膜面，從內眥到外眥作瞼板全層切斷。作三個蹄系縫合，從穹窿部刺入結膜，順沿瞼板前面推進，於距離瞼緣2毫米處穿出皮膚而結扎之。

瞼板切除術：局部麻醉後，如同切斷術，在上眼瞼作二根固定縫綫，沿眼瞼緣後2毫米的結膜面，從內眥到外眥，作結膜切開，將附于瞼板的結膜剝離，再將瞼板從原處切斷，並將肌肉面的連接充分剝離，然後把瞼板作一部分切除或全部切除，作三個蹄系縫合，從剝離的結膜傷口上緣，穿入眼瞼緣一面的剩餘瞼板部分，最後在相當於離開睫毛上緣1毫米的皮膚表面穿出結扎之。

在廣大農村中許多農民患有內反倒睫，他們非但因角膜的刺激而感到痛苦，更可以影響視力影響工作，燙睫毛與內反糾正手術在農村中很解決問題，因此農村衛生工作者，都應當掌握這些手術消滅內反倒睫以解除患者的痛苦和增高勞動力。

預防：大力防治沙眼，注意個人衛生及環境衛生。

第三章 淚器疾患

在农村中很多农民主訴經常流泪或見风流泪，我們要解决流泪問題必須分析原因再加以对症治疗。引起流泪的原因可分二大类，一类原因是角膜三叉神經之末梢受异物及风尘烟灰的刺激所致，此外眼睛的炎症亦可刺激引起流泪。当眼睛受到外界物理刺激或本身炎症刺激后使泪液的分泌量超过泪道所能輸送的能力而致外流。第二类原因是泪道阻塞。診斷泪道是否阻塞，可用泪囊压迫法及泪道冲洗法。以手指压迫泪囊部，若有水样粘液或粘液膿性的液体由泪点流出則表示鼻泪管有阻塞。泪囊冲洗法：先以醃好1%地卡因的棉花夾在内眥角使泪点麻醉，然后把錐形擴張針垂直插入泪小点，来回旋轉以扩大泪小点，然后向上轉90°順沿泪小管的方向向管内推进少許，拔出擴張針，把裝有冲洗泪管的鈍头弯針，如上法插入泪小管，最后把注射器內的溶液注入泪道，若溶液流入鼻腔及咽部，則表示泪道无阻塞；若溶液由泪点逆流而出，則表示泪道有阻塞。关于泪道障碍可分以下几种：

1. 下睑与眼球間失去緊貼的接触面，因此失去了毛細管的吸引作用，眼泪不能从外眥部分被导流至内眥的泪湖区域。原因是下睑因睑緣炎变厚外翻。治疗手术糾正外反。

2. 泪点外反：此系下泪点的异常即下泪点外反以致泪点离开聚合泪液的泪湖因此造成流泪。原因是老年人的睑皮弛松或由于結膜炎睑緣炎及睑外反等引起。

治疗 可矯正睑外反或用泪管刀縱切下泪点，輕的可用电烙术在靠近下泪点的穹窿部結膜上电烙引起結痂收縮而將泪点向后牽扯使恢复到正常位置。

3. 泪点及泪小管狭窄及阻塞：其原因为先天性或后天性，后天性者多因此部之外伤及慢性炎症所致。

疗法 流泪若由下泪点的狭窄而起者，用泪点扩张器将此处组织扩张可使减轻。若于顽固的病例则在下泪点的后面切开。若为泪小管狭窄或阻塞可用鼻泪管探子插入法但效果殊不可靠，也可用泪道插管，泪道穿线等法但效果不一定能持久。

泪囊炎

泪囊炎是鼻泪管部分发生障碍后使泪液鬱滞刺激泪囊上皮引起粘性分泌，分泌物的积滞又使囊壁变厚与扩张加上泪液中的细菌鬱滞于泪囊中繁殖形成慢性泪囊炎，慢性泪囊炎主要发生在未经治疗的沙眼病人，在农村中沙眼很多因此慢性泪囊炎也就多了。主要症状是流泪症泪囊部有轻度肿胀或硬结并不疼痛，如用手指压在泪囊部则大量粘性分泌物或脓性分泌物立即从泪点挤出来，用泪囊冲洗法也可冲出大量分泌物，这种分泌物经常有许多致病菌，其中以肺炎球菌为最普遍，因此当角膜上皮轻微的损伤亦可造成肺炎球菌感染而发生角膜溃疡，因此泪囊炎的存在严重威胁了眼球的安全且可引起慢性结膜炎睑缘炎等。

一、治疗 对于慢性泪囊炎最初可使用3%硼酸液或1:5000氧氰化汞溶液作泪囊冲洗使浮肿的鼻泪管粘膜消炎平复不再堵塞管道，如重复多次冲洗泪道也可有畅通的希望，也有用探子作探通疗法，但效果殊不确实且有凿破泪囊壁引起周围组织发炎的可能。如果泪囊腔大无瘻管无粘连等情况加上鼻子无顽固的炎症可试做鼻泪管吻合术，如果泪囊条件不适于作鼻泪管吻合或因设备技术不够则可做泪囊摘除术。

急性泪囊炎

当慢性泪囊炎过程中发生继发性感染因而泪囊部发生急性脓性

炎症則成急性泪囊炎，本病不仅累及泪囊，且累及泪囊附近的結締組織。臨床症狀泪囊区域皮膚充血腫脹且可蔓延到兩眼睑及球結膜引起水腫，有劇烈的疼痛及觸痛，數日后可有黃色膿頭出現表示膿腫形成，切開排膿後症狀即減輕及消退。

治療 若此病發覺早可試將泪囊內膿液擠出并殺菌溶液沖洗泪囊阻止膿腫形成并可口服磺胺劑青霉素肌肉注射。如果有顯著的腫脹壓痛則可用濕熱敷以促早日膿液形成，等到波動發生即須在膿腫處施切開引流，每日更換引流條一直等到炎症消失不再有膿液為止。

第四章 角 膜 病

一、角 膜 潰 瘍

可由外生性感染及內生性過敏反應所引起。臨床上所常見的有三種，症狀大多是羞明，流淚，睫性充血，疼痛，視力減退。

1. 匐行性角膜潰瘍：是典型的角膜化膿性炎症，病原多為毒性強烈的肺炎球菌。角膜組織一面發生坏死，一面細菌毒素使角膜緣血管網擴大，白血球及纖維素大量排出于前房，沉積于前房底部，成為前房積膿。此膿液不含細菌當潰瘍趨向痊愈時，膿液可以減少乃至完全消失，是其特點。膿汁積存在于前房之下方角膜緣部，向上形成一灰白色水平綫，此水平綫可以隨頭部的傾斜而變更位置。潰瘍如不斷進行，可以引起角膜穿孔，此時虹膜常隨房水流出而被冲到傷口，形成虹膜脫出，最后虹膜與角膜組織愈合在一起，瞳孔因被牽引而成為梨形，且向結疤處移位，此名粘着性白癥，此種疤痕組織較正常角膜薄弱，常因眼內壓增高，疤痕部分向前突出

即是所謂角膜葡萄腫，此時視力一般大為減退，有時僅余光覺。當虹膜與角膜愈着在一起時，虹膜根部可能前移，阻塞前房角，以致房水阻斷，發生眼壓增高，此即為繼發性青光眼。為高眼壓持續存在，最後可導致失明。

角膜潰瘍如及時治療，可望很快痊癒。但在痊癒的過程中由於結締組織代替了正常的透明角膜基質，形成了弥漫性的角膜混濁，薄的叫做云翳，厚的叫白斑，此種疤痕組織如恰在瞳孔領域，對視力的影響很大。

治療：局部使用青霉素溶液 1:2000 單位每二小時滴眼一次，5% 磺胺嘧啶軟膏或青霉素軟膏（2000 單位/克）每日塗眼三次，必要時可作球結膜下青霉素（20,000 單位/c.c.）注射，同時滴入 1% 阿托平溶液擴大瞳孔，以減睫狀肌的痙攣，減少疼痛。此外眼部作溫濕敷亦有消炎止痛功效，每日三次每次 20 分鐘，假使症狀劇烈或有全身症狀，如發熱時可使用青霉素肌肉注射或口服磺胺類藥物，患眼應予包紮，並且很好休息，中醫中藥治療效果也很好，但須根據病人情況，辨証論治，不可一概而論，對炎症刺激劇烈的例子，可同時并用可的松眼藥水。但可的松有阻止上皮生長能力，如抗細菌素單獨有很好的療效，最好不使用它。對角膜云翳或白斑的治療，可用 1% 白降汞或黃降汞軟膏，塗入眼後，柔和地揉擦眼臉促進局部吸收作用，亦可使用胱氨酸作結膜下注射，每次 0.2c.c. 或用組織療法及全珍明目散，大半能稍有改善而不能完全消除，至於粘連性白斑和繼發性青光眼，則只可用手術療法，使眼壓減低，保持一定的有用視力。對角膜正中心的白斑，可考慮角膜移植術，但眼球如已無光覺，則說明視神經已遭受破壞，則無任何治療辦法。

2. 單純性角膜潰瘍：角膜上皮組織對細菌感染是一道很堅強的防線，對於完整的角膜上皮除少數細菌如淋病球菌及白喉桿菌能加以侵蝕外，一般細菌都不能侵入但如果角膜上皮有了損傷，細菌乘機侵入，就形成了單純性角膜潰瘍，此種潰瘍毒性較低，治療得宜

痊愈较快预后较均匀性为佳，治疗原则，以局部使用抗菌素保持清洁为主。

3. 绿脓杆菌性角膜溃疡：病原菌为绿脓杆菌，多有外伤或有异物侵入病史，此种溃疡的特点就是溃疡发展特别迅速一二日内就可将全部角膜毁坏，而一般的抗菌素始疗，多无效果，所以特别提出，凡在外伤后角膜溃疡难以治疗者应想到绿脓杆菌的感染，治疗应给以结膜下链霉素注射0.5克每日一次或土霉素，最好用多粘菌素。

4. 泡性角膜炎：这是角膜上皮对某种（主要是结核菌）的异性蛋白所具有的过敏性的反应现象，临床过程为角膜或角膜缘生一粟粒状结节，外观为灰白色浸潤，角膜缘有睫性充血或局部充血，二至三天后疱疹顶端溶化内陷成为小圆形溃疡，数日后溃疡痊愈，留下浅的薄翳，时发时愈，多见于儿童，症状为羞明流泪疼痛发红有时持久不愈，且向角膜中心进行，带有角膜缘血管向内增生，此即名束状角膜炎，较泡疹性者尤为顽固。

治疗：同一般角膜溃疡的治疗，为促进疱疹吸收可加用1—2%白降汞软膏。患儿有营养不良的应改善饮食，口服核黄素对此病有益，多晒太阳养成卫生习惯亦属必要。

二、角膜基质炎

主要为先天梅毒引起的角膜实质过敏性反应，多发生于8—18岁少壮年时期，合并胡琴森齿及神经性耳聋为著名的“胡氏三征”。二很常有先后发病，病程较长，一般平均为三个月。临床症状为角膜基质出现雾状混濁，角膜缘睫性充血，混濁由小而大。终至整个角膜渾濁浸潤，视力乃极度减退，此病特点是角膜虽然变化剧烈，但无溃疡出现，故决不发生穿孔，虹膜睫状体常随同发炎，病人怕光疼痛，痛苦不堪其后新生血管自角膜缘伸入角膜基质，混濁乃自边缘渐消退，视力乃部分的恢复，新生血管却终身不退，同时虹膜炎

性刺激瞳孔縮小，且常与后面的水晶体发生粘連，影响視力。

治疗：眼局部使用1%阿托平扩大瞳孔以避免虹膜后粘連，热敷消炎，可的松滴眼每日四次，有很好的效果。1%—2%白降汞或黄降汞軟膏，或1—5%狄翁宁軟膏可促进混濁吸收。全身驅梅治疗对眼症狀无直接补益，但在皮花科医生协助下，亦应細心予以治疗。

三、角膜軟化症

原因甲种維生素高度缺乏所引起，缺乏可因：1)吸取量过少如食物中根本缺少或胃腸道发生故障失去吸收功能或

2)消耗量大如急性热性病过程后。

症狀：全身方面可有肺炎，支气管炎消化不良，腹瀉等現象，眼部病狀主要为結合膜角膜組織的坏死蝕化，但炎症現象則不显著。临床現象可分四个阶段：

(1)夜盲期：視網膜神經上皮細胞层受損害故夜間視物不清楚。

(2)干燥前期：結膜角膜表面失去正常光泽发生干燥，眼球轉动时球結合膜有折皺出現。

(3)干燥期：臉裂部球結合膜上有毕托氏斑出現，为銀白色腊样物，結合膜上皮层內黑色素生長，外觀呈藍色色調，角膜光泽全失成为渾濁知覺减退。

(4)角膜軟化期：角膜上皮脫落形成潰瘍，基質浸潤渾濁前房积膿，終于角膜完全融化穿孔，虹膜組織脫出，結成全面疤痕，視力大減，更无有效始疗。

治疗：

(1)增进甲种維生素如多食用雞蛋，豬肝，羊肝，胡蘿卜，南瓜，青菜，魚肝油，必要时肌肉注射甲种維生素 Admin 每日一次每次50.00單位。