

中等卫生学校护士专业教改班教材

眼耳鼻咽喉口腔科护理学

(供省内教改试点班用)

主编：张举玲

编者：赵心娟

岳福平

张举玲

班

中等卫生学校护士专业教改班教材

眼耳鼻咽喉口腔护理学

(供省内教改试点班用)

主编：张举玲

编者：赵心娟

岳福平

张举玲

出版

1980年12月

湖南省卫生厅科教处

《眼、耳鼻咽喉、口腔科护理学》

试用教材编写说明

本教材根据今年4月省卫生厅科教处在益阳召开的省护士专业教材改革会议上所传达的全国中等医学教育改革的精神，为适应现代医学模式向“生物——心理——社会”模式转变的需要，按照培养“实用型”护理人材这一目标，在省卫生厅科教处直接领导和有关学校支持下，本编写组负责编写三年制护士专业《眼、耳鼻咽喉、口腔科护理学》教材，供省内教改试点班使用。

本教材有以下几方面改进：

1. 内容较统编教材有较大幅度的精简和改编。凡护理要求不高或不常见的疾病（如中心性视网膜炎、高血压眼底改变、视网膜母细胞瘤、咽炎等），不完全强求系统性、完整性及形式上的统一，而予以简略或精简；
2. 加强了专业针对性、突出了护理重点。在编写形式上打破了以往教课书的模式，取舍教学内容，采用概述【临床表现】、【治疗要点】、【护理问题】、【护理目标】、【护理措施】，重点详细介绍护理内容，并提出了具体的护理措施；
3. 加强了专科护理技术操作能力的训练与培养，加强实验课学习，对每项操作均按目的、适应症与禁忌症、备物、操作方法及注意事项五个方面加以叙述；
4. 增加了有关专科门诊、病房及手术室的护理内容；
5. 本教材有关剂量单位均采用国际单位制和我国剂量法的新规定。

本教材初稿曾征求邵阳卫校梁巨洲高级讲师、常德卫校雷国忠高级讲师及省五官科协作组全体老师们的意见，在此谨向他们表示衷心的感谢。

由于时间仓促，加之编者水平有限，教材内容中缺点和错误在所难免，恳请各校师生在教学实践中提出批评指正，以便今后进一步修改。

编者

1990年12月

目 录

理论课部分

上篇 眼科护理学

第一章 眼的应用解剖与生理	(1)
第一节 眼球	(1)
第二节 眼的附属器	(2)
第二章 眼的检查	(3)
第一节 视功能检查	(3)
第二节 眼的一般检查	(4)
第三节 眼科其它检查	(5)
第三章 眼科常见疾病护理	(6)
第一节 眼睑疾病	(6)
第二节 慢性泪囊炎	(7)
第三节 结膜疾病	(7)
第四节 角膜疾病	(8)
第五节 虹膜睫状体炎	(10)
第六节 青光眼	(11)
第七节 白内障	(14)
第八节 视网膜及视神经疾病	(16)
第九节 屈光不正	(18)
第十节 眼外伤	(19)
第四章 眼科护理技术操作	(22)
第五章 眼科门诊护理	(22)
第一节 眼科门诊特点、组成和设备	(23)
第二节 眼科门诊护理	(23)
第六章 眼科病房护理	(24)
第一节 眼科病房一般护理	(24)
第二节 眼科病房常用护理技术	(25)
第三节 眼科手术前后护理	(26)
第七章 眼科手术室护理	(28)
第一节 眼科手术室设备及手术器械保养	(28)
第二节 眼科手术一般常规准备	(28)
附录 眼科常用药物	(29)

中篇 耳鼻咽喉科护理学

目 录

第一章 耳鼻咽喉的应用解剖与生理	(32)
第一节 鼻的应用解剖与生理	(32)
第二节 咽的应用解剖与生理	(33)
第三节 喉的应用解剖与生理	(33)
第四节 耳的应用解剖与生理	(34)
第五节 气管、支气管与食道的应用解剖与生理	(35)
第二章 耳鼻咽喉一般检查	(36)
第一节 检查前准备	(36)
第二节 鼻及鼻窦检查	(36)
第三节 口咽部检查	(37)
第四节 喉部检查	(37)
第五节 耳部检查	(37)
第三章 鼻部疾病护理	(39)
第一节 鼻外伤与鼻疳	(39)
第二节 鼻炎	(40)
第三节 ⊗ 鼻中隔偏曲	(42)
第四节 鼻窦炎	(42)
第五节 ⊗ 鼻息肉	(44)
第六节 鼻出血	(44)
第七节 鼻部手术护理	(45)
第四章 咽喉疾病护理	(46)
第一节 ⊗ 咽炎	(46)
第二节 扁桃体炎	(47)
第三节 ⊗ 咽后脓肿与急性会厌炎	(50)
第四节 喉炎	(50)
第五节 急性喉阻塞	(51)
第六节 气管切开术后护理	(53)
第七节 鼻咽癌与喉癌	(55)
第五章 呼吸道、食道异物与内窥镜检查的护理	(57)
第一节 呼吸道异物与食道异物	(57)
第二节 内窥镜检查的护理	(58)
第六章 耳部疾病护理	(59)
第一节 中耳炎	(59)
第二节 中耳炎并发症	(61)
第三节 美尼尔氏病	(63)
第四节 耳聋与聋哑症	(64)

第五节 耳部手术护理	(65)
第七章 耳鼻咽喉科护理技术操作	(65)
第八章 耳鼻咽喉科手术一般护理	(66)
第一节 手术病人心理	(66)
第二节 手术一般护理	(66)
第九章 耳鼻咽喉科门诊护理	(67)
第一节 耳鼻咽喉科门诊特点、组成和设备	(67)
第二节 门诊病人心理需要	(68)
第三节 耳鼻咽喉科门诊护理	(68)
第十章 耳鼻咽喉科手术室护理	(69)
附录 耳鼻咽喉科常用药物	(71)

下篇 口腔科护理学

第一章 口腔颌面部的应用解剖	(73)
第一节 口腔颌面部	(73)
第二节 牙体及牙周组织	(74)
第二章 口腔常见疾病护理	(74)
第一节 龋病	(74)
第二节 牙髓炎及根尖周炎	(75)
第三节 牙周病	(76)
第四节 智齿冠周炎	(76)
第三章 口腔疾病的预防	(78)
第四章 口腔颌面部损伤护理	(79)
第一节 口腔颌面部损伤的特点及急救	(79)
第二节 口腔颌面部损伤的护理	(79)
第五章 口腔科门诊护理	(80)
第一节 口腔门诊特点、设备与护理	(80)
第二节 口腔门诊常用器械与消毒	(80)
第三节 口腔检查	(81)
第四节 常用护理技术操作	(81)
第五节 口腔科常用药物	(82)

实习指导

上篇 眼科护理实习指导

实习一 动物眼球解剖	(83)
实习二 眼科常用检查	(83)

1. 视力检查	(83)
2. 视野检查	(84)
3. 色觉检查	(85)
4. 眼压测量	(85)
5. 结膜检查(眼睑翻转)法	(86)

实习三、四 眼科护理技术操作 (86)

1. 滴眼药水法	(86)
2. 涂眼药膏法	(87)
3. 洗眼法	(87)
4. 泪道冲洗法	(88)
5. 球结膜下注射法	(88)
6. 球后注射法	(89)
7. 角膜异物剔除法	(89)
8. 麦粒肿切开引流术	(90)
9. 霰粒肿切除术	(90)
10. 电解倒睫术	(91)
11. 剪睫毛法	(91)
12. 眼垫包盖法	(91)
13. 绷带包扎法	(91)

实习五 眼科门诊、病房及手术室护理(见上篇第五、六、七章) (92)

(85)

中篇 耳鼻咽喉科护理实习指导

(85)

实习一 耳鼻咽喉一般检查(见中篇第二章) (93)

实习二、三 耳鼻咽喉科护理技术操作 (93)

1. 滴鼻药法	(93)
2. 鼻腔冲洗法	(93)
3. 鼻窦换置疗法	(94)
4. 下鼻甲粘膜下注射法	(94)
5. 上颌窦穿刺冲洗法	(95)
6. 剪鼻毛法	(95)
7. 外耳道冲洗法	(96)
8. 滴耳药法	(96)
9. 咽鼓管吹张法	(96)
10. 耳包扎法	(97)

实习四 耳鼻咽喉科常用敷料制作 (97)

实习五 耳鼻咽喉科门诊及手术室护理(见中篇第九、第十章) (98)

(88)

下篇 口腔科护理实习指导

(88)

1.口腔科门诊护理(见下篇第五章).....	(99)
2.充填材料的调配.....	(99)

五官科护理学教学大纲

前言.....	(100)
教学时间安排.....	(101)
理论课部分.....	(102)
实习课部分.....	(111)
附录 1.我国法定计量单位表.....	(115)
2.mmHg和kPa换算表.....	(116)

上篇 眼科护理学

第一章 眼的应用解剖与生理

眼是认识客观世界的重要感觉器官，由眼球、视路和眼的附属器三部分组成。

第一节 眼球

眼球近似球形，直径约24mm，由眼球壁和眼球内容物组成。（眼球壁、玻璃体、晶状体）

一、眼、眼球壁

眼球壁分三层，外层为纤维膜，中层为葡萄膜，内层为视网膜。

（一）纤维膜 由坚韧致密的纤维组织构成，有保护眼球内部组织和维持眼球形状的作用。前1/6为透明的角膜，后5/6为磁白色不透明的巩膜。两者衔接处称角膜缘。

1. 角膜 位于眼球前方，象玻璃样微向外凸出，近似圆形，直径约11mm，厚约1mm。角膜由前到后分为：上皮细胞层、前弹力层、基质层、后弹力层及内皮细胞层共五层。上皮细胞层再生能力强，损伤后若无感染，可以很快修复，且不留疤痕，仍保持角膜透明。基质层最厚，占全角膜厚度的90%，如这一层受损伤，不能再生，而以疤痕组织代替，失去其透明性。

△角膜无血管，其营养靠周围的血管网和房水供给。角膜表层分布有丰富的感觉神经（三叉神经末梢），感觉特别灵敏，任何微

小刺激或损伤都会引起疼痛、流泪，甚至眼睑痉挛等症状。角膜质地透明，具有一定弯曲度，是眼球的屈光间质之一。

2. 巩膜 质地坚韧，不透明，呈磁白色，厚约1mm。在巩膜后部视神经穿过处为筛状板，最为薄弱，易受高血压影响而形成特殊凹陷，称青光眼杯。

3. 角膜缘 是角膜与巩膜衔接处，宽约1mm，为前房角的前壁，深部有施来姆（Schlemm）氏管和小梁网，是房水排出的重要途径。②内眼手术，房水排出。

（二）葡萄膜 因含有丰富的色素和血管，故又称色素膜或血管膜，有遮光和营养眼球的作用。由前向后分为虹膜、睫状体和脉络膜三部分。

1. 虹膜 为角膜后部棕黑色的圆盘状薄膜，我们所见的“黑眼珠”就是透过角膜见到的虹膜。虹膜表面有许多放射纹理。中央有一2.5—4mm直径的圆孔，称为瞳孔。在近瞳孔缘处的虹膜内，有环形的瞳孔括约肌，受动眼神经的副交感纤维支配，该肌收缩时，瞳孔缩小。其周边部有放射状排列的瞳孔扩大肌，受交感神经支配，此肌收缩，瞳孔扩大。瞳孔可随外界光线的强弱而收缩及

扩大，以调节射入眼内的光线，这种功能称为瞳孔对光反射。虹膜组织内密布三叉神经纤维网，感觉特别灵敏，当受到炎症刺激时则出现显著疼痛。

2. 睫状体 前与虹膜相连，后与脉络膜相接。睫状体切面呈三角形，前部较宽，表面有突起叫睫状突，睫状突上皮细胞有产生房水的功能。后部较平坦，称睫状体扁平部。在睫状体与晶状体之间有许多透明小带，叫悬韧带。当睫状体内的睫状肌收缩时，悬韧带放松，晶状体借本身的弹性变厚，从而增加晶状体的屈光力，以便看清近处物体，此功能即为调节。功能：①产生房水 ②参与调节

3. 脉络膜 前接睫状体，后止于视神经周围。脉络膜含有丰富的血管和色素，除有遮光作用外，对网膜外层及玻璃体的营养及代谢有重要作用。

(三) 视网膜 衬贴在脉络膜内面，分两主层：外层为色素上皮层，内层为视网膜感光层，两层之间存在着潜在性空隙，在病理情况下容易分开，形成视网膜脱离。视网膜感光层在组织学上又分九层，其中视细胞层是感光部分，其余各层为传导部分。视细胞层是由锥细胞和杆细胞组成。锥细胞多集中在黄斑区及中心凹，能感受强光和颜色。杆细胞分布在黄斑以外的视网膜，感受弱光，如杆细胞受损害时出现夜盲症。通过检眼镜可以观察到视网膜形态，即称眼底：眼球后极稍偏鼻侧有视乳头，呈桔黄色圆盘状，是视神经纤维汇集处，此处无视细胞，在视野中构成一个盲区，称生理盲点。视网膜血管由此进入眼内。在眼球正后极部，有一黄色圆点区称黄斑区，其中央有一小凹，称为中心凹，是视觉最敏锐处。

视网膜主要作用是感光，在光线刺激下，视细胞兴奋，发生视觉冲动，通过视路传导至大脑而产生视觉。

二、眼球内容物

眼球内容物包括房水、晶状体、玻璃体。三者都是透明体，加上角膜组成眼的屈光系

统。

1. 房水 是无色透明的液体，充满在眼球前部的前后房内。角膜和虹膜之间的腔隙称前房；虹膜、睫状体和晶状体之间的腔隙称后房。房水由睫状突上皮细胞产生，先进入后房，经瞳孔流入前房，然后由前房角经过小梁网而流入Schlemm氏管，最后经睫状前静脉归入血循环。房水具有营养角膜、晶状体、玻璃体和维持正常眼压的功能，其产生和排出处于平衡状态，当房水流通过途中发生阻塞，则将出现眼内压升高。

2. 晶状体 形似双凸透镜的透明体，富有弹性。位于虹膜与玻璃体之间，靠晶状体悬韧带与睫状体联系，以固定其位置。晶状体外层是一极薄的囊膜，中心为晶状体核，核与囊膜之间为晶状体皮质。晶状体与睫状体共同完成调节作用，随年龄增加晶状体核逐渐增大变硬，其调节功能减退从而出现老视。
特点：a. 无血管 靠房水 → 晶状体
b. 透明 一层间质及一层细胞
c. 调节

3. 玻璃体 为无色透明的胶样体，充满眼球后4/5的空腔内，其功能除有屈光作用外，主要是对视网膜起支撑作用。

第二节 眼的附属器

眼附属器包括眼睑、泪器、结膜、眼外肌和眼眶。

一、眼睑

眼睑分上睑和下睑，其游离边缘称睑缘，睑缘分前后两唇，前唇有排列整齐的睫毛，其毛囊附近有皮脂腺，后唇有一排睑板腺的开口，这些腺体的感染临床上称麦粒肿。上下睑缘之间的裂隙称睑裂，睑裂的内外两端称内眦和外眦，内眦处有肉状隆起称泪阜。近内眦上下睑缘的后唇各有一小孔，分别称为上下泪点。保护作用

眼睑由前向后分为皮肤、皮下组织、肌层、睑板、睑结膜五层。眼睑皮肤薄，皮下组织疏松，故易水肿。肌层中，有提上睑肌，司睑裂开大，眼轮匝肌，司眼睑闭合。

睑板由致密的纤维组织构成，内有垂直排列的睑板腺，分泌油脂状物，开口于睑缘，如开口阻塞，常为临床上形成睑板腺囊肿的基础。

二、泪器

泪器包括泪腺和泪道两部分。泪腺分泌泪液，位于眼眶外上方的泪腺窝内。泪道包括上下泪点和上下泪小管、泪囊、鼻泪管。泪液经泪道流入下鼻道。

三、结膜

为一层菲薄、光滑、透明的粘膜组织。按所在部位分为三部分：衬附于眼睑内面的称睑结膜；覆盖在眼球前面巩膜表面的称球结膜。球结膜和睑结膜之间的移行部称穹窿部结膜，这三部分结膜所形成的囊状空隙，称为结膜囊。

第二章 眼的检查

为了作好各项护理操作，正确地观察和记录病情变化，护理人员掌握常用检查法是十分必要的。

第一节 视功能检查

视功能检查包括视力、视野、色觉等方面的检查。检查多为主观检查，事先必须做好解释，取得受检者的理解、信任和配合，方能获得准确的结果。

一、视力检查

视力是眼分辨最小物像的能力，分远视力及近视力。视力检查的目的是检测黄斑区的视功能，对临床眼疾诊断和保健工作都有重要意义，尤其是远、近视力检查的配合，有助于屈光不正的诊断。

四、眼外肌

每眼附有六条眼外肌，包括内、外、上下四条直肌和上、下斜肌。眼外肌的功能为司眼球运动。

五、眼眶

眼眶是略呈四边形的锥形骨腔，成人眼眶深约4—5cm。在距眶缘4cm处，相当于视神经和外直肌之间，有一睫状神经节，临床上常用的球后麻醉，就是注射麻药于此神经节附近。

复习思考题

1. 眼球由哪几部分组成？其生理功能如何？
2. 眼的附属器包括哪几部分？
3. 试述房水的循环途径。

(岳福平)

(一) 远视力检查 通常用“E”字形视力表，如过去用的国际标准视力表，采用小数记录法，因该表在设计方面存在一些缺点，故目前临床上采用我国学者缪天荣设计的对数视力表，此表由14行大小不同、方向各异的“E”字视标所组成（其旁标有4.0—5.3的标号），能正确表达视力及其增减幅度，解决了视力统计问题，采用5分记录法：0分等于无光感，1分等于光感，2分等于手动，3分等于指数，4分以上用视力表测得视力，5分表示正常视力。

视力表的设置与要求：视力表宜挂在光线充足的地方，最好用视力表灯；高度要适

当, 表上5.0行的高度与被检眼同高; 检查距离为5m (或在视力表对面2.5m处放一平面反光镜, 受检者坐在视力表下, 通过反光镜看视力表), 在该距离的地面上, 每隔1m应有明显的标记, 以便准确测量视力。其操作方法详见实习指导。

(二) 近视力检查 用近视力表来检查眼在使用调节时的视力 (如看书报、作针线或其它近距离工作时的视力) 和调节功能。

二、视野检查

眼向正前方注视不动时, 所见到的空间范围称视野, 或称周围视力。视野检查的目的是检测黄斑区以外的视功能, 对眼底疾病、视路疾病及青光眼的早期诊断有重要意义。视野分周边视野和中心视野。

(一) 周边视野检查 采用弧形视野计检查, 用以检查周边视野的范围及有无偏盲和缺损。视野计结构包括: 颞架、中心固视点、弧弓 (其上有从中心 0° 到两端各 90° 的刻度)。视标有白、兰、红、绿色, 直径为1—10mm, 一般常用的为3—5mm的白色视标。

采用灯光照明的弧形视野计, 在暗室检查; 采用自然光照明的视野计应在明室进行检查, 其凹面朝向光源。检查方法详见实习指导。

另外还有光投射视野计检查, 是以光点做视标, 通过一个转盘带动装置, 使光视标移动。还有四个拨盘以供选择视标大小、颜色及明亮度。弧弓后面有一记录盘, 视标到某一部位, 盘上指针也到相应部位, 打孔记录下来。还可用更新型的Goldmann视野计进行检查。

(二) 中心视野检查 (暗点检查) 采用平面视野计检查, 用以检查注视点 30° 以内的视野。这部分视野比较重要, 因为这一部

分相应的视网膜敏感度较高, 故很多病理视野改变常出现于这个范围。平面视野计结构为 $1m^2$ 黑色屏, 中心画有白色固视点, 屏正面或背面绘有弧线、经线及生理盲点。生理盲点位于注视眼的颞侧 (15° — 20° 之间), 呈椭圆形, 因视乳头无光感受细胞, 因而在视野检查中该区为盲点。除生理盲点外, 其他部位出现任何暗点, 都是病理性暗点。其检查方法详见实习指导。

三、色觉检查

正常眼具有辨别颜色的能力, 叫做色觉。色觉检查的目的, 是检测眼睛分辨颜色的功能 (如正常、色盲或色弱), 对职业的选择和生活方面有重要意义, 故已成为体检的常规项目。

色觉检查必须在自然光充足的地方进行。常用假同色表 (利用色调鲜明度相同而颜色不同的圆点组成数字或图案, 即假同色表), 如俞自萍色盲检查本 (检查方法详见实习指导)。正常人很容易认出, 而色觉障碍者则难以读出。不能分辨颜色者称色盲, 分辨缓慢者称色弱。先天性色觉障碍具有遗传性, 男多于女。

另外还有彩色线团挑选法。

第二节 眼的一般检查

眼球及其附属器结构精细, 功能也较复杂, 因此检查操作要轻巧、细致, 应按顺序检查, 先右后左, 如一眼有炎症时, 则先检查健眼, 以防传染。检查前后应洗手。

一、外眼检查

外眼检查宜在自然光线下, 让病人对光而坐, 或以手电筒为光源进行斜照检查。有条件时还可以用裂隙灯显微镜作精密的检查。

(一) 检查部位及检查内容

检查部位	检查内容
眼睑	有无红肿, 睑缘有无糜烂、内外翻、倒睫等, 眼睑运动有无障碍
泪道	有无泪溢, 泪点位置大小及有无闭塞, 泪囊部有无红肿、压痛, 挤压泪囊有无分泌物自泪点溢出
结膜	球结膜有无充血、出血及水肿; 睑结膜有无血管模糊, 乳头、滤泡及疤痕
巩膜	有无黄染、结节、充血
角膜	是否透明、光滑, 有无溃疡、新生血管及异物
前房	深浅, 房水有无混浊、积血及积脓
虹膜	纹理, 有无前后粘连及萎缩
瞳孔	大小、形状、对光反应, 两侧是否对称
晶体	有无混浊、移位
眼球	突出、斜视、震颤

(二) 小儿检查 小儿常不易检查, 因很难使其安静不动, 故采用双人协同固定法: 护士与医生对坐, 将小儿仰卧在护士大腿上, 使小儿两腿分开, 用双肘夹住小儿双腿, 两前臂压住其上肢, 两手按住小儿两肩, 医生用双膝固定小儿头部, 防止乱动, 医生用眼睑拉钩轻轻拉开上下眼睑进行检查。

如给小儿作眼部治疗时, 亦可采用此体位。

二、眼底检查

用检眼镜在暗室检查眼内部组织, 如玻璃体、视网膜、视神经乳头等部有无病变, 称为眼底检查。

第三节 眼科其它检查

一、眼压测量

是用器械或手指加压眼球壁以诊断眼球张力的一种方法, 包括指触法及眼压计测量法。

(一) 指触法 简便易行, 可不受条件限制, 但不能测出眼压数据。

(二) 眼压计测量法 一般常用的眼压计有两种, 一种为压陷式眼压计, 是目前临床上应用最广泛的修(Schiötz)氏眼压计; 另一种为压平式眼压计, 如马克拉可夫(Maklakov)氏眼压计、哥德曼(Goldmann)氏眼压计。其测量方法详见实习指导。

二、其他检查

有眼压描记、眼底荧光素血管造影、眼底照像、视网膜电图、超声波及CT检查等。

复习思考题

1. 试述视功能检查的目的意义有哪些。
2. 怎样检查视力及色觉? 有哪些注意事项?
3. 试述小儿检查时的体位如何。

(张举玲)

第三章 眼科常见疾病及护理

第一节 眼睑疾病

一、麦粒肿

麦粒肿是眼睑腺的急性化脓性炎症，由葡萄球菌感染所引起。根据病变部位的不同，分内、外麦粒肿：发生在睫毛毛囊的皮脂腺炎症者称外麦粒肿；发生在睑板腺的炎症者称内麦粒肿。

【临床表现】

外麦粒肿 相当于一般皮肤的疖肿，起病时眼睑局部有红肿、疼痛，扪之有硬结及压痛。数日后脓肿成熟，此时红肿局限，眼睑皮肤上出现黄白色脓点，指测有波动感。脓肿溃破排出脓液后，疼痛立即缓解，红肿亦逐渐消退。

内麦粒肿 由于炎症位于睑板内，故眼睑红肿不如外麦粒肿显著，而局部疼痛较剧烈。睑结膜面充血，脓肿成熟时，睑结膜面出现黄白色脓点，脓肿自结膜溃破后，排出脓液，症状消除。

【治疗及护理】

1. 早期可行热敷或理疗，促进炎症消散。局部涂抗生素眼膏，症状重者适当用抗生素。

2. 脓肿成熟时应切开排脓：外麦粒肿在眼睑皮肤面，切口与睑缘平行，以避免切断眼轮匝肌；内麦粒肿在睑结膜面，切口与睑缘垂直，以防切断睑板腺。脓肿切开后，清除脓液，结膜囊涂抗生素眼膏。

3. 切开排脓操作中切忌用力挤压排脓，以免造成炎症扩散。禁止早切开

此病经合理治疗，愈后一般不会出现瘢痕畸形，可向病人解释病情发展过程，以减轻病人的焦虑。

二、霰粒肿

霰粒肿又称睑板腺囊肿。是由于睑板腺排出管阻塞，分泌物滞留，刺激管壁引起肉芽增生，而引起囊肿。

【临床表现】

症状 病程进展缓慢，常无自觉症状。好发于上睑，常为病人偶然发现。

检查 眼睑皮下可触到一圆形硬结，表面光滑，边界清楚，无压痛，与皮肤无粘连。硬结相应睑结膜面充血或呈紫红色。少数可自结膜面穿破，形成一肉芽组织突起。

【治疗及护理】

1. 霰粒肿小者采用热敷或按摩，有时可自行消散。较大的霰粒肿或穿破形成肉芽者，行切开刮除术。

2. 老年人患本病，必须考虑是否为睑板腺癌，必要时可作活体组织检查，确诊后再行彻底治疗。

三、睑内翻与倒睫

睑内翻是指睑缘向眼球方向翻转，以致睫毛倒向眼球。倒睫是指个别或部分睫毛内倒，触及眼球，而睑缘位置正常。内翻与倒睫可同时存在。

上睑内翻多因睑结膜瘢痕性收缩引起；下睑内翻由于眼轮匝肌痉挛性收缩所致；婴幼儿常因先天性因素使其下睑内翻。

【临床表现】

由于睫毛内倒刺激结膜和角膜，可引起异物感、疼痛、畏光流泪等症状。结膜充血、角膜上皮可脱落，如继发感染还可形成角膜溃疡，严重影响视力。

【治疗及护理】

1. 少许倒睫者可行电解法去除倒睫。数

目多者按内翻手术治疗。

2. 瘢痕性睑内翻应及早施行内翻矫正术。先天性睑内翻, 轻度者多随年龄增长而自愈, 不必急于手术; 重度者需行手术治疗。

3. 沙眼是引起瘢痕性睑内翻的常见原因, 因而积极防治沙眼可减少本病的发生。已发生者应劝其及时治疗, 以防止角膜损伤而造成失明。

第二节 慢性泪囊炎

慢性泪囊炎是泪囊粘膜的慢性卡他性或化脓性炎症。多由于沙眼或慢性鼻腔炎症累及鼻泪管, 使鼻泪管阻塞, 泪液长期滞留在泪囊内, 细菌繁殖, 泪囊粘膜继发感染而发病。常见的细菌是肺炎双球菌和葡萄球菌。

【临床表现】
症状 经常流泪、内眦部结膜充血。
检查 用手指压泪囊区有粘液或脓性分泌物从泪点流出。

慢性泪囊炎急性发作时称为急性泪囊炎。此时, 泪囊部红肿、疼痛, 可扩延至眼睑及鼻根部。急性炎症可形成脓肿, 脓肿成熟后往往自行溃破, 可形成泪囊痿管。

【治疗及护理】

1. 滴药 早期用手指挤出脓液, 再滴抗生素眼药水。此法可指导病人经常自行处理。

2. 泪囊冲洗及探通 用抗生素溶液冲洗泪囊或探通鼻泪管阻塞部。

3. 手术 可采用泪囊鼻腔吻合术或泪囊摘除术。

4. 急性泪囊炎 早期局部热敷或涂鱼肝脂软膏, 全身用抗生素。脓肿成熟后可切开引流, 急性炎症消退后行手术治疗。

5. 慢性泪囊炎经常有细菌和分泌物逆流入结膜囊, 对眼球是一种潜在性威胁, 当角膜外伤时, 容易引起感染, 因此要积极治疗; 内眼手术容易造成继发性感染, 因此,

术前要常规检查有无慢性泪囊炎的存在。

复习思考题

1. 麦粒肿与霰粒肿有何临床特点? 如何治疗?

2. 内翻倒睫有什么危害? 如何治疗?

3. 为什么说慢性泪囊炎对眼球是种潜在性的威胁?

第三节 结膜疾病

一、沙眼

沙眼是一种常见的慢性传染性结膜炎, 由沙眼衣原体感染所引起。此种衣原体在70℃以上的高温下或用70%酒精处理时, 很快被杀灭。但紫外线、肥皂溶液对它无杀灭作用。沙眼通过被病眼分泌物污染的水或洗脸用具等媒介传染, 也可通过污染的手造成交叉感染。

沙眼常为双眼患病, 病程缓慢, 可延续数年以至数十年, 后期常因并发症和后遗症而影响视力。

【临床表现】

症状 轻度沙眼多无自觉症状, 只有体检时才发现。较重的常有眼痒、异物感、畏光流泪等症状。

检查

1. 活动性病变 睑结膜充血、混浊, 血管模糊, 并有乳头肥大, 滤泡增生。乳头肥大外观为无数密集的小红色颗粒, 呈红绒状。滤泡为粟米样黄白色隆起的小泡, 大小不一, 排列不整齐。由于乳头和滤泡并存, 结膜面呈现粗糙不平的沙粒状。

2. 退行性病变 睑结膜面有瘢痕形成。初期瘢痕成白色条状、网状或小片状, 其间残留有乳头或滤泡; 晚期瘢痕可使整个睑结膜变成灰白色平滑组织。

3. 角膜血管翳 是新生的毛细血管侵入角膜浅层组织内。

△ 我国将沙眼分三期

I 期 上穹窿部和上睑结膜有活动性病变。

II 期 有活动性病变，同时出现瘢痕。

III 期 仅有瘢痕而无活动性病变。

根据活动性病变占上睑结膜总面积的多少，分轻(+)、中(++)、重(+++)三级。占1/3以下者为(+)、占1/3—2/3者为(++)、占2/3以上者为(+++)。

沙眼由于睑结膜疤痕收缩，形成睑内翻倒睫，沙眼衣原体侵犯角膜可引起沙眼性角膜炎等。这对角膜损害很大，可严重影响视力。

【治疗及护理】

1. 局部用药 10—30%磺胺醋酰钠、0.25%氯霉素、0.1%利福平等眼药水，每日滴3—6次；四环素、金霉素眼膏等，每晚一次，需坚持用药1—3月。

2. 手术治疗 滤泡增生明显者可用滤泡压榨术，俗称刮沙眼。乳头肥大明显者可用海螵蛸棒（乌贼骨制成），摩擦睑结膜病变处。同时配合局部用药治疗。

3. 积极宣传沙眼的危害及防治知识，注意个人卫生。治疗中注意消毒工作，防止交叉感染。

二、急性结膜炎

急性结膜炎俗称“红眼病”，是由细菌或病毒所引起。本病为接触传染，且传染性强。常易在学校、幼儿园等集体生活场所流行。

【临床表现】

症状 起病急，双眼先后或同时发病，自觉有眼痒和异物感、灼热感。严重时畏光、流泪等症状。一般无视力障碍。由细菌引起者，有大量粘液性或脓性分泌物，早晨起来上下睫毛可被分泌物粘着，不易睁眼。由病毒引起者分泌物亦可为水样。

检查 眼睑肿胀，结膜充血，以穹窿部和睑结膜明显，球结膜水肿。有时可见结膜下有点状或片状出血。儿童患病在睑结膜表面尚可见到乳白色假膜，此膜容易被擦去。

由病毒引起者，在结膜炎症消退后，角膜浅层可出现点状浸润。

一般发病3—4d病情即达高潮，随后逐日减轻，10—14d常症状消退而愈。

【治疗及护理】

1. 洗眼 用生理盐水或3%硼酸溶液等冲洗结膜囊，以清除分泌物，保持结膜囊清洁。

2. 局部用药 氯霉素、利福平、磺胺醋酰钠等眼药水交替滴眼，每半小时或1小时一次。病毒感染者，同时滴疱疹净、吗林双嘧等抗病毒眼药水。临睡前涂抗生素眼膏一次。

3. 禁忌包眼与热敷 因包眼会妨碍分泌物排出，同时增加结膜囊温度，有利于细菌繁殖，使炎症加重。

由于本病传染性强，故应重视预防，集体单位发现本病应予隔离治疗。病人用过的洗脸用具、毛巾、枕巾等要进行煮沸消毒。医务人员在诊疗过程中，要做好消毒工作，以防止交叉感染。

复习思考题

1. 沙眼有什么危害？应如何预防？
2. 急性结膜炎有哪些临床表现？如何治疗？

第四节 角膜疾病

一、化脓性角膜溃疡

化脓性角膜溃疡是角膜炎中最常见的一种类型，常为角膜外伤后局部继发性感染所致。根据致病菌不同分为：

1. 匍行性角膜溃疡 由肺炎双球菌、葡萄球菌感染引起，患有慢性泪囊炎者、角膜外伤者容易发生本病。

2. 绿脓杆菌性角膜溃疡 见于角膜外伤或角膜异物剔除术后受绿脓杆菌感染所造成。

3. 真菌性角膜溃疡 常见于农忙季节中因谷粒、麦芒等擦伤角膜，受真菌感染所

致。

由细菌引起的角膜溃疡，起病急、病变发生迅速而又严重，特别是绿脓杆菌性角膜溃疡，病势凶猛，对角膜组织损害很大，常在短时间内毁坏整个角膜而造成失明。真菌性角膜溃疡，起病缓，发展慢，病程长，常有复发，对角膜损害亦大。因此，我们应十分重视对化脓性角膜溃疡的防治工作。

【临床表现】

症状 有显著的畏光、流泪、眼痛、眼睑痉挛等刺激症状。视力下降。

检查

① 眼睑水肿，球结膜水肿、混合充血。

② 角膜浸润及溃疡 病变初期在角膜损伤区形成局限性灰白色混浊即角膜浸润。随着病变发展，浸润组织坏死、脱落形成溃疡。由球菌引起的溃疡，表面有灰黄色脓性分泌物附着，溃疡常向四周及深层匍行性进展。绿脓杆菌所致者，溃疡呈环形，表面附有黄绿色分泌物，溃疡迅速向纵深发展而造成角膜穿孔。真菌性角膜溃疡形状不规则，表面干燥呈“舌苔”状隆起。

3. 前房积脓 由于虹膜炎反应而产生大量渗出物，沉积于前房下方。

化脓性角膜溃疡如经积极治疗、炎症浸润吸收，溃疡的组织缺损由结缔组织修复而治愈，形成瘢痕性角膜混浊即角膜翳，从而影响视力。如延误治疗，溃疡将继续向四周及深层发展，造成角膜穿孔，虹膜脱出，愈后形成粘连性角膜白斑。若此时房水循环障碍使眼压增高，可发生继发性青光眼及角膜葡萄肿。若穿孔处未完全封闭，则发生角膜瘘，有时发生眼内组织感染，最后导致眼球萎缩而失明。

【治疗要点】

1. 抗感染 迅速选用有效药物控制感染：匍行性角膜溃疡可选用青霉素、链霉素或庆大霉素；绿脓杆菌性角膜溃疡选用多粘菌素B、氯霉素、庆大霉素。给药方法可用眼药水滴眼，球结膜下注射或全身用药。真

菌性角膜溃疡用二性霉素、金褐霉素、磺胺醋酸钠眼药水滴眼。

2. 散瞳 滴用1%阿托品充分扩大瞳孔。

3. 口服多种维生素。

二、单疱病毒性角膜炎

本病由单纯疱疹病毒引起，多数患者原有本病毒的感染，但呈潜伏状态而不发病。当感冒或发烧，身体抵抗力减弱时则发病。本病发展慢，病程长，愈后易于复发。

【临床表现】

症状 有畏光、流泪、眼酸痛、视力减退。

检查 睫状充血，病初在角膜表面出现多个针尖大小的小泡，排列成串。小泡溃破后形成灰白色点状浸润，不久融合成树枝状溃疡，故又称树枝状角膜炎。如病变进一步向四周扩展，互相融合则呈地图状。另一表现为炎症侵犯角膜深层，在基质层内出现浸润，多位于角膜中央部，呈灰白色圆盘状混浊。

【治疗要点】

1. 抗病毒药物 疱疹净、病毒灵、环胞苷等眼药水滴眼。

2. 滴用抗生素眼药水防止混合感染。

3. 有虹膜刺激症状者，用阿托品散瞳。

角膜病护理

【护理问题】

1. 舒适的改变 畏光、流泪、疼痛及视力减退

2. 有角膜穿孔的可能

3. 有交叉感染的可能

【护理目标】

1. 减轻刺激症状，使病人感到舒适

2. 预防角膜穿孔

3. 杜绝交叉感染

【护理措施】

(一) 对症护理