

五官科讲义

(试 用)

目 录

第一部分 眼科疾病

第一章 眼的解剖和生理功能	(1)
第一节 眼 球	(1)
一、眼球壁	(1)
(一) 外膜 (纤维膜)	(1)
(二) 中膜 (葡萄膜)	(3)
(三) 内膜 (视网膜)	(4)
二、视神经和视路	(4)
三、眼球内容物	(7)
(一) 房水	(7)
(二) 晶状体	(7)
(三) 晶状体悬韧带	(8)
(四) 玻璃体	(8)
四、眼球的血液循环系统	(8)
(一) 视网膜中心血管系统	(8)
(二) 睫状血管系统	(8)
五、眼球的感觉神经	(10)
第二节 眼的保护器和附属器	(11)
一、眼睑	(11)
二、结膜	(12)
三、眼眶	(13)
四、泪器	(14)
五、眼外肌	(15)
第三节 眼的生理功能	(17)
一、屈光系统	(17)
二、感光结构	(17)
三、“遮光”系统	(17)
四、运动装置	(18)
五、保护结构	(18)
第二章 眼的检查法	(19)
第一节 询问病史	(19)

第二节 视机能检查	(19)
一、中心视力及其检查法	(19)
(一) 远视力检查法	(19)
(二) 近视力检查法	(20)
二、视野及其检查法	(20)
(一) 对比法	(20)
(二) 周边视野计检查法	(20)
(三) 平面视野计检查法	(21)
三、光觉及其检查法	(22)
四、色觉及其检查法	(22)
第三节 眼各部检查法	(22)
一、明室检查	(23)
(一) 眼睑检查法	(23)
(二) 泪器检查法	(23)
(三) 结膜检查法	(23)
(四) 角膜和巩膜检查法	(23)
(五) 前房、虹膜和瞳孔检查法	(28)
(六) 晶状体检查法	(28)
(七) 眼眶检查法	(28)
(八) 眼球检查法	(28)
二、暗室检查法	(30)
(一) 斜照法	(30)
(二) 彻照法	(30)
(三) 眼底检查法	(30)
第三章 眼病辨证的基本法测	(33)
第一节 眼与脏腑的关系	(33)
一、五轮学说的基本概念	(33)
二、五轮的发病原理及其病征特点	(34)
三、五轮学说的临床意义	(34)
第二节 眼与经络的关系	(34)
一、直通于眼的经络	(34)
二、经络学说在眼科临床上的意义	(35)
第四章 眼部常见疾病	(36)
第一节 眼睑病	(36)
一、睑腺炎	(36)
二、睑板腺囊肿	(37)
三、睑缘炎	(38)
四、倒睫及睑内翻	(39)

五、上睑下垂.....	(40)
第二节 泪器病	(41)
一、流泪和泪溢.....	(41)
二、泪囊炎.....	(41)
(一) 慢性泪囊炎.....	(41)
(二) 急性泪囊炎.....	(42)
第三节 结膜病	(43)
一、沙眼.....	(43)
二、急性卡他性结膜炎.....	(46)
三、流行性角膜结膜炎.....	(47)
四、泡性结膜炎.....	(47)
五、翼状胬肉.....	(48)
第四节 角膜病	(49)
一、角膜炎概述.....	(49)
二、单纯性角膜溃疡.....	(52)
三、匍行性角膜溃疡.....	(52)
四、绿脓杆菌性角膜溃疡.....	(54)
五、疱疹性角膜炎.....	(54)
六、泡性角膜炎.....	(56)
七、角膜软化症.....	(56)
第五节 巩膜炎	(58)
第六节 色素膜炎	(59)
一、渗出性虹膜睫状体炎.....	(59)
二、渗出性脉络膜炎.....	(62)
三、化脓性脉络膜炎.....	(62)
第七节 白内障	(63)
一、老年性白内障.....	(63)
二、并发性白内障.....	(66)
三、外伤性白内障.....	(66)
四、先天性白内障.....	(67)
第八节 急性充血性青光眼	(68)
第九节 视网膜病	(70)
一、中心性视网膜脉络膜病变.....	(70)
二、视网膜色素变性.....	(71)
三、视网膜静脉周围炎.....	(71)
第十节 视神经病	(73)
一、视神经炎.....	(73)
二、视神经萎缩.....	(74)
第十一节 眼的屈光与调节	(75)
一、眼的屈光状态.....	(75)

(一) 近视.....	(76)
(二) 远视.....	(77)
(三) 散光.....	(78)
二、调节与老视.....	(79)
第十二节 眼外伤	(79)
一、结膜与角膜异物.....	(80)
二、眼球钝挫伤.....	(80)
三、眼球穿孔伤.....	(82)
四、眼烧伤.....	(84)
(一) 化学性烧伤.....	(84)
(二) 热烫伤.....	(84)
五、电光性眼炎.....	(85)

第五章 眼病的治疗 (86)

第一节 眼部常用小处置..... (86)

一、滴眼药法.....	(86)
二、涂眼膏法.....	(86)
三、眼部绷带包扎法.....	(87)
四、洗眼法.....	(87)
五、泪道冲洗法.....	(88)
六、泪道探通法.....	(88)
七、结膜下注射法.....	(88)
八、眼球后注射法.....	(89)
九、海螵蛸磨擦法.....	(90)
十、倒睫电解法.....	(91)
十一、麦粒肿切开法.....	(92)
十二、角膜异物取出法.....	(92)
十三、角膜溃疡烧灼法.....	(92)
十四、穴位注射法.....	(93)
十五、穴位埋线法.....	(93)
十六、挑治法.....	(93)

第二节 眼科常用手术..... (93)

一、术前一般准备.....	(93)
二、沙眼滤泡挤压术.....	(94)
三、睑板腺囊肿切除术.....	(94)
四、睑内翻矫正术.....	(95)
(一) 切除梭形皮肤法.....	(95)
(二) 缝线法.....	(96)
(三) 睑板下沟切断法.....	(96)
(四) 睑板成形术.....	(97)

五、泪囊摘除术.....	(99)
六、翼状胬肉切除术.....	(100)
七、周边部虹膜切除术.....	(101)
八、虹膜嵌入巩膜术.....	(102)
九、白内障针拨术.....	(103)
十、白内障针拨套出术.....	(103)
十一、视神经按摩术.....	(105)

第二部分 耳鼻喉科学

第一章 耳鼻咽喉的解剖和生理.....	(107)
---------------------	-------

第一节 鼻的解剖和生理.....	(107)
第二节 咽的解剖和生理.....	(113)
第三节 喉的解剖和生理.....	(114)
第四节 耳的解剖和生理.....	(119)

第二章 耳鼻咽喉的检查方法	(123)
---------------------	-------

第一节 鼻部检查法.....	(123)
第二节 咽部检查法.....	(125)
第三节 喉部检查法.....	(125)
第四节 耳部检查法.....	(127)

第三章 鼻部疾病.....	(131)
---------------	-------

第一节 鼻前庭炎和鼻疖.....	(131)
第二节 酒渣鼻.....	(132)
第三节 鼻中隔弯曲.....	(132)
第四节 鼻部骨折.....	(133)
第五节 急性鼻炎.....	(134)
第六节 慢性鼻炎.....	(135)
第七节 肥厚性鼻炎.....	(135)
第八节 萎缩性鼻炎.....	(136)
第九节 鼻腔异物.....	(137)
第十节 鼻出血.....	(137)
第十一节 变态反应性鼻炎.....	(139)
第十二节 急性鼻窦炎.....	(140)
第十三节 慢性鼻窦炎.....	(142)
第十四节 鼻窦炎的并发症.....	(143)

第四章	咽部疾病.....	(144)
第一节	急性咽炎.....	(144)
第二节	慢性咽炎.....	(144)
第三节	急性扁桃体炎.....	(145)
第四节	慢性扁桃体炎.....	(146)
第五节	扁桃体周围脓肿.....	(147)
第六节	咽后壁脓肿.....	(148)
第七节	咽部神经症.....	(149)
第八节	咽部异物.....	(149)
第五章	喉部疾病.....	(151)
第一节	急性喉炎.....	(151)
第二节	慢性喉炎.....	(151)
第三节	急性喉梗阻.....	(152)
第四节	呼吸道异物.....	(153)
第六章	耳部疾病.....	(155)
第一节	急性外耳道炎及外耳道疖.....	(155)
第二节	外耳道湿疹.....	(155)
第三节	耳道疔疔栓.....	(156)
第四节	外耳道异物.....	(156)
第五节	鼓膜外伤.....	(157)
第六节	急性卡他性中耳炎.....	(157)
第七节	慢性卡他性中耳炎.....	(158)
第八节	急性化脓性中耳炎.....	(158)
第九节	慢性化脓性中耳炎.....	(159)
第十节	耳源性颅内并发症.....	(160)
第十一节	耳聋.....	(162)
第十二节	耳源性眩晕.....	(163)
第七章	耳鼻咽喉肿瘤.....	(165)
第一节	良性肿瘤.....	(165)
第二节	恶性肿瘤.....	(166)
第八章	耳鼻喉科常用小手术.....	(168)
第一节	下鼻甲电烙术.....	(168)
第二节	鼻息肉摘除术.....	(168)
第三节	上颌窦根治术.....	(169)
第四节	扁桃体摘除术.....	(170)

第五节	气管切开术.....	(172)
-----	------------	-------

第三部分 口腔科学

第一章	口腔颌面部解剖生理概况	(175)
-----	-------------------	-------

第一节	口腔颌面部解剖.....	(175)
第二节	颌骨.....	(179)
第三节	颌面部肌肉和颞下颌关节.....	(181)
第四节	血管.....	(183)
第五节	淋巴.....	(184)
第六节	神经.....	(186)
第七节	唾液腺.....	(189)

第二章	牙体及牙周组织的解剖生理	(191)
-----	--------------------	-------

第一节	乳牙和恒牙.....	(191)
第二节	牙体和牙周组织.....	(193)

第三章	牙齿和牙周组织疾病	(196)
-----	-----------------	-------

第一节	龋齿.....	(196)
第二节	牙髓炎.....	(199)
第三节	牙本质过敏症.....	(201)
第四节	根端周围炎.....	(203)
第五节	冠周炎.....	(204)
第六节	颌面部蜂窝织炎.....	(206)
第七节	牙周病.....	(211)

第四章	口腔粘膜病	(213)
-----	-------------	-------

第一节	复发性口疮.....	(213)
第二节	单纯疱疹性口炎.....	(215)
第三节	鹅口疮.....	(216)
第四节	感染性口炎.....	(218)
第五节	坏死性龈口炎.....	(218)

第五章	口腔颌面部损伤.....	(221)
-----	--------------	-------

第一节	口腔颌面部损伤的特点和急救.....	(221)
第二节	口腔颌面部软组织损伤的一般处理.....	(222)
第三节	口腔颌面部硬组织损伤的一般处理.....	(224)
第四节	颞下颌关节脱位.....	(229)

第六章 口腔颌面部麻醉.....	(321)
第一节 局部麻醉方法.....	(231)
第二节 局部麻醉的并发症.....	(235)
第三节 新医麻醉资料.....	(236)
第七章 拔牙术	(238)
第一节 拔牙的适应症和禁忌症.....	(238)
第二节 拔牙方法.....	(239)
第三节 拔牙的并发症及处理.....	(244)
第八章 口腔颌面部检查.....	(246)
口腔科检查常用器械.....	(246)
检查方法.....	(246)

毛主席语录

人们为着要在自然界里得到自由，就要用自然科学来了
解自然，克服自然和改造自然，从自然里得到自由。

第一章 眼的解剖和生理功能

伟大导师毛主席教导我们：“自由是对必然的认识和对客观世界的改造”。解剖生理是认识疾病和治疗疾病的基础。因此，在学习眼科临床知识之前，本着学以致用、学以致用的精神，密切结合临床需要，将其结构形态和功能特点，加以重点复习，以便更好的认识疾病时所出现的异常现象及其本质，为预防、诊断和治疗眼病奠定下牢固的基础知识。

眼睛是人的视觉器官，由眼球和眼附属器所组成。它的结构和功能特点是：结构复杂，组织精细，机能特殊，故轻微的损伤，亦可带来严重的后果。

第一节 眼 球

眼球在眼眶之中（图1），前有眼睑保护，后以视神经与脑相连。眼球外有肌肉附着，专司眼球运动。

眼球大致呈球形，前后径长约24毫米。分为眼球壁及眼内容物两部分（图2）。

一、眼 球 壁

眼球壁就是眼球的外壳，由三层膜状组织构成。

（一）外膜（纤维膜）：由致密的纤维组织构成，具有保护眼内组织和维持眼球形状的作用。前1/6为透明的角膜；后5/6为白色不透明的巩膜。角膜和巩膜相接之处，互相重迭，为半透明，称角膜缘。在其深部有一环形的管道，叫巩膜静脉窦，是房水排泄的重要之路。巩膜后端连有视神经，乃视觉的传导通路。

1. 角膜：略呈横椭圆形，前凸后凹，状如凸凹透镜，横径约为11.5毫米，纵径约为10.5毫米。角膜好象玻璃盖在表面上一样，是光线进入眼球时必经之路，起着重要的折光作用。它的特点为透明、无血管、感觉神经丰富和有规则的弯曲面。

在组织学上，角膜由前向后可分为五层（图3）。它与结膜、巩膜和虹膜有密切联系，即上皮细胞层与球结膜上皮、实质层与巩膜组织、内皮细胞层与虹膜表面组织是互相连接互相延续的，这在病理学上有极大的意义。临床上可见结膜、巩膜和虹膜上的病变，有向角膜蔓延的趋向；反之，角膜组织的病变，也有向周围组织蔓延的可能。

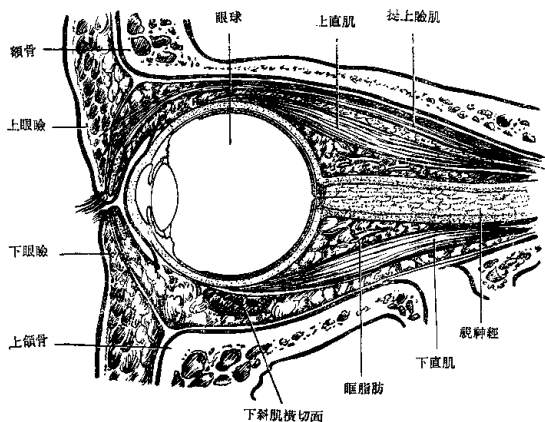


图1 眼眶的纵切面

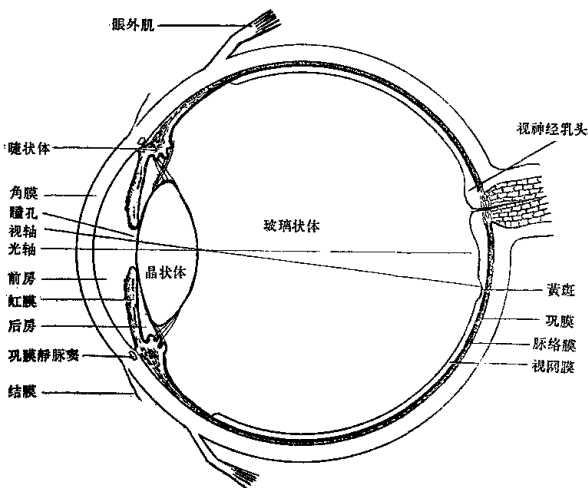


图2 眼球的水平切面

上皮细胞层再生能力很强，受伤后只要防止病邪侵入，包扎24小时即能修复，且保持角膜透明。前弹力层和实质层损伤后由结缔组织修补，形成瘢痕。后弹力层坚韧且富弹性，抵抗力很强。

2. 巩膜：位于角膜的后部，呈囊状，乳白色，不透明。我们看到的“白眼球”就是巩膜的一部分。由紧密交错的纤维组织所构成，厚约0.6~1毫米，质地坚固，但在角膜缘以及有血管、神经穿过的部位较薄弱，易受外伤和眼内压的影响，而发生破裂或巩膜葡萄肿，特别是在巩膜筛板处（此处仅为巩膜的内层，其外2/3向后成为视神经的外鞘），抵抗力较低，眼内压升高时，呈现特异的病理变化——杯形凹陷。

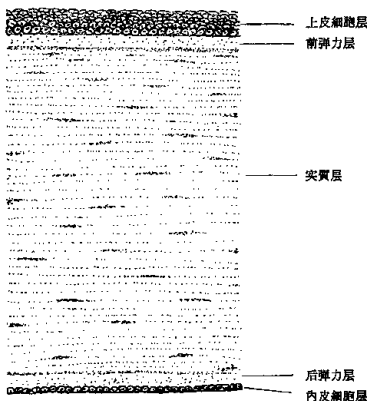


图3 角膜之横切面

巩膜表面有疏松的巩膜上组织，血管丰富，而巩膜组织本身则几无血管，故炎症时经过缓慢。

(二) 中膜(葡萄膜)：为丰富的血管及色素组成，故又有血管膜和色素膜之称，具有营养眼内组织、调节晶状体屈光度和控制进入眼内光量的作用。由前至后可分为三个部分，即虹膜、睫状体和脉络膜(图2)。

1. 虹膜：位于前后房之间，在黄种人呈棕褐色(按其中所含色素的多少而有淡蓝色、棕色的不同)，俗称的“黑眼珠”就是透过角膜所看到的虹膜。为圆盘形的薄膜，其中央有一个圆孔，称为瞳孔、瞳孔、瞳孔等。虹膜的表面有许多起伏不平的放射状排列的纹理(图4)，在近瞳孔缘处有一环状小脊，称为虹膜卷缩轮，将虹膜表面分为狭窄的瞳孔部与较宽的睫状部。虹膜内有瞳孔括约肌(受动眼神经的付交感神经支配)及瞳孔扩大肌(由交感神经支配)，调节瞳孔的大小。瞳孔受光刺激即行收缩，这种功能叫做对光反射。在虹膜的实质层密布着三叉神经的纤维网，因此，虹膜的感觉特别敏锐。虹膜根部比较薄弱，故轻微的牵引或挫伤也可能产生虹膜根部脱离。

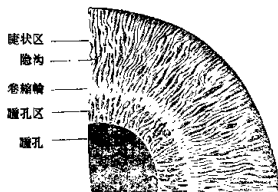


图4 正常的虹膜纹理

3. 睫状体：前方在角膜缘和虹膜根部相接，后端在视网膜的锯齿缘处与脉络膜相连，绕晶状体赤道部作一环带状，其横切面呈三角形(图5)，前部隆起，称睫状冠，其表面有许多睫状突，是产生房水的地方，后部较平坦，称睫状体扁平部。

睫状体主要由睫状肌(付交感神经支配)和丰富的血管组成，并有较多的三叉神经末

稍。当睫状肌收缩或松弛时，可改变晶状体的屈光度，而产生调节。扁平部血管和神经均较少，故针拨白内障手术，选择此处作切口。

3. 脉络膜：介于巩膜和视网膜之间，前接睫状体扁平部，后止于视神经周围，主要由丰富的血管及色素构成，是眼球的血库，起着对视网膜外层及玻璃体的营养作用，但由于管腔宽大，血流缓慢，易受身体其他部位的影响，而发生病变。

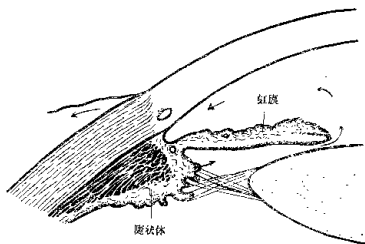


图5 虹膜睫状体的横切面

三、内膜（视网膜）：起自锯齿

缘，止于视神经乳头，质薄透明，在眼球正后极，有一构造特殊的小区，叫黄斑，中心呈漏斗样凹陷，称中心凹，是视觉最敏锐之处（图6）。

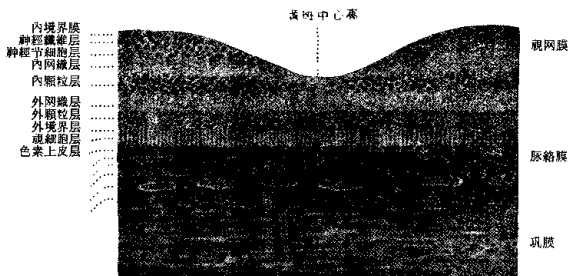


图6 视网膜中心凹的切面

视网膜在组织学上虽可分为10层（图6），但大体上可分为内、外两主层。外层为色素上皮，紧靠脉络膜；内层为神经组织构成的光学部分。两层之间，存在着潜在性腔隙，在某种病理情况下可发生剥离。

光学部视网膜，视细胞层是真正感光的部分，其余各层均为传导冲动的结构。视细胞层由锥体及杆体细胞组成。锥体细胞主要分布在后极部，司强光下的视觉和色觉。杆体细胞主要分布在周边部，感弱光，如该部损害则呈夜盲。

二、视神经和视路

视网膜的神经节细胞纤维，从眼底各个部位，齐向眼球后极之稍内则（在黄斑内则大约3~4毫米）云集，形成乳头状突起，称为视神经乳头（图8），大小约1.5毫米，其中央由于未被神经纤维所填满，故呈漏斗样内陷，为生理性视神经乳头凹陷。神经纤维穿过脉络膜及巩膜内层，形成束状联合，即为视神经。被视神经纤维通过的巩膜部分，呈点状小洞，为

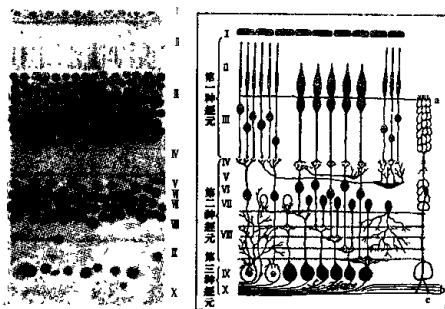


图7 视网膜的经切面和视网膜各神经元的联系情形

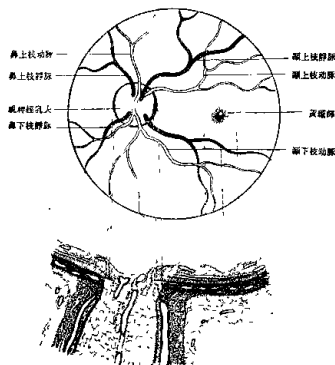


图8 眼底示意图

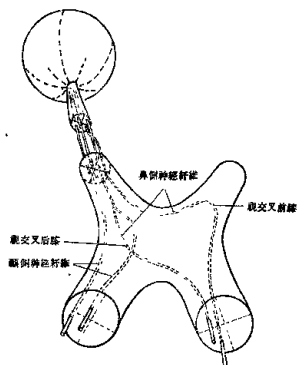


图9 视交叉内纤维的分布

筛状板。视神经乳头及其陷凹和乳膜筛板皆可在眼底检查时看到。

视神经出眼球后，在眶内作S形弯曲（因此眼球在眶内可以自由转动），经视神经孔进入颅内，在颅底左右两眼的视神经纤维集成为视交叉（图9）。由视网膜鼻半侧来的视神经纤维在此处交叉至对侧；但由视网膜颞半侧来的纤维和对侧交叉来的纤维集合，组成视束，经外侧膝状体（低级中枢）继续向后伸展，以视辐射的姿态，直达大脑枕叶距状沟。

视神经纤维穿过乳膜筛板后，其外面由类似脑膜诸层（软脑膜、蛛网膜和硬脑膜）所包围，这些脑膜以及脑膜间隙伴随着视神经进入颅内，与颅内的脑膜间隙相通（图11）。因此，

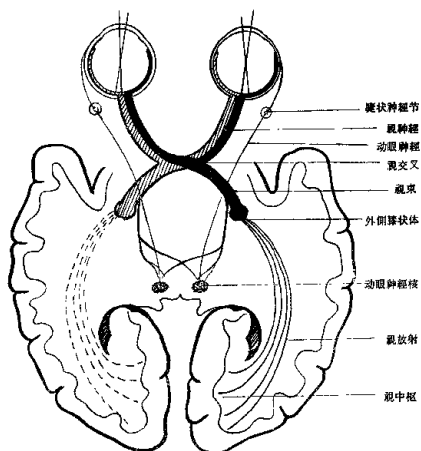


图10 视路示意图

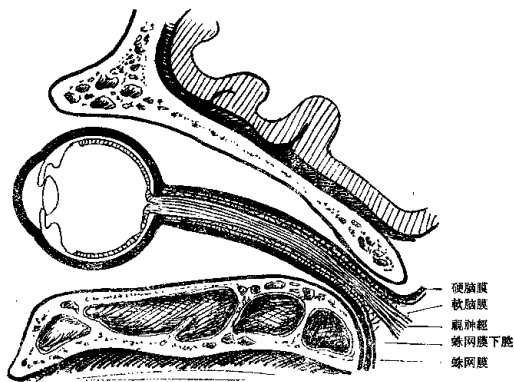


图11 视神经鞘膜与脑膜的关系

当颅内压升高时，可出现视神经乳头水肿，在临床诊断上有重要意义。另外，由于鞘膜上富有感觉神经纤维，故在急性球后视神经炎时，患者转动眼球便会发生牵扯疼痛。

三、眼球内容物

在眼球壁的空腔中，充满着内容物。眼球壁与眼内内容的对立统一，使眼球具有一定的张力，眼球才能保持正常的形态。如果这种对立统一遭到破坏，便会转化为病态。例如，眼内容物少了，眼球就会坍陷；眼内容物过多，眼压便会增高。

眼内容物都是无血管的透明结构，与角膜共同构成一组屈折光线的“凸透镜”，把外界物体射来的光线聚焦到视网膜。眼内容物包括：房水、晶状体、晶状体悬韧带和玻璃状体。

(一) 房水：角膜和晶状体之间的整个腔隙称为眼房。眼房被虹膜分为前、后两部（图2），其内充满着透明的液体称为房水。

房水由睫状体产生后，首先进入后房，经虹膜和晶状体之间，出瞳孔而至前房，在前房角经滤帘进入巩膜静脉窦，再经房水静脉、睫状前静脉排出眼外（图5箭头所示）。房水除有营养（角膜、晶状体等）作用外，也是维持眼内压的最重要的因素。

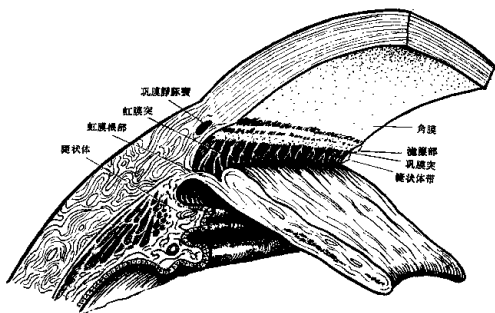


图12 前房角示意图

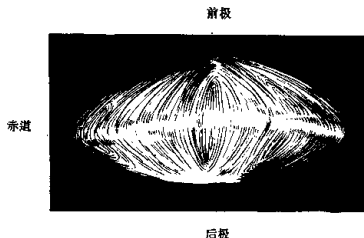


图13 晶状体侧面

前房角（图12）是一个极为重要的解剖部位，由角膜、虹膜、睫状体所组成，是通入巩膜静脉窦的唯一途径，它的阻塞，势必造成房水流出的障碍，眼压因而升高（青光眼）。

(二) 晶状体：位于虹膜和玻璃状体之间，借悬韧带悬挂于睫状体上（图2）。晶状体为一双凸面的扁形弹性透明体（图13），富有屈光力，厚度约4~5毫米，直径约9毫米。

晶状体被一层菲薄的弹性透明囊膜所包裹，以赤道部为界，分为前囊和后囊。前囊有一层上皮细胞，在赤道部逐渐延长而成为晶状体纤维，参加构成晶状体皮质，中心部分的老纤维收缩硬化形成晶状体核（图14）。在三十岁前后的年纪，核心与皮质的对立状态，已达相当明朗化的阶段，到了六、七十岁的年龄，则多数晶状体，业已全部硬化，几无所谓皮质了。晶状体的核随年龄增加而增大，其弹性因而逐渐减退，故到了一定

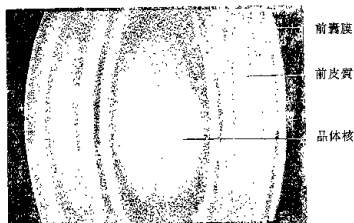


图14 晶状体的裂隙灯切面

年龄便会发生老视（老花眼）。老年人的晶状体核呈淡黄色，在斜照法检查时可出现灰黄色反射，也即所谓老年性反射，不可误认为老年性白内障。

（三）晶状体悬韧带（睫状小带）：是极细的透明纤维状物，起于睫状体表面，止于晶状体赤道部前后方的囊膜上（图5）。悬韧带的脆性随年龄而增加，所以临床上的白内障囊内摘出术较适用于老年人的白内障。

（四）玻璃状体：是无色透明、不含血管及神经的胶质体，含98%的水份，内有许多纤维素，其表面有一层较紧密的玻璃状体膜。充满于眼球后部 4/5 的空腔，起着支撑视网膜使之与脉络膜紧紧相贴的作用。

四、眼球的血液循环系统

眼球的血液供给，来自颈内动脉的分支眼动脉。眼动脉于视神经的外下方经视神经孔进入眶内，在眶膈后方分为两个系统：视网膜中心血管系统和睫状血管系统，两个系统之间，仅在视神经穿过眼球的附近发生一定联系。

（一）视网膜中心血管系统：在眼球后 10~12 毫米处由视神经的下侧或稍鼻侧，穿入视神经，位于视神经的轴部，直达视神经乳头，在视乳头生理凹陷的鼻侧首先分为上、下两支，然后每支又分成鼻侧支与颞侧支，再继续不规则地分支，分布于视网膜（图15）的内层。视网膜外层组织及黄斑中心凹则由脉络膜毛细血管营养。视网膜血管属终末动脉，无吻合支，至末梢成为毛细血管，然后移行于静脉。静脉与动脉同行，形成与动脉同名的四支，于视乳头穿出视神经，成为视网膜中央静脉，然后注入眼静脉。

（二）睫状血管系统：动脉方面包括睫状前动脉及睫状后短、长动脉（图16）。供给整个色素膜、巩膜和部分视网膜、视神经、角膜缘及其附近结膜的营养。

1. 睫状前动脉：为四直肌动脉的延续，由每一直肌的肌腱处分出两支（外直肌仅有一支），在巩膜表面前行，分支到巩膜，在离角膜缘不远处穿入巩膜至睫状体，与睫状后长动脉吻合而形成虹膜大环，共同营养虹膜和睫状体。在未穿入巩膜之前，分出小支与结膜后动脉吻合，形成角膜周围血管网，营养角膜。临床上的睫状充血，即为此血管网的充血。

2. 睫状后长动脉：共有二支，于视神经的两侧，倾斜穿入巩膜，在巩膜与脉络膜之间，水平向前进，直达睫状体，形成虹膜大环，分支到虹膜、睫状体和前部脉络膜。

3. 睫状后短动脉：自眼动脉发出后，分成10~20支，于视神经周围垂直穿入巩膜，形成脉络膜血管网。