

当代临床医学丛书

五官科与皮肤病分册

主 编 赵作亚

中医古籍出版社

当代临床医学丛书

五官科与皮肤病分册

《当代临床医学丛书》编委会 编

本册主编：赵作亚

中医古籍出版社

图书在版编目(CIP)数据

当代临床医学丛书.五官科与皮肤病分册/《当代临床医学丛书》
编委会编.-北京:中医古籍出版社,2008.12

ISBN 978-7-80174-685-6

I.当… II.当… III.①临床医学②五官科学③皮肤病学
IV.R4 R76 R751

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 209745 号

当代临床医学丛书

——五官科与皮肤病分册

《当代临床医学丛书》编委会 编

责任编辑 孙志波

出版发行 中医古籍出版社

社 址 北京市东直门内南小街 16 号 (100700)

印 刷 北京北方印刷厂印刷

开 本 850mm×1168mm 1/32

印 张 157

字 数 3916.8 千字

版 次 2008 年 12 月第 1 版 2008 年 12 月第 1 次印刷

标准书号 ISBN 978-7-80174-685-6

总 定 价 500.00 元(全 10 册)

目 录

第一章 眼科常见诊疗方法	(1)
第一节 眼科常用给药方法	(1)
第二节 眼科常用诊疗操作	(4)
第二章 眼科检查法	(11)
第一节 视力检查	(11)
第二节 眼附属器及眼球前段的检查	(12)
第三节 眼底检查法	(14)
第四节 裂隙灯显微镜	(16)
第五节 前房角镜检查法	(19)
第六节 眼压检查法	(20)
第七节 视野及暗点检查法	(21)
第三章 常见眼科疾病的诊断与处理	(24)
第一节 眼睑病	(24)
第二节 角膜病	(28)
第三节 结膜病	(32)
第四节 青光眼	(42)
第五节 晶状体病	(51)
第六节 葡萄膜炎	(55)
第七节 玻璃体疾病	(58)
第八节 视网膜疾病	(62)
第四章 屈光不正	(76)
第五章 眼科急症	(84)
第一节 眼外伤	(84)
第二节 其他急症	(91)
第六章 鼻与鼻窦疾病	(128)
第一节 鼻外伤	(128)

第二节	鼻中隔偏曲	(131)
第三节	鼻出血、酒糟鼻、鼻疖、鼻异物、鼻石	(135)
第四节	鼻窦炎	(139)
第五节	慢性上颌窦炎	(142)
第六节	鼻腔感染	(146)
第七节	变态反应性鼻炎	(148)
第八节	鼻息肉	(153)
第九节	鼻囊肿与鼻肿瘤	(156)
第七章	咽疾病	(159)
第一节	急性咽炎	(159)
第二节	慢性咽炎	(160)
第三节	咽异感症	(164)
第四节	急性扁桃体炎	(166)
第五节	扁桃体周围脓肿	(168)
第六节	慢性扁桃体炎	(172)
第七节	咽角化症	(176)
第八章	喉疾病	(178)
第一节	先天性疾病	(178)
第二节	喉外伤	(184)
第三节	急性喉炎	(187)
第四节	急性会厌炎	(189)
第五节	慢性喉炎	(189)
第六节	声带麻痹	(190)
第七节	喉阻塞	(192)
第八节	喉特异性感染疾病	(195)
第九节	喉乳头状瘤	(197)
第十节	喉癌	(205)
第十一节	气管切开术	(215)

第九章 耳部疾病	(220)
第一节 外耳疾病	(220)
第二节 中耳卡他性疾病	(226)
第三节 中耳急性炎性疾病	(228)
第四节 中耳慢性感染和胆脂瘤	(233)
第五节 耳源性并发症	(238)
第六节 内耳疾病	(244)
第七节 耳硬化症	(251)
第八节 耳先天性闭锁	(252)
第九节 迷路的非炎性疾病	(252)
第十节 面神经麻痹	(254)
第十章 口腔科检查	(263)
第一节 常规检查	(263)
第二节 特殊检查	(263)
第三节 影像学检查	(264)
第十一章 牙体牙髓病	(266)
第一节 龋病	(266)
第二节 牙髓炎	(273)
第三节 根尖周炎	(278)
第四节 非龋性牙体硬组织病	(282)
第十二章 牙周黏膜病	(302)
第一节 牙周疾病	(302)
第二节 口腔黏膜病	(309)
第十三章 口腔科常用小手术	(325)
第一节 口腔局部麻醉	(325)
第二节 拔牙术	(326)
第三节 补牙术	(328)

第四节 根管治疗术	(329)
第十四章 常见颌面部创伤	(332)
第一节 损伤特点	(332)
第二节 急救处理	(332)
第三节 软组织损伤	(335)
第四节 颌骨骨折	(338)
第五节 颧骨骨折	(341)
第六节 颌面部火器伤	(342)
第十五章 口腔修复实用技术	(346)
第一节 牙体缺损的修复	(346)
第二节 牙列缺损的修复	(350)
第三节 其他修复技术	(352)
第四节 口腔矫形技术	(361)
第十六章 皮肤科疾病	(370)
第一节 皮肤科常用诊疗技术	(370)
第二节 皮肤科常见疾病	(372)
第十七章 女性性传播疾病	(387)
第一节 淋病	(387)
第二节 梅毒	(390)
第三节 非淋菌性尿道炎	(394)
第四节 软下疳	(395)
第五节 性病性淋巴肉芽肿	(397)
第六节 尖锐湿疣	(397)
第七节 生殖器疱疹	(399)
第八节 获得性免疫缺陷综合征(艾滋病)	(401)
第十八章 男性泌尿生殖系的性传播疾病	(405)

第一章 眼科常见诊疗方法

第一节 眼科常用给药方法

一、滴眼药水方法

1. 用药前注意事项

- (1) 严格执行三查七对, 清洁双手。
- (2) 以棉球或棉棍清除眼部分泌物。
- (3) 双眼滴药时, 首先点健眼, 后点患眼。
- (4) 角膜溃疡, 角膜裂伤等眼疾, 滴药时勿给眼球施加压力。
- (5) 如有传染性眼病患者应实行药物隔离, 用过的敷料焚烧, 用物浸泡消毒。
- (6) 对变质, 混浊药物及时更换。

2. 方法

- (1) 嘱患者头稍后仰, 眼向上看, 左手将下睑向下方牵引, 右手持滴管或药瓶。
- (2) 将药液 1~2 滴滴入下部结膜囊内。
- (3) 然后轻揉上睑, 使药瓶均匀扩散于眼球表面, 以干棉拭点流出之药并嘱患者轻轻闭眼 2~3 分钟。

3. 注意事项

- (1) 滴药过程中勿倒置滴管, 以免药物液倒流污染。
- (2) 角膜感觉灵敏, 滴药液时不宜直接滴在角膜面。
- (3) 滴药时滴管至少距眼睑 1~2cm, 勿使滴管末端触及睫毛或眼睑部位, 以防污染。
- (4) 必要时用棉球紧压泪囊部 1~2 分钟, 以免药液经泪道流入泪囊和鼻腔后经粘膜吸收而引起全身中毒反应。
- (5) 易沉淀的混悬液在滴用前应充分摇匀后再用, 以免影响药效。
- (6) 正常结膜囊容量为 0.02ml 滴眼液每次一滴即够用。不宜太多, 以免药液处溢。
- (7) 加强的药液保管好, 注意眼药质量防止污染, 变质和失效。门诊眼药瓶容量般不超过 10ml, 每周消毒 1 次, 但肾上腺素及素扁豆碱只能无菌配制。

二、涂眼药膏法

由于药膏在结膜囊内停留的时间较长, 可以延长药效。根据疾病的性质, 使用不同的眼药膏可以达到消炎、镇痛、散瞳或缩瞳的目的。对眼睑闭合不全者, 在睡眠时涂眼膏可以保护眼球, 防止结膜、角膜干燥。

1. 操作方法

患者取坐位或仰卧位，头后仰并向上注视。操作者用手指或棉签拉开下眼睑，将眼膏挤入下穹隆部。若用玻璃棒，可将眼膏直接挤在棒上，玻璃棒平行放入穹隆部，嘱患者轻闭眼，将玻璃棒边转动边向颞侧抽出。然后用棉球轻轻按摩眼睑，使眼膏均匀分布于结膜囊内。最后将溢出眼外的眼膏擦掉。

2. 注意事项

- (1) 直接用眼膏管涂眼膏时，注意勿触及睫毛或眼睑。
- (2) 操作时动作要轻快敏捷，切勿压迫眼球，尤其对角膜溃疡患者，更应注意。
- (3) 玻璃棒在使用前要检查圆头有无破损，以免擦伤结膜或角膜。
- (4) 涂药膏时注意不要将睫毛随同玻璃棒卷入结膜囊内。以免刺激角膜引起不适。

三、眼内抗生素注射法

眼内注射严重的眼内炎、全眼球炎、玻璃全脓肿等，其他给药途径往往达不治疗效果，为迅速控制病情的发展，常将抗生素直接注入前房或玻璃体腔内。其方法是用 30 号针头经睫状体平坦部，将 0.1 ~ 0.2ml 用平衡盐溶液配制的抗生素注入玻璃体内，对无晶状体眼可经角膜缘和瞳孔区注入。或者经角膜缘注入前房内。除了严格操作技术要求外，对药物本身应注意有无对角膜内皮细胞及视网膜的毒性、以及安全剂量，注射液中应不含防腐剂、抗氧化剂等有害眼内各组织的化学物质。眼内注射可能有一定的危险性，如针尖损伤虹膜引起前房出血，损伤晶状体可引起白内障，玻璃体以及各机化和损伤视网膜等眼内组织。注射药液迅速流入或眼压的改变也可造成上述损伤。

四、结膜下注射法

1. 目的

将药物注入结膜与巩膜间的疏松间隙内，以提高药物在眼内的浓度，增强及延长药物作用时间或由于注射液的刺激及渗透压的改变，促进血液循环，达消炎促进吸收的作用。常用药物有抗生素，激素，散瞳药，自家血清或高渗盐水。

2. 用品

1~2ml 无菌注射器，4.5~6 号针头，注射药物 0.5% 丁卡因溶液，抗生素眼药水，消毒棉球。

3. 方法

(1) 病人取坐位或仰卧位，患眼滴表面麻醉剂 (0.5% 丁卡因溶液) 每 3 ~ 5 分钟 1 次，共 3 次。如角膜溃疡或结膜囊分泌多时，可先用生理盐水或 1% 硼酸水冲洗结膜囊。

(2) 操作者右手持吸好药物的注射器，左手拇指拉开下睑，令病人眼向内上方注视，以暴露出球结膜。将注射器以水平方向与眼球呈 10 度 ~ 15 度角。将针头刺

入距角膜缘 5~6mm 颞侧近穹窿部的球结膜下,轻轻挑起球结膜进针约 3~4mm,缓慢注入药液,该处球结膜呈鱼泡样隆起,注射量一般为 0.3~1ml(根据药物而定)。

(3)注射完毕拔出针头后滴抗生素眼药水,嘱病人闭眼休息 3~5 分钟。如为角膜溃疡病人,应按医嘱涂上眼药膏并加封眼垫。观察无反应即可离去。

4. 注意事项

(1)注射时嘱病人勿转动眼球,针尖斜面朝外,针头刺入的方向指向穹窿部,以防刺伤角膜,不合作病人可用开睑器及固定镊固定眼球后再注射。

(2)进针时要避开血管,注射后如有出血,可用棉签压迫片刻。待出血停止后,作冷敷以助吸收。

(3)若需散瞳扯开后粘连的虹膜,应将药液注射在离角膜缘很近的地方(远了效果差)。治疗眼内炎症和玻璃体混浊,药液量可多些,注射部位应选择距角膜缘较远的地方。

(4)刺激性强,容易引起局部坏死的药物,不可做结膜下注射。

(5)多次注射者,应常更换部位,以免结膜下结疤,粘连。

(6)注射可的松混凝土悬液时,先将药物摇匀后再抽吸注射。

五、球后注射的方法

1.球后注射的方法

患者仰卧位,眼部皮肤用 2%碘伏消毒,嘱患者向鼻上方注视,在眶下缘中外 1/3 与内 2/3 交界处将注射器针头直刺入皮肤,约 1~2cm,随后沿眶壁走行向内上方倾斜 30°,再进针到 3~3.5cm 回抽针管如无回血可缓缓注入药液,注射完毕,轻轻拔出针头,嘱患者闭眼,压迫针眼 1min,同时轻轻按摩眼球使注入药液迅速扩散,涂抗生素眼药膏包扎。

2.注意事项

(1)注射前核对注射药液及眼别。

(2)严格执行无菌操作。

(3)进针时针头碰及骨壁或遇到阻力时不要强行进针,以防刺伤眼球,应退回调整针的角度后再进针,针的深度不宜超过 3.5mm,以防刺伤较大血管及视神经。

(4)注射完毕,注意观察有无球后出血现象,如出现眼球运动受限,眼球突出,很可能为眼球后出血征象,应加压包扎止血。

六、球周筋膜注射法(半球后注射法)

1.适应症:

多次行结膜下注射瘢痕较多者、球结膜水肿、严重影响药物吸收及小儿或不合作患者可行此种办法。

2.操作方法:

①做好患者心理护理,解除恐惧心理,以达到配合治疗的目的。

②用酒精棉球消毒下睑皮肤。

③嘱患者向上方注视,于下睑 1/3 处进针。

④用消毒干棉球压迫进针点 3~5 分钟。

3.注意事项:

①勿给眼球施加压力,减少患者疼痛。

②进针时,沿下眶缘进针,深度不可超过 1 至 1.5cm,避免刺伤巩膜。

③注射后用棉球压迫下睑进针处数分钟,避免眼睑皮下出血。

第二节 眼科常用诊疗操作

一、电解倒睫术

1.操作前

(1)环境准备:自然明亮的光线。

(2)用物准备:准备 0.2%新洁而灭、2%利多卡因或 2%普鲁卡因、盐水、纱布、电解器、睫毛镊、抗生素药膏、注射器及针头。

(3)检查者准备:穿白大衣或工作服、戴好口罩及帽子、清洗双手。

(4)被检者准备:被检者取坐位或卧位。

2.操作中

(1)使用 0.2%新洁而灭消毒眼睑皮肤。

(2)在倒睫附近的睑缘皮下需注射 2%利多卡因或注射 2%普鲁卡因少许。

(3)用手固定眼睑,将电解器阳极加包盐水纱布后紧贴于患者面部,阴极电解器针头沿睫毛方向刺入毛囊根部约 2mm,通电 10~20 秒,见有白色泡沫从毛囊根部冒出时,把电源中断,拔除电解针。

(4)用睫毛镊子轻轻将睫毛提起,即可拔除。术后涂上抗生素眼膏。

3.操作后

(1)检查者检查完后,手放在 0.5%碘附消毒液内浸泡 2~3 分钟后洗手。

(2)及时记录检查结果,耐心解答被检者的疑惑。

(3)整理及清洁用物,物归原处。

4.注意事项

(1)使用前先检查电解器。

(2)进针一定要顺毛囊的方向刺入,若拔除睫毛有阻力时,请勿强行拔除。

(3)在定位的过程中要准确以免损伤周围组织。

(4)成束排列的多根睫毛,电解后可以因瘢痕的收缩加重倒睫,应予注意。

二、泪道冲洗术

1.目的

(1)用于检查泪道是否通畅。

(2)内眼或泪道手术前常规准备。

(3)用于泪道注入抗生素治疗有手术禁忌症的慢性泪道炎。

2.方法

(1)操作前须向患者做好解释,说明注意的事项,以取合作。

(2)患者取靠坐位或仰卧位,以手指或棉球棒挤压泪束部位,排出泪束内积液,脓液。

(3)滴表面麻醉剂于泪头2次或以棉球棒浸表麻液后夹于上下泪头间数分钟。

(4)取2~5ml注射器,内盛生理盐水或抗生素溶液,按上弯或直角的钝头,针头(一般冲洗用5号针头)。

(5)在良好的照明下,嘱患者头部微向后仰固定不动,向上注视将下睑向下方牵拉,暴露下泪点,将冲洗针头垂直插入泪点约1~2cm,观察泪点溢出情况并询问患者咽部是否有水。

3.意义

(1)泪道通畅时,药液从鼻前孔流出或经后鼻孔流入咽部。

(2)泪点狭窄者,则只有少量溶液流入咽部,大部分则以上或下泪点返出。

(3)若上冲下溢或下冲上溢,则表明鼻泪管阻塞或泪道完全闭锁。(记录:下冲上返或上冲下返)。

(4)若溶液由原泪点溢出,表明该泪小管阻塞,应再自上泪点冲洗。(记录:上下均原返或下冲原返,上冲通畅)。

(5)患慢性泪囊炎者,可见浓液或粘液返流,并予以记录。

4.注意事项

(1)冲洗泪道不通畅或阻力很大时,应询问患者病情,如有无流泪史,应持针头轻轻转动冲洗,因有时针头被泪小管粘膜皱褶所阻塞而产生了不通的假象。

(2)泪点狭窄冲洗针头不能进入时,可先用泪点扩张器扩张泪点。

(3)操作时要谨慎细心,冲洗针头前进时,不宜施以暴力。

四、泪道探通术

1.目的

扩张因炎症所致的泪道狭窄或阻塞,也常用于初生儿泪囊炎。

2.用品

泪道探针(选用适当号数)。泪点扩张器0.5%丁卡因溶液,短棉签,抗生素眼药水。

3.方法

(1)病人体位,麻醉与泪道冲洗法同。

(2)表面麻醉后手指下眼睑向下外侧拉开,使泪点外露,泪小管紧张拉直,用泪点扩张器垂直插入泪点后,再水平转向鼻侧,稍用力旋转扩张器使泪小点扩大。

(3)选用适当型号的探针,按泪道冲洗法先垂直后水平方向插入约 8~10mm,碰到骨壁抵抗时,表示探针已进入泪囊如进针时不顺利,有阻力,可能泪小管或泪总管狭窄,可轻轻地推一推探针,看是否能通过,但不能强行插入,以免造成假道。如探确实进入泪囊,此时即把探针作 90 度转动。全眉弓内侧,再向下并略向外方后朝鼻泪管及鼻腔缓慢推入,直至探针的柄板到眉际处即可。

(4)泪道扩张者,探针留放 15~20 分钟。

(5)拔针时,用手指固定泪囊部位,然后向上敏捷地拔出探针,用抗生素眼药水滴眼,或根据需要注入药物。

(6)详细记录探通情况,探针号数等。

4.注意事项

(1)压迫泪囊有分泌物或外眼部有炎症者,忌用此法。

(2)探通时操做宜轻巧,若遇阻力立即终止,决不可强行推进,否则易造成泪道损伤,形成假道引起炎症。

(3)扩张泪道首先用较小号探针,以后逐步更换大号探针。

(4)探通几次无明显效果,应停止探通,以免造成泪道新的损伤或假道

五、结膜囊冲洗法

1.适应证

结膜囊大量分泌出异物,特殊检查前洗眼,以及化学性烧伤后紧急冲洗,眼科手术准备。

2.操作方法

(1)作好心理护理。

(2)患者取仰卧位或坐位,头回冲洗侧倾斜,将受水器紧贴待洗眼一侧的面下颊部由患者自持。

(3)操作者左手分开患者上下眼睑,右手持洗眼壶,距眼球 10~15cm,冲眼时先使水流冲于面颊部然后在移至眼部进行结膜冲洗,距离由近到远以增大水的冲力。

(4)嘱患者将眼球向各方向转动并将上下睑眼翻开,使结膜囊各部充分暴露彻底冲洗。

(5)洗后用消毒干绵球擦净眼睑及面部残余冲洗液取下患者自持的受水器。

3.注意事项

(1)洗眼时,要防止洗眼壶触及眼睑,睫毛以免污染洗眼壶。

(2)洗眼壶冲洗时不宜过高或过低。

(3)对角膜裂伤或角膜溃疡的眼球冲洗时勿施加压力,以防眼内容物脱边。

(4)角膜的感觉极为敏感,冲洗的水流切勿直接冲于其上。

(5)冲洗传染性眼病的用具用后应彻底消毒。

(6)冲洗液应保持适宜的温度,一般在 35 度 ~ 40 度为宜。

(7)大量集中冲洗者,如手术前的术前准备,可用输液瓶代替洗眼壶,可有效地提高洗眼效率,方法为输液管末端连接玻璃管接头,连接的橡皮内有一玻璃球,可控制水流的大小。

六、角膜异物剔除法

1.目的

除去异物或铁锈刺激,防止感染。

2.用物

0.5%丁卡因溶液,角膜异物针或消毒针头,盐水棉球,开睑器,消炎眼药水及眼药膏,消毒敷料,洗眼具等。

3.方法

(1)选用生理盐水大量冲洗,或用棉球轻轻擦除。

(2)如不能除去则局部滴用表面麻醉剂,2~3次后用开睑器撑开上下睑,让患者固视不动,用消毒异物针或注射针头,将异物剔除。如异物小而深,可用放大镜或在裂隙灯下取出,铁锈也要除去,以免对组织刺激。

(3)取除后滴消炎眼药水和眼药膏并覆盖眼垫,必要时结膜下注射抗生素,嘱次日复查。如有感染,残留异物或铁锈不算成功。

4.注意事项

(1)剔除异物时,勿伤及健康组织,异物过深,可行角膜板层切开取出异物,注意预防感染。

(2)若为多发性异物(如爆炸伤时的炸药颗粒),为了避免损伤过多的正常角膜组织,可分期分批取出。

七、眼结膜结石取出术

结膜结石是睑结膜上皮陷洼或深部管状隐窝等处堆积的脱落上皮细胞和退化性细胞等的凝固物。一般无症状,但它隆起于上下结膜面,临床上上睑多见,可引起异物感,且女性多于男性。

1.取出方法

结膜囊内滴 2%利多卡因,表面麻醉后,用左手翻转眼睑,充分暴露睑结膜,然后用无菌针头依次剔出,使睑结膜表面夷平。

2.操作要点

①表面麻醉要充分,采用 2 %利多卡因共滴 3 次,间隔时间为 1~2min。②照

明要好,操作要准确,避免损伤周围健康的结膜。③对小儿与不配合的患者,可采取卧位,头部固定,避免意外损伤眼球。④深层没有突出结膜表面的结石不宜过早剔除,否则造成负损伤形成瘢痕,反而增加异物感。⑤操作之后,结膜囊内滴抗生素眼药水,并涂抗生素眼膏,预防感染和消除不适感。

八、角膜溃疡烧灼法

1.适应症

进行性角膜溃疡。

2.操作方法

(1)在表面麻醉下进行。

(2)用手指或开睑器轻轻撑开眼睑,勿加压于眼球。嘱患者固视一点,不要转动眼球。

(3)用干棉签拭干溃疡面,再用细棉签蘸少量腐蚀药涂于溃疡处,促使局部坏死组织脱落,以利于组织再生。

(4)以生理盐水冲洗烧灼处,涂以抗生素眼药膏,加眼垫包扎患眼。

(5)用腐蚀剂搔刮患处上皮,以促进上皮再生。

3.注意事项

(1)腐蚀剂只涂于患处,不要损伤健康角膜组织,注意烧灼前,必须吸干溃疡面上的泪液。

(2)恢复期溃疡及形成短痕者,不宜烧灼。

(3)常用的腐蚀剂有 20%三氯醋酸、3%石炭酸等。

九、麦粒肿切开术

(一)外麦粒肿切开引流术

1.适应证:化脓性成熟的外睑腺炎。

2.操作方法

①皮肤用酒精消毒,用尖刀或刀片刺入脓腔,按睑缘平行方向挑开脓头。

②如脓腔较大,不能一次排空脓液,则可放置引流条。

③结膜囊涂消炎眼药膏,每日换药,直至伤口愈合。

3.注意事项

①外睑腺炎未成熟时,勿切开排脓,以防炎症扩散。

②操作时,勿用力挤压排脓,以防炎症扩散,引起眶蜂窝组织炎或海绵窦血栓形成及全身败血症等严重并发症。

③切开排脓切口必须与睑皮肤走行相同,以利伤口愈合,减少瘢痕形成。

(二)内麦粒肿切开引流术

1.适应证:内睑腺炎在结膜面有脓头出现者。

2.操作方法

①结膜囊内滴 0.5%地卡因 2 至 3 次,每次间隔 3 至 5 分钟。

②用尖刀片在脓点上速刺,做一和睑缘垂直的切口,排出脓液,用棉签拭净脓血或冲洗干净后,涂抗生素眼药膏,盖眼垫。

③次日换药可去掉眼垫,继续滴用抗生素眼药水 5 至 7 天。

3.注意事项

①做好解释工作,消除恐惧心理。

②切口必须与睑缘垂直,切口不宜过大。

十、泪囊部切开引流

1.适应证:泪囊部皮肤呈黄色脓点,触及有明显的波动感。

2.操作方法

①碘酒、酒精局部皮肤消毒。

②尖刀顺皮肤走行切开排脓,并放橡皮条引流,每日换药,直至无脓时方可去掉引流条。

3.注意事项

①做好解释工作,取得患者合作。

②泪囊部脓肿波动明显者方可行切开排脓。

③在引流的同时,全身用抗生素类药物。

十一、洗眼法

1.适应证

①结膜囊内异物及脓性分泌物多时。

②结、角膜酸碱化学物烧伤时。

③手术前及角膜染色检查时。

2.用药与用器:

①玻璃洗眼壶在前方细嘴上套上橡皮帽,后部开口处盖上棉花及纱布。

②冲洗液。生理盐水、3%硼酸水、1:5000 至 1:8000 升汞水。

③受水器。白搪瓷及塑料制品。

④消毒棉球及纱布。

3.方法:

①病人仰卧或坐位,头稍后仰并倾向患侧,嘱病人持受水器贴紧面颊部,使受水器凹处对准颧突的下方,保持水平位。

②操作者站在病人头后或患眼右边,备用一消毒棉球,左手拇指与食指轻分开患者上下眼睑,右手持洗眼壶,壶嘴距眼约 2 至 3cm,先擦冲洗注入洗一下患侧颊部皮肤,然后再移到患眼上,由内到外进行冲洗,并嘱病人转动眼球,以便冲洗结膜囊的各部,液体不能直接冲洗于角膜上。

③洗毕,用棉球揩干净患眼周围皮肤。

4.注意事项

①冲洗温度应适应,以手背耐受为宜。

②壶嘴与眼距离不能太近,以免污染,也不能太远,以免压力太大。但对化学烧伤应有一定冲力,距离可远些。

③穿通伤及角膜溃疡者不可冲洗,以免将结膜囊异物、细菌及分泌物冲入眼内。

④小儿洗眼应取仰卧位,头部仰放在操作者两腿之间,固定头部便于冲洗。

⑤对传染性眼病,尽量不使冲洗液流至健眼,使用过的器皿进行严格消毒。

十二、角膜异物剔除法

1.适应证:除去角膜表面的各种性质的细小异物,如砂粒、煤渣、铁屑等。

2.用物:0.5%地卡因溶液、角膜异物针、盐水棉球、消炎眼药水及眼药膏、洗眼用具、消毒敷料。

3.方法

①先用生理盐水冲洗结膜囊。滴1%地卡因,表面麻醉,1至2次。

②患者取坐位或仰卧位,头微向上仰,并固定不动。

③嘱患者张开双目,注视一固定目标,医生左手持聚光电筒,并轻轻向上牵开上睑,右手持异物针,用针尖在倾斜方面插向异物旁侧,轻轻将其向上剔出。如异物小而深,可用放大镜或在裂隙灯下取出。

④异物取除后,滴消炎眼药水和眼药膏,并覆盖眼垫,嘱次日复查。并告知术后可有轻微疼痛、异物感。

⑤预防感染,可在异物剔除后,即在眼球结膜下注入庆大霉素2~4万u。

4.注意事项

①角膜异物剔除所用的滴眼液和器械须定期严格消毒。应有专门操作台,以防交叉感染。

②对铁屑异物剔除后,留下的环型锈斑应彻底刮除。对深层铁锈不易刮除者,切勿强行刮除,以防损伤角膜引起穿孔。

【参考文献】

[1] 惠延年.眼科学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2001:49.

[2] David L, John M. Oxford textbook of ophthalmology[M]. 2nd edition. Oxford University Press, 1999:1137.

[3] 王成业.眼手术并发症原因与处理[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998:124.

[4] George L. Ophthalmic Surgery Principles and Practice [M]. 3rd edition. Elsevier Science, 2003:484-487.

(史春颖)