

五官科讲义

(试用教材)

广西中医学院革委会医教组教材编写小组

一九七一年五月

毛主席语录

我们的教育方针，应该使受教育者在德育、智育、体育几方面都得到发展，成为有社会主义觉悟的有文化的劳动者。

教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合。

为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。

备战、备荒、为人民。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

目 录

前 言

第一篇 眼 病

第 一 章	眼部解剖及生理概要	
一、	眼 球	(1)
二、	眼球附属器	(2)
第 二 章	眼与脏腑经络的关系	(3)
第 三 章	五轮概要	(3)
第 四 章	眼部一般检查法	(4)
第 五 章	常见眼病	
一、	麦 粒 肿	(8)
二、	睑 缘 炎	(8)
三、	沙 眼	(9)
四、	急性结膜炎	(11)
五、	胬 肉	(12)
六、	慢性泪囊炎	(13)
七、	角膜炎	(13)
八、	角膜软化症	(16)
九、	急性虹膜睫状体炎	(16)
十、	急性青光眼	(17)
十一、	白 内 障	(19)
十二、	眼 外 伤	(20)
十三、	眼病新针疗法	(21)

第二篇 耳鼻咽喉疾病

第 一 章	耳鼻咽喉应用解剖	
一、	鼻部解剖	(25)
二、	咽部解剖	(27)
三、	喉部解剖	(28)
四、	耳部解剖	(28)
第 二 章	耳鼻咽喉与脏腑经络的关系	

一、	鼻与脏腑经络的关系	(30)
二、	咽喉与脏腑经络的关系	(30)
三、	耳与脏腑经络的关系	(31)
第 三 章	耳鼻咽喉检查	(31)
第 四 章	常见耳鼻咽喉疾病	
一、	鼻 疖	(33)
二、	鼻 炎	(34)
三、	鼻出血	(35)
四、	鼻息肉	(36)
五、	鼻付窦炎	(36)
六、	鼻咽癌	(37)
七、	扁桃体炎	(37)
八、	急性喉梗阻	(38)
九、	咽及食道异物	(39)
十、	非化脓性中耳炎	(39)
十一、	化脓性中耳炎	(40)
十二、	化脓性中耳炎之并发症	(41)
十三、	聋 哑 症	(44)

第三篇 口腔疾病

第 一 章	应用解剖	
一、	上 颌 骨	(45)
二、	下 颌 骨	(46)
三、	牙齿的解剖	(46)
四、	三叉神经分布	(48)
第 二 章	口腔颌面部与脏腑经络的关系	(50)
第 三 章	常见口腔病	
一、	龋 齿	(51)
二、	牙 周 病	(53)
三、	下颌智齿牙冠周围炎	(54)
四、	口 疮	(54)
五、	鹅 口 疮	(55)
六、	下颌关节脱臼	(55)
七、	唇 裂	(56)

第四篇 五官科常用手术

一、	眼手术前后一般处理	(58)
----	-----------	------

二、 眼麻醉法·····	(59)
三、 沙眼手术	
(I) 摩擦法·····	(59)
(II) 挤压法·····	(59)
四、 角膜异物取除术·····	(60)
五、 电解倒睫术·····	(60)
六、 睑内翻矫正术	
(I) 睑板切断术·····	(61)
(II) 睑板楔状切除术·····	(61)
七、 泪囊摘除术·····	(62)
八、 胬肉手术	
(I) 胬肉切除术·····	(63)
(II) 胬肉埋藏术·····	(63)
(III) 胬肉切除结膜移植修补术·····	(63)
九、 造 瞳 术·····	(64)
十、 抗青光眼手术	
(I) 虹膜根部剪除术·····	(64)
(II) 巩膜灼庐术·····	(65)
(III) 虹膜嵌顿术·····	(65)
十一、 白内障手术	
(I) 刺 囊 术·····	(66)
(II) 线状摘除术·····	(66)
(III) 破囊摘除术·····	(66)
(IV) 全摘除术·····	(67)
(V) 针 拨 术·····	(68)
十二、 上颌窦穿刺术·····	(69)
十三、 鼻息肉摘除术·····	(70)
十四、 扁桃体周围脓肿切开术·····	(71)
十五、 扁桃体摘除术·····	(71)
十六、 气管切开术·····	(73)
十七、 口腔麻醉法·····	(74)
十八、 拔牙手术·····	(78)
十九、 唇裂整复手术·····	(80)

毛主席语录

我們能够学会我們原来不懂的东西。我們不但善于破坏一个旧世界，我們还将善于建設一个新世界。

第一篇 眼 病

第一章 眼部解剖及生理概要

一 眼 球

眼球大致呈球形，前后径略长，其结构可分为眼球壁及眼内容两部份。

甲、**眼球壁**——共分三层。

(一)**外层(纤维层)**；由结缔组织构成，维持眼球形状，保护眼球内容。分角膜、巩膜二部份。

(1)**角膜**：占前部1/6，表层复盖上皮细胞，光滑，透明，无血管。略向前突，如表面玻璃。

(2)**巩膜**：占后部5/6，结构坚韧，前部邻接角膜处，称角巩缘，内有环状巩膜静脉窦，为房水排出途径。后极部内侧约2.5毫米处极薄，有筛状孔，称筛板，视神经纤维由此通过。

(二)**中层(色素或血管层)**：在纤维层之内，富含血管及色素，供眼球营养并使眼球构成暗箱。分虹膜，睫状体及脉络膜三部。

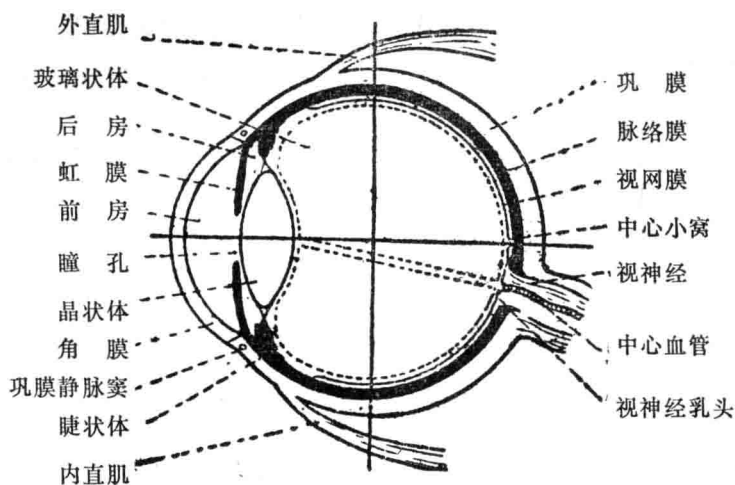


图1 眼球之水平切面

(1) **虹膜**：位于角膜及晶体之间。中央有瞳孔，光线由此射入。有缩瞳及扩瞳肌，前者由动眼神经支配、后者由交感神经支配，调节瞳孔大小。

(2) **睫状体**：位于虹膜后方。前部较厚称睫状突，其上复有睫状上皮，房水由此产生。外部有睫状肌，受动眼神经支配，收缩时使晶体变厚，有调节视力作用。

(3) **脉络膜**：睫状体后方之色素膜，称脉络膜，血管极丰富。

(三) **内层（视网膜）**：为眼球壁最内层，属神经组织。后极部视网膜为黄斑，其中有一小凹陷，此处视力最锐敏。视网膜神经纤维集中于视神经乳头，经巩膜筛板穿出球外为视神经，经视神经孔入颅内，再由视交叉，达外膝状体，转换神经原后经视放射，终于大脑枕叶视中枢。

视网膜中央动脉及中央静脉，由球后约一厘米处进入视神经，在视乳头处开始分枝，分布视网膜各部。视网膜血管无侧枝循环，与脑血管同属一类型。

光线进入眼内成象后，刺激视网膜，激发神经冲动，通过视路到皮层产生视觉，协同其它感觉器官来了解客观世界，从而进一步能动地改造客观世界。伟大领袖毛主席教导我们：“无数客观外界的现象通过人的眼、耳、鼻、舌、身这五个官能反映到自己的头脑中来，开始是感性认识。这种感性认识的材料积累多了，就会产生一个飞跃，变成了理性认识，这就是思想。”

乙、眼球内容

包括房水、晶体及玻璃体三部分

(一) **房水**：角膜虹膜之间为前房，虹膜晶体之间为后房。前后房内充满无色透明的房水。房水经后房入前房，由前房角巩膜静脉窦排出眼球外，入巩膜表层静脉。房水有营养晶体、角膜及保持一定眼内压的作用。

(二) **晶体**：扁圆状、透明、无血管。四周由悬韧带挂于睫状体突上，前为虹膜，后为玻璃体。外层为囊膜包绕，此膜薄而透明，富有弹性。内容分皮质及核两部分。晶体厚度可发生改变，有调节焦距作用。

(三) **玻璃体**：为占据眼球后部空腔之透明胶状体。

二 眼球附属器

眼附属器有眼睑、结膜、泪器、眼外肌、眼眶等组织，有保护眼球和维持正常视功能的作用。

(一) **眼睑**：复盖在眼球前部，上下各一。由皮肤、肌肉及睑板构成，内面有结膜被盖，睑缘有睫毛。上下睑间之裂隙称睑裂。睑裂内外两端称内、外眦。

(二) **结膜**：为一光滑透明的粘膜。复盖在眼睑背面者称睑结膜，复盖在巩膜表面者称球结膜，二者之间的皱褶部分称穹窿部结膜。由结膜所形成的囊状空隙叫“结膜囊。”

(三) **泪器**：分泪腺与泪道二部分

(1) **泪腺**：位于眼眶外上侧泪腺凹内，分泌泪液。

(2) **泪道**：位于内眦部，由泪点、泪小管、泪囊及鼻泪管组成。泪液经此流入鼻腔。

(四) **眼外肌**：内、外、上、下四直肌，上、下两斜肌。联结眼眶壁，止于巩膜。主管眼球转动及保持其正常位置。

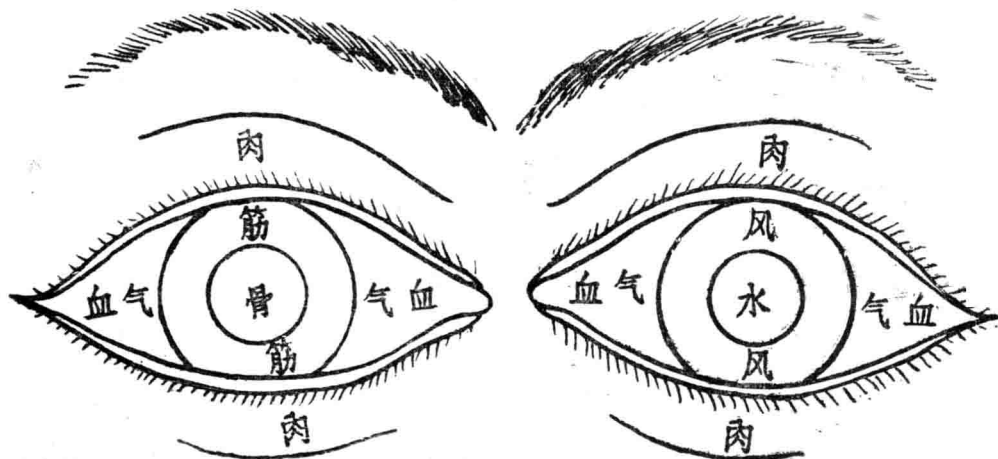
(五) **眼眶**：由颅骨构成，呈方锥形。后端尖，有裂与孔，血管神经由此进出。内有眼球、筋膜、视神经、脂肪等。

第二章 眼与脏腑经络的关系

毛主席教导我们：“唯物辩证法的宇宙观主张从事物的内部、从一事物对他事物的关系去研究事物的发展，……而每一事物的运动都和它的周围其他事物互相联系着和互相影响着。”人体是个有机的整体，各组织器官间有着不可分割的联系，不论生理功能或病理变化，都互相联系和互相影响着。眼是人体视觉器官，它与脏腑经络也是互相联系着。如“五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精”。这就说明眼与脏腑的关系，也就是说，眼是由五脏六腑的精气来供养，才能发挥视觉作用。但“肾藏精”，“肝藏血”，“肝开窍于目”，“肝受血而能视”。即肝血足，眼得所养，则视物清楚；如肝血不足，眼失所养，则可引起目昏眼花。这进一步说明眼与肝肾的关系，尤其与肝的关系更为密切。但，这些关系必须依赖经络来贯通。即脏腑的精气，通过经络的运行转输才上达于眼。从经络与脏腑相通的关系及其循行所过的部位来讲，每一经络直接或间接的都与眼有关系。故说：“诸脉者，皆属于目。”

第三章 五轮概要

五轮学说，是基于眼与脏腑关系的原理，将眼分为五部分称“五轮”而分属五脏，借以说明眼的部位、生理和病理等，用来指导临床诊治眼病的一种理论。这五轮为肉轮、血轮、气轮、风轮和水轮（如图）。



一、**肉轮**：为眼睑。在脏属脾，脾主肌肉，故称肉轮。脾与胃相表里。故眼睑疾病多与脾胃失调有关。

二、**血轮**：为两眦，包括泪器。在脏属心，心主血，故称血轮。心与小肠相表里。故两眦疾病多与心及小肠失调有关。

三、**气轮**：为白睛，包括球结膜和巩膜。在脏属肺，肺主气，故称气轮。肺与大肠相表里。故白睛疾病多与肺及大肠失调有关。

四、**风轮**：为黑睛，包括角膜和虹膜。在脏属肝，肝主风，故称风轮。肝与胆相表里。故黑睛疾病多与肝胆失调有关。

五、**水轮**：为瞳孔，包括眼内各组织。在脏属肾，肾主水，故称水轮。肾与膀胱相表里，故瞳孔疾病多与肾及膀胱失调有关。

毛主席教导我们：“**我们看事情必须要看它的实质，而把它的现象只看作入门的向导**”。一般眼病的发生，多与脏腑失调有关，而通过经络反映在所属的轮位上，因此，临诊时可按轮的病症及所属来分析，可知病由那一脏腑失调引起。即透过现象看本质。既看到局部的表现，又要注意到内在的因素，这就是诊治疾病应有的整体观念。例如：白睛（球结膜）充血，眼睑红肿，兼口渴、便秘，舌苔黄、脉实数等症，只可分析归纳为肺脾火盛，肠胃兼有积热，随经络上攻于眼所致。治疗上，除外用清热消炎药外，还可内服泻肺清脾之药，以调理肺脾功能，则多收良效。

但眼病的原因很多，不单由脏腑经络失调引起，而还有外界因素。必须遵照毛主席“**世界上的事情是复杂的，是由各方面的因素决定的。看问题要从各方面去看，不能只从单方面看**”的伟大教导。在诊治疾病时，除按上述理论辨证施治外，更要用毛主席的哲学思想，对疾病进行全面分析，才能获得满意的疗效。

第四章 眼部一般检查法

伟大领袖毛主席教导我们“**正确的判断来源于周到的和必要的侦察**”，临床检查是医生对疾病进行调查研究的必要手段，必须“**要过细地做工作**”，极端负责地进行检查才能获得正确的诊断和治疗。

（一）外眼检查法

常用斜照法进行检查：右手持电筒，斜照受检部位，左手拨开或翻转眼睑，仔细检查眼部情况。必要时可借助放大镜进行检查。无电筒时可利用自然光线，患者坐向亮处，医生背光进行检查。

（一）**眼睑检查**：注意睑裂大小，眼睑活动情况，有无上睑下垂，内、外翻及倒睫。睑缘及皮肤有无炎症，有肿物时应了解其形状、大小、硬度、有无压痛和周围组织

是否粘连。

(二) **结膜检查**：检查下睑结膜时，嘱患者向上看，以手指向下牵拉下睑，下睑结膜即暴露。检查上睑结膜时，嘱患者向下看，以左手拇指及食指捏住近睑缘处皮肤向下牵拉，同时以食指指尖轻压睑板上缘而捻转之，结膜即可暴露。如翻转困难时，可以右手持小玻棒轻压睑板上缘处即可暴露。检查穹窿部结膜可进一步以右手拇指置下睑缘处，向上后方轻推眼球，即能暴露上穹窿部。检查球结膜时，可嘱患者向各方向转动眼球，使球结膜充分暴露。

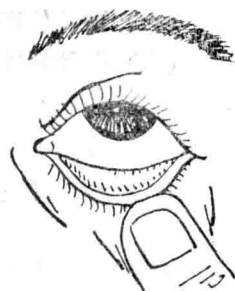


图3 下眼睑翻转法



图4 单手上睑翻转法

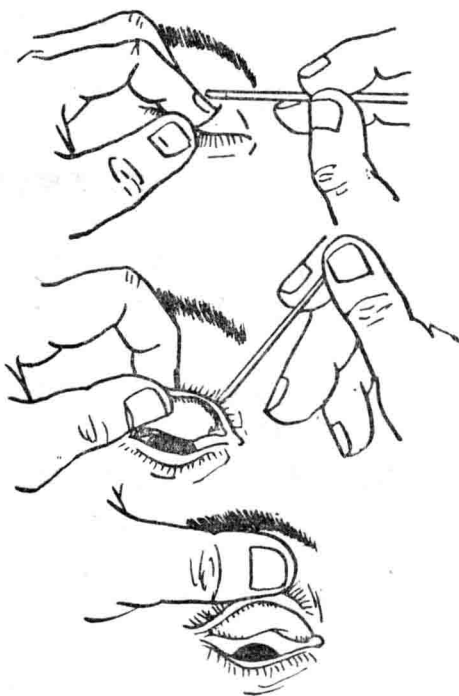


图5 双手上睑翻转法

注意观察结膜有无充血、水肿、滤泡、乳头、疤痕、干燥及色素沉着。

(三) **泪器检查**：注意有无溢泪，泪点位置是否正常，有无狭窄或闭塞。指压泪囊区有无脓液自泪点涌出，必要时作泪道冲洗，检查是否通畅。

(四) **角膜检查**：注意光泽及透明度。有无新生血管、异物或角膜后沉着物。有混浊时，了解其性质：水肿、浸润、溃疡或疤痕。必要时用荧光素染色，以资鉴别。

(五) **前房检查**：注意前房深度（正常者中央部约3毫米）。房水是否清晰，如有混浊时利用眼底镜头之极细光束斜射入前房，则见光束经过处出现灰白色反光带。

(六) **虹膜检查**：观察纹理是否清晰，有无充血、肿胀、结节、新生血管或萎缩，有无前后粘连，眼球转动时是否有震颤。

(七) **瞳孔检查**: 注意形状、大小、两侧是否对称。对光反应是否正常。

(八) **晶体检查**: 观察有无混浊, 混浊时其形状、大小及部位如何。检查周边部须散瞳。注意晶体有无脱位或半脱位。全脱位时前房加深, 虹膜震荡。半脱位时前房深浅不均。

(九) **眼球检查**: 注意眼球有无突出或下陷。各方转动时有无障碍。眼位是否正常。

(十) **眼压检查**: 嘱患者两眼向下注视, 以两手食指置上睑, 交替按摩眼球, 感知眼球硬度, 以判断眼压高低。精确检查须用眼压计。

(十一) **小儿眼部检查**: 医生与家长对坐, 患儿仰卧于家长双膝上, 两腿分开, 头部固定于医生双膝间。翻眼睑时可以双手拇指牵拉压迫上下睑近眶缘部, 睑即可翻转。检查眼球时可用眼睑钩拉开上下睑进行检查。注意勿用力过猛, 以免造成损伤。在眼外伤或角膜溃疡时倍加小心, 最好用眼睑钩开睑。

(二) 眼底检查

利用眼底镜进行眼底检查。检查者右手持眼底镜, 打开电源开关, 将透镜盘转至○处, 以右眼检查患者右眼底。如观察不清晰时可转动镜盘, 直至看清为止。首先观察屈光质如玻璃体等有无混浊, 然后观察眼底各部。检查左眼时, 检查者转变方位, 左手持镜, 以左眼检查患者左眼。必要时用 1% 新福林溶液散瞳检查, 但有青光眼可疑者忌用。

正常眼底所见大致如下:

(1) **视乳头**: 位于后极部内侧, 园或椭圆形, 色泽淡红, 边缘整齐。中央略下陷, 是为生理凹陷; 视网膜中央动脉及中央静脉由此发出。

(2) **血管**: 视网膜中央动脉及静脉各分上下二枝, 再分为上鼻侧、下颞侧动、静脉, 更分为许多小支, 分布于视网膜各部。动脉浅红色, 中央有反光带。静脉暗红色, 稍粗。动、静脉管径粗细之比, 约为 2:3。

(3) **视网膜**: 桔红色, 有光泽。

(4) **黄斑**: 位于后极部正中央, 暗红色, 无血管。中央有一星状反光, 为中心小凹反光。

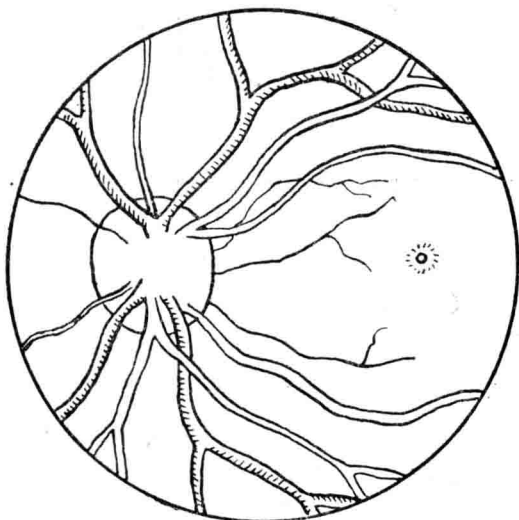


图 6 正常眼底标志

(三) 视功能检查法

(一) **视力检查**：视力主要反映黄斑部视网膜功能。分远、近视力二种。

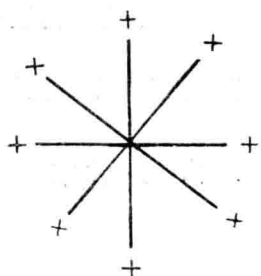
(1) **远视力**：视力表挂在走廊或室内明亮处(有弥散性电灯光照明最好)，高度以1.0视标这行与患者两眼同一水平为准。距离5米，嘱患者按序辨别各行视标缺口方向。两眼分别检查，检查一眼时另一眼用纸片遮盖。以患者能辨识的最小一行视标代表其视力。正常眼视力为1.0，部份人视力可达1.2或1.5。

如患者在5米处不能辨识0.1这行视标时，则嘱其逐渐走近视力表，至刚可辨认0.1这行视标时为止。然后按距离计算视力；如距离四米时视力为 $0.1 \times 4/5 = 0.08$ 。其余类推。

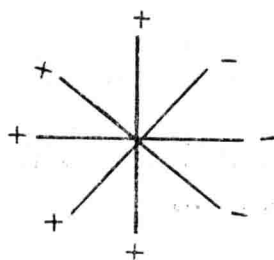
如患者在1米处仍不能辨别0.1一行视标时，检查者可伸手指，测其在何种距离下能看清手指数目。记录为若干厘米指数。

如患者指数亦不能辨别，则检查者可摆动手掌，测其在何种距离下能看见手动。记录为若干厘米手动。

若手动亦不能看出，则应于暗处检查光感；以灯火或电筒光照患眼，问其是否有光感，记录为有光感或无光感。若有光感时应进而查光定位；从上、下、左、右、左上、左下、右上、右下几方向照射眼部，询问能否准确感知光源方位。记录方法举例如下：



光定位良好



部份光定位不准确

一般规定，视力不足0.02（即一米距离尚不能辨认0.1这行视标）者为目盲。

(2) **近视力**：用近视力表检查，距离30公分，以患者能辨认的最小一行视标代表其近视力。近视力除反映黄斑功能外，尚同时反映调节功能。

(二) **视野检查**：可用对比法检查，即以检查者的正常视野进行对比，判断患者视野是否正常。检查时，二人面向而坐，距离约半公尺。患者以纸片盖其左眼，用右眼注视检查者左眼，检查者亦同样盖自己右眼，以左眼注视患者右眼，摇动左手手指，依次在自己视野范围内各处游动，并随时问患者是否看见。然后用同样方法检查患者左眼。如患眼视野有缺损时则某些方位，某些范围内看不到或看不清。详细检查须用视野计。

(三) **色觉检查**：常用色盲图检查。利用室内自然光线，距离半公尺，依次翻阅各图，嘱患者辨认图内数字或图形。依据图谱规定，判断有无色盲或色弱。

第五章 常见眼病

一 麦粒肿（针眼）

本病为眼睑腺体之急性化脓性炎症。因葡萄球菌感染引起，或由过食辛辣炙煨燥热之品，致阳明胃经的热毒上攻于眼睑而成。风热相搏，痰滞不行亦可致病。

有内、外麦粒肿之分；发生在睫毛毛囊、皮脂腺者称外麦粒肿。发生在睑板腺者为内麦粒肿。

症状 病程经过与疖相同，初显眼睑红肿，严重时眼睑高度肿胀、灼热、疼痛，球结膜充血水肿。触诊有局限性压痛，并可有全身症状。后期红肿渐消退，炎症局限化，溃破流脓。

治疗 早期局部热敷。外敷鲜野菊花或鲜芙蓉叶（捣烂贴患处，但不可入眼）或涂磺胺、抗菌素眼膏。严重病例若疮形硬、灼热疼痛、红肿带紫，兼有口渴便秘等证，属热毒内壅，宜泻火解毒，用内疏黄连汤。或用抗菌素治疗。

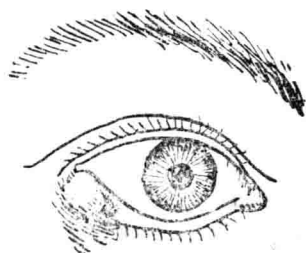


图7 外麦粒肿

后期切开排脓：外麦粒肿在皮肤面作水平切口，内麦粒肿在结膜面作垂直切口。

附 方

内疏黄连汤：山栀 连翘 薄荷 黄芩 黄连 桔梗 大黄 甘草 当归 白芍 木香 槟榔 水煎温服。

二 睑缘炎

睑缘炎俗称“烂眼边”或“红眼边”，是睑缘皮肤、睫毛囊及其腺体的亚急性或慢性炎症。常因细菌感染或脾胃蕴积湿热、复受风邪、风与湿热相搏，停于眼睑所致。风、尘、烟热等刺激都会促进睑缘炎的发生。临床上睑缘炎分三类型

（一）鳞屑性睑缘炎

睑缘充血、睫毛根部有白色鳞屑或黄色痂皮。去屑后无溃疡面或脓点。睫毛易脱落，但能再生。患者常感刺痒、畏光及摩擦感。

（二）溃疡性睑缘炎（睑缘赤烂）

此病为睑缘炎中最严重者。睑缘充血，睫毛根部有黄痂粘连，去痂皮后则见出血的

小溃疡或小脓点；如施挤压则见脓液自睫毛根部流出。因睫毛囊受感染，睫毛脱落后不能复生。溃疡痊愈后不脱落的睫毛可乱生、形成倒睫。患者感觉刺痒、有时疼痛，眼易疲劳等。日久睑缘肥厚，倒睫及睑外翻发生时畏光、流泪等症状加重。

（三）眦部睑缘炎（眦帷赤烂）

常发生于外眦部，合并眦部结膜炎。患处皮肤潮红，糜烂，发痒。

（四）治 疗

（一）局部清洁：用生理盐水或冷开水洗去痂皮或鳞屑后，涂抗菌素或磺胺类眼药膏，每日数次。

（二）滴抗菌素或磺胺类眼药水，每日数次。眦部睑缘炎滴0.5%硫酸锌眼药水有特效，但必须经常使用，以杜复发。

（三）新针疗法：合谷、睛明、瞳子髎，足三里。

（四）草药：鲜蒲公英、白花蛇舌草、竹夹菜任选一种取汁涂患处。

（五）中药：五味子、荆芥穗、防风各二钱，苦参四钱、铜录三分煎水洗患处，可疏风、清热、解毒及止痒。

（六）辨证施治：睑缘痒，湿烂较重为风湿偏盛，宜祛风除湿，用除湿汤。若睑缘红痛较重，舌尖红、苔黄、脉数者为脾胃积热，心火炽盛，宜泻火解毒，可用三黄汤。

附 方

（1）除湿汤：连翘 滑石 车前 积壳 黄芩 川连 木通 甘草 陈皮 荆芥 白茯苓 防风。水煎服。

（2）三黄汤：黄芩 大黄 黄连。水煎服。

三 沙 眼

沙眼是一种流行比较广泛的慢性传染性眼病。祖国医学早有记载，称之为“粟疮”、“椒疮”。

解放前由于反动统治的压迫和剥削，劳动人民贫困、生活条件很差，因而沙眼流行极为猖獗，严重地危害着人民的健康，它是我国盲目的重要原因之一。解放后，在伟大领袖毛主席的亲切关怀下，人民生活水平与健康状况有了很大提高，沙眼之发病率比过去有显著下降。但是，由于叛徒、内奸、工贼刘少奇疯狂地对抗毛主席“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的伟大指示，使广大农村还存在着缺医少药现象，沙眼至今仍是一种常见的眼病。我们必须遵照毛主席“六·二六”光辉指示，努力做好沙眼防治工作，保护劳动人民的健康。

病因 由滤过性病毒感染而引起，或由于脾胃积热、风邪外束，以致气血瘀滞、壅积眼睑所致。患眼的分泌物是传染的媒介，通过接触传染；如共用洗脸用具，污染的手、手帕、毛巾等擦眼可引起传染。卫生条件不良和卫生习惯不好，使沙眼更易传播。

症状 一般有摩擦感、痒、视力疲劳，以及少量粘液或粘液脓性分泌物。轻者可无自觉症状，如有继发感染则症状加重。病变侵及角膜，出现活动性血管翳时刺激症状加重，表现怕光、流泪及视力减退。晚期常因后发病，如睑内反倒睫、角膜溃疡及眼球干燥等，症状更加明显，甚至发生严重视力障碍。

体征 本病主要表现为结膜组织的弥漫性细胞浸润及滤泡形成，睑结膜与穹窿部因有乳头与滤泡而变粗糙。此病可结痂而自愈，但常因并发症或后发病使视力受到障碍。客观检查有下列主要体征。

(一) 充血：主要见于睑结膜及穹窿部结膜，血管扩张、毛细血管增生。

(二) 细胞浸润：病变先由上睑穹窿部结膜开始，再蔓延至睑结膜。弥漫性细胞浸润使结膜混浊、肥厚、血管模糊不清。尤其在内外眦部病变明显。

(三) 滤泡形成：上皮淋巴细胞增殖，外观呈灰黄色半透明蛙卵状或灰白色粟粒状（粟疮）大小不一，为圆形或长圆形。有时数个连续融合呈胶状外观。滤泡多发生于穹窿部及上睑结膜。

(四) 乳头肥大：上皮细胞增殖，致睑结膜呈红色细绒毛状或花椒状（椒疮）。

(五) 瘢痕形成：自发性结痂是沙眼的特征。瘢痕最早出现于上睑板沟处，呈丝状、星芒状或网状。愈近晚期、瘢痕愈宽厚、炎症完全消退后，全部瘢痕化，结膜面呈灰白色筋膜样。

(六) 角膜血管翳：角膜血管翳是原发性沙眼病变，发生在结膜病变的同时或略晚。表现角膜上缘上皮下有灰白色细胞浸润及新生血管形成。重者血管可从四周向角膜中央侵入形成全血管翳，称“血翳包睛”。视力严重障碍。

诊断与分期 沙眼之诊断主要依据上述临床变化，如结膜肥厚、血管模糊、滤泡、乳头、沙眼性血管翳等诊断之。但应与滤泡性结膜炎及春季结膜炎睑型鉴别。

有关分期问题目前将沙眼分为二期：即进行期及退行期。二期之间区分完全以瘢痕组织的出现为依据。

沙 I：进行期：即活动期，乳头和滤泡并存，上穹窿结膜组织模糊不清，但无瘢痕出现。

沙 II：退行期，自瘢痕开始出现起至痊愈（完全结痂、病变痊愈不再列为沙眼）。

各期病变轻重以“+”“++”表示。如病变范围不超过上睑结膜面积 1/3 的，以“+”表示；超过 1/3 的，以“++”表示。其记录为沙 I +、沙 I ++；沙 II +、沙 II ++。

后发病与并发症 轻症者治愈后，结膜上虽遗留瘢痕，但对视力无影响。重者则常发生后发病，危害视力；较常见的有倒睫、睑内翻倒睫、角膜炎或溃疡、睑球粘连，眼球干燥等眼病。

预防 如前所述，沙眼是严重危害人民健康的疾病，对“抓革命、促生产、促工作、促战备”有一定的影响。因此我们必须执行毛主席的“六·二六”光辉指示，依靠党的领

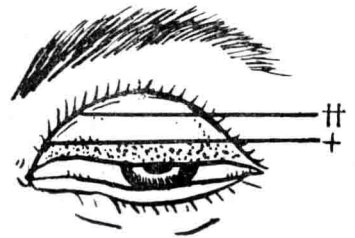


图 8 沙眼病变部位与记录

导，发动群众、紧密结合工农业生产，大力开展除害灭病运动，推动沙眼的防治工作的开展；向群众宣传沙眼的危害性。传染方式，强调“预防为主”的重要性。广泛普查和彻底治疗。在做好环境卫生和个人卫生的基础上，因地制宜尽量做到一人一巾和简便的流水洗脸法；毛巾单独使用，有条件时洗脸盆也分开使用；毛巾、手帕、被褥等要经常洗晒；去掉用脏手或不洁手帕擦眼之习惯；集体单位、服务行业（如旅馆、理发室、浴室等）尤应注意公共卫生，订立必要的卫生制度，以防沙眼之传播。广大群众“**动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平**”，我们相信沙眼防治工作一定取得伟大成绩。

治疗 沙眼的治疗愈早愈好，以免发生并发症，影响视力。轻者一般滴眼药水或涂眼膏均可痊愈。有并发症的沙眼除局部用药外，尚需按不同的情况加以处理。

（一）常用眼药水及眼膏以抗菌素类及磺胺类为主，其中金霉素、四环素及土霉素等疗效较高，次为氯霉素、红霉素、新霉素等。磺胺类药物对沙眼亦有一定疗效，但不及抗菌素；常用的为磺胺醋酸钠，磺胺嘧啶等。青霉素无直接疗效，仅用于治疗合并感染。以上各类型之眼药水或眼膏可单独使用，如眼药水与眼膏合并使用，效果更好；每日滴药水3—4次，涂眼膏2—3次。严重之病例可口服磺胺剂。

（二）中药：黄连素眼药水或眼膏，黄连西瓜霜眼药水，0.25%胆矾溶液等有一定疗效。

（三）辨证施治：证见沙涩痒痛、怕光流泪者为风热较盛，宜散风清脾，用清脾凉血汤；如睑结膜粗糙，肥厚，乳头，滤泡增殖者为瘀血凝滞，宜凉血散瘀，用归芍红花散。

（四）手术疗法：滤泡过多应作压挤术或用海螵蛸摩擦，促进痊愈。沙眼的后发病，如睑内翻倒睫可行内翻矫正术。

附方

（一）黄连西瓜霜眼药水：黄连素0.5克、西瓜霜（或皮硝）5克、月石0.2克、硝苯汞0.002克、蒸馏水100毫升。

（二）清脾凉血汤：荆芥、防风、赤芍、玄参、陈皮、蝉蜕、苍术、白鲜皮、连翘、生大黄、厚朴、甘草、竹叶、水煎温服。

（三）归芍红花散：当归、大黄、栀子仁、黄芩、红花、赤芍、甘草、白芷、防风、生地、连翘、水煎服。

四 急性结膜炎

俗称“红眼”或“暴发火眼”，为常见之急性传染性眼病。因细菌感染引起，或风热外侵所致。

症状 主要表现结膜充血和有粘液性或粘液脓性分泌物；如分泌物很多，晨起粘着眼睑或因附在角膜上引起视力模糊，有时且可产生虹视使初学者误诊为青光眼，但冲洗后视力即恢复。重者有结膜水肿或结膜下点状出血、眼睑浮肿、睑结膜有灰白色假膜形成。自觉症状有异物感或灼热感，也可有轻微之疼痛或流泪。视力多无影响。

预防 本病主要是接触传染，故患者洗脸用具、手帕等均须单独使用，用毕清洗晒干，杜绝传染

治疗

(一) 局部应用抗菌素或磺胺类眼药滴眼。分泌物多者应用生理盐水冲洗，有膜状渗出物应取除之。早期可用冷敷，有角膜刺激症状者改为热敷。严重之病例可全身应用抗菌素或磺胺。

(二) 新针疗法：取穴睛明、太阳、风池、合谷。

(三) 草药九里明、路边菊、野菊花水煎趁热熏眼，冷却后将此水洗眼。或用田基黄 1 — 2 两水煎熏洗患眼。鲜蒲公英四两 水煎内服及熏洗患眼。

(四) 中药治疗可用驱风散热饮，严重病例示热毒内侵，需加用解毒凉血药，如银花、蒲公英、生地、丹皮之类。

附方

驱风散热饮：连翘 牛子 羌活 薄荷 大黄 赤芍 防风 归尾 甘草 山梔 川芎，水煎服。

五 餐 肉

餐肉又称攀睛，是与角膜表面粘连之结膜皱襞。常发生于鼻侧睑裂部，有时角膜两侧皆有。多见于户外工作者。是由于沙眼、风尘、日光等长期刺激引起结膜慢性炎症，继以退行变性所致，或因肺二经风热壅盛，经络瘀滞于眦部引起。

症状 餐肉起始于球结膜，向角膜逐渐扩展；附于角膜上之尖端称头部，跨越角膜缘部份称颈部，其球结膜的部份为体部。餐肉有时进展，有时静止；进展时表现充血，肥厚，头部在角膜上呈胶样隆起。小的餐肉可无任何症状，若侵及瞳孔区则影响视力。

治疗

(一) 小而静止的餐肉不必治疗，但应减少外界刺激，防止发展。

(二) 影响视力者应进行手术治疗，但有部份病例术后仍可复发。

(三) 新针疗法：先用针尖轻轻拨离餐肉，然后用针尖刺餐肉体部，此时患者自觉眼球酸胀感，流泪。最后再加针刺太阳或少泽。每日一次、轻者数次可愈。

(四) 中药治疗：对进展快、并有红痛、怕光、流泪，眼屎多者为心肺风热壅盛，宜祛风清热，可用梔子胜奇散，并用抗菌素眼药水滴眼。

附方

梔子胜奇散：蝉蜕 草决明 川芎 荆芥穗 白蒺藜 黄芩 谷精草 菊花 密蒙花 防风 羌活 甘草 蔓荆子 山梔子 木贼草 各等份、共为末，每服二钱、日服

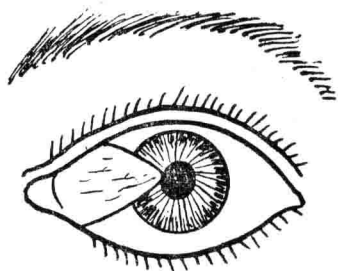


图9 餐肉