



医药卫生类专业“互联网+”精品教材

五官科护理学

五官科护理学

WUGUANKE HULIXUE

总主编 黄惟清

主 编 肖跃群

总主编 黄惟清
主 编 肖跃群

北京出版集团公司
北京出版社

北京出版集团公司
北京出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

五官科护理学 / 肖跃群主编. -- 北京: 北京出版社, 2011.6 (2020 重印)
ISBN 978-7-200-08821-2

I. ①五… II. ①肖… III. ①五官科学: 护理学—中等专业学校—教材 IV. ① R473.76

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 115712 号

五官科护理学

WUGUANKE HULIXUE

主 编: 肖跃群
出 版: 北京出版集团公司
北 京 出 版 社
地 址: 北京北三环中路 6 号
邮 编: 100120
网 址: www.bph.com.cn
总发行: 北京出版集团公司
经 销: 新华书店
印 刷: 定州市新华印刷有限公司
版 次: 2011 年 6 月第 1 版 2018 年 3 月修订 2020 年 10 月第 7 次印刷
开 本: 787 毫米 × 1092 毫米 1/16
印 张: 12.5
字 数: 252 千字
书 号: ISBN 978-7-200-08821-2
定 价: 29.80 元

质量监督电话: 010-82685218 010-58572750 010-58572393

目 录

第一章 眼的应用解剖生理	1
第一节 眼球	1
第二节 视路	5
第三节 眼附属器	6
第二章 眼科患者的护理概述	10
第一节 眼科患者的护理评估与常用护理诊断	10
第二节 眼科常用检查	13
第三节 眼科常用护理操作技术	19
第四节 眼科护理管理	21
第五节 防盲治盲	23
第三章 眼科患者的护理	26
第一节 眼睑及泪器患者的护理	26
第二节 结膜病患者的护理	31
第三节 角膜病患者的护理	38
第四节 白内障患者的护理	43
第五节 青光眼患者的护理	48
第六节 葡萄膜、视网膜疾病患者的护理	55
第七节 屈光不正及眼外肌疾病患者的护理	60
第八节 眼外伤患者的护理	69
第四章 耳鼻咽喉的应用解剖生理	78
第一节 耳的应用解剖生理	78
第二节 鼻的应用解剖生理	82
第三节 咽的应用解剖生理	84
第四节 喉的应用解剖生理	86
第五章 耳鼻咽喉科患者的护理概述	90
第一节 耳鼻咽喉科患者的护理评估与常用护理诊断	90
第二节 耳鼻咽喉科常用检查	94

第三节	耳鼻咽喉科常用护理操作技术	99
第四节	耳鼻咽喉科护理管理	103
第五节	耳鼻咽喉卫生保健	105
第六章	耳鼻咽喉科患者的护理	109
第一节	耳科患者的护理	109
第二节	鼻科患者的护理	120
第三节	咽科患者的护理	130
第四节	喉科患者的护理	137
第五节	气管及食管异物患者的护理	145
第七章	口腔颌面部的应用解剖与生理	150
第一节	口腔的应用解剖与生理	150
第二节	颌面部的应用解剖与生理	152
第三节	牙及牙周的应用解剖与生理	155
第八章	口腔科患者的护理概述	159
第一节	口腔科患者的护理评估与常用护理诊断	159
第二节	口腔科患者常用检查	161
第三节	口腔科护理管理	164
第四节	口腔四手操作技术	166
第五节	口腔卫生保健	167
第九章	口腔科患者的护理	171
第一节	龋病患者的护理	171
第二节	急性牙髓炎患者的护理	175
第三节	根尖周炎患者的护理	178
第四节	牙周病患者的护理	180
第五节	冠周炎患者的护理	182
第六节	复发性阿弗他溃疡患者的护理	184
参考答案		187
参考文献		189



第二章

眼科患者的护理概述

学习目标

1. 掌握视功能检查、眼科常用护理技术操作的目的、步骤和注意事项。能熟练进行视功能检查、滴眼药水、涂眼药膏、结膜囊冲洗等操作。
2. 熟悉眼科患者的护理评估与常用护理诊断及主要致盲眼病的防治，能指导患者进行眼保健和疾病康复。
3. 了解眼科患者护理病史、眼科门诊及病房的各种护理常规、手术前后护理。

眼科患者的护理评估需从整体出发，包括过去的健康状况，与眼病发生密切相关的因素，目前出现的主要症状及其心理、社会反应。通过眼科常用检查方法了解患者的体征，以便做出护理诊断，通过有效的护理措施解决患者的健康问题。

第一节 眼科患者的护理评估与常用护理诊断

一、护理病史

通过收集患者目前和既往的健康状况及工作、生活环境等资料，评估眼科疾病的影响因素。

1. 主诉

患者就诊的最主要原因，包括症状、体征及持续时间，应注明眼别。

2. 现病史

现病史包括此次发病的诱因与时间、主要症状的性质、病情经过、已做过的检查和治疗及其效果等。

3. 既往史

既往有无类似病史，包括既往眼病史及其与全身疾病的关系、外伤史、手术史、戴镜史、传染病史和药物过敏史等。

4. 家族遗传史

家族成员中无类似患者，父母是否为近亲结婚等。

5. 个人史

记录可能与眼病相关的特殊嗜好、生活习惯与周围环境等。

二、症状与体征

1. 视功能障碍

视功能（尤其是视力）的改变反映眼部病情的变化，反映治疗护理的效果，为最重要的评估项目。①视力下降：突然视力障碍无眼痛，常见于视网膜中央动、静脉栓塞、视网膜脱离、眼底出血等；突然视力障碍伴眼痛，见于急性闭角型青光眼、角膜炎、虹膜睫状体炎等；逐渐视力下降无眼痛，见于白内障、屈光不正、开角型青光眼等；视力下降而眼部检查（包括眼底检查）正常，可见于球后视神经炎、弱视、癔症等。②视野缺损：见于眼底病、青光眼、视路及视中枢病变等。③夜盲：见于维生素 A 缺乏、视网膜色素变性等。④色盲：先天性者多属性染色体隐性遗传，男性较多；后天性者见于视网膜、视神经疾病等。

2. 眼痛

了解疼痛的性质、部位、程度和伴随情况。角膜炎、青光眼、急性虹膜睫状体炎等眼痛明显；阅读后轻度眼胀痛，伴头痛、恶心等，应考虑屈光不正或老视等引起的视力疲劳；眼部异物感、刺痛则见于急性结膜炎等。

3. 感知异常

结膜炎常有眼痒、干涩、灼热、异物感等；视网膜病变除视力下降外，可出现视物变形、变大变小、变色、夜盲等；斜视、外伤、晶状体病变等可引起复视。

4. 流泪和泪溢

泪液分泌增多而溢出眼睑外，称为流泪，见于情感因素、异物、外伤、眼前部组织炎症等；泪液分泌正常而排出受阻溢出眼睑外，称为泪溢，见于各种类型的泪道狭窄或阻塞等。

5. 眼部充血

眼部充血分为结膜充血、睫状充血和混合充血（表 2-1）3 种类型。若结膜充血和睫状充血同时存在，则称为混合充血，其临床意义同睫状充血，但病情更为严重。

表 2-1 结膜充血与睫状充血的鉴别

	结膜充血	睫状充血
血管来源	结膜血管	睫状前血管
颜色	鲜红	暗红
部位	越靠近穹隆部充血越明显	越靠近角膜缘充血越明显
形态	分支、网状	放射状
移动性	推动球结膜血管可随之移动	推动球结膜血管不随之移动
常见疾病	结膜炎	角膜炎、虹膜睫状体炎、青光眼等

6. 眼部分泌物

了解其性状和量的多少。黏液性或脓性分泌物多见于急性细菌性结膜炎；浆液性分

分泌物多见于病毒性结膜炎；呈黏稠丝状的分泌物多见于过敏性结膜炎。

7. 眼压异常

用指压法或眼压计测量。眼压升高常见于青光眼患者，而眼压降低则可见于眼球穿通伤及视网膜脱离等。

8. 角膜混浊

角膜混浊可见于角膜水肿、炎症和瘢痕。角膜水肿多发生于眼压急剧升高时，可见角膜呈雾状混浊。炎症性混浊包括角膜浸润和角膜溃疡。角膜瘢痕性混浊按厚薄程度可分为云翳、斑翳和白斑。

其他常见的体征还包括眼睑肿胀、眼球突出、前房变浅、晶状体混浊、玻璃体积血、视网膜脱离等。

三、心理、社会状况

眼是人体最重要的感觉器官之一。眼病患者症状体征突出，对工作、学习和生活影响极大，低视力和盲目患者则可能失去生活自理能力，给个人、家庭、社会带来不幸和痛苦。因此，眼病患者易出现焦虑、失眠、悲观失望等心理失衡，也可表现为孤僻、多疑等性格异常。全社会能否增强助残意识，健全各种社会、医疗保险制度，加强导盲公共设施建设，以及家人、亲友能否提供关爱支持等，可直接影响视力障碍者的心理、康复及生活质量。改善工厂的作业环境及工人的劳动条件，加强对职业眼病的预防与监测，搞好眼部常见病、多发病的卫生宣教、群防群治等，则可预防或减少诸如传染性眼病、青光眼、近视眼、眼外伤等眼病的发生。患者一旦发病，也可得到及时、正确、有效的诊治，最大限度地保护社会人群的视力健康。

四、眼科患者常用护理诊断

1. 急性疼痛：眼痛 与外伤、手术感染和眼压升高有关。
2. 感知紊乱（视觉） 与视功能障碍有关。
3. 舒适改变：畏光、流泪、干燥、痒、异物感、视疲劳等 与炎症、异物、泪道阻塞、屈光不正等有关。
4. 自理缺陷：进食、沐浴、卫生、如厕等 与视力下降、术后双眼包盖、年老体弱或年幼等有关。
5. 组织完整性受损 由眼外伤引起。
6. 有感染的危险 与不良卫生习惯、术后预防感染措施不当或机体抵抗力下降等有关。
7. 潜在并发症：创口裂开、出血 与术后并发症、术后活动不当有关。
8. 知识缺乏 缺乏特定的有关眼病的各种知识。
9. 焦虑 与知识缺乏、担心预后、经济负担等有关。
10. 恐惧 与不了解病情、视力下降、不适应住院环境等有关。

第二节 眼科常用检查

一、视功能检查

视功能检查包括形觉（视力和视野）、色觉和光觉三个方面。

（一）视力检查法

视力即视敏度，也称为中心视力，是眼辨别最小物象的能力，反映视网膜黄斑部中心凹的视功能。视力检查分为远视力检查和近视力检查，后者为阅读视力，主要反映眼的调节功能，远近视力结合检查可初步判断眼的屈光状态。世界卫生组织（WHO）规定，患者的双眼矫正视力均低于0.3为低视力，有读写困难，矫正视力低于0.05为盲。

1. 远视力检查

远视力检查常用国际标准视力表或对数视力表。视力表的高度以1.0行视标与受检眼同高为宜，充足的自然光线或人工照明，检查距离为5m或在被检者眼前2.5m处置一平面反光镜。检查前向被检者说明方法、要求，一般按先右后左、从上到下的顺序仔细检查。另一只眼用遮眼板或手掌遮盖，但勿压迫眼球。嘱被检者说出或用手势指出E字母缺口方向。如被检者能辨认“0.6”行，则记录视力为“0.6”；如对“0.6”行视标有3个能辨认，2个不能辨认，则记录为 0.6^{-2} 或 0.5^{+3} ，以此类推。1.0以上即为正常视力。戴镜者应记录裸眼视力及镜片的屈光度和矫正视力。

若被检者在5m处不能辨认0.1行视标，可让其逐步向视力表走近至看清0.1行视标为止，并按以下公式计算视力：

$$\text{视力} = 0.1 \times \text{被检查者所在距离 (m)} / 5\text{m}$$

如被检者距离3m处认出“0.1”行视标，则视力 $=0.1 \times 3 / 5 = 0.06$ 或按被检者距离(m) $\times 0.02$ 计算。

如被检者在1m仍处看不清“0.1”行视标，则检查指数，检查距离从1m开始，逐渐移近，记录能辨清指数的距离，如指数/30cm。如不能辨认指数，在被检者眼前摆动检查者的手，并记录能辨清手动的距离，如手动/20cm。对于不能辨认眼前手动者，应在暗室检查光感和光定位，另一只眼严密遮盖，以烛光或手电光自5m开始让被检者辨认，并记录看到光亮的距离，如5m光感。对有光感者还应检查光定位，将点状光源置于距离被检眼（固视前方不动）1m处，在9个方位检查对光源的分辨力。以“+”“-”表示光定位的“阳性”“阴性”。如眼前不能辨认光感，即为无光感。

重点提示

远视力检查是每个眼科患者必须首先进行的检查项目。

2. 近视力检查

常用标准近视力表或对数视力表。检查距离一般为30cm，方法及注意事项与远视力检查基本相同，但可以调整距离。近视力记录时应同时记录视力和距离，如1.0/20cm、

1.0/40cm 等。

(二) 视野检查法

视野是指眼向前方固视时所见的空间范围，反映周边部视网膜的功能。距注视点 30° 以内的范围称为中心视野， 30° 以外的范围称为周边视野。视野对人的工作及生活有很大影响，视野狭小者不能从事驾驶或活动范围较大的工作。WHO 规定，视野小于 10° 者，即使视力正常也属于盲。视野检查在眼底病、视路疾病及青光眼等诊断中具有重要意义。

1. 周边视野检查

用弧形视野计检查，了解视野范围大小，有无偏盲、缺损等。

(1) 对比法：简单易行，可以大致估计被检查者的视野有无异常。方法为检查者与检查者相对而坐，距离约 1m，检查一眼时另一眼遮盖。如检查右眼时，被检查者右眼与检查者左眼相对注视，检查者将手指置于两者之间分别从各方向向中央移动，如被检查者与检查者在各方向同时看到手指，即视野大致正常。

(2) 光投射弧形视野计检查法（图 2-1）：受检者坐在视野计前，头颈固定在额颞架上，分别测试两眼，调整高度使被检眼注视视野计的中心注视点，用 3mm 或 5mm 直径大小的白色视标（必要时加用色视标），沿弧板周边向中心缓缓移动，看清视标后立即记录弧上刻度，每转 30° 查 1 次，最后用弧线连接各记录点，即为该眼的视野范围。绘制周边视野记录图，注明日期、眼别、视标的直径、颜色、签名等。正常视野范围用 3mm 白色视标检查为颞侧 90° ，下方 70° ，鼻侧 60° ，上方 55° 。蓝、红、绿色依此递减 10° 左右。

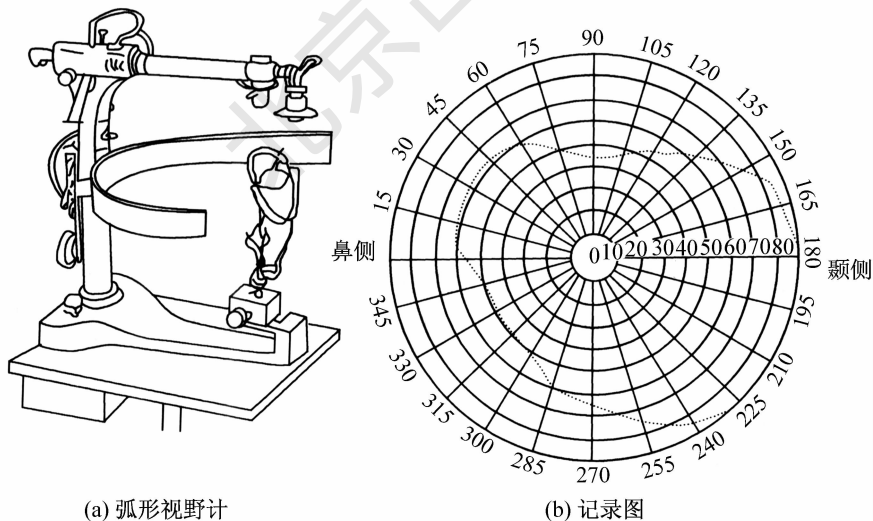


图 2-1 光投射弧形视野计及记录图

2. 中心视野检查

检查中心 30° 以内的视野。位于注视点颞侧 15.5° ，水平线之下约 1.5° ，有一呈垂直椭圆形的生理盲点，除此之外检查有无病理性暗点。方法是受检者坐在 $1\text{m} \times 1\text{m}$ 黑色呢绒制成的平面视野屏前 1m 处，先测生理盲点，再查各径线视野，发现异常改变，用大头针插在屏布上，最后绘制在中心视野图上（图 2-2）。

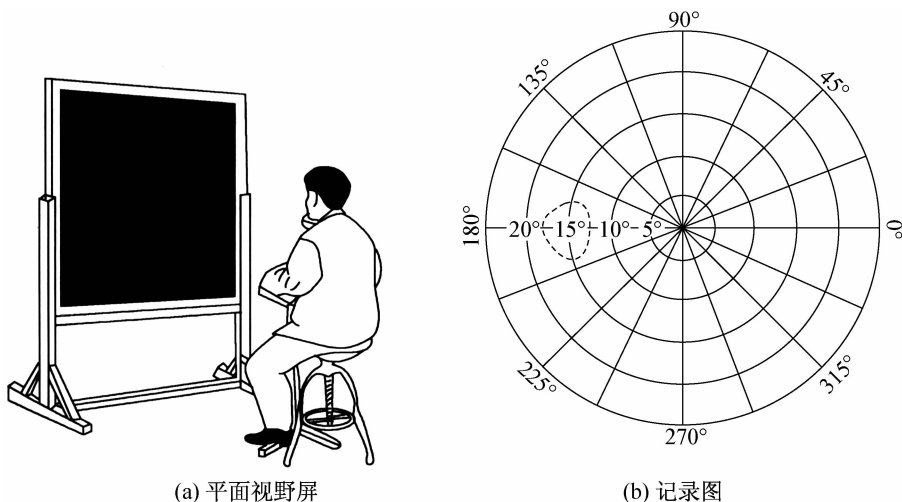


图 2-2 平面视野屏及记录图

链接

现代视野检查

现代视野检查日趋标准化、自动化，如电脑控制的静态定量视野计，而且可与其他视功能检查相结合，如蓝黄色的短波视野、运动觉视野、高通视野、频闪光栅刺激的倍频视野等。

(三) 色觉检查法

色觉为视网膜视锥细胞的功能之一。视锥细胞含有红、绿、蓝 3 种原色的感光色素，如感光色素缺乏，则出现色觉障碍。按其程度不同可分为色盲与色弱，以红、绿色盲为多，能够认出但辨认时间延长者为色弱。色盲多为先天性 X 连锁隐性遗传病，男性多见，获得性者多为视网膜或视神经等疾病所致。色觉障碍者不宜从事军事、交通、美术、医学、化学、计算机等工作。

色觉检查时将色盲本置于明亮的自然光线下，距离 50cm，双眼同时注视图表，让其在 5 秒内读出图中的数字或图案，对照检查图所附说明书来判断其色觉障碍的种类和程度，记录检查结果。

(四) 暗适应检查

当眼从强光下进入暗处时，起初一无所见，随后能逐渐看清暗处物体，并达到最佳状态的过程称为暗适应。暗适应检查最简单的方法是读夜光表上的时针，与检查者进行对比，如需更准确的测定，可选用暗适应计。其检查可对夜盲进行量化评价。

(五) 立体视觉检查

立体视觉也称深度视觉，是眼感知物体立体形状及不同物体相互远近关系的能力。立体视觉须以双眼单视为基础。许多职业要求具有良好的立体视觉，如驾驶员、精细加工、绘画雕塑等。

立体视觉检查可采用同视机，或 Titmus 立体视检查图、颜少明立体检查图谱等进行。

(六) 对比敏感度检查

视力检查反映了高对比度（黑白反差明显）时的分辨能力，而日常生活中物体间明暗对比并非如此强烈。对比敏感度检查根据灰度调制曲线的变化，制成不同宽窄、明暗

的条栅图作为检查表，以反映空间、明暗对比二维频率的形觉功能。

此外，临床上还常用各种电生理检查，如眼电图（EOG）、视网膜电图（ERG）、视觉诱发电位（VEP）等客观评价视功能。

二、眼各部检查

（一）眼附属器和眼前段检查

一般应按先右后左、由表及里的顺序进行，但遇特殊情况应灵活掌握。如有传染性眼病应按先健眼后患眼的顺序进行；眼球穿通伤，切忌压迫眼球、翻转眼睑。眼附属器和眼前段检查的顺序及要领如下。

1. 眼睑

观察有无红肿，皮下有无结节，注意两侧睑裂大小是否对称，眼睑运动是否正常，睑缘有无内、外翻及倒睫等。

2. 泪器

注意泪腺有无肿大，泪点有无外翻或闭塞，泪囊区有无红肿，挤压有无分泌物排出。必要时可行泪道冲洗以判断有无阻塞及阻塞的部位。

3. 结膜

球结膜有无充血、水肿、疱疹、出血、干燥、色素、异物、新生物等。睑结膜有无充血、乳头肥大、滤泡增生、瘢痕形成或睑球粘连等。

翻转眼睑法：检查下睑结膜及下穹隆部时，检查者用拇指或示指将下睑向下牵拉，同时嘱被检者向上看。翻转上睑时嘱受检者眼向下看，检查者以左手拇指及示指轻轻捏起上睑中央部皮肤，并轻轻向前下方牵拉使眼睑略离开眼球，示指向下轻压，拇指上推，并将上睑固定于眶上缘，上睑即可翻转。再用右手拇指或示指从下睑皮肤面轻轻推压眼球，上穹隆部即可暴露（图2-3）。

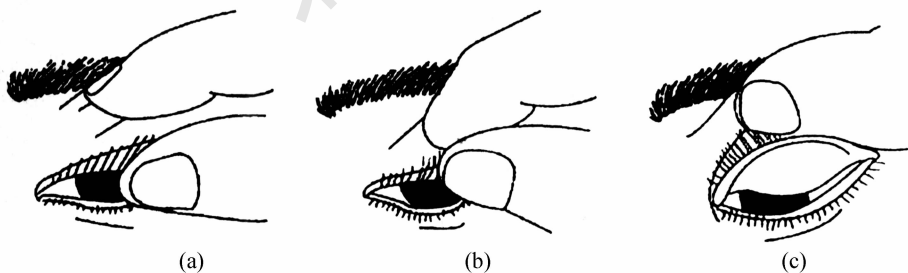


图2-3 上睑翻转法

4. 眼球位置及运动

观察眼球位置是否对称，有无突出、内陷、增大、变小、偏斜、震颤，向各方向转动是否正常等。

角膜映光法：是检查斜视的最简单的方法之一。方法是受检者双眼注视正前方33cm处的手电灯光，检查者从手电筒后端观察两眼角膜映光点的位置，正常者位于两眼角膜中央。若映光点落在患眼瞳孔缘，斜视 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ ；落在角膜缘，约 45° ；两者之间为 $25^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 。映光点偏鼻侧者为外斜视，偏颞侧者为内斜视。

5. 眼眶

观察两侧是否对称，触诊眶缘有无骨质缺损、肿物等。

6. 角膜

注意其大小、光泽、透明度、弯曲度和感觉。观察有无新生血管、异物、混浊（炎症或瘢痕）。

角膜荧光素染色法：角膜上皮有损伤或溃疡时，可被荧光素染色。方法是用消毒玻璃棒蘸少许1%荧光素钠液于结膜囊内，然后用生理盐水冲洗，角膜上皮缺损区被染成黄绿色。必须注意的是，荧光素钠溶液易受铜绿假单胞菌的污染，因此，必须定期消毒或更换。

角膜感觉检查法：将消毒棉签头部捻出一条纤维，用其尖端从被检眼外侧轻触角膜，正常者应立即瞬目，如反射迟钝或不发生则为感觉减退，可见于单纯疱疹病毒性角膜炎或三叉神经受损者。

7. 巩膜

观察有无充血、黄染、结节及压痛。

8. 前房

观察其深浅，房水有无混浊、积血或积脓等。

9. 虹膜

观察其纹理、颜色，有无新生血管、结节、萎缩、震颤，与角膜或晶状体有无粘连。

10. 瞳孔

观察大小、形状、位置，两侧是否对称，检查瞳孔直接光反射、间接光反射与集合反射等。

11. 晶状体

观察其有无混浊和脱位。

（二）眼底检查

通过直接或间接检眼镜可以检查眼后段。观察玻璃体有无混浊、积血；视盘大小、形状、颜色、边界和C/D比值；黄斑部及中心凹光反射情况；视网膜有无出血、渗出，动、静脉比例等。

（三）眼压检查

眼压测量是青光眼的重要诊断依据之一（图2-4）。正常眼压范围为10~21mmHg（1.33~2.79kPa）。

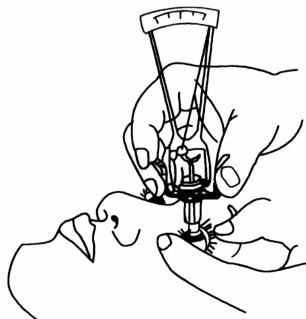


图2-4 眼压测量示意图

1. 指测法

嘱被检查者双眼向下看，检查者以两手示指尖置于上睑皮肤上，中指和无名指固定于额部，两示指交替轻按眼球，借指尖触知的硬度估计眼压的高低。双眼应进行对比测量。眼压正常者如鼻尖硬度，记录为 T_n ；眼压增高依次记录为 T_{+1} 、 T_{+2} 和 T_{+3} ；眼压降低者依次记录为 T_{-1} 、 T_{-2} 和 T_{-3} 。指测法简便粗略，在没有眼压计或眼部情况不允许时可用之。

2. 眼压计测量法

眼压计有压陷式、压平式和非接触式等多种仪器。压陷式眼压计目前我国仍较为常用。测量前先校准眼压计，用 75% 乙醇消毒眼压计足板待干，并向患者讲明测量目的及注意事项，使其能放松与配合。被检查者低枕仰卧，松开颈部纽扣，用 1% 丁卡因滴眼 2~3 次，表面麻醉后被检查者双眼睁开注视正上方一目标或自己的示指，使角膜保持水平正中位置。检查者用左手拇指、示指分开其上下眼睑并固定于上下眶缘，右手持眼压计柄，动作轻捷地将眼压计足板放于角膜中央，迅速读出指针刻度。如读数小于 3 应更换 7.5g 或 10g 砝码重复测量一次以资对照，两眼分别测量作为对比。对照换算表，查出眼压值。测量完毕，滴抗生素眼液，预防感染，并嘱其不要揉眼，以免损伤角膜上皮。记录方法用分数式表示，如砝码为 5.5g，刻度读数为 5，则记录为 $5.5/5 = 17.3\text{mmHg}$ (2.3kPa)。注意眼压计在角膜上停留时间不宜过长，连续测量不得超过 3 次。测毕用消毒干棉球擦干足板，放回盒中。

压平式眼压计有 Goldmann 压平眼压计和 Perkins 掌上型压平眼压计等。非接触式眼压计测量时不接触眼球，故不需表面麻醉和消毒，无交叉感染。

(四) 特殊检查

1. 裂隙灯活体显微镜检查

裂隙灯活体显微镜是眼科医师必不可少的检查设备。该设备需在暗室使用，主要用于检查眼前段，加上附件就可以检查前房角及眼后段，若加上激光凝固器还可用于各种眼科疾病的治疗。

2. 眼压描记检查

眼压描记检查法是测定房水的排出率和生成率的方法，对青光眼的诊断、治疗和研究有一定的价值。

3. 前房角镜检查

前房角镜检查是诊断青光眼的一种常规检查项目，主要检查房角的宽窄及其开放状态。此外，前房角镜还用于发现房角的病变、眼外伤、眼前段手术等。

4. 眼底荧光血管造影

根据荧光素进入眼底的速度及消失时间、视网膜血管有无荧光素渗漏、眼底有无异常的荧光素显影等，可用于某些眼底病的临床诊断和基础研究。

5. 眼科影像学检查

近年来发展很快，已成为眼科临床诊断的常用方法。如眼超声检查、电子计算机断层扫描 (CT)、磁共振成像 (MRI) 等。而眼科计算机图像分析则是现代眼科发展的重要标志，如角膜地形图、角膜内皮镜、角膜共焦显微镜、相干光断层成像 (OCT)、超声活体显微镜 (UBM)、激光扫描拓扑仪等，为眼科诊断及研究提供了更为先进和精密的检查方法。

第三节 眼科常用护理操作技术

一、滴眼药水法

1. 目的

检查或治疗眼部疾病，如滴入抗生素眼液、散瞳或缩瞳剂、表面麻醉剂等。

2. 物品准备

眼药水、滴管或滴瓶、消毒干棉球及棉签。

3. 方法

先查对（包括眼别），向患者解释滴眼药水的目的和方法，以取得合作。嘱患者取坐位或仰卧位，头稍后仰，眼睑放松勿紧张，眼球向上注视。操作者站在患者对面或头侧，用左手拇指或棉签轻轻向下拉开下眼睑，右手持眼药瓶或滴管，先挤掉 1~2 滴眼药水，再于距眼 1~2cm 处，将药水滴入下穹隆部 1~2 滴，然后轻提上睑并覆盖眼球，使药液均布于结膜囊内，若有溢出可用干棉球拭去，嘱患者轻轻闭眼 2~3 分钟（图 2-5）。

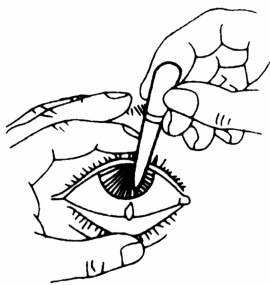


图 2-5 滴眼药水图

4. 注意事项

①严格查对，切忌滴错，尤其是散瞳药和缩瞳药，以免造成严重后果。②滴阿托品、毒扁豆碱等毒性较大的药物后，需压迫泪囊 2~3 分钟，以防吸收中毒。③操作时注意动作轻巧，勿压迫眼球，尤其是对眼外伤、角膜溃疡及术后的患者。④双眼用药时，一般先滴健眼后滴患眼。同时滴用数种药水时，应稍有间隔。滴混悬液（如可的松）时，应摇匀后使用。⑤滴管勿倒置，每次吸入的药液不可过多，滴药时避免接触睫毛或眼睑，以防污染。⑥眼药水应定期消毒、更换，尤其是丁卡因、荧光素等易被铜绿假单胞菌污染。

二、涂眼药膏法

1. 目的

眼药膏比眼药水在结膜囊内保留时间更长，作用更持久。涂眼药膏为一种常用的治疗眼病的给药方法。

2. 物品准备

眼药膏、消毒圆头玻璃棒、消毒干棉球、棉签等。

3. 方法

患者体位及暴露下穹隆部同滴眼药水法，操作者将管型眼药膏挤出一小段弃去，再直接将眼药膏由左向右挤入下穹隆部。或用玻璃棒蘸取绿豆大一团眼药膏，平行放入下穹隆部，嘱患者轻闭眼睑，然后转动玻璃棒从水平方向抽出。最后用棉签按摩眼睑片刻，使眼药膏在结膜囊内分布均匀。

4. 注意事项

①使用玻璃棒前应先检查其圆头是否光滑、完整，以免损伤角膜和结膜；②玻璃棒用后要消毒，以防交叉感染；③若同时使用眼药水和眼药膏，应先滴眼药水后涂眼药膏。

三、结膜下注射法

1. 目的

将药物注入球结膜下疏松组织内，可提高药物在眼内的浓度，延长其作用时间，常用于治疗眼前段疾病。

2. 物品准备

1~2ml 注射器、4~5 号针头、注射药物（常用的有抗生素、糖皮质激素、散瞳剂等）、1% 丁卡因、抗生素眼药水、消毒棉球、眼垫、棉签、胶布、治疗盘等。

3. 方法

严格查对，并向患者解释，以取得合作。患者取坐位或仰卧位，滴 1% 丁卡因溶液 3 次。操作者左手拇指、示指分开上、下眼睑，嘱患者眼球向上方转动，充分暴露拟注射的颞下方近穹隆部的球结膜，右手持注射器，以水平方向与眼球呈 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 角，避开血管挑起球结膜，刺破后缓慢推药 0.3~1ml，该处结膜即呈鱼泡状隆起（图 2-6）。注射完毕，拔出针头，滴抗生素眼液，用眼垫包盖，留观片刻。

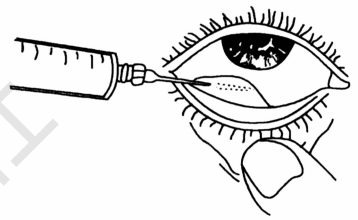


图 2-6 结膜下注射图

4. 注意事项

①注射前应询问药物过敏史，必要时做皮试；②进针时要避开血管，若发生出血，可用棉签压迫止血；③注射时嘱患者勿转动眼球，以防刺伤角膜；④多次注射者，应更换注射部位，以免形成瘢痕。

四、结膜囊冲洗法

1. 目的

清除结膜囊内化学物质、脓性分泌物及异物，手术前常规清洁消毒结膜囊。

2. 物品准备

洗眼壶或冲洗吊瓶、受水器、消毒干棉球及冲洗液（常用生理盐水、3% 硼酸溶液、2% 碳酸氢钠溶液等）、治疗巾等。

3. 方法

嘱患者取坐位，头稍后仰并偏向患侧，自持受水器紧贴于面颊部；若取仰卧位，则受水器置于颞侧。将治疗巾铺于患者肩部，以防冲洗液污染衣物。操作者左手翻转上下睑并固定于眼眶上，右手持洗眼壶，距眼 2~3cm，先以少量冲洗液冲洗颊部皮肤，再移向眼部冲洗，并嘱患者转动眼球，以便彻底冲洗结膜囊各部。冲洗完毕，用消毒干棉球擦干眼睑及周围皮肤，取下受水器，洗净并置于消毒液中浸泡。

4. 注意事项

①冲洗液温度要适宜，可先在手背上试温；②冲洗距离要适当，过近易接触眼部而

被污染，过远冲力太大易致眼部不适，也不可直接冲洗角膜；③深层角膜溃疡及眼球穿透伤者切勿冲洗；④传染性眼病冲洗时，注意勿使冲洗液流至健眼，使用过的冲洗用具应严格消毒。

五、泪道冲洗法

1. 目的

用于泪道疾病的诊断、治疗及内眼手术前的泪道清洁。

2. 物品准备

注射器、泪道冲洗针头（针尖磨钝）、泪点扩张器、受水器、1% 丁卡因、生理盐水、抗生素眼液、消毒干棉球、棉签等。

3. 方法

患者取坐位或卧位，将蘸有 1% 丁卡因的小棉签夹于患眼内眦部上、下泪点之间，麻醉约 5 分钟。患者自持受水器紧贴面颊部，操作者用左手拇指拉开下睑暴露下泪点（若泪点太小，可用泪点扩张器将其扩大），右手持装有冲洗液的注射器，将针头垂直插入下泪点 1~2mm，然后转向鼻侧，顺泪小管水平推进 5~6mm，固定并缓慢注入冲洗液。若冲洗液顺利流入鼻腔或咽部者说明泪道通畅，否则为泪道狭窄或阻塞，若伴黏液或脓液逆流，则为慢性泪囊炎。冲洗完毕，滴入抗生素眼液，并记录冲洗情况。

4. 注意事项

①有慢性泪囊炎者，先挤压泪囊部，排出分泌物再冲洗。②操作要轻巧、准确、平稳，持注射器之手在面部应有支点固定，以防损伤结膜及眼球。③进针应顺着泪小管的方向，如遇阻力不可强行推进，以免损伤泪道。若冲洗时出现皮下肿胀，应立即停止操作，通知医生酌情处理。

第四节 眼科护理管理

一、门诊护理管理

眼科患者大部分都是在门诊接受诊断和治疗的，因此门诊的护理工作意义重大。其主要任务有：

1. 开诊前准备

认真搞好门诊室和治疗室的卫生整理及物品准备工作，做到诊室和治疗室清洁、整齐、明亮、通风。备好洗手消毒水和擦手毛巾。整理、添补诊疗桌上的物品和药品，包括各种表格、聚光手电筒、近视力表、色盲检查图谱、2% 荧光素钠、1% 丁卡因、散瞳及缩瞳眼液、抗生素眼液，以及消毒玻璃棒、干棉球、棉签、眼垫、乙醇棉球等，同时做好诊疗器械、药品的定期消毒和更换。

2. 安排就诊，维持秩序

按病情特点和挂号先后进行分诊。急诊患者应随到随诊，老弱幼残患者可优先就诊，对低视力和盲目患者应给予有效的护理帮助。

3. 协助检查治疗

每个眼科患者应先查视力，再遵医嘱给患者滴散瞳或缩瞳或表面麻醉剂，然后查视野、眼压、冲洗泪道、冲洗结膜囊、球结膜下注射、上眼垫、包扎等。

4. 健康指导

利用板报、墙报、电视、讲座、个别指导等形式，宣传眼科常见病、多发病的发病原因及防治知识。

二、暗室护理管理

暗室是眼科的特殊检查环境，要求其墙壁为深灰或墨绿色，窗户应设置遮光窗帘以保证室内的黑暗状态，但又必须保证患者安全，因此要求地面不打滑，各种仪器安放合理、使用方便。同时引导和帮助患者，协助医生检查。

暗室内有各种精密光学仪器，要注意保持室内干燥和空气流通。应制定严格的精密仪器使用、保养规程，如切忌用手触摸光学仪器的镜头、镜片，可用擦镜纸轻拭。每天下班前切断仪器电源，加盖防尘罩，关好水龙头、门窗等。

三、手术前后护理

(一) 外眼手术护理

外眼手术通常是指眼睑、泪器、结膜、眼外肌、眼眶等部位的手术。

1. 术前护理

①选择手术时期：应避免感冒发热、女性月经期及眼部急性炎症期或全身有手术禁忌证时。②术前手术野准备：术前3天滴抗生素眼液（门诊手术者嘱其自行滴眼），遵医嘱剃眉、剪睫毛、消毒、包扎手术野等。进行泪道手术时还需充分冲洗泪道。③心理护理：外眼手术虽为小手术，但有些患者仍有焦虑和恐惧。应安抚患者，向其介绍手术目的、效果及术中注意事项，使其消除恐惧，增强信心，配合手术。同时，还应讲明可能发生的并发症，避免术后纠纷。④其他：如遵医嘱术前用药，做普鲁卡因、青霉素过敏试验等。

2. 术后护理

①嘱患者术后注意事项。②病情观察：注意敷料有无松动、脱落，伤口有无渗血或感染，发现后及时处理。③新生物切除术后，常规送病理学检查。④配合医生换药、拆线。⑤加强生活护理：对术后双眼包扎者应加强生活护理，维护其安全。

(二) 内眼手术护理

内眼手术通常是指角膜、巩膜、虹膜、晶状体、玻璃体、视网膜等部位的手术。

1. 术前护理

①一般护理同“外眼手术前护理”。②协助检查：协助医生进行全面细致的眼部、全身及各项实验检查。如高血压、心脏病及糖尿病患者，应根据病情采取必要的治疗和护理措施。③术前指导：嘱患者做好洗头、洗澡及更换干净内衣等个人卫生；术后需卧床的患者，应训练其仰卧进食、大小便等；教会患者眼球向各方转动，以配合手术操作。④手术野准备：术前3天滴抗生素眼液，每日3次，术前1天冲洗结膜囊和泪道，可酌情剪睫毛，常规消毒手术眼周围皮肤，并包盖眼部。⑤遵医嘱术前用药。⑥进手术室前

嘱患者排空大小便，摘掉义齿，贵重物品交家属保管。

2. 术后护理

①体位：妥善移放患者，避免头部震动，遵医嘱采取一定的体位和头位。②术后指导：嘱患者安静卧床休息，不得用力闭眼、咳嗽或用手揉眼；未经医生许可，不得下床活动或自行拆开眼垫；注意保暖，防止感冒；鼓励多吃水果蔬菜，保持大便通畅。③观察病情、巡视患者：注意眼垫有无松动移位或渗血等情况，并及时处理；眼部疼痛时，可酌情给予镇静、止痛药；若突然发生剧烈眼痛、发热、恶心呕吐、视力下降等情况，应警惕术后眼内出血、感染及伤口裂开等并发症的发生，必须及时报告医生，协助处理。④协助医生换药。

第五节 防盲治盲

一、盲和低视力标准

WHO 于 1973 年提出了盲和视力损伤的分类标准（表 2-2），我国于 1979 年第二届眼科学术会议上决定采用这一标准。

表 2-2 视力损伤的分类标准（WHO，1973）

视力损伤		最好矫正视力	
类别	级别	较好眼	较差眼
低视力	1 级	< 0.3	≥ 0.1
	2 级	< 0.1	≥ 0.05（指数/3m）
盲	3 级	< 0.05	≥ 0.02（指数/1m）
	4 级	< 0.02	光感
	5 级	无光感	

二、我国几种主要致盲眼病的防治

根据 1980 年以后我国各地陆续进行的盲和视力损伤流行病学调查，估计盲患病率为 0.5% ~ 0.6%，双眼低视力患病率为 0.99%。其主要致病原因依次为白内障、青光眼、角膜病、沙眼、视网膜脉络膜病变等。

1. 白内障

白内障是致盲的主要原因，目前我国盲人中约占半数，且每年新增白内障盲人约 40 万人。因此白内障是防盲治盲工作最优先考虑的眼病，大多数患者通过手术可以恢复到接近正常的视力。

2. 青光眼

青光眼是我国主要致盲原因之一，也是全世界第二大致盲因素，其视功能损伤是不可逆的，后果极为严重。通过开展青光眼的筛查和知识普及，可使之早发现、早就诊。

大多数青光眼患者通过合理治疗可终身保持一定的视功能。加强青光眼的诊疗研究，特别是视神经保护的研究，将有助于致盲性青光眼的防治。

3. 角膜病

角膜病引起的角膜混浊也是我国致盲的主要原因，其中以感染所致的角膜炎症为多见。因此，积极防治细菌性、病毒性、真菌性角膜炎是减少角膜病致盲的重要手段。角膜移植术是治疗角膜病致盲的有效手段，加强角膜病的防治研究也是减少因角膜病致盲的重要措施。

4. 沙眼

沙眼是最为常见和可以预防的感染性致盲眼病。对于沙眼防治，“视觉 2020”行动已制订了“SAFE”（即手术、抗生素、清洁脸部和改善环境）的防治策略。只要积极实施这一防治策略，致盲性沙眼是可以根治的。

5. 儿童盲

儿童盲是“视觉 2020”行动提出的防治重点。其主要由维生素 A 缺乏、麻疹、新生儿结膜炎、先天性或遗传性眼病和早产儿视网膜病变等引起。应加强初级眼病保健，如孕期保健、遗传咨询、教育儿童不随意燃放鞭炮、接触利器，以有效减少先天性或遗传性、外伤性儿童眼病的发生。进行手术等治疗服务，有效地处理“可治疗的”眼病。建立光学和低视力服务设施。

6. 屈光不正和低视力

WHO 估计目前有 3500 万人需要低视力保健服务，而我国是近视眼的高发地区。“视觉 2020”行动将通过初级保健服务、学校中视力普查和提供低价格的眼镜，努力向大多数人提供能负担得起的屈光服务和矫正眼镜，以及提供低视力服务。

7. 糖尿病性视网膜病变

糖尿病是全球性严重的公共卫生问题。糖尿病性视网膜病变可导致严重的视觉损伤，对个人、家庭和社会有严重的影响。糖尿病及糖尿病性视网膜病变的发生与生活方式有关。合理控制和早期治疗糖尿病对于控制糖尿病性视网膜病变是非常有效的。另外，改变生活方式，进行恰当的干预有望改变糖尿病性视网膜病变的预后。

三、盲和低视力的康复

盲和低视力康复的目的是尽可能地使这些患者能过上接近正常人的生活。

对于盲人的康复，应采取个体化的措施，根据需要对适应家庭生活、社会生活、学习、工作等方面进行训练。对于仍有部分视力的盲人和低视力患者来说，通过使用光学和非光学助视器，可以提高他们的生活质量。光学助视器有近用和远用两种，根据工作、学习及生活的不同需求使用。常用的远用光学助视器为望远镜，以看清远方景物；常用的近用光学助视器有放大镜、眼镜式助视器、电子助视器等。非光学助视器包括大号字印刷品、照明改善、阅读支架及滤光镜等。

声纳眼镜、障碍感应发生器、激光手杖、宇声机、触觉助视器等现代科技成果给盲人带来了更大的便利。人工视觉研究的进展有可能使盲人重建视觉。

盲人的教育和就业也是一个很重要的问题。通过设立盲童学校、给予就业优惠政策、全社会都来关心盲人，可使他们像健康人一样幸福地生活。

+ 自我检测

1. 世界卫生组织规定, 较好眼最佳矫正视力低于多少为低视力
 A. 1.0 B. 0.8 C. 0.3 D. 0.1
 E. 0.05
2. 世界卫生组织规定, 较好眼最佳矫正视力低于多少为盲
 A. 0.5 B. 0.3 C. 0.1 D. 0.05
 E. 眼前手动
3. 国际标准视力表远视力检查距离为
 A. 50m B. 6m C. 5m D. 3m
 E. 2.5m
4. 正常视力标准为
 A. 0.5 B. 1.0 C. 1.5 D. 2.0
 E. 0.1
5. 如果在 2m 处才能看清 0.1 行视标, 则该眼视力为
 A. 0.2 B. 0.1 C. 0.06 D. 0.04
 E. 0.02
6. 如眼前手动仍不能识别, 则改查
 A. 指数 B. 光定位 C. 光感 D. 针孔视力
 E. 色觉
7. 进行色觉检查时, 正确的是
 A. 距离为 50cm B. 辨认时间可超过 5 秒
 C. 距离为 30cm D. 遮盖一眼
 E. 人工照明下进行
8. 指测眼压正常记录为
 A. T_{+1} B. T_{+2} C. T_n D. T_{-1}
 E. T_{-2}
9. 对结膜充血哪项描述不符合实际情况
 A. 越靠近穹隆部充血越明显 B. 血管呈放射状
 C. 颜色鲜红 D. 推动球结膜血管可随之移动
 E. 起于结膜血管
10. 滴眼药水正确的部位为
 A. 上穹隆部 B. 下穹隆部 C. 内眦部 D. 外眦部
 E. 角膜