

(美) F. H. 罗伊

眼科难题实用处理

译者: 李鑫 张静珠 王金爽

审校: 张方华 廖菊生 诸葛培信

保定市科学技术协会

保定地区医院眼病研究室

译 者 的 话

本书中译本之能和读者见面，首先是得到张效房教授和杨敬文所长的帮助；并受到张晓楼院长支持；在翻译过程中个别问题曾向劳远琇教授求教；本院徐校卿院长帮助审校部分译文及润色文字；并承蒙保定市科协领导及学会部和保定市科技咨询服务中心诸同志的关怀和支持。在此一并致谢！

译者受水平所限，错误与不当之处在所难免，欢迎批评指正。

译者

1984年4月30日于古城保定

序

本书在某种程度上是一本处理青光眼、斜视和视野问题的医疗常规书，自然它不是唯一的方法。每种治疗意见都应经过临床检验。

这份斜视专论资料的汇集历时三年并六易其稿，这是由于住院医师们难于掌握斜视的结果。我们挑选了精明能干而且爱好这个专题的住院医师，对他们的才干无可争议；在审慎地研究了斜视的起因、手头的资料和治疗的方法之后，我们汇集了这本书里所包含的资料。现在，住院医师掌握这个问题容易多了。

我们的工作开始不久，就发现汇集病历的方法在医学上所取得的成就。这种观念可通过Lawrence Weed 著的侧重难题诊断 (Problem Oriented Diagnosis) 以及A. R. Foinstein 著的临床判断 (Clinical Judgment) 做进一步探讨。

可以予期，就本书范围而言，它涉及眼科常见的青光眼、斜视、视野等问题的85%。简言之它适用于鉴别诊断，特异性诊断、其他临床表现的核实；并且适用于对临床上不断发生改变的特异性问题制定医疗方案；也适用于进一步查阅参考资料（译者按：原著每节书末列有参考文献，出版时为节省篇幅而删去）。正如“眼的鉴别诊断”这本书一样，本书的编排方法是着重于解决实际问题，作者非常欢迎读者们

予以批评指正，以便再版时改进。

“医师（眼科医师）不是知识的贤哲，而是一个指挥系统”的观念是千真万确的，眼科医师不一定能掌握一切他所需要的“高深莫测”的知识，他的首要职责是问题应该怎样处理。本书对于在诊室里给予病人检查时抓着主要问题并制定处理方案是很有用的。

许多人包括S. Wilson, J. Sneed J. Parker, M. Parker, J. Lyford G. Schroeder P. Wilson, J. Massey, J. McDonald, J. Landers 及 H. Thomas, 等医师在本书编写过程中曾给予大量的帮助。特别要感谢Roger Hiatt 博士, Mary Wackerhagen女士和Claire Silvera女士给予的建议和鼓励。

本专题集如无Diane Butler 等人长时间细致地誊写和精心校阅也是不可能与读者见面的。

FREDERICK HAMPTON Roy M. D.

引 言

近十年来，在一般医学和眼科学上有很大进步。一切医师都有责任寻找更好的方法来搜集资料，叙述和对待这些问题。医学名词学的标准化，医学资料的电子计算机化使人们更加重视侧重医学难题资料的搜集。

本引言中阐述的革命体制，在近15年内已由Dr Lawrence Weed 发展成把患者的病历转换为医疗方案的动力仪器上去。“本体制把病历提高到科学手稿 (Manuscript) 的水平并在医学教育及控制医疗质量上成为主要的工具。此外这个体制促进医学资料的电子计算机化。”在美国已经广泛使用这种医学资料机构，许多医科学校已经转入这个体制，许多分散的、私人的老医院最近正在使用它。侧重医学难题资料机构是减少最近医学界发生的多种困难的一种建设性办法：如超出了从事范围的一些医疗问题，业务上不能胜任，住院和门诊病人得到关怀的数量和质量的差异，缺乏连续性的照管，基本科学原则的明显疏忽，教育的无能，以及最后在医疗实践中缺乏有意义的检查等。

Dr Weed's 规划包括医疗活动的四个时期：(1) 资料收集 (基础资料)，(2) 所有问题的公式表，(3) 每个问题的计划和治疗的开展，(4) 对每个问题通过使用编号和题目下的进展记录进行追踪观察。

基础资料是开始收集有关病人的资料 (表 1)，基础资

料的范围和延伸很大程度上在于专家的类型和收集资料者的兴趣。详细的载明基础资料是很重要的，以便于着眼于病历，知道哪个问题询问过了？哪个问题没有？哪个部分体检做过了？哪个没做？这样在医疗实践中可保证某种程度的质量控制，因此不致听任每个医生随意制定自己的标准。基础资料应包括六个基本成分。（1）主诉，（2）病人的概况，（3）现病史，（4）既往史，及系统回顾，（5）体检，（6）实验室报告。

表1 基础资料

A、病史

1、主诉

2、患者概况

3、有关的社会资料

4、现病史

5、既往史

6、系统回顾

B、体格检查

C、实验室报告

根据眼科基础资料可构成一问题表（表2）。医师可将病人的一切问题（过去的和现在的，社会的和精神的以及医学的）列成表。排列的问题在很大程度上取决于医师兴趣的范围和其理解的水平。

表 2, 问题编号及名称, 一切问题的公式,
活动的及不活动的。

A、医学问题

1、诊断——如斜视

2、生理学所见——如斜视远距离斜度大于近距离斜度

3、症状——如在室外阳光下闭一眼

4、体检所见——如视网膜颞侧障碍物 (dragged)

5、异常的实验室所见——如血沉率升高

B、社会问题——如破产

C、人口统计学问题 (健康问题) ——如环境污染

D、精神问题 (以非技术术语) ——如神经过敏

问题的四个类型应当记录在问题表上。(1) 医学的, (2) 社会的, (3) 人口统计学的和 (4) 精神病学的。医学问题可能有这样情况如诊断 (眼球突出) 生理学所见 (角膜膨隆) 症状和体征 (羞明或睫状区潮红) 或异常的实验室所见 (血沉率升高)。社会问题包括破产犯罪等情况。人口统计学问题可包括如威胁健康 (工业污染) 精神病学问题应用非技术的术语叙述。

在问题表已经公式化后, 可考虑鉴别诊断表以确定显示这些症状和体征的病种。最近出版的眼科鉴别诊断一书计划充实在侧重难题的程序中。

然后把用数字固定在问题表中的每个问题的处理方案予以公式化。方案可分成三类(1)为了确诊或便于处理而进一步收集资料的方案,(2)用特殊方法或药物治疗的规划,(3)指导病人关于其疾病和治疗问题的方案。

应该以使问题明确的形式写病程记录,每个记载应该以适当问题的数字及名称居先,此种方法立即告诉读者,这就是要讨论的病人的病程。每个侧重难题进程的记录章节,包括下述的全部或任何一部分。(1)主观资料,(2)客观资料,(3)评价,(4)计划。缩写为SOAP—S (subjective) O (bjective), A (ssessment), 及P (lan)。

主观资料包括病人的症状询问,客观资料包括有价值的体检所见及支持此课题的实验室结果。随同客观资料建立操作程序登记表(flow sheet)是有意义的。根据进程记录的章节做出解释或评价。对出现的任何分歧、专家会诊以及有关争论的意见是否适当、医师应阐明自己的见解、当前的方案,特别是随着病程进展的那部分方案,应阐述出对原来方案的修改或补充。

护理记录,社会公益服务记录,物理治疗记录,住院医师记录,手术记录,会诊记录可置于格式相同的类型上以帮助解决手头问题。出院小结也理应是着重难题。只有必要的病史,体检及实验室报告应当包括在问题未来的分析或处理之内。

目 录

青 光 眼

一、婴幼儿青光眼出现的问题.....	1
二、婴幼儿青光眼的可疑症状.....	1
三、假性先天性青光眼的情况.....	2
四、成年人青光眼时出现的问题.....	3
五、成年人青光眼的可疑症状.....	4
六、青光眼的基础资料.....	5
七、单侧青光眼.....	7
八、眼内炎引起的青光眼.....	9
九、“无晶状体”青光眼(无晶状体性青光眼).....	10
十、婴幼儿角膜混浊的鉴别诊断.....	10
十一、与眼及全身异常有关的先天性青光眼.....	12
十二、瞳孔阻滞性青光眼.....	16
十三、青光眼检查及解释.....	16
〈一〉眼压测量.....	16
〈二〉视乳头检查.....	18
〈三〉青光眼视野解释.....	20
〈四〉房角镜检查.....	21
〈五〉眼压描记.....	29
十四、青光眼的药物疗法.....	30
十五、青光眼的手术疗法.....	36
十六、对青光眼眼病人的指导.....	38

十七、婴（幼）儿青光眼（原发性先天性青光眼）	40
十八、无虹膜伴发青光眼	43
十九、眼睑血管瘤伴发青光眼	44
二十、合并先天性白内障的先天性青光眼	45
廿一、晶状体后纤维增生伴发青光眼	47
廿二、先天性白内障术后继发青光眼	48
廿三、黄色肉芽肿继发青光眼	50
廿四、青年性开角型青光眼	51
廿五、开角青光眼	52
廿六、低压性青光眼	56
廿七、与晶状体囊假性剥脱有关的开角型青光眼	58
廿八、色素性青光眼	59
廿九、皮质类固醇性青光眼	60
卅、房角后退性青光眼	61
卅一、上巩膜静脉压升高引起的青光眼	62
卅二、溶血性青光眼	63
卅三、闭角型青光眼	65
卅四、视网膜脱离、巩膜扣带术后的闭角型青光眼	67
卅五、多发性虹膜睫状体囊肿所致的闭角型青光眼	68
卅六、白内障摘出术后瞳孔阻滞性青光眼	69
卅七、恶性青光眼（睫状环阻滞性青光眼）	70

卅八、原发性虹膜萎缩伴发青光眼	71
卅九、新生血管性青光眼	72
四十、眼内炎所致青光眼	73
四十一、与晶状体脱位有关的青光眼	79

斜 视

一、斜视主诉的一些问题	83
二、斜视的基础资料	83
三、斜视检查试验	85
四、斜视的治疗方法	90
(一) 遮盖法	90
(二) 缩瞳剂	91
(三) 睫状肌麻痹剂	92
(四) 配戴眼镜	93
(五) 三棱镜	94
(六) 正位视训练	95
五、内斜视——诊断的判定	96
六、内斜视的演算	98
七、假性内斜视	99
八、调节性内斜视	99
九、非调节性内斜视	102
(一) 先天性婴儿内斜视	102
(二) 原发性后天性内斜视	104
(三) 继发性后天性内斜视	106
(四) 开散不足	107

(五) 开散麻痹	107
十、麻痹性内斜视(非共同性内斜视)	109
十一、Duane后退综合症	113
十二、小角度内斜视	115
十三、A型内斜视	116
十四、V型内斜视	117
十五、外斜视——诊断的判定	118
十六、外斜视的演真	120
十七、假性外斜视	121
十八、外隐斜	121
十九、外斜视	122
二十、A型外斜视	125
二十一、V型外斜视	126
二十二、麻痹性外斜视(第三神经麻痹)	127
二十三、核间性眼肌麻痹	138
二十四、上斜视的演算法	132
二十五、假性上斜视	133
二十六、上斜视	133
二十七、单独旋转垂直肌麻痹	137
二十八、Brown's 上斜肌腱鞘综合征	142
二十九、眼外肌麻痹(眼肌营养不良)	144
三十、甲状腺性眼外肌病	144
三十一、眼性重症肌无力	145
三十二、异常视网膜对应	147
三十三、傍中心固视	148
三十四、伴发斜视的综合症	149

视 野

一、绪 言	155
二、视野异常时出现的症状	155
三、视野检查方法	156
四、特殊的视野缺损	157
(一) 假性视野缺损	157
(二) 双侧中心暗点	158
(三) 盲点的扩大	160
(四) 弓形(楔状的)暗点(神经纤维束缺损)	160
(五) 单侧扇形缺损	161
(六) 周边视野缩小	162
(七) 上下性偏盲	163
(八) 双鼻侧偏盲	164
(九) 双颞侧偏盲性视野缺损	164
(十) 一眼盲和另一眼颞侧视野缺损	166
(十一) 同侧象限盲	167
(十二) 交叉象限盲	168
(十三) 同侧性偏盲	168
五、解剖学的定位	17
(一) 视束损害	171
(二) 颞叶损害	172
(三) 顶叶损害	172
(四) 枕叶损害	173
六、特异性疾病	174
(一) 垂体腺瘤	174

(二) 颅咽管瘤·····	175
(三) 颈内动脉的动脉瘤·····	176
(四) 视交叉部位的脑膜瘤·····	176
(五) 颈动脉不全阻塞·····	177
(六) 大脑后动脉阻塞·····	178
(七) 颞叶肿瘤·····	178
(八) 顶叶肿瘤·····	179
(九) 枕叶肿瘤·····	180

(八) 光學性的物理性質。

(九) 光學活性與其他物理性質。

(十) 應用性研究。

(十一) 光學活性與生物活性關係。

出題光青其處要

青 光 眼

(一) 黃斑。

1. 梅毒性黃斑性網膜炎。

2. 子宮內膜炎性網膜炎。 (《婦科》用藥 (一))

3. 糖尿病性黃斑性網膜炎。 (《內科》用藥 (二))

4. 青光眼的黃斑性網膜炎。 (《內科》用藥 (三))

5. 眼內炎、急性眼炎、與化學性眼炎變性眼炎 (《內科》用藥 (四))

(二) 青光眼的診斷與治療。

1. 青光眼的診斷與治療。 (《內科》用藥 (五))

2. 青光眼的診斷與治療。

外傷性青光眼的診斷與治療

(三) 青光眼的診斷與治療。 (《內科》用藥 (六))

1. 青光眼的診斷與治療。 (《內科》用藥 (七))

2. 青光眼的診斷與治療。 (《內科》用藥 (八))

3. 青光眼的診斷與治療。 (《內科》用藥 (九))

4. 青光眼的診斷與治療。 (《內科》用藥 (十))

5. 青光眼的診斷與治療。 (《內科》用藥 (十一))

6. 青光眼的診斷與治療。 (《內科》用藥 (十二))

一 婴幼儿青光眼出现的問題

- (一) 流泪 (泪溢)。
- (二) 羞明。
- (三) 眼睑痉挛。
- (四) 角膜扩大。
- (五) 角膜混浊。
- (六) 眼压升高 (持久性或一时性)。
- (七) 视盘改变。

二 婴幼儿青光眼的可疑症状

- (一) 泪溢。
- (二) 羞明。
- (三) 眼睑痉挛。
- (四) 角膜水肿。
- (五) 角膜扩张。
- (六) 后弹力层破裂。
- (七) 前房深。

- (八) 青光眼的视盘改变。
- (九) 虹膜震颤与晶状体半脱位,
- (十) 废用性斜视。
- (十一) 无虹膜或角膜后胚胎环。

三 假性先天性青光眼的情况

(一) 炎症

- 1、梅毒性实质性角膜炎。
- 2、子宫内淋病性角膜炎。
- 3、子宫内的天花或水痘病毒。
- 4、胎儿虹膜炎或葡萄膜炎。
- 5、眼睑炎, 角结膜炎, 与化学性、变态反应性、细菌性或病毒性的角膜炎。

(二) 代谢障碍

- 1、家族性类脂质沉积症。
- 2、胱氨酸病或胱氨酸贮积病。
- 3、Hurler's 病 (MPSI), Morquio Bralsford 病 (MPSIV), Scheie's 病 (MPSV), Maroteaux Lamy 综合症 (MPSVI)。
- 4、紫质症。

(三) 先天性特发性角膜水肿。

(四) 兰色巩膜综合症。

(五) Riley-Day 综合症。(家族性自主神经系统功能障碍综合症)。

(六) 大角膜,