

五官科学

(试用教材)

中山医学院 眼耳鼻咽喉科学教研室编

毛主席语录

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

前 言

五官科是临床医学的一个组成部分，其任务是防治广大人民群众的五官疾病，提高人民健康水平和保护劳动力。五官科学作为一门课程，同样也是医学教育中不可缺少的。

遵照毛主席关于“教材要彻底改革”的教导，我们以批林整风为纲，认真开展革命大批判。批判林彪反革命修正主义路线的极右实质，批判刘少奇修正主义医疗卫生路线，批判五官科学旧教材唯心主义和形而上学的思想体系，以及“技术第一”、重治轻防、重西轻中等错误观点，从而提高我们的阶级斗争、路线斗争的觉悟，进一步明确了教材改革的思想政治方向。

在编写教材的过程中，不少教师奔赴农村、工矿，进行巡回教学，调查研究，接受工人、贫下中农的再教育，结合改造自己的世界观。在这个基础上，我们重新修订了五官科学教材。内容包括眼科疾病、耳鼻咽喉疾病、口腔疾病三个部分。我们力求贯彻少而精的原则，以农村、工矿的常见病、多发病为重点；努力贯彻防治结合、中西医结合、平战结合、“古为今用”、“洋为中用”、“推陈出新”的方针。我们介绍了祖国医学对五官疾病防治的新疗法、新成就，并适当的吸收了一些国外的先进经验。

五官科疾病虽然多表现在局部，但它与全身有密切的联系。在教学过程中，必须坚持以辩证唯物主义为指导思想，正确认识局部与整体的辩证关系。

由于我们对马列主义、毛泽东思想学习得还很不够，路线斗争觉悟不高，业务水平有限，可能存在不少缺点和错误，恳切期望工农兵学员和革命教师提出批评意见，以便我们在教育革命实践中不断改进和提高。

中山医学院 眼 科 学
耳鼻咽喉学 教研组
口 腔 学

一九七三年十月

目 录

第一编 眼科疾病.....	1
第一章 眼的解剖生理和常用检查法.....	1
第一节 眼球的解剖生理.....	1
第二节 眼附属器的解剖生理.....	3
第三节 眼的检查法.....	6
第二章 眼睑病.....	11
第一节 睑内翻及倒睫.....	11
第二节 麦粒肿.....	11
第三节 霰粒肿.....	12
第四节 睑缘炎.....	13
第三章 结膜病.....	15
第一节 急性卡他性结膜炎.....	15
第二节 流行性角结膜炎.....	16
第三节 沙眼.....	16
第四节 翼状胬肉.....	19
第五节 春季结膜炎.....	19
第四章 泪囊炎.....	21
第一节 慢性泪囊炎.....	21
第二节 急性泪囊炎.....	22
第五章 角膜炎.....	23
第一节 角膜炎总论.....	23
第二节 化脓性角膜溃疡.....	26
第三节 疱疹性角膜炎.....	27
第四节 角膜软化症.....	28
第六章 葡萄膜炎.....	30
第一节 概述.....	30
第二节 虹膜睫状体炎.....	30
第三节 睫状炎的治疗.....	31

第七章 青光眼	33
第一节 概述.....	33
第二节 急性充血性青光眼.....	34
慢性充血性青光眼.....	36
第三节 慢性单纯性青光眼.....	36
第四节 先天性青光眼.....	38
第五节 继发性青光眼.....	38
第八章 白内障	39
第九章 眼眶蜂窝组织炎	42
第十章 眼外伤	43
第一节 角膜及结膜异物伤.....	43
第二节 眼部钝挫伤.....	44
第三节 眼球穿破伤.....	45
第四节 交感性眼炎.....	47
第五节 化学性眼外伤.....	47
第六节 电光性眼炎.....	49
第十一章 几种全身性疾病在眼部的表现	50
第一节 高血压动脉硬化症.....	50
第二节 内分泌性突眼.....	51
第三节 糖尿病.....	52
第四节 脑肿瘤.....	52
第五节 白血病.....	52
第十二章 急性视力下降	53
第一节 急性视神经炎.....	53
第二节 视网膜脱离.....	53
第三节 视网膜动脉阻塞.....	54
第四节 视网膜中央静脉阻塞.....	55
第五节 视网膜静脉周围炎.....	55
第十三章 眼的屈光和调节	57
第一节 远视眼.....	57
第二节 近视眼.....	58
第三节 散光.....	58
第四节 老视眼.....	59

第十四章 斜视	60
第一节 共同性斜视.....	60
第二节 麻痹性斜视.....	61
第十五章 眼科治疗	62
第一节 新针疗法.....	62
第二节 眼科常用中草药简介.....	65
第三节 眼科常用药物.....	67
第四节 眼科常用手术.....	74
第二编 耳鼻咽喉疾病	95
第一章 耳鼻咽喉解剖及生理	96
第一节 鼻部解剖及生理.....	96
第二节 咽部解剖及生理.....	99
第三节 喉部解剖及生理.....	100
第四节 耳部解剖及生理.....	102
第二章 耳鼻咽喉检查法	106
第一节 鼻部检查法.....	106
第二节 咽部检查法.....	106
第三节 喉部检查法.....	107
第四节 耳部检查法.....	108
一般检查.....	108
听力检查法.....	109
第三章 鼻部疾患	112
第一节 鼻外伤.....	112
第二节 鼻疖.....	112
第三节 鼻前庭炎.....	113
第四节 急性鼻炎.....	113
第五节 慢性鼻炎.....	114
第六节 萎缩性鼻炎.....	115
第七节 变态反应性鼻炎.....	117
第八节 鼻息肉.....	117
第九节 鼻出血.....	119
第十节 急性鼻窦炎.....	121
第十一节 慢性鼻窦炎.....	123

第四章 咽部疾患	127
第一节 急性咽炎	127
第二节 慢性咽炎	127
第三节 急性扁挑体炎	128
第四节 扁挑体周围脓肿	130
第五节 慢性扁挑体炎	131
第六节 鼻咽癌	135
第五章 喉部疾患	143
第一节 急性喉炎	143
第二节 慢性喉炎	144
第三节 急性喉阻塞	144
第四节 气管切开术及环甲膜切开术	146
第六章 耳部疾患	150
第一节 耳部外伤	150
耳廓外伤	150
耳廓血肿	150
外耳道创伤	150
鼓膜外伤	150
第二节 外耳道疖及外耳道炎	151
第三节 外耳道耵聍栓塞	151
第四节 非化脓性中耳炎	151
第五节 急性化脓性中耳炎	155
第六节 慢性化脓性中耳炎	156
第七节 化脓性中耳炎的并发症	159
急性乳突炎	159
面神经瘫痪	159
迷路炎	160
耳源性脑膜炎	161
耳源性脑脓肿	162
第八节 耳硬化症	163
第九节 迷路积水症(旧称美尼尔氏病)	163
第十节 聋哑症	164
第七章 耳鼻咽喉异物	169
第一节 鼻腔异物	169
第二节 外耳道异物	169

第三节	咽部和食道异物	170
第四节	喉、气管、支气管异物	172
第三编	口腔科疾病	174
第一章	口腔颌面部解剖生理	174
第二章	牙体疾病	179
第一节	龋病	179
第二节	牙髓炎	191
第三节	根尖周围炎(牙周膜炎)	193
第三章	牙周病	194
第四章	口腔颌面部炎症	197
第一节	冠周炎	197
第二节	牙槽脓肿	198
第三节	颌骨骨髓炎	299
第四节	颌面部蜂窝组织炎	201
第五节	涎腺炎症	201
第五章	口腔颌面部损伤	205
第六章	口腔粘膜疾病	212
第一节	复发性口疮	212
第二节	疱疹性口炎	213
第三节	溃疡性龈口炎	214
第四节	雪口症	215
第五节	口腔白斑	215
第六节	创伤性溃疡(褥疮)	216
第七章	拔牙术	218
第一节	拔牙的适应症和禁忌症	218
第二节	麻醉	219
第三节	拔牙操作	223
第四节	拔牙后的并发症及处理	224
第五节	拔牙的器械	225
第八章	先天性唇裂修复术	227

第一篇 眼科疾病

第一章 眼的解剖生理和常用检查法

眼睛是人体的视觉器官，它由眼球和附属器两个部分组成(图1—1)。

第一节 眼球的解剖生理

人的眼球近似球形，其平均直径为24毫米。眼球由眼球壁及眼球内容组成。

一、眼球壁 外层：角膜、巩膜。中层：虹膜、睫状体、脉络膜。内层：视网膜。

(一)外层 此层主要由纤维组织构成，名叫纤维膜。由于此层的组织坚韧，故对眼球内部组织有保护作用。它的前1/6透明，称为角膜；后5/6为白色不透明，称为巩膜。角膜和巩膜相连的地方称为角巩缘。角巩缘在上方其宽度约为1毫米，上、下边缘较宽，内外侧较窄。

1. 角膜

解剖特点：

位置：居正前面，占全眼球外壁面积的1/6，直接暴露于外界，故易受到异物损伤。

形态：呈横椭圆形，水平直径约11.0毫米，垂直直径约10.6毫米。

厚度：中央约为0.6毫米，周边部约1毫米。

组织结构：由前到后共分五层。

(1)上皮细胞层：由5~6层上皮细胞组成，排列整齐，表面无角化，受伤后能迅速再生。

(2)前弹力膜层：受伤后不能再生，对外来的机械或细菌性损伤具有相当的抵抗力。

(3)实质层：占角膜全层厚度的9/10，由平行排列的纤维板层构成，本身无血管，该层如受损伤则以疤痕组织进行复修，而失去其透明性。

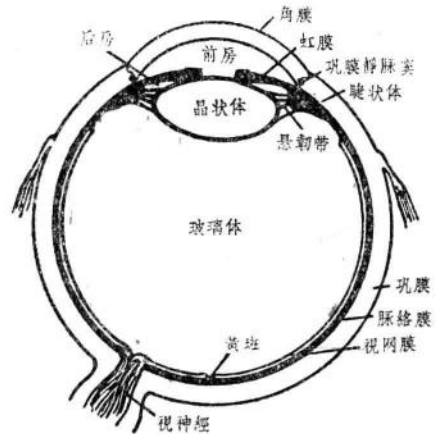


图1—1 眼球水平切面

(4)后弹力膜层：是一层均一性的菲薄的透明膜，有较强的抵抗力，受伤后能再生。

(5)内皮细胞层：是角膜最内层，由单层内皮细胞组成，本层对于调节角膜营养有重要作用。

生理特点：

透明性。角膜是屈光结构之一。居于正前方，外来的光线进入眼内，角膜首先起屈折作用。

无血管。主要靠角膜缘周围的血管网及房水来营养，新陈代谢较差。

感觉神经丰富。有繁密的三叉神经末梢分布于上皮下，故感觉灵敏，一旦受到外界的刺激，即马上发生反射性闭睑动作，故在一定程度上起着保护眼球的作用。

光滑性。角膜的表面光滑明亮。弯曲度均匀一致。

2. 巩膜 约占眼球后部5/6，系由相互交错的纤维板层组织所组成，质坚固，呈瓷白色，不透明，本身仅含有少量血管，故新陈代谢缓慢，发炎时则迁延时日较长。有保护眼球内容物的作用。

(二)中层 又称葡萄膜。因其富有血管和色素，颜色象紫葡萄而得名。它对眼球内部组织有营养作用，此外有吸收散射光线的功能。葡萄膜从前向后可分成三部分，即虹膜、睫状体和脉络膜。

1. 虹膜 为环形薄膜。位于晶状体前面，周边部与睫状体相连。虹膜的表面有高低不平的隐沟，及辐射状的隆起皱襞，总称为虹膜纹理。我国人的虹膜色泽绝大多数呈棕褐色。虹膜的中央有一个2.5~4毫米(平均为3毫米)直径的圆孔，称为瞳孔。虹膜内有瞳孔括约肌(由副交感神经支配)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。正常时在强光下瞳孔自行缩小，在暗光下自动散大，故虹膜的生理功能主要是调节进入眼内光量，此外尚有遮光作用。虹膜由于有密布的三叉神经的纤维网，所以虹膜炎时会有较剧烈的眼痛。

2. 睫状体 位于巩膜内面，其前端和虹膜根部相连，后端和脉络膜连接。睫状体主要由睫状肌及丰富的血管组成，并含有较多的三叉神经末梢，故在发炎时，会有渗出和疼痛。睫状体可分为扁平的后部(扁平部)及肥厚的前部(睫状突)，睫状体内含不同方向排列的睫状肌，扁平部的血管神经较少。

生理功能：(1)睫状突的上皮可产生房水，供给眼球内部组织营养及维持其新陈代谢。

(2)调节晶状体的屈光力，当睫状体肌收缩时，晶状体便借其本身的弹性变厚，从而增加晶状体的屈光力，使眼睛能看清近方的物体，这种作用称为调节。

3. 脉络膜 介于视网膜与巩膜之间，起自睫状体扁平部末端(锯齿状缘)向后延至神经周围，含有丰富的血管及色素，是眼球的血库，起着营养视网膜外层及玻璃体的作用。脉络膜所含丰富的黑色素，有吸收透过视网膜的散射光线的作用。

临床上，由于虹膜、睫状体、脉络膜均是葡萄膜的不同部分，他们的炎症常相互影响，尤其在虹膜和睫状体为然。此外，由于葡萄膜血管丰富，血流缓慢，所以身体上的病灶均可通过血流到达葡萄膜而成病。故当葡萄膜发炎时，要检查是否为全身病所致。

(三)内层 即视网膜。主要由高度分化的神经组织构成，是直接接受光刺激的组织，也是向大脑传导光觉冲动的重要组成部分。

位置：起自视网膜锯齿缘，止于视神经乳头。外接脉络膜，内邻玻璃体。

形态结构：视网膜按其胚胎发育来源，可分两层。外层即为色素上皮层，内层发育为视网膜本身。视网膜本身又分为神经上皮层(外层)及脑层(内层)。

在眼球正后极区的视网膜，有一显微黄色的凹陷区，称为黄斑，是视觉最敏感之处。它的中央有一针尖大小的反光点，称为中心凹光反射。当黄斑有病时，视力则明显下降。黄斑内侧有一橘黄色圆形盘状隆起，其大小约1.5毫米，是视网膜神经纤维汇集处，即视神经乳头。其中央略为凹陷，称为生理凹陷。因视神经乳头无感光细胞，所以每个人作视野检查时，均有一盲点出现，称生理盲点。

生理功能：视网膜的主要作用是感光，司感光作用的视细胞层由锥体及杆体细胞组成。在光线的刺激下，锥体及杆体细胞中的视紫红质分解退色，从而使这两种视细胞兴奋，发生视觉冲动，通过视路的传导而达大脑枕叶视中枢，产生视觉。

二、眼球内容物 由房水、晶状体、悬韧带、玻璃体组成。

房水 由睫状体睫状突的上皮产生，为透明无色的液体。

✓**循环途径：**睫状突上皮产生房水后，先进入后房，然后经瞳孔进入前房，再经由前房角的小梁，进入雪莱姆管内，最后排至睫状前静脉内。

生理功能：1, 主要是营养角膜、晶状体等。2, 维持眼内压。3, 屈光作用。

晶状体

位置：在虹膜后面及玻璃体前面，由晶状体悬带固定其位置。

形态：为圆形双凸面的弹性透明体，前面较平，后面较凸，厚度约4~5毫米，直径为9毫米。晶状体被一层菲薄的透明囊膜包裹，中央为晶状体核，核与囊膜之间，为晶状体皮质。晶状体不含血管，依靠房水营养。当晶状体囊膜受损或房水代谢发生改变时，晶状体就变混浊成为白内障。

生理功能：晶状体为一重要的屈光结构，随着年龄的增加，晶状体核逐渐硬化，同时晶状体弹性也逐渐减少，其调节力也相应的逐渐减退，故成年人到了四十多岁即感到在近距离工作或阅读时困难，这种由于年龄所致的生理性调节减弱现象，称为老视。

晶状体小带 是极细的透明纤维状物，附于睫状体的表面，止于整个晶状体赤道区前后方的囊膜上。小带的脆性随年龄而增加，所以临床上作白内障囊内摘出术较适用于老年白内障。

玻璃状体

形态：是透明无色的胶质体，其内亦无血管。

位置：位于晶状体之后，视网膜之前，充填于眼球内后部4/5的空腔内。

生理功能：1, 为一较次要的屈光结构。2, 维持眼球一定的形状。3, 支持视网膜使之与脉络膜紧紧相贴。

营养：主要靠周围组织的渗透供应。

第二节 眼附属器的解剖生理

眼附属器包括眼睑、结膜、泪器、眼眶和眼外肌。

一、眼睑复盖于眼球的前面，上下各一。眼睑的边缘称睑缘，睑缘之间的范围称睑裂。两睑相交之处，分别称为内眦及外眦。近内眦处的上下睑缘的后唇各有一小孔，分别称为上下泪小点。睑缘之前长有排列整齐的睫毛，正常的睫毛向前生长不会接触眼球(图1—2)。

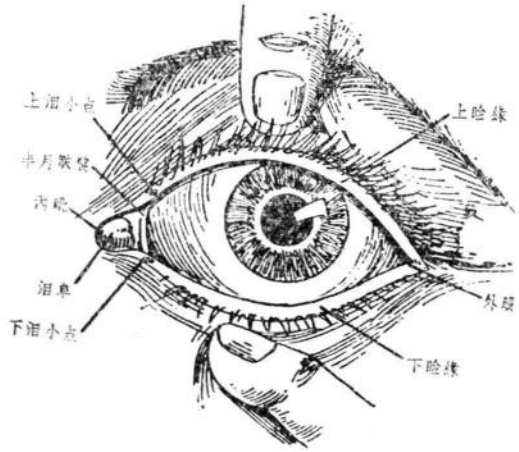


图1—2 眼的正面观

眼睑的构造由前至后分为以下五层：

1. 皮肤 为全身皮肤最薄者，容易形成皱折。
2. 皮下组织 由疏松的结缔组织构成，无脂肪，易被移动。易因心脏病、肾病或局部炎症而出现水肿。

3. 肌层 主要由眼轮匝肌，另有部分提上睑肌、睑板肌组成。眼轮匝肌属面神经支配，起开睑作用。提上睑肌由动眼神经支配。睑板肌有辅助开睑作用，受交感神经支配(图1—3)

4. 睑板 是眼睑的支架，对维持眼睑形态有重要作用。睑板的质硬如软骨，由致密的纤维组织及少量弹性纤维构成，内含高度发育的皮脂腺，称为睑板腺。睑板腺垂直开口于睑缘。排出油脂状物，有防止泪液外溢的作用。

5. 睑结膜 见结膜部分。
- 二、结膜 是复盖眼睑后面及眼球前面的粘膜，因其解剖部位的不同可分为三部分：睑结膜、穹窿结膜及球结膜。由结膜形成的囊状空隙称为结膜囊。正内侧有一垂直的半月形结膜皱襞，位于泪阜的外侧，称半月皱襞。

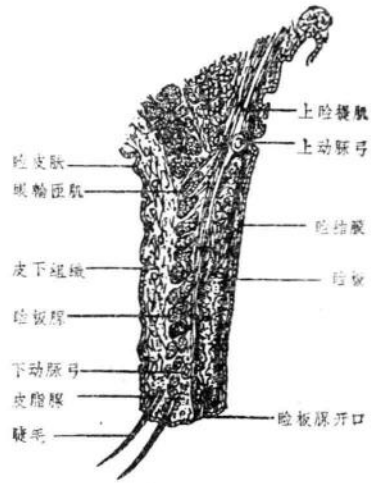


图1—3 眼睑矢切面

1. 睑结膜附于睑板后面，与睑板紧密连接，不能移动。正常的睑结膜薄而半透明，表面平滑，可见垂直走向的小血管及隐约可透见睑板腺。在离睑缘后唇约2毫米处有一与睑缘平行的浅沟，称睑板下沟，常为异物存留之处。

2. 穹窿结膜 是结膜最松弛的部分，常形成水平皱摺，使眼球能自由转动，为睑结膜与球结膜的移行部分。

3. 球结膜 起自穹窿部，止于角膜缘，复盖于前段的巩膜面。与巩膜前面的眼球筋膜疏

松相连，在角巩膜交接处和角膜上皮相延续，故结膜有病时往往会累及角膜。

三、泪器 包括泪腺与泪道。

泪腺在眼眶外上侧的泪腺窝内。

正常时不可能摸到，有10~12个泪腺排泄管开口于上穹窿部的外侧。泪腺由泪腺神经及交感神经支配，其分泌的泪液除有润滑眼球面的作用外，尚有轻微的杀菌作用。

泪道包括泪点、泪小管、泪囊及鼻泪管(图1—4)，泪道任何部位的阻塞均能引起泪溢现象。

(1) 泪点 位于内眦外侧约6毫米的睑缘后唇，上下各一，开口向泪湖。

(2) 泪小管 连接泪点与泪囊，始端与睑缘垂直，约1.5~2毫米，然后转向水平方向。上下泪小管连合成为泪总管，再与泪囊相接。

(3) 泪囊 位于泪骨的泪囊窝内，在内眦韧带的后面。

(4) 鼻泪管 上接泪囊向下及向外后伸延、开口于鼻腔的下鼻道。

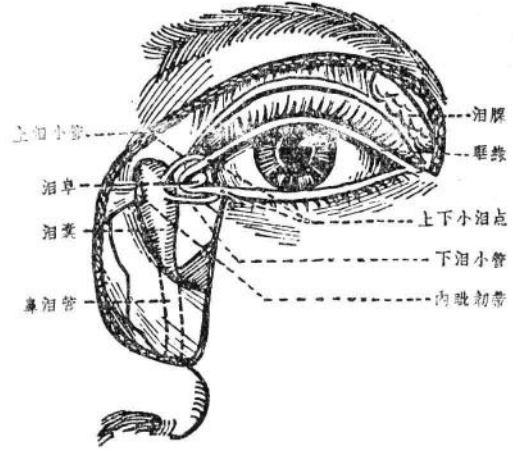


图1—4 泪道的解剖

四、眼外肌 眼球的转动，依赖眼外肌的协同运动，通常所指的眼外肌包括四条直肌(内直肌、外直肌、上直肌、下直肌)及两条斜肌(上斜肌、下斜肌)。除外直肌受外展神经支配，上斜肌受滑车神经支配外，其余四条肌肉均受动眼神经支配(图1—5)。

五、眼眶 1. 形状：为一略呈四方形的锥形骨腔，似倒置的四面锥体，深约4.5~5厘米，眶尖为视神经孔，经此孔向后通至颅中窝。

2. 内容：内容有眼球、眼外肌、血管、神经、泪腺、脂肪等组织。其内壁以菲薄的骨板与筛窦、上颌窦及蝶窦相邻，故副鼻窦炎常会累及眼球与视神经。

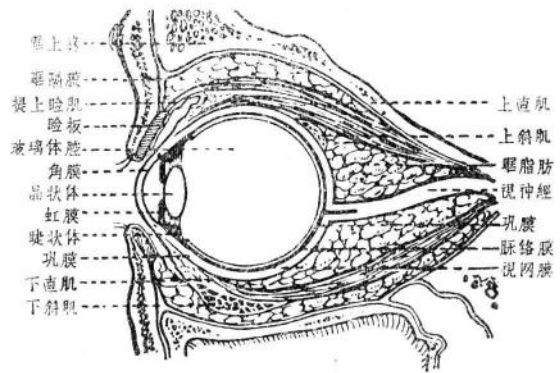


图1—5 眼眶矢切面

总而言之，眼睛作为人体的感觉器官，是用以接受外来的光的刺激，并借视觉通路的传导，将光刺激的神经冲动传达到大脑枕叶视中枢而引起视觉。这种生理功能是由下面五种结构来完成的。

感光结构 为视网膜的锥体及杆体细胞。这些细胞在接受外来光线刺激后，经过一

系列的光化学过程转变为神经冲动、沿视神经、视束、外侧膝状体、视放线到达枕叶的视中枢，而产生视觉。

屈光结构 由角膜、房水、晶状体及玻璃体组成，但主要的是角膜及晶状体。外界物体发出的光线通过正常的屈光结构的屈折后，便能成象在视网膜上。

营养结构 由眼动脉的分枝视网膜中央动脉、葡萄膜的睫状动脉系统来营养。

保护结构 由眼球壁外层及眼球附属器共同组成，起着保护眼球及其内容物的作用。

运动结构 由上、下、内、外四条直肌及上、下两条斜肌，司眼球转动作用。由眼轮匝肌、提上睑肌起开闭眼睑的作用。另由瞳孔括约肌、扩大肌和睫状肌等起调节瞳孔大小及改变晶状体屈光度的作用，使眼睛能看清周围环境的情况。

第三节 眼的检查法

毛主席教导我们：“正确的判断来源于周到的和必要的侦察，和对于各种侦察材料的联贯起来的思索。”“一切结论产生于调查情况的末尾，而不是在它的先头。”

临床的检查就是对于病情的侦察和调查研究。眼的检查是全身检查的一个组成部分，但有其本身的特殊性。

眼球及附属器无论在构造和功能上，都是比较复杂和精致的，病变的表现有时不一定很显著，而且不同的眼疾患也会在眼部有相似或相同的表现。故在检查时，必须“要过细地做工作”才能找到在眼病时出现的改变，并根据不同的病变表现，以鉴别不同的疾病，得出正确的诊断。

一、视力检查 通常说的视力是指黄斑区的视功能，即中央视力。视力检查应包括检查远方及近方的视力。

(一)远视力检查法 将标准视力表挂在离被检者5公尺处，视力表上第十行视标的高度应和被检者的视线处于同一水平，并应在充足的自然光线或在人工照明下使用。灯光不应直接照向被检者。检查时请被检者自上而下回答检查者在每行所指的视标缺口的方向(每行均要检查半数以上的视标)，如能准确指出第十行视标的方向时，视力则为1.0(正常视力)。如视力不能见0.1，应请被检者逐渐向前走，直至刚看清最大视标的缺口方向为止，根据病人所在距离(公尺)，则可计算出被检者的视力。

$$\text{视力} = \frac{\text{被检者所在的距离(公尺)}}{5 \text{ 公尺}} \times 0.1$$

例如：被检者在3米处看清最大的视标，视力 $\frac{3}{5} \times 0.1 = 0.06$ 。如视力低于0.02时，

视力可用检查者的手指数表示，如数手指仍不可能，则可用观察眼前的手摆动进行检查，并将结果及检查时的距离记下。例如：指数/60厘米，或手动/40厘米等。如分辨不出手动则应作光投照检查，用手电筒光分别从上、下、左、右、中五个方位投照被检者的每一眼(另一眼应遮盖严密)，如被检者均能正确指出光的来源，视力则为“光投照准确”。如上方看不见光投照，则视力是“上方光投照不准”。如各方均看不见光投照、则记为“无光感”或“0”。

(二)近视力检查

凡远视力不好,近距离工作及阅读感到困难者,均须作近视力检查。

方法:在充足的自然光下,被检查者背光坐,将近视力表放于被检者眼前30厘米处,若能看清第十行视标缺口的方向,则说明近视力正常,纪录为1.0/30厘米。如看不清,可将近视力表移近,或移远进行检查,同时记下被检查者看清的最小视标及所需的距离,如1.0/20厘米,或0.7/30厘米等。

视力检查的注意事项:

1. 两眼应分别检查,先右后左,检查时应用纸板遮盖他眼(在体格检查时特别须注意),但不要压迫眼球。

2. 视力表要洁白。如用灯光照明时,照明度不要小于50米烛光,且光线要均匀。

3. 检查前,应将检查的方法及注意事项详细告知被检者。

4. 光投照检查应在较暗的环境中进行,并要反复核对,以求准确。

(三)周边视力(视野检查)周边视力是指黄斑部以外视网膜各点的视力,它具有认定空间方位的功能。当眼向前注视一点不动,此时眼睛所能见到的空间范围则称为视野。

方法:较准确的检查方法,应采用平面视野计及周边视野计进行检查(从略)。但在缺乏视野计时,可用手指作对比视野检查。检查者与被检查者相对而坐(相距约60厘米),同时将相对的一眼遮盖,另一眼互相注视不动。检查者用食指放于两者中间,自周边向视线中央慢慢移动,并询问被检者何时开始看见手指,与检查者相比较(检查者的视野必须正常),则可粗略测知被检者的周边视野是否正常。周边视野缩小常见于:视网膜色素变性、青光眼的中期及后期、慢性球后视神经炎及视神经萎缩等。

二、眼部检查 分下面两步骤进行:

(一)明室检查 在自然光下,请病人对窗而坐,检查者用肉眼,或在放大镜的帮助下进行检查,光线不足时可用聚光电筒协助照明。检查的部位包括有:

1. 眼球 注意两眼直视时角膜位置是否均位于睑裂中央、两眼运动方向是否一致(正常眼向外转动时角膜的外侧缘可达到外眦角,向内转动时瞳孔内缘和上、下泪小点成一垂直线),以及有无震颤等。此外,还要观察眼球的大小,位置,形状,有无凸出或凹陷等。

2. 眼眶 检查时要注意两侧眼眶是否对称,眶缘有无缺损,压痛及肿物,同时还要注意眼球突出度和左右是否相等,眼球运动有无受限制。

3. 眼睑 检查时须注意皮肤有无变色,有无疤痕,糜烂及脱屑。睫毛的方向是否一致,有无倒睫,脱落及变白。睑缘有无内、外翻,充血,眼睑缘糜烂及痂皮。两侧睑裂大小及是否对称,眼睑有否下垂,开闭是否完全。

4. 泪器 要观察泪点位置有无外翻及闭塞,泪囊区有无红、肿、热、压痛、瘘管及隆起。挤压泪囊时,有无分泌物自泪点溢出,并记录其性质及量的多少,此外还要注意泪腺有否肿块及压痛。

5. 结膜 注意球结膜有无充血、结膜下出血、撕裂、赘生物、水肿、干燥及其位置。结膜囊内有无分泌物及异物。检查睑结膜时,要先翻转眼睑(图1—6),注意结膜面有无乳头、滤泡、疤痕(要注明形状、大小及分布)、结石、脓点及有无睑球粘连等。

6. 角膜及巩膜 要注意角膜大小，透明度，弯曲度，知觉是否正常，表面是否光滑，用荧光素液是否染成绿色，有无新生血管，溃疡及疤痕等。检查巩膜则要注意有无结节样隆起，充血及压痛。外伤时，还要注意有无穿破口。

7. 前房 要注意其深度（正常中央深约2.5~3毫米），角膜背面有无沉着物，房水有无混浊，前房有无积脓，积血（要记录液面的高度）及异物等。

8. 虹膜 要注意其颜色，纹理是否清晰，有无缺损，萎缩，及向前、后粘连，有无新生血管及肿物。外伤时则应注意虹膜根部有无断裂、伤口、异物及虹膜震颤等。

9. 瞳孔 要注意其大小（瞳孔大小因年龄、光线及屈光状态的不同而有差异）、形状、位置、直接及间接对光反应和集合反应的有无，瞳孔缘是否整齐。

10. 晶状体 要注意晶状体有无混浊以及混浊的位置、形态及色泽。外伤时则应检查晶状体有无破裂、脱位、及晶状体所在的位置等。

11. 眼压测量 是用器械或手指加压球壁以判断眼球张力的一种方法。眼压增高可见于青光眼；眼压降低可见于眼球萎缩，或其他眼病（如视网膜脱离、角膜瘘等）。常用的检查方法有如下两种：

(1) 眼压计测量法

方法：先用0.5~1%地卡因液滴眼，每隔3~5分钟一次，共三次，让被检查者平卧于床上，眼向上方注视，检查者用手指轻轻分开眼睑，将眼压计垂直轻放于角膜中央，根据眼压计上指针所指出的刻度，及所加用的砝码重量，查对眼压计的附表，即可得出眼压的具体数字（正常眼压为10~24毫米汞柱）。

(2) 指测眼压法

方法：请被检查者向下注视，检查者双手末三指固定于被检查者的额部及颞部，然后用双手食指指尖放于被检查者双眼上睑上方，交替轻轻触压眼球，以测知眼球的硬度，和正常眼球硬度相比较，可以估计被检眼的眼压。正常者（接近鼻尖的硬度）则记以“指测眼压正

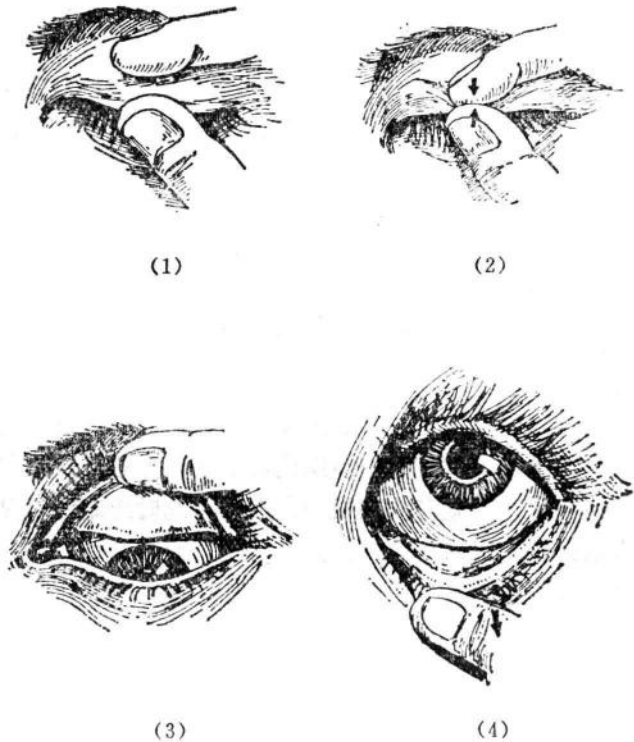


图1-6 单手翻转眼睑方法

常”；眼压增高时，按其程度不同，分别记录为“眼压⁺¹，眼压⁺²，眼压⁺³”（后者的硬度接近石块）；眼压降低时，则分别记为“眼压⁻¹，眼压⁻²，眼压⁻³”（后者的硬度接近嘴唇的硬度）。

眼压测量的注意事项：

1. 眼压测量适用于青光眼，或其他眼病需要了解眼压时。
2. 眼压计测量应在暗室检查完毕后进行，以免因可能损伤角膜上皮而妨碍眼底检查。
3. 角膜有损伤，溃疡或患急性结膜炎时，只能用指测法量眼压。

（二）暗室检查

主要是用以观察角膜、前房、虹膜和晶状体的微细病变，以及玻璃状体、眼底的改变。

1. 斜照法

在暗室内，检查者右手持配有聚光灯泡的手电筒，将光线聚焦在被检眼上，右手拿+20屈光度的放大镜，放于被检眼前5厘米处进行检查，用以观察角膜、前房、虹膜、晶状体较微小的病理变化。

2. 彻照法

检查者右手持眼底镜，先将镜盘拨至+6~+10屈光度处，放于被检眼前16厘米或10厘米处，使光线射到被检眼的瞳孔区，然后从镜盘上的窥孔进行观察。正常人的瞳孔区应为均匀的桔红色反光，如角膜、房水、晶状体或玻璃状体出现混浊时，则在桔红色的反光区中可见到黑影。此时可请被检者转动眼球，如果黑影和眼球的运动方向一致，则混浊位于晶状体之前；反之，混浊位于玻璃体；如黑影的位置始终不变，则混浊位于晶状体。

3. 眼底检查

（1）准备工作：一般可在正常大小的瞳孔下进行检查。必要时可用扩瞳药扩大瞳孔检查。常用的扩瞳药有2~4%后马托品，或1%新福林。但成年人扩瞳前应先除外青光眼的可能。眼压偏高者但又必须扩瞳检查时，只能选用1%新福林或1/1000肾上腺素液扩瞳，并在检查之后滴用缩瞳药，以减少因滴扩瞳药诱发育青光眼的可能。10岁以下的小儿，可采用1%阿托品液扩瞳。

（2）检查方法：检查者以食指拨动眼底镜的转盘，拇指及其余三指握住镜身。检查右眼时，右手持镜立于被检查者的右侧，用右眼进行检查；检查左眼时，左手持镜立于被检查者的左侧，用左眼进行检查。检查时，先用食指将镜盘转至+8~+10屈光度处，然后把眼底镜贴于检查者面颊，眼从窥孔看。这时请被检者双眼向前注视（不要直视灯光），检查者与被检者的视线平行，并稍向外偏15°，然后将眼底镜的光源射入被检查眼的瞳孔区，待见到瞳孔呈桔红色的反光后，首先于相距约10~13厘米处检查屈光系统有否混浊，如无混浊则可靠近被检眼前约2厘米的地方进行检查，同时将镜盘慢慢转至“0”处观察眼底变化。如双方均无屈光不正，此时应可清晰看见视神经乳头的形状；如看不清，可将镜盘拨至-1，-2……直至看清为止，此时所需镜片的屈光度大致接近被检眼的屈光度。检查时应先检查视神经乳头，然后从视神经乳头水平向外移动约2个乳头宽处，观察黄斑的改变。最后分别沿视网膜中央动脉及静脉四条分支，继续观察动脉、静脉的改变，及其相互间的关系，并要检查其所支配区域的眼底改变。检查较周边的眼底改变时，要记住应以被检眼瞳孔为支点。检查上方周边眼底时，检查者的头及镜要稍向下移，或请被检者稍