

眼科学（中级）《专业知识》知识点辅导

知识点：心理物理学检查

1.视力：视力为中心视力的简称，指黄斑中心窝的视功能。2.视野：眼向前方固视时所见的空间范围，它反映周边视力。3.色觉：色觉是视网膜锥体细胞对各种颜色的分辨功能。4.暗适应：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的物体，这种对光敏感度逐渐增加、并达到最佳状态的过程，称为暗适应。5.立体视觉：称深度觉，也是感知物体立体形状及不同物体互相远近关系的能力。6.对比敏感度：形觉功能的定量检查，是测试视标边缘与背景照明间对比分辨的能力。

知识点：视觉电生理检查

1.视网膜电图(ERG)：光线或图像刺激眼球后在角膜记录到的一组电反应。2.眼电图(EOG)：测定随光适应状态改变或药物诱导而使眼球静息电位发生改变的规律性变化。3.视诱发电位(VEP)：是大脑皮层对视觉刺激发生反应的一簇电信号。

知识点：眼底检查

近视眼，特别是高度近视眼常常合并眼底病变，主要包括视网膜脉络膜萎缩、黄斑出血、视网膜脱离等，部分可造成不可逆转的视力损害。高度近视眼患者需要散瞳详查眼底，在明确是否存在上述病变的同时，更重要的是发现视网膜的变性灶，行预防性的激光光凝，减少并发症的发生。检眼镜一般分为两种：直接检眼镜和双目间接检眼镜，前者较常用。

知识点：角膜地形图

角膜地形图是通过角膜地形图仪检查每位患者的角膜形态，由角膜前后表面的地形图能够判断出患者角膜的曲率、散光的类型，并且可以提前发现角膜是否有可能出现圆锥角膜。

知识点：视觉电生理

视觉电生理检查是一种无创伤性的视觉功能的客观检查方法，它不仅适合于一般的患者，更适合于不能作心理物理检查的患者，如婴幼儿、智力低下者。视光临床上主要应用于伪盲鉴别、弱视的诊断极其治疗效果的客观判断，但因设备昂贵，一般医院并不具备。

知识点：同视机检查

同视机检查主要是测定斜视角及检查双眼视功能。1.通过观察角膜反射点位置确定：单眼注视力、Kappa角、双眼注视力、测定他觉斜视角的度数。2.通过看同时知觉画片确定：有双眼同时知觉；测定自觉斜视角及Kappa角；比较自觉斜视角与他觉斜视角以明确视网膜对应性质。3.检查双眼视功能：正常视网膜对应患者应用融合画片进一步检查其异向(辐辏、分开)与同向融合力。再用立体感觉画片测定其立体感。异常视网膜对应患者往往也有异常融合范围，故亦应试测其融合力。

知识点：裂隙灯活体显微镜(slit-lamp biomicroscope)

裂隙灯活体显微镜，简称裂隙灯，是由光源投射系统和光学放大系统组成，为眼科常用的光学仪器。它是以集中光源照亮检查部位，便与黑暗的周围部呈现强烈的对比，再和双目显微放大镜相互配合，不仅能使表浅的病变观察得十分清楚，并且可以利用细隙光带，通过眼球各部的透明组织，形成一系列“光学切面”，使屈光间质的不同层次、甚至深部组织的微小病变也清楚地显示出来。通过裂隙灯检查，排除屈光介质混浊等影响屈光检查的病变，保证在后

知识点：眼睑水肿

【概述】眼睑水肿又称眼睑肿胀，为局部或全身疾病所致的眼睑皮下组织内液体的积聚。可分为炎症和非炎症性水肿两类。前者由眼睑本身或邻近组织炎症所致，常见于眼眼部疖肿、睑腺炎、丹毒、皮下蜂窝织炎、皮炎、湿疹、急性泪囊炎、泪腺炎、眼眶或眼内炎症、外伤等。后者由眼部或全身静脉和淋巴循环障碍、血液状态异常所致，常见于心脏病、肾病、贫血、营养不良、血管神经功能失调等疾病。【临床表现】1.眼睑皮肤紧张、光滑、界限不清、

睁眼困难等。2. 炎症性水肿时局部皮肤充血、肿胀、皮温升高, 有时有硬结和压痛, 甚至剧烈疼痛、体温升高等。3. 非炎症性水肿时眼睑皮肤苍白、发凉、光滑肿胀, 无疼痛感。有时出现局部皮肤干燥、发痒或伴有全身其他部位水肿。【诊断】 1. 根据眼睑改变可以诊断。 2. 判断性质, 寻找原因 【治疗】 1. 炎症性水肿: 积极抗炎治疗。早期足量使用敏感的抗生素, 化物质的刺激, 邻近组织或器官的炎症。后者是指静脉过度充盈或回流碍而扩张, 可见于全身性疾病, 如心、肺疾病或恶病质后, 或眼周围组织严重损害, 如眶静脉栓塞、海绵窦血栓、眼动静脉瘤、眼内肿瘤、搏动性眼球突出、甲状腺相关性眼病等。【临床表现】 1. 自动性充血时眼睑皮肤呈鲜红色、血管扩张。2 被动性充血时眼睑皮肤呈深紫色, 伴有程度不同的水肿。双眼被动性充血大多与全身病变有关, 单侧性被动性充血常与局部血循环障碍有关。 【诊断】 根据患者眼睑皮肤发红、血管扩张可做出诊断。 【治疗】 1. 积极寻找原因。2. 如因急性炎症引起的充血应积极抗炎, 早期足量使用敏感的抗生素, 控制炎症蔓延, 加以热敷、理疗等辅助治疗。3. 如因全身疾病引起的充血, 应针对全身病进行治疗。

知识点: 眼睑出血

【概述】眼睑出血指眼睑血管破裂后所发生的血液外溢。常见于眼睑外伤、眼睑和邻近组织手术后, 或出血性疾病、血液恶病质、维生素 C、K 缺乏、剧烈的呕吐、百日咳、高血压动脉硬化或胸部机械性挤压伤等。眼眶、鼻部或颅底骨折引起的出血也可渗透到眼睑皮下。【临床表现】眼睑呈现暗红色、紫色、青蓝色等。 【诊断】根据临床表现可做出诊断。【治疗】 1. 一般无需特殊治疗, 待其自然吸收。2. 大量出血时可在出血 24 小时内局部冷敷; 超过 24 小时可局部热敷。3. 如因全身疾病、颅底或鼻部骨折引起的眼睑出血, 应请有关科室会诊处理。

知识点: 眼部带状疱疹

【概述】: 眼部带状疱疹是一种性质较为严重的眼皮肤病, 由三叉神经的半月神经节或某一分支受水痘一带状疱疹病毒感染所致。正在接受放射治疗或免疫抑制剂治疗的患者, 容易发生本病。发病后终身免疫, 很少复发【临床表现】 1. 发病部位: 常发生于三叉神经之第一支(眼支), 分布在有发的头皮、前额与上睑的皮肤; 有时也侵犯第二支, 病变分布在下眼睑, 颊部及上唇。其特点为仅侵犯单侧, 止于眼前额的中线形成和显的分界。【临床表现】 1. 发病部位: 常发生于三叉神经之第一支(眼支), 分布在有发的头皮、前额与上睑的皮肤; 有时也侵犯第二支, 病变分布在下眼睑, 颊部及上唇。其特点为仅侵犯单侧, 止于眼前额的中线形成和显的分界。带状疱疹性睑皮炎 2. 自觉症状: 发病初期, 三叉神经的分布区有剧烈神经痛、怕光、流泪等。 3. 体征: 发病数日后出现皮肤潮红、肿胀, 簇生无数透明、大小不一的疱疹, 呈带状排列, 水疱初为无色透明, 继则混浊化脓, 数周内结痂脱落。因侵犯真皮, 遗留永久性瘢痕。常并发角膜炎和虹膜睫状体炎, 影响视力, 偶而也发生眼肌麻痹。此外严重者可伴有发热、畏寒、不适等全身症状, 或局部淋巴结肿大及压痛。【治疗】 1. 卧床休息, 吃易消化的食物。 2. 局部涂 1% 龙胆紫, 也可撒滑石粉。 3. 疼痛剧烈时可给予镇静剂和镇痛剂。4. 病情重者可给予肌注胎盘球蛋白、丙种球蛋白和维生素 B12, 以提高机体抵抗力。 5. 应有恢复期全血或血清行肌肉注射, 每次 10 毫升, 可有显效。 6. 若并发角膜炎或虹膜睫状体炎, 局部应点 0.1~0.2% 疱疹净 (I、D、U)、散瞳及热敷等。 7. 必要时, 可适当加用抗生素及皮质类固醇。

知识点: 接触性皮炎

【概述】: 接触性皮炎是眼睑皮肤对某些致敏原所产生的过敏反应。可单独发生, 也可合并头面部发生。病因如下: 1. 药物过敏、尤以药物性皮炎最为典型。常见的致敏物有抗生素溶液、磺胺类药物、表面麻醉剂、阿托品、汞制剂等。2. 化妆品过敏, 也为常见的过敏原, 如清洁液、染发剂、眼影粉、气雾剂等。3. 塑料制品, 如眼镜架等。 【临床表现】 1. 自觉症状: 病变部位有痒及烧灼感。2. 急性期眼睑红肿, 皮肤起泡, 伴有渗液, 色微黄, 质粘稠。 3.

慢性期，渗液减少，红肿减轻，皮肤表面变得粗糙，有痂皮及脱屑。4.有时伴有睑粘膜肥厚、充血、水肿。【诊断】根据患者的主观症状和皮肤的改变可做出诊断。【治疗】1.除去病因，立即中断对致病原的接触和使用。2.急性期用生理盐水或3%硼酸溶液冷湿敷。3.局部应用皮质激素药物如0.025%地塞米松及强地松眼膏。但不宜包扎。4.全身服用维生素类药物及抗组织胺药物如扑尔敏等。重者可口服激素类药物。5.戴用深色平光镜，减少光线刺激和症状。

知识点：鳞屑性睑缘炎

【概述】本病为睑缘皮脂溢出引起的睑缘慢性炎症。屈光不正、视疲劳、营养不良和长期使用劣质化妆品可能是诱因。【临床表现】1.睑缘干痒、刺痛和异物感。2.睫毛和睑缘表面附着上皮鳞屑，睑缘表面有黄色蜡样分泌物，干燥后结痂。3.睑缘充血、潮红，但无溃疡或脓点。4.睫毛易脱落，但可再生。5.长期不愈者睑缘肥厚，后唇钝圆，泪小点肿胀外翻，泪溢。【诊断】根据患者的主观症状和睑缘的改变可做出诊断。【治疗】1.寻找并消除病因和各种诱因，去除刺激因素。2.用生理盐水或3%硼酸溶液清洁睑缘，拭去鳞屑，涂抗生素眼膏。

知识点：溃疡性睑缘炎

【概述】本病是睫毛毛囊及其附属腺体的慢性或亚急性化脓性炎症，致病菌多为金黄色葡萄球菌。屈光不正、视疲劳、营养不良和不良卫生习惯可能是本病的诱因。【临床表现】1.睑缘干痒、刺痛、烧灼感和异物感明显。2.睑缘充血，睫毛根部散布小脓疱，有痂皮覆盖。去痂皮后有脓液渗出，露出睫毛根端和小溃疡。3.睫毛被脓液和皮脂黏在一起呈束状，随痂皮剥落而脱落。如毛囊已被炎症全面破坏，睫毛脱落后不能再生。4.久病后可引起慢性结膜炎和睑缘肥厚、外翻，泪小点阻塞，泪溢。【诊断】根据患者的主观症状和睑缘的改变可做出诊断。【治疗】1.寻找并消除病因和各种诱因，去除刺激因素。2.每日用生理盐水或3%硼酸溶液清洁睑缘1次，拭去痂皮及已松落的睫毛，充分引流毛囊中的脓液。3.清洁睑缘后涂抹抗生素眼膏。4.最好能进行细菌培养和药物敏感试验，选用敏感的抗菌药物。5.炎症消退后持续用药2—3周，以防复发。

知识点：眦角性睑缘炎

【概述】主要累及外眦部睑缘的慢性炎症，致病菌多为莫-阿氏双杆菌（Mo-rax-Axenfeld）双杆菌，维生素B12缺乏者好发本病。【临床表现】1.眼睛感烧灼感、畏光和流泪。2.外眦部皮肤充血、肿胀，并有糜烂现象。【诊断】根据主观症状和睑缘的改变可做出诊断。【治疗】用0.5%的硫酸锌液点眼，此药能阻止莫-阿氏双杆菌所产生的蛋白溶解酶侵蚀组织，故有效。局部再涂以抗生素。2.每日用生理盐水或3%硼酸溶液清洁睑缘1次，拭去痂皮及已松落的睫毛，充分引流毛囊中的脓液。3.清洁睑缘后涂抹抗生素眼膏。4.最好能进行细菌培养和药物敏感试验，选用敏感的抗菌药物。5.炎症消退后持续用药2—3周，以防复发。

知识点：睑腺炎

【概述】睑腺炎是化脓性细菌侵入眼睑腺体而引起的一种急性炎症。多数致病菌为葡萄球菌，特别是金黄色葡萄球菌，所以睑腺炎多为化脓性炎症。俗称针眼，眼睑皮脂腺或汗腺的感染称外睑腺炎。睑板腺的感染称内睑腺炎，因为处于发炎状态的睑板腺被牢固的睑板组织所包围，在充血的眼结膜表面常隐约露出黄色脓块，可能自行穿破排脓。【临床表现】1.眼睑皮肤局限性红、肿、热、痛，2.外睑腺炎1).炎症主要在睫毛根部的睑缘处。2).初起睑缘部呈局限性充血肿胀，约2—3日后形成硬结，胀痛和压痛明显，以后硬结逐渐软化，在睫毛根部形成黄色脓泡，穿破排脓迅速痊愈。3).如果致病菌毒性强烈，尚可引起眼睑及附近结膜发生水肿反应，靠近外眦部，可引起反应性邻近球结膜水肿。4).3—5天后形成脓肿，出现黄色脓头。外睑腺炎发生在睫毛根部皮脂腺，表现在皮肤面。5).重者伴

有耳前、颌下淋巴结大及压痛，全身畏寒，发热等。3.内睑腺炎 1).受紧密的睑板组织限制，一般范围较小。2)患处有硬结、疼痛和压痛。3).发生在睑板腺，表现在结膜面。破溃排脓后疼痛缓解，红肿消退。泪腺炎 病变在上睑外上方，同侧外上方穹窿部可见泪腺突出。7.急性结膜炎 眼睑各部并无硬结和压痛。睑球结膜充血显著而弥漫，结膜囊可有粘液脓性分泌物。【治疗】1、早期局部湿热敷，促进浸润吸收或硬结迅速化脓，每日3次，每次15-20分钟，滴用抗生素滴眼液或涂用抗生素眼膏。2、手术切开：当脓点形成后可切开排脓。外睑腺炎要注意的切口应与睑缘平行，内睑腺炎的切口应与睑缘垂直。切忌不适当的挤压，以防炎症向眶内、颅内扩散，引起眶蜂窝织炎、海绵窦静脉炎、脑膜炎、及脓肿等而危及生命。3、对顽固的经常发作的病例，可用自体免疫疗法。伴全身发烧，耳前、颌下淋巴结肿大者可给抗生素及磺胺类的药物的应用。

知识点：睑板腺囊肿

【概述】 睑板腺囊肿是睑板腺排出口阻塞，腺体分泌物潴留在睑板内，对周围组织产生慢性刺激而引起的特发性无菌性慢性肉芽肿性炎症。【临床表现】1.多见于青少年或中年人。2.一般无明显症状。偶有患者开始时出现轻度炎症表现和触痛。3.一般不影响视力。但较大病变可压迫眼球，产生散光而使视力下降。4.囊肿大时可有沉重不适感。5.眼睑皮下无痛性近圆形硬性结节，单个或多个，大小不等，无压痛，与皮肤无粘连。其表面皮肤正常，相应的睑结膜面呈局限性暗红色充血。6.病程缓慢，硬结可停止生长或自行缩小，也可逐渐增大、变软后自睑结膜面破溃，其内容物排出后形成息肉样肉芽组织，称为肉芽肿。少数患者的睑板腺囊肿表面皮肤变薄、充血，从皮肤面破溃。7.发生继发性细菌感染可呈内睑腺炎的表现。【诊断】根据患者无明显疼痛的眼睑硬结可做出临床诊断。【治疗】1.小而无症状者，无需治疗，待其自行吸收。2.大者或有症状者，可行热敷。3.对不能消退的睑板腺囊肿，应在局部麻醉下行手术切除。

知识点：睑板腺梗塞

【概述】 本病是睑板腺排泄管闭塞，分泌物积存日久钙化成硬物，形成小结石。多见于老年人。【临床表现】1. 睑结膜下可透见黄色沉着物。2. 一般无不适。当小结石之尖锐棱角突出于结膜面时则引起异物感。【诊断】 根据睑结膜所见，可以诊断。【鉴别诊断】1.结膜结石睑板腺梗塞的黄点比结膜结石位置深、体积稍大且边界不清楚。2.睑板腺囊肿是睑板腺排出口阻塞，腺体分泌物潴留在睑板内，对周围组织产生慢性刺激而引起的特发性无菌性慢性肉芽肿性炎症。眼睑皮下无痛性近圆形硬性结节，无压痛，与皮肤无粘连。其表面皮肤正常，相应的睑结膜面呈局限性暗红色充血。【治疗】1. 不引起症状的睑板腺内小结石无需治疗。2. 对突出于结膜面的小结石，应在表面麻醉下加以剔除。3. 对位于睑板腺开口处的梗塞物，可用玻璃棒将其挤出。

知识点：倒睫

【概述】 睫毛倒向眼球，刺激眼球称为倒睫，因毛囊周围瘢痕收缩所致。凡能引起睑内翻的各种原因均能造成，其中以沙眼常见，特别是瘢痕期沙眼。此外，睑缘炎、睑腺炎、烧伤、外伤、手术等均可通过瘢痕的形成，改变睫毛方向，使睫毛倒生。【临床表现】1.自觉症状为持续性异物感、流泪、羞明、眼睑痉挛等。2.体征为被倒睫摩擦引起的结膜充血，角膜混浊，甚至形成角膜溃疡。【诊断】 据眼睑及睫毛位置表现，可以诊断。【治疗】1.拔睫毛法：对于少数倒睫毛可用拔睫毛镊子拔除，但拔除后不久又可再生。2.电解法：为避免倒睫再生，可用电解法破坏毛囊，以减少睫毛再生的机会。3.手术：为数多或密集的倒睫，乃由瘢痕性睑内翻引起，可行睑内翻矫正术。

知识点：睑内翻

【概述】 睑内翻为一种睑缘内卷、部分和全部睫毛倒向眼球刺激角膜的反常状态。【病因和类型】1.瘢痕性睑内翻：由睑结膜和睑板瘢痕性收缩弯曲所引起，常见于沙眼瘢痕期，也

可发生于结膜烧伤、结膜天疱疮及白喉性结膜炎等病之后。2.痉挛性内翻：主要发生在下睑，由于眼轮匝肌痉挛收缩所致，多见于老年人。因老年人皮肤松弛，以致失去牵制眼轮匝肌纤维的收缩作用，加上眶脂肪减少，使眼睑后面缺乏足够的支撑。此外结膜炎、角膜炎的刺激，长期将眼包扎过紧，小眼球、无眼球等均可诱发病。3.先天性睑内翻：主要见于婴幼儿下睑内翻，大多由于内眦赘皮牵拉，体质肥胖及鼻根部发育不够饱满所致。也有些是由于睑缘部眼轮匝肌发育过度或睑板发育不全引起。【临床表现】同倒睫，但更严重，睑缘内卷，倒睫刺激角膜，可造成角膜溃疡和角膜混浊。【诊断】根据眼睑改变和倒睫，可以诊断。【治疗】1.先天性睑内翻随年龄增长可自行消失，不必急于手术。如果患儿已5~6岁，睫毛仍然内翻，严重刺激角膜，症状严重时，可考虑手术治疗，行穹窿部-眼睑皮肤穿线术。2.痉挛性睑内翻可行肉毒杆菌毒素局部注射。如无效可手术切除多余的松弛皮肤和切断部分眼轮匝肌纤维。如有结膜炎症，应加以控制。3.瘢痕性睑内翻必须手术治疗，可采用睑板楔形切除术或睑板切断术。

知识点：睑外翻

【概述】睑外翻是睑缘离开眼球、向外翻转的反常状态。轻者睑缘于眼球离开，重者暴露睑结膜，甚至眼睑全部外翻。【病因和分类】1.瘢痕性：由于眼睑外伤、烧伤、眼睑溃疡、眶骨骨髓炎或睑部手术不当等所造成的皮肤瘢痕牵引所致。2.痉挛性：由于眼睑皮肤紧张，眶内容充盈眼轮匝肌痉挛压迫睑板上缘（下睑的睑板下缘）所致。常见于患泡性结角膜炎的小儿，或高度眼球突出的患者。3.麻痹性：仅见于下睑，由于面神经麻痹，眼轮匝肌收缩功能丧失，下睑依其本身的重量下垂形成外翻。4.老年性：仅见于下睑，由于老年人的眼轮匝肌功能减弱，眼睑皮肤及外眦韧带也较松弛，使睑缘不能紧贴眼球，终因下睑本身重量下坠而外翻。加上外翻引起的泪溢、慢性结膜炎，使患者频频向下擦泪，加剧了外翻的程度。【临床表现】1.因泪小点外翻，发生溢泪。2.暴露部分的结膜变充血、肥厚、干燥、粗糙、甚至呈表皮样改变。3.严重者可导致睑闭合不全及暴露性角膜炎。【诊断】根据眼睑的改变和结膜暴露的状况，可以诊断。【治疗】去除病因、涂抗生素眼膏，夜间包盖，防止干燥，保护角膜。1.瘢痕性：彻底切除瘢痕，作植皮术。2.麻痹性：轻者涂眼膏及眼垫包扎，重者应行眼睑缝合术以保护角膜。3.老年性：轻者，应嘱其向上擦泪，以减少或防止外翻加剧。重者手术矫正，以缩短睑缘为原则，最简易的方法是在结膜睑板层及皮肤肌肉层各作一个三角形切除，然后缝合之。

知识点：眼睑闭合不全

【概述】指上、下睑不能闭合或闭合不全，使眼球暴露在外的一种体征，俗称“兔眼”。【病因】（一）引起严重睑外翻的各种因素。（二）面神经麻痹，眼轮匝肌失去功能。（三）先天性眼睑缺损。（四）眼球增大或眶内容增加，如先天性青光眼、角膜葡萄肿、眶内炎症、眶内肿瘤及甲状腺机能亢进等。（五）全身麻醉、昏迷或衰竭的病人，角膜失去知觉，瞬目的反射消失，也可出现功能性睑闭合不全。【临床表现】轻者用力闭眼尚能闭合，睡眠时因眼球上转（Bell现象），仅下部球结膜外露，故不会造成严重损害；较重者，结角膜长期暴露，结膜充血肥厚，有膜干燥混浊，上皮脱落，出现角膜溃疡。称暴露性角膜炎（exposure keratitis），重者可失明。另外因泪点不能与泪湖接触而溢泪。【诊断】根据病史和临床表现可做出诊断。【治疗】去除病因，保护角膜，轻者点人工泪液或涂抗生素眼药膏包扎，或戴亲水软性角膜接触镜，严重者可作眦部睑缘缝合术，缩短睑裂；或行睑缘缝合术，保护角膜。

知识点：上睑下垂

【概述】由于提上睑肌功能不全或丧失，或其他原因的致的上睑部分或全部不能提起，遮挡部分或全部瞳孔者称上睑下垂。【病因和类型】（一）先天性为先天发育畸形，多为双侧，可为常染色体显性或隐性遗传。主要由于动眼神经核或提上睑肌发育不全所引起，有时伴有

上直肌功能不全或其它先天性异常，如内眦赘皮、小睑裂、小眼球、斜视、眼球震颤等（二）后天性 1.麻痹性上睑下垂：动眼神经麻痹所致。多为单眼，常合并有动眼神经支配其它眼外肌或眼内肌麻痹。 2.交感神经性上睑下垂：为 Müller 肌的功能障碍或因颈交感神经受损所致，如为后者，则同时出现同侧瞳孔缩小、眼球内陷、颜面潮红及无汗等，称为 Horner 综合征。 3.肌源性上睑下垂：多见于重症肌无力症，常伴有全身随意肌容易疲劳的现象。但亦有单纯出现于眼外肌而长期不向其它肌肉发展的病例。这种睑下垂的特点是休息后好转，连续瞬目时立即加重，早晨轻而下午重，皮下或肌肉注射新斯的明 0.3~1.5mg，15~30 分钟后，症状暂时缓解。 4.其它，可引起假性上睑下垂。（三）瘰病性上睑下垂：为瘰病引起，双上睑突然下垂或伴有瘰病性瞳孔散大，有时压迫眶上神经可使下垂突然消失。

【临床表现】 主要的症状是上睑不能上提，患者常紧缩额肌一皱额、耸肩以助提睑，重者需仰头视物。如为儿童，并且下垂超过瞳孔时，常可造成患眼弱视。正常人上睑缘覆盖角膜上缘的 2mm，睑裂平均宽度约为 7.5mm。为了估测提上睑肌的功能，可在抵消了额肌收缩力量的前提下，分别测定眼球极度向上，向下注视时的上睑缘位置。正常人应相差 8mm 以上。如前后相差不足 4mm 者，表示提上睑肌功能严重不全。【诊断】 根据病史和临床表现可做出诊断。【治疗】 主要是防止视力减退和改善外貌，应针对原因治疗。先天性上睑下垂应早期手术矫正。尤其单侧下垂遮挡瞳孔者更应争取早期手术，以防形成弱视。肌源性或麻痹性上睑下垂可用三磷酸腺苷、维生素 B1 或新斯的明，提高肌肉的活动功能。久治无效时再慎重考虑手术。上睑下垂的手术方式有：①增强上睑提肌的力量，如缩短或徙前肌肉。②借助额肌或上直肌的牵引力量，开大睑裂。可根据病情及各肌肉力量的情况选择手术方式。

知识点：先天异常眼睑

一、内眦赘皮 【概述】 为鼻根至眉内端竖立的半月状皮肤皱折，遮盖内眦及泪阜。多数由上睑向下延伸，少数由下睑向上伸展，后者称倒向性内眦赘皮。本病属常染色体显性遗传。【临床表现】 通常为双侧性，多见于儿童时期，特别是鼻梁扁平者。赘皮遮盖泪点、泪阜及部分内侧球结膜，且常可合并下列情况： 1.上睑下垂：比较多见，部分病例可伴有眼球上转受限。2.睑缘赘皮：为一种下睑水平方向的皮肤皱褶，形成假性睑缘，并能使睫毛倒向眼球。3.小睑裂：睑裂的纵横直径均较正常为小。如若倒置性内眦赘皮、小睑裂、上睑下垂、内眦间距增宽同时存在则又称先天性眼睑四联征（komoto 综合征）。【诊断】 根据病史和临床表现可做出诊断。【治疗】 轻者一般不需治疗，常随患儿面部发育鼻梁长高而皱褶渐渐消失。但超过发育年龄而症状重者可采用手术治疗，如内眦成形术、上睑下垂矫正术，眶部鼻部整形术等。二、眼睑缺损 【概述】 本症为少见的先天发育异常，大多与遗传无关。怀孕妇女在孕期受 X 线照射及注射胆碱或蔡，第二代发生眼睑缺损、先天性白内障及小眼球的可能性大。有的患者家族有血亲结婚史。【临床表现】 1.多为单眼。发生于上睑者较多见。 2. 缺损部位以中央偏内侧者占绝大多数。 3，缺损的形状多为三角形，基底位于睑缘。但也有呈梯形或横椭圆形者。4. 眼睑缺损的大小很不一样，轻者仅为睑缘一小的切口，严重者可累及大块组织而暴露角膜，引起暴露性角膜炎。5. 常伴有眼部或全身其他先天异常，如睑球粘连、角膜炎、白内障、小眼球、虹膜与脉络膜缺损、颌面部畸形、唇裂、腭裂、并指（趾）、低智等。【诊断】 根据病史和临床表现可做出诊断。【治疗】 可行眼睑成形术。可达到保护角膜或改善面容的目的。

知识点：眼睑色素痣

【概述】 眼睑色素痣属常见良性肿瘤，可同时与身体其他部位色素痣并存。色素痣是先天性扁平或隆起的病变，境界清楚，由痣细胞构成。可在幼年即有色素，或直到青春期或成人时才有色素。【临床表现】 1. 以睑缘多见，开始时肿物小，色素少，边界清楚，类似于乳头状 癌。 2. 青春期逐渐长大，色素增加，以后静止。 3. 位于表皮和真皮交界处的

交界痣，有少数会发生恶变。4. 根据组织学，色素痣可分为：(1)交界痣：一般为扁平状，里均匀的棕色，痣细胞位于表皮和真皮交界处。有低度恶变趋势。(2)皮内痣：最常见，一般为隆起状，有时为乳头状。色素很少，有则为棕色至黑色。痣细胞完全在真皮内，可能无恶性趋势。状如火山口，并逐渐向周围组织侵蚀，引起广泛破坏。(3)复合痣 常为棕色，为交界痣及皮内痣成份的结合。有低的恶性趋势。梭形细胞痣为复合痣的特殊型，主要影响儿童及青年，外观为孤立的穹型结节，病理形态属良性。(4)蓝痣 扁平生长，出生时即有色素，呈兰至石板灰色。一般无恶性趋势，组织学上细胞性蓝痣有低的恶性趋势。(5)先天性皮肤黑色素细胞增多症 又称太田痣，为围绕眼眶、眼睑和眉部皮肤的蓝痣，伴有同侧结膜蓝痣和葡萄膜弥散性痣。发生于东方人无恶性趋势。【诊断】 根据病史和临床表现可做出诊断。【治疗】1 一般不需治疗。2 为美容可局部切除，但必须完整和彻底地切除。3.色素痣出现迅速增大、变黑及破溃出血等迹象时，应立即彻底切除，并进行病理学检查。

知识点：眼睑黄色瘤

【概述】 本病是很常见的眼睑良性肿物，多发生于中、老年中，女性多于男性，部分患者合并遗传性高脂血症、糖尿病和其他继发性血脂过高的患者中，但多数患者的血脂是正常的。

【临床表现】1. 病变位于上睑近内眦角皮肤面，有时下睑也有。常为双侧。2. 为黄色扁平状肿物，表面有皱褶。3.病理检查可见眼睑真皮内有含脂细胞聚集。【诊断】 依以下临床表现及体征可做出诊断 (1)中老年后眼睑面皮肤出现的境界清晰的黄色病变。(2)生长缓慢，无刺激症状。【治疗】 可行手术切除。

知识点：眼睑传染性软疣

【概述】 本病是由病毒感染所致的传染性眼睑疾病，通过直接接触或污染物传染，好发于青少年和儿童，可呈暴发流行。【临床表现】 1. 眼睑或睑缘皮肤上一个或数个灰色或白色小的扁平状柔软结节。2. 结节中央轻度凹陷，呈脐状。部分可被睫毛遮挡。3. 对结节加压可挤出一堆灰黄色皮脂样皮质。4. 结节一般在3—12个月吸收。5. 如果软疣长在结膜囊内，可伴发结膜炎、角膜炎。【诊断】 1 根据睑缘和眼睑出现的小结节，可以诊断。2 病理学检查有助于确诊。【鉴别诊断】 眼睑色素痣：属良性肿瘤，是先天性扁平或隆起的变，境界清楚由痣细胞构成可在幼年即有色素，或直到青春期或成人时才有色素。

【治疗】 1. 光凝治疗，但有可能出现皮肤脱色素。2. 烧灼病变区。知识点：眼睑鳞状细胞乳头瘤

【概述】 本病是常见的眼睑良性肿瘤。【临床表现】 1. 发生于眼睑皮肤，好发于睑缘口 2.为圆形隆起的小肿物，常有蒂口 3.肿物表面可有色素。4. 表面常有角化蛋白。5. 生长缓慢或静止。6. 依据病理检查可分为两种类型：①鳞状细胞型；②基底细胞型（皮脂溢性角化）。【诊断】 根据眼睑肿物的形态，可以诊断。【治疗】 手术切除，但过多切除可造成睑缘疤痕。

知识点：眼睑皮样囊肿

【概述】 本病为比较常见的眼睑良性肿瘤，因先天性发育异常引起。【临床表现】 1. 为发生于眼睑及内外眦部的囊样肿块。多发于眼睑上方，邻近眶缘处。2. 为圆形囊状隆起，大小不一，质软。3. 部分病例伴有眶缘缺损，甚或与颅内相通。4. 一般不与周围组织黏连，但可与骨膜黏附在一起。5. 囊肿缓慢生长，少数自行破裂，导致炎症和肉芽肿形成。【诊断】 1. 根据自幼发生于眼睑的囊性肿物，可以诊断。2. 病理学检查可显示囊壁有皮脂囊，囊腔内有角蛋白和毛发，有助于诊断。【鉴别诊断】 睑板腺囊肿：为睑板腺排出口阻塞，腺体分泌物潴留在睑板内，对周围组织产生慢性刺激而引起的特发性无菌性慢性肉芽肿性炎症，不是先天性病变。【治疗】 1. 肿物较小时应随诊观察。2. 手术切除。术中应注意囊肿与颅内的关系，避免发生意外。

知识点：眼睑血管瘤

【概述】血管瘤是眼睑常见的良性肿瘤，为先天性血管组织发育形而引起。分为：①毛细血管瘤，系毛细血管内皮细胞增生所致，属先天性。②火焰痣，卫称葡萄酒色痣，因先天性毛细血管壁薄弱，扩张而成，肿物由扩张的窦状血管组成，出生时就已存在海绵状血管瘤发育性病变，其周围有纤维血管膜包绕，病变多在真皮层或皮下组内，由不规则的血空窦组成。

【临床表现】1. 毛细血管瘤(I)出生时或生后 2—6 周出现，生长较快，1 岁后生长变慢，新停止生长。有时可于 1-5 岁中完全消失。(2)毛细血管瘤接近皮肤表面时为棱红色，因此又称“草莓痣”；变位于深层时呈蓝紫色，可向眶内蔓延。(3)如果肿瘤大，压迫眼球，造成散光性弱视。2. 火焰痣 (I)出生时即有，静止不变。(2)呈紫色扁平斑状肿物，边缘不规则，不像毛细血管瘤那样明显生长和退缩，常与 Sturge-Weber 综合征有联系。3. 海绵状血管瘤(I)患者年龄较大，多在 10 岁左右发生。(2)眼睑结节状淡紫色肿块，柔软，略具弹性，压之可消失，哭时迅速增大，颜色加耀，有搏动感。【诊断】根据发生眼睑肿物的年龄、肿物的颜色和形态，可以诊断【治疗】1. 由于血管瘤为良性肿瘤，一般不需急于治疗。2. 毛细血管瘤有自行退缩的趋向，因此可观察一段时间，到 5 岁后治疗。如果因肿瘤引起眼睑不能睁开，阻挡瞳孔，则不能等待，以免造成弱视，首选治疗方法是向血管瘤内注射长效皮质激素，治疗时注意不要将药灌注入全身血循环。如果治疗失败，可改用冷冻或注射硬化剂，可采用手术切除肿物，但因肿物无包膜，手术有一定困难。3. 对于火焰痣，如为美容可考虑激光或手术切除，常需植皮如行冷冻治疗，则常有疤痕。4. 对于海绵状血管瘤，可行放射治疗或手术切除。

知识点：角膜上皮及其干细胞

眼表上皮来源于各自的干细胞，角膜上皮来源于位于角膜缘的干细胞，由于干细胞不断的增殖、分化和迁移，因此角膜上皮是高度分化、可以迅速进行自我更新的组织。1983 年 Thoft 提出了维持角膜上皮动态平衡的“XYZ 理论”，认为角膜上皮的丢失(Z)由基底细胞的分裂(X)和周边上皮向中央移行(Y)共同补充，而周边上皮的基底部可能含有角膜缘干细胞。角膜缘干细胞属于单能干细胞，存在于角膜缘基底细胞层中，人类角膜缘的 Vogt 栅栏结构即角膜缘干细胞所在区，角膜缘附近丰富的血管网滋养代谢旺盛的干细胞(图 6-2)。但在病理环境下，这些血管也运送炎症细胞来对抗感染(例如周边角膜溃疡)，炎症细胞能释放金属蛋白酶导致角膜基质溶解。如果角膜缘干细胞缺乏，上皮创伤将不能愈合，出现持续性的上皮缺损或结膜上皮和新生血管向角膜内生长。角膜缘干细胞是分开角膜和结膜的独特结构，是角膜上皮增殖和移行的动力来源，对于维持角膜上皮的完整性有重要作用。

知识点：结膜上皮

结膜上皮可能来源于结膜穹隆部或睑缘的皮肤粘膜结合处，也有研究认为结膜的干细胞均匀地分布于眼表。以前认为结膜的杯状及非杯状上皮是由不同的结膜干细胞分化而来，最近研究显示结膜非杯状上皮的前体细胞可诱导产生 PAS 阳性和 AM-1 阳性细胞，而这些阳性标志仅在杯状细胞中表达，这提示结膜的杯状及非杯状上皮细胞可能来源于同一种干细胞。在睑缘附近，结膜上皮移行为眼睑皮肤角化的复层鳞状上皮，而在角膜缘附近结膜上皮移行为角膜上皮。光滑的结膜可以使眼睑滑过角膜，提供保护，涂布泪膜，带走外源性物质。灵活的结膜皱褶和宽松的结膜囊对眼球运动和维持正常的睑球关系意义重大。在结膜瘢痕情况下(如眼类天疱疮)正常的穹隆结构被破坏，导致瘢痕性睑内翻、倒睫，引起继发性角膜损伤和瘢痕。外伤导致角膜及角膜缘完全破坏后，周围的结膜上皮前向移动，覆盖角膜表面。一些细胞会发生形态上的改变，它们不具备角膜缘干细胞的多能性，所以不能分化成角膜表型，也不具备成熟角膜上皮的生化学标记，因此造成角膜失去透明性，临床上称为角膜表型结膜化。

知识点：巩膜炎

巩膜炎根据炎症侵犯的范围及部位又可分为：浅层巩膜炎，包括结节性巩膜炎和周期性巩膜炎；巩膜炎，包括前部巩膜炎和后部巩膜炎。巩膜主要由胶原组织构成。巩膜病变在本质上属于胶原纤维病的范畴，它是一种自身免疫或自身过敏反应的疾病。因此认为是一种多因素、多诱因引起的非特异性炎症，通常由某些胶原纤维病引起，如风湿热、结节病、类风湿性关节炎、结核病、皮炎、红斑狼疮等，都可成为本病的诱因；也可由内分泌因素引起，女性多见，可反复发作，有些病人的发作与月经来潮有密切关系(周期性浅层巩膜炎)，月经失调也是一个诱发因素；内源性感染也可引起巩膜炎，它包括全身病毒感染、梅毒、麻风病及急性化脓性病灶等，引起巩膜组织过敏反应；巩膜炎的另一个发病因素是外源性感染因素，由细菌、病毒或真菌感染巩膜，或由于结膜外伤、化学物质刺激等引起巩膜感染；此外，继发性感染因素由巩膜附近组织的炎症蔓延而来，如结膜、角膜、眼眶周围组织的炎症等。中医学认为本病属“火疳”范围，多由邪火乘肺，热毒火邪自内而发，上攻气轮郁结所致。