

临床医学诊疗概览



临床五官科疾病与诊治

LINCHUANGWUGUANKEJIBINGYUZHENZHI

主 编 康 洁 张 庆 秦建勇

中医古籍出版社

临床五官科疾病与诊治

主 编 康 洁 张 庆 秦建勇

中医古籍出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床五官科疾病与诊治/康洁等编. —北京: 中医古籍出版社, 2009. 9

(临床医学诊疗概览)

ISBN 978-7-80174-717-4

I. 临… II. 康… III. ①耳鼻咽喉病—诊疗②眼病—诊疗
③口腔颌面部疾病—诊疗 IV. R76
中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 053411 号

临床五官科疾病与诊治

康 洁等 编著

责任编辑: 晓巍 志波

封面设计: 金雨

出版发行: 中医古籍出版社

社 址: 北京东直门内南小街 16 号 (100700)

印 刷: 北京顶佳世纪印刷有限公司

开 本: 787mm×1092mm 1/16

印 张: 13

字 数: 333 千字

版 次: 2009 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-80174-717-4

总 定 价: 380.00 元(全 10 册)

临床五官科疾病与诊治

主 编 康 洁 张 庆 秦建勇

副主编 沙海滨 杨淑娟 韩玉娥

郭 苗 张友岩 宫传勋

编 委 张道敬 王立祥 武传红

编写人员（按姓氏笔划）

王立祥 沙海滨 杨淑娟

张 庆 张友岩 张道敬

武传红 宫传勋 郭 苗

秦建勇 康 洁 韩玉娥

前 言

广大医护人员是我国医疗卫生系统的中坚力量，肩负着大量的临床医疗任务及卫生保健工作。在临床实践中，需要不断提高自身的业务素质与综合医疗护理水平。我们经常会看到许多基层医院、门诊部，尤其是社区医疗单位的年轻医师，在遇到急需对疾病作出诊断或处理时，缺乏较全面的适合他们阅读的临床医护类的参考书。为了给广大基层医护人员的诊疗工作提供帮助和方便，为紧张忙碌的临床工作与基层医院医提供一部实用的医学专著，更好地为患病提供优质服务。为此，特组织长期从事临床医学工作、具有丰富临床经验的各科专家编写了这部在临床医疗护理药学检验等方面较实用的相关学科的诊疗全书，为广大基层医护，各大医院的住院、进修、实习医生、护士及医学院校的师生提供阅读参考。

本书在临床实践的基础上，参阅了五官科方面权威医学图书、期刊及有关专家的论述，重点表述了疾病的诊断、治疗、护理及检查等。

本书科学实用。在内容上，包括五官科常用检查技术，常见眼科疾病，耳部疾病及损伤，鼻部疾病及损伤，咽喉部疾病及损伤，常见口腔科疾病，常见五官科疾病健康指导等。

本书操作性强。在本书的编写中，多数疾病都列出了诊疗与护理等内容。力图以基层医院临床上五官科的常见病为线索，做到在临床医护人员阅读后能提高疾病治疗护理水平的目的。

本书查阅方便。从系统分类上，按类列病，逐病解释，简明扼要，便于操作。适合基层医院、社区医院及门诊部的临床实际工作。不仅方便检阅，而且层次清楚，一目了然。

本书可以提供临床医务工作者工作之需要。具有内容科学、精炼，重点突出，理论性与操作性兼顾的特点。对提高临床医护人员的医疗水平与整体素质具有一定的作用，

本书在编写过程中参考了许多专业书籍和文献，在此谨向原作者及出版单位致谢，在编写过程中还得到了有关专家的支持和帮助，在此表示衷心感谢。

虽然我们尽了很大的努力，但由于编写人员较多、水平有限，且时间仓促、工作繁忙等原因，加之收集、查阅的资料有限，难免有不足、疏漏及错谬之处，热忱希望读者及专家同道予以指正，以便再版时加以修正和完善。

编 者

目 录

第一章 五官科常用检查技术.....	1
第一节 眼科常用检查技术.....	1
一、眼科检查程序及技术要领.....	1
二、眼科常用检查法.....	2
三、直接检查法与间接检查法.....	6
第二节 耳鼻喉科常用检查技术.....	9
第三节 口腔科常用检查技术.....	10
第二章 常见眼科疾病.....	12
第一节 睑缘炎.....	12
第二节 睑内翻.....	13
第三节 睑外翻.....	14
第四节 上睑下垂.....	14
第五节 睑腺炎.....	17
第六节 眼睑损伤.....	19
第七节 眼眶损伤.....	19
第八节 睑与睫毛位置异常.....	19
第九节 眼睑先天异常.....	21
第十节 睑板腺囊肿.....	22
第十一节 眼部带状疱疹.....	22
第十二节 慢性泪囊炎.....	23
第十三节 急性泪囊炎.....	25
第十四节 溢泪症.....	26
第十五节 沙 眼.....	27
第十六节 急性结膜炎.....	30
第十七节 春季结膜炎.....	32
第十八节 细菌性结膜炎.....	34
第十九节 病毒性结膜炎.....	36
第二十节 角膜软化症.....	38
第二十一节 流行性角膜结膜炎.....	40
第二十二节 病毒性角膜炎.....	41
第二十三节 角膜基质炎.....	43
第二十四节 绿脓杆菌性角膜溃疡.....	44
第二十五节 角膜、巩膜挫伤.....	46
第二十六节 虹膜睫状体挫伤.....	46

第二十七节	夜盲症	47
第二十八节	原发性急性闭角型青光眼	48
第二十九节	原发性慢性闭角型青光眼	50
第三十节	继发性青光眼	52
第三十一节	先天性青光眼	53
第三十二节	巩膜炎	55
第三十三节	先天性白内障	58
第三十四节	外伤性白内障	60
第三十五节	老年性白内障	61
第三十六节	并发性白内障	62
第三十七节	视神经炎	63
第三十八节	视神经萎缩	65
第三十九节	晶状体挫伤	68
第四十节	玻璃体混浊	68
第四十一节	视网膜脱离	68
第四十二节	视网膜静脉周围炎	71
第四十三节	视网膜中央动脉阻塞	72
第四十四节	糖尿病性视网膜病变	74
第四十五节	远视眼	75
第四十六节	近视眼	76
第四十七节	散光眼	79
第四十八节	麻痹性斜视	81
第四十九节	角结膜异物	82
第五十节	眼内异物	83
第五十一节	交感性眼炎	85
第五十二节	化学烧伤	86
第五十三节	眼部热烧伤	88
第五十四节	眼球贯通伤及眼内异物	88
第三章	耳部疾病及损伤	90
第一节	外耳道炎	90
第二节	外耳道疖	91
第三节	急性化脓性中耳炎	92
第四节	慢性化脓性中耳炎	94
第五节	结核性中耳乳突炎	96
第六节	粘连性中耳炎	97
第七节	先天性耳前瘘管	97
第八节	先天性小耳及外耳道闭锁	98
第九节	噪音性耳聋	98
第十节	突发性耳聋	99

第十一节	耳廓化脓性软骨膜炎	101
第十二节	耳廓假性囊肿	101
第十三节	药物中毒性耳聋	102
第十四节	外耳湿疹	103
第十五节	外耳道真菌病	104
第十六节	大疱性鼓膜炎	105
第十七节	分泌性中耳炎	105
第十八节	外耳道异物	106
第十九节	聋 哑	107
第二十节	鼓膜外伤	108
第二十一节	耳硬化	108
第二十二节	梅尼埃病	109
第二十三节	中耳癌	109
第二十四节	侧颅底肿瘤	110
第四章	鼻部疾病及损伤	111
第一节	急性鼻炎	111
第二节	慢性鼻炎	112
第三节	萎缩性鼻炎	114
第四节	过敏性鼻炎	115
第五节	鼻窦炎	117
第六节	鼻真菌病	119
第七节	酒渣鼻	119
第八节	鼻囊肿	120
第九节	鼻出血	120
第十节	鼻中隔血肿	123
第十一节	鼻中隔脓肿	124
第十二节	鼻息肉	124
第十三节	上颌窦后鼻孔息肉	126
第十四节	鼻骨骨折	127
第十五节	鼻腔异物	127
第十六节	常见的鼻部良性肿瘤	128
第十七节	筛窦恶性肿瘤	131
第十八节	上颌窦恶性肿瘤	132
第五章	咽喉部疾病及损伤	136
第一节	急性咽炎	136
第二节	慢性咽炎	137
第三节	急性扁桃体炎	139
第四节	慢性扁桃体炎	141

第五节	急性会厌炎	143
第六节	咽部异物	144
第七节	食管异物	144
第八节	食管腐蚀伤	145
第九节	气管、支气管异物	145
第十节	咽异感症	146
第十一节	咽部脓肿	146
第十二节	急性喉炎	147
第十三节	慢性喉炎	149
第十四节	喉部良性肿瘤	151
第十五节	鼻咽癌	152
第十六节	喉 癌	154
第十七节	鼻咽肉瘤	155
第十八节	咽部混合瘤	155
第十九节	咽部脊索瘤	156
第二十节	咽部乳头状瘤	156
第六章	常见口腔科疾病	158
第一节	复发性口腔溃疡	158
第二节	牙髓病	161
第三节	龋 病	163
第四节	牙周炎	165
第五节	流涎症	168
第六节	慢性牙龈炎	169
第七节	口角炎	171
第八节	根尖周炎	173
第九节	智齿冠周炎	174
第十节	颌骨髓炎	177
第十一节	牙 折	181
第十二节	楔状缺损	182
第十三节	磨牙症	182
第十四节	牙 痛	184
第十五节	颌面部淋巴结炎	185
第十六节	干燥综合征	188
第七章	常见五官科疾病健康指导	190
第一节	青光眼健康指导	190
第二节	白内障健康指导	191
第三节	化脓性中耳炎健康指导	193
第四节	慢性鼻窦炎健康指导	194

第五节 鼻出血健康指导.....195

第六节 下颌骨骨折健康指导..... 196

第七节 扁桃体炎健康指导..... 197

第一章 五官科常用检查技术

第一节 眼科常用检查技术

一、眼科检查程序及技术要领

眼的一般常用检查，应当本着有系统地先右后左，由外向内，按顺序进行的原则，只有这样，才不致于遗漏重要的体征。也应具体情况具体对待。对有穿破伤或深层角膜溃疡的眼，切忌压迫眼球（如翻眼睑等），以免加重损伤；对疼痛较重或刺激症状较明显而主要诊断已经明确者，可先做处理，待症状缓解后再做进一步检查；如果诊断尚未明确，可滴0.5%卡因液1~2次，在表面麻醉下进行检查，对小儿患者，一般不要强调系统检查，一些必要的但又带有不适感的检查或操作，如翻眼睑等，应放在最后。

1. 视力

远视力（包括小孔视力）、近视力、以及戴镜远、近视力。记录时，先记右眼，后记左眼。

2. 眼睑

注意皮肤颜色，有无炎症、水肿、皮疹、包块、压痛或捻发音；睑缘或眦部糜烂，有无内翻、外翻、倒睫、下垂、闭合不全；两侧睑裂大小是否对称，眉毛及睫毛有无脱落、变色；耳前淋巴结有无肿痛；并注意两侧眼睑是否对称，眶缘有无损伤，眶内有无肿块。

3. 眼球

有无增大、变小、突出、内陷、偏斜、震颤、各方向转动有无受限制情况。

4. 泪器

泪小点位置是否正常、有无闭塞，泪囊部有无红肿、压痛、挤压泪囊部有无分泌物排出，其性质如何，泪腺区有无红肿、硬块、压痛。

5. 结合膜

有无充血，是何类型，球结膜有无水肿、干燥、血管异常、结膜下出血或色素斑，结膜囊内有无异物或分泌物，属何性质，睑结膜血管是否清晰，有无乳头肥大，滤泡增生，瘢痕形成或睑球粘连。

6. 巩膜

注意颜色，有无充血、色素、结节状隆起、压痛。

7. 角膜

注意其大小、形状及弯曲度，是否透明、光滑，如有混浊应观察其厚薄、颜色、部位、大小、形态、深浅及是否浅色，有无浅、深层新生血管，感觉是否正常。

8. 前房

注意深浅，房水有无混浊，有无积脓或积血。

9. 虹膜

纹理是否清楚，颜色是否正常，有无新生血管、结节、震颤、有无撕裂、穿孔或异物，与角膜或晶体有无粘连，睫状体部有无压痛。

10. 瞳孔

注意大小、形状、位置、两侧是否对称，对光反射是否灵敏，有无闭锁、膜闭或残存的瞳孔膜。

11. 晶体

是否透明，位置是否正常，如有混浊要注意部位、形状、颜色、范围及程度。

12. 玻璃体

是否透明，如有混浊应注意其性质、形状、大小、位置、程度、活动度，有无纤维增殖、新生血管。

13. 眼底

(1) 视神经乳头 注意其形态、大小、颜色、境界、血管状况，杯盘比例，有无缺损，有无隆起或病理性凹陷（均以屈光度数表示，屈光度相差 3D 约相当高起或陷下 1mm）。

(2) 视网膜血管 血管走行状态，有无扭曲、怒张、闭塞或搏动，有无微血管瘤，动脉管壁之反光度，管腔大小、动静脉之比例及交叉处情况，管壁有无白鞘。

(3) 黄斑部 黄斑部中心凹光反射及附近情况，有无水肿、渗出物、出血、色素、裂洞或囊样变性。

(4) 视网膜 颜色是否透露脉络膜，有无水肿、渗出、出血、游离色素、萎缩、瘢痕、新生物、新生血管和脱离（均需注意形状、大小、部位）。

小儿检查法 检查者与家长对面而坐，小儿平卧于家长膝上，家长用两肘夹住小儿两腿，用手按住小儿两臂，检查者用两膝固定小儿头部，不让乱动，即可进行检查。

二、眼科常用检查法

【翻眼睑法】

检查睑结膜和穹窿结膜时，须翻转眼睑。翻下睑比较容易，有拇指或食指将下睑往下牵拉，同时让被检者向上看，下睑结膜即可以完全露出。翻上睑的方法有二。单手法：较常用，先嘱被检查者向下看，将食指放在上睑部的眉下凹处，拇指放在睑板前面靠近睑缘，然后两指夹住眼睑皮肤等软组织，在把眼睑向前下方牵拉的同时，食指轻轻下压，拇指将眼睑向上捻转，上睑即被翻转。此法只用一手操作，简便而较易。双手法：让被检者向下看，以一手的拇指和食指夹住眼睑中央处的睫毛和睑缘皮肤，向前下方牵引，以另一手的食指置于眉下凹处，当牵引睫毛和睑缘向前向上翻时，眉下凹处手指向下稍压迫眼睑即被翻转。如用此法不能翻转上睑，可用玻璃棒或探针以代替眉下凹处的手指，就易于翻转。检查穹窿部结膜时，于上睑翻转后，拇指将睑缘压在眶缘上并向上牵引，同时嘱被检者用力向下注视，并以另一手指在下睑部轻轻向上推挤眼球，上穹窿部即可完全露出。对有角膜溃疡及眼球穿孔伤的病员，切忌压迫眼球，以免造成更大的损伤。

【泪道检查法】

1. 荧光素试验

先放一小棉片在受检眼同侧鼻腔下鼻道处，滴 1% 荧光素或 2% 红汞溶液等其他有色溶液在结膜囊内，经过 1/2~2 分钟，如有色溶液在结膜囊内消失，则证明泪小管机能正常。如经过 2~5 分钟，该溶液仍留在结膜囊内，且于压迫泪囊部时，无上述溶液逆流而出，则证明泪小管闭塞不通。如滴荧光素 5 分钟内，下鼻道处棉片染上颜色，证明泪道通畅，如棉

片的染色出现较晚或一直未被染色，则应考虑泪道狭窄或不通。滴用荧光素等有色溶液时，注意勿污染被检者衣服。

2. 泪道冲洗试验

用于判断泪道是否通畅及了解泪道阻塞的部位和性质。

方法是用小棉签蘸 0.5~1% 的卡因溶液放于内眦部，嘱被检者闭眼夹住，3~5 分钟后取下，以麻醉泪小点，将盛有 5~10ml 生理盐水的注射器安上一泪道冲洗针头（用 6 号或 26 号针头磨钝，稍加弯曲即成），垂直插入下或上泪小点，约 1.5~2mm 深，随之慢慢把针头转为水平，沿泪小管缓慢伸入，碰到骨壁后稍向后退一点，固定针头徐徐注入生理盐水。泪道通畅时，注射进无阻力，液体全部流到鼻腔或咽部；部分泪道狭窄者，一部分液体流到鼻腔或咽部，另一部分自上泪点返流，而且阻力较大；泪道阻塞者，液体全部自上下泪小点返流。如返流液带有粘液或脓性分泌物，证明是慢性泪囊炎。

如泪小点过小，应先用泪点扩张器加以扩大。方法是：表面麻醉后，将泪点扩张器垂直放在泪小点，轻轻旋转，使之插入泪小点，再进入泪小管以达到扩张的目的，然后再行泪道冲洗。

3. X 造影法

为进一步了解泪道的形状，闭塞及狭窄的部位，泪囊大小等，可行泪道 X 线造影。造影剂多用碘化油，亦可用 75% 泛影葡胺。

【斜照法及斜照配合放大镜检查法】

斜照法是右手持聚光电筒从病员的侧面照射被检眼，左手的拇指和食指分开上下眼睑，以便检查结膜、角膜、前房、虹膜、晶体等。

斜照法配合放大镜检查法：检者右手拿聚光电筒，从侧面集光于所要检查的部位，左手拇指和食指拿一约 10 倍的放大镜，中指轻轻牵引上睑，无名指可向下牵拉下睑以开大睑裂。检者的眼睛靠近放大镜，同时调整放大镜与受检眼的距离，就能清楚地看到所要检查部位，例如角膜异物、血管翳及角膜后沉降物等，如果检查者改戴双目放大镜，操作就比较简易了。

【角膜知觉检查法】

用以检查角膜感觉是否正常。如当发现有角膜炎或溃疡而无显著刺激症状时，应做角膜知觉检查，以确定三叉神经有无机能减低或麻痹症状。方法是：将一块消毒棉花搓成尖形条，用其尖端从眼的侧面或下方轻触角膜表面，如果知觉正常，就会立即发生反射性瞬目运动；如反射迟钝，即为知觉减退；如果无何反应，则为完全麻痹，并应同时检查另眼作比较。

【荧光素染色法】

角膜、结膜上皮损伤或有溃疡时，可被荧光素染色，方法是点无菌的 1% 荧光素液于结膜囊内，然后用生理盐水冲洗，亦可用玻璃棒蘸少量药液于结膜囊内，进行观察。此时可见角膜、结膜破损处有嫩绿色着色，上皮完整处不染色。如有角膜瘘，点荧光素后作轻压眼球，可见角膜表面布满黄绿色荧光素，而在瘘管处则有液体流出，状如清泉外流。操作时注意勿污染被检者面部及衣服。由于荧光素易被细菌污染，近来主张改用消毒荧光素滤纸，使用时将其一端用生理盐水浸湿后，与结膜相接触，泪液呈黄绿色，角膜损伤处染色。

【裂隙灯显微镜检查法】

裂隙灯活体显微镜，简称裂隙灯，是由光源投射系统和光学放大系统组成，为眼科常用的光学仪器。它是以集中光源照亮检查部位，便与黑暗周围部呈现强烈的对比，再和双目显微放大镜相互配合，不仅能使表浅的病变观察得十分清楚，并且可以利用细隙光带，通过眼球各部的透明组织，形成一系列“光学切面”，使屈光间质的不同层次、甚至深部组织的微小病变也清楚地显示出来。在双目显微镜的放大下，目标有立体感，增加了检查的精确性。因此，裂隙灯检查在眼科临床工作中占有重要的地位。

检查在暗室进行。首先调整病人的坐位，让病人的下颌搁在托架上，前额与托架上面的横档紧贴，调节下颏托架的高低，使睑裂和显微镜相一致。双眼要自然睁开，向前平视。光源投射方向一般与显微镜观察方向呈 $30^{\circ}\sim 50^{\circ}$ 角，光线越窄，切面越细，层次越分明。反之，光线越宽，局部照明度虽然增强了，但层次反而不及细隙光带清楚。为了使目标清晰，检查时通常都是将投射光的焦点和显微镜的焦点同时集中在需要检查的部位上，在作特别检查时（如侧照法，后照法等），则两者间的关系必须另行调整。如需检查晶状体周边部、玻璃体或眼底时，应事先将瞳孔充分放大，光源与显微镜的角度应降至 30° 以下，显微镜随焦点自前向后移动，被检查的部位可从角膜一直到达眼底。但在检查后部玻璃体、视网膜以及

眼底周边部时，如果加用前置镜或三面镜，光线射入角应减少至 $5^{\circ}\sim 13^{\circ}$ 或更小。

三面镜又名三面反射接触镜，有三个反射面，此镜的中央部分（a）可供检查黄斑部周围 30° 以内的眼底，三个反射镜面的倾斜度各不相同，镜面（b）与前方平面呈 75° 倾斜角，可供检查 30° 至赤道部的眼底；镜面（c）成 67° 倾斜角，可供检查赤道部至周边部眼底；镜面（d）成 59° 倾斜角，可供检查前房角和锯齿缘。放置方法是先在被检眼滴0.5%的卡因2~3次，然后把已清洗、消毒的三面镜安放在被检眼上。三面镜中看到的眼底是代表对侧的部位。例如镜面在上方看到的是下方眼底，但此时左右关系不变；镜面在右侧，看到的是左侧的眼底，此时其上下的关系不变。如将三面镜顺序旋转则可看到眼底全部。三面镜检查可观察周边部眼底，鉴别出血、囊样变性和视网膜裂孔。压陷接触镜是由三面镜和锯齿缘部巩膜压迫器联合构成，主要使用 59° 的镜面，利用压迫器在锯齿缘附近向眼球中心压迫，使眼球壁向内突起，可以在瞳孔极度扩大的情况下检查眼底锯齿缘附近的视网膜、锯齿缘、睫状体和玻璃体基部。

【前房角镜检查法】

前房角镜有直接（折射式）和间接（反射式）两型。间接型可借助裂隙灯显微镜照明并放大，使房角结构清晰可见，已广泛应用，使用时与一般裂隙灯检查方法相同。

使用前应将前房角接触镜用肥皂水洗净，清水冲洗，拭干后浸于1:6000升汞液中15~30分钟待用。安放时，先在结膜囊内滴0.5%的卡因2~3次，令患者眼向下看，检查者把患眼的上睑向上提起，将盛满1%甲基纤维素或生理盐水的接触镜安放在结膜囊内，令患者双眼轻轻紧闭，以防脱落，使用时镜面与角膜空隙内不许有气泡，方能保持一个完整的屈光间质，有利于检查。

正常前房角镜所见：

1. 房角前壁

（1）前界线，是一条灰白色发亮略突起的细线条，为后弹力层止端，也是角膜与小梁的分界线。

(2) 小梁网亦称滤帘，是一条较宽的浅灰色透明带，随着年龄的增加，透明度降低，呈白色、黄色或深棕色，它的后中部可隐约透见巩膜静脉窦，其上常有色素附着，是房水排出的主要区域。

(3) 巩膜突，是紧接小梁网之后的一条极窄的黄白色带。也是前壁的终点。

2. 房角后壁

为虹膜根部，是衡量前房角宽窄的主要标志。如虹膜根部位置靠前，虹膜末卷隆起，则房角后半部的结构都被阻挡而看不见，房角就窄。反之，虹膜平坦，位置靠后，房角隐窝就能清楚显示。

3. 房角隐窝

又称睫状体带，介于巩膜突与虹膜根部之间，由睫状体前端的构成，为一条灰黑色带。有时可见到一些棕黄色树枝状分叉条索，横跨在房角隐窝的前面，称为梳状韧带。这是哺乳动物的残遗组织，不影响房水排出。

检查前房角时先作静态（原位状态）的观察，以区分其宽窄。病人两眼向前方平视，前房角镜放在角膜正中位置，不施加压力，这样就能准确地看到房角的本来状态。窄角者可用动态观察，就是嘱病人稍向某一方向注视，并将前房角镜略倾斜，使房角的结构尽量地看清楚，以区分窄角的等级。检查时先把房角镜的反射镜置于上方，观察下方房角，然后将裂隙灯光及镜面横向或垂直移动，把四周都看清，写出检查结果。

房角的宽度按 Scheie 分类法：

宽角（W）：静态观察下，从前界线到睫状体带、虹膜根部等所有结构均能看到，有时还可看到梳状韧带。

窄角（N）：分 I～IV 级

窄角 I（NI）：从前界线到巩膜突都能看到，睫状体带看不见或仅见其前缘，但在动态观察下，可见睫状体带范围增宽或从看不见变为可见。

窄角 II（NII）：能看到前界线与滤帘，不见巩膜突；动态下能看见巩膜突，但看不见睫状体带。

窄角 III（N III）：只能看到前界线与滤帘的前 1/3，动态下仍看不到滤帘后半部。可见光带错位。

窄角 VI（N VI）：房角结构完全看不见，动态下可见前界线，或仅能见其部分。仍可见光带错位。

闭角（C）：在眼压已下降的情况下房角仍不能开放，说明已发生虹膜周边前粘连，称为闭角。

前房角的宽窄及其在眼内压波动时的宽度变化情况，对诊断和治疗各种青光眼有重要价值。此外，前房角镜检查对前房角的异物或虹膜根部肿瘤、新生血管等的诊断也有帮助。

【检眼镜检查法】

用以检查眼的屈光间质（角膜、房水、晶状体及玻璃体）和眼底（视盘、视网膜及脉络膜），是眼科的常用检查方法。检查在暗室进行。一般不必扩瞳。如需详细检查，可滴 2% 后马托品液 2～3 次或滴 0.5～1% 托品酰胺 1～2 次扩瞳。40 岁以上则用 2～5% 新福林溶液扩瞳，并在检查后滴缩瞳药。扩瞳前应注意排除青光眼。

三、直接检查法与间接检查法

1. 直接检查法

能将眼底像放大约 15~16 倍，所见为正像，可看到的眼底范围小，但较细致详尽，亦可方便地用于检查眼的屈光间质。检查用具为直接检眼镜，自带光源，在观察孔内装有 -25D—0—+25D 球面透镜转盘，可于检查时用来矫正检查者与被检者的屈光不正。

(1) 彻照法 用以检查眼屈光间质(角膜、房水、晶体、玻璃体)有无混浊。将检眼镜转盘拨到+8D—+12D，使检眼镜子的光线自 10~16cm 远射入被检眼内，此时通过镜的观察孔可看到被检眼瞳孔区呈现一片橘红色眼底反光。然后由远而近依次观察被检眼的角膜、前房、晶体及玻璃体(一直可以看到离正视眼底约 4mm 处)。如屈光间质有混浊改变，则在橘红色的反光中可见到黑影，此时嘱病员转动眼球，漂浮的黑影是玻璃体的混浊，固定的黑影是角膜或晶体的混浊。检查时还可将正镜片度数逐步减小，度数越小越接近眼底，用以估计混浊的位置。

(2) 检查眼底 被检者可取坐位或卧位，两眼睁开，向前方注视。检查右眼时，检者右手拿眼镜，站在(或坐在)被检者的右侧，以右眼观察眼底(称为“三右”)。检查左眼时相反“三左”。检查时被检者不戴眼镜，但检者可以戴镜，检者与被检者尽量靠近，但不要触及被检者的睫毛和眼、面部。在检眼镜的光线透入被检眼内的同时，检者通过观察孔窥见被检者眼底，如不能看清，可旋转正、负球面透镜转盘，即能得到清晰的眼底像。

2. 间接检查法

间接检眼镜能将眼底放大 4.5 倍，所见为倒立的实像，看到的范围大，一次所见可达 25~60°，立体感强，景深宽，对视网膜脱离、皱襞等不在眼底同一平面上的病变，可以同时看清。如配合巩膜压迫器，亦可看清锯齿缘乃至睫状体扁平部等眼底最周边的部分。新型双目间接检眼镜，戴在医生头部，内装有强光源及聚光调节系统，使投射出来的光线能靠近检者的左右眼视线，以利检者双眼观察之用。

(1) 检查方法 被检者采取坐位或卧位，检查距离为 50cm 左右，检者用拇、食指持+13D—-28D 的透镜(为了提高像质，现多采用非球面透镜)，以无名指及小指靠在被检者额部作为依托，并提起上睑，透镜在被检者眼前 4~9cm 范围内移动，直至见到眼底影像为止。

(2) 正常眼底

1) 视盘：位于眼球后极偏鼻侧约 3~4mm，直径约 1.5mm，呈椭圆形、色淡红，但颞侧颜色稍淡。边界清楚，上、下方因视神经纤维拥挤，稍呈模糊状态。颞侧边缘常有黑色弧，为视网膜色素上皮过度伸入形成。视盘中央呈漏斗形凹陷，颜色较白，称为生理凹陷，此凹陷的大小、深浅不一，但绝不会到达视盘边缘。有时在凹陷内可见暗灰色小点，为透明的巩膜筛板孔。凹陷与视盘垂直直径之比称为杯盘比(C/D)，应记录之。

2) 血管：视网膜中央动脉和静脉穿过视盘，分出上、下两支，再分成鼻上、颞上、鼻下、颞下四支，又分为许多小支，分布于整个视网膜。这些血管分枝彼此不相吻合。动脉色鲜红，管径细而较直，中央有鲜明的反射光条，宽约为管径的 1/3。静脉色暗红，管径稍粗而较弯曲，管腔的反射较暗而细小。动脉与静脉的比例约为 3:4 或 2:3。在视盘内，有时可见静脉搏动，为正常现象。动脉如有搏动，则为病理现象。

3) 黄斑部：位于视盘颞侧稍偏下，距视盘约 2 个视盘直径(PD)处，范围约为 1PD 大小，通常是一个圆形区域，较眼底其他部位稍暗，呈暗红色。颞上及颞下血管小支弯向

此处，但黄斑中央部并无血管可见，其正中有一中心凹，呈现很强的点状反光，称中心凹光反射。

4) 眼底的一般形态：视网膜本身是透明的，检眼镜灯光照射之下整个眼底呈现弥漫性桔红色，这是由于视网膜色素上皮及脉络膜的色素加脉络膜毛细血管内血液的色泽所形成。色素多者眼底颜色较深，色素少者可透见脉络膜血管，如果脉络膜色素较多而聚于血管之间，即呈现出红色和褐色相间的条纹状，称豹纹状眼底。儿童时期视网膜表面反光较强，尤以血管附近更为显著。

检查周边眼底时，最好予以扩大瞳孔，让被检患者将眼球转向一侧，医生应将头适当倾斜。

【斜视检查法】

1. 遮盖法

是检查眼外肌功能是否正常或平衡的方法。只能定性，不能定量。一般可以查出具有5度以上的隐斜视或斜视。

检查方法有两眼交替遮盖法及单眼遮盖法。先作两眼交替遮盖法，如果查出有眼位不正现象，再作单眼遮盖法。

(1) 两眼交替遮盖法 让被检者面对光亮处，两眼注视远处(5m)或近处(33cm)目标。先观察双眼位置是否平衡，然后用一不透光的遮眼器或手掌反复交替遮断左、右眼的视线。使被检者两眼没有同时注视的机会，观察在轮换遮盖的瞬间，去掉遮盖的眼球有无转动现象。正位者：换遮他眼时，去除遮盖的眼不转动，被遮盖眼也不见眼球偏斜。斜视者：换遮他眼时，去掉遮盖的眼球立即从偏斜位置向前方注视目标方向转动，而被遮眼则偏斜。

(2) 单眼遮盖法 受检查者两眼注视五米远处或33cm近处目标，用遮眼器或手于一眼前反复遮盖与除去(另眼始终不加遮盖)，观察两眼是否转动，然后用同法检查另眼。

隐斜视：未遮眼始终固视目标不动，另眼遮盖时偏斜，去遮时又能转至注视目标位置，向内转动者为外隐斜，向外转动者为内隐斜，向下方转动者为上隐斜。

共转性斜视：

1) 单眼性斜视：假设右眼为单眼性斜视。遮盖右眼让左眼注视目标时右眼偏斜，去除右眼遮盖时，两眼均在原位不动。反之遮盖左眼(正位眼)，让右眼注视目标时，则左眼偏斜；但当去掉左眼遮盖时，左眼立即恢复原来注视位置，而右眼则偏向斜视方向，出现两眼均有转动。

2) 交替性斜视：遮盖右眼嘱左眼注视目标，或遮盖左眼嘱右眼注视目标，当去掉遮盖时，两眼均保持原位不转动。

2. 角膜映光法

角膜映光法是一种检查显性共转性斜视的粗略方法，比较适用于幼儿及弱视、或不能进行详细检查的患者。

方法：在受检者正前方33cm处置一灯光，嘱注视之。如角膜光反射点位于两眼瞳孔正中央则为正位眼；如果角膜光反射出现于一眼瞳孔正中央，而另眼在瞳孔缘，则偏斜约 $10\sim 15^\circ$ ；在角膜缘上，则偏斜约 45° ；在角膜中心与角膜缘之间的中点处，则斜视度约为 25° 。(注：每偏斜1mm约相当于斜视弧 $7\sim 7.5^\circ$)。

3. 视野计法