

野戰耳鼻喉科及 耳鼻喉病鑑定手冊

中央人民政府人民革命軍事委員會
總後方勤務部衛生部

一九五三年 北 京

野戰耳鼻喉科及 耳鼻喉病鑑定手冊

王 昆
吳 明 譯

中央人民政府人民革命軍事委員會
總後方勤務部衛生部

一九五三年十月

目 錄

第一章 治療耳鼻喉創傷以及伴有聽覺和言語 障礙的挫傷的基本原則

一 耳部創傷	1
二 鼻及副鼻竇創傷	15
三 帶有耳鼻喉器官病變的頸部創傷	21
四 氣管切開傷員的護理	32
五 氣管切開術套管的構造	34
六 咽頭、食道及喉頭創傷傷員的護理	35
七 耳鼻喉科傷員的急救	37
八 耳鼻喉科傷員的階梯外科治療	40
九 在團衛生所、師衛生所及第一綫和第二 綫野戰機動醫院中對於帶有聽覺和言語 障礙的耳鼻喉傷員和挫傷傷員的分類	44

第二章 在後送各階段中，耳鼻喉疾病的醫療 範圍及耳鼻喉科病人的分類

一 師團地區(戰區)	49
二 集團軍地區	51

三 方面軍地區.....52

第三章 耳鼻喉病鑑定

一 戰時耳鼻喉病鑑定的基本原則.....53

二 耳鼻喉鑑定時對耳鼻喉疾病及功能障礙 的客觀判斷.....55

(一) 耳聾的客觀判斷.....56

(二) 聾啞的鑑定.....67

(三) 言語缺陷的鑑定.....68

(四) 啞病的鑑定.....69

(五) 失音症.....70

(六) 自傷的鑑定.....72

(七) 隱瞞病情的確定.....75

附 錄 耳鼻喉檢查的實用方法

第 一 章

治療耳鼻喉創傷以及伴有聽覺和 言語障礙的挫傷的基本原則

一、耳 部 創 傷

1. 總說 耳部創傷在臨床上分為單純傷及併有鄰近器官創傷的混合傷。

單純傷有兩種：（1）擦過傷，即致成創傷的物體（迫擊砲彈片、子彈等）僅傷及顱骨外表的突出部分——耳郭或其隣近的一部分外耳道；（2）直徑傷，即原來向着頭部飛來的、體積不大、速度已經減低的致傷物（死彈）沿着外耳道進入耳的深部，或者穿過了軟組織之後，深深地嵌於乳突骨內。此外，鈍物所致的耳部挫傷也常常引起耳朵外部的單純傷。

混合傷發生的情形有兩種，一種由於頗大或小而穿透力強的致傷物體的輻射彈道所致；另一種是由於其他方向的彈道所致，例如在耳朵附近斜行穿入顱內的彈道。混合傷比單純傷發生較多；雖然耳部創傷的嚴重程

度遠較眼部和頷部傷爲重，且僅次於腦部傷，但在登記時，却常常歸於腦部、頷部和眼部傷之內。甚至耳內深部的單純傷也應認爲是危險的，因其幾乎必定發生反應和感染，並在以後的過程中常常合併許多顱內病變——腦膜炎、腦炎、大腦和小腦膿腫以及靜脈竇血栓形成。耳朵深部傷在其功能的恢復方面，預後是嚴重的，因爲外圍器官（聽器和前庭器）的纖弱的組織都集中於範圍很小的迷路內，而甚至很小的彈片也能將後者破壞；此外，迷路對於震盪也很敏感。因此，不僅是迷路本身的直接創傷，而且迷路隣近組織的創傷（如鼓室、外耳道和一般的顱骨創傷）都伴有不同程度的、並且常常是頑固的聽覺喪失和前庭功能障礙。

上述情形要求在處理傷員的時候對那些耳部有受傷嫌疑的傷員特別注意，並且強調指出在野戰醫院內必須進行專科醫生會診。

2. 耳外部（耳郭和外耳道口）的單純傷，例如火器傷和白刃傷，以及偶爾在失足和被任何物體打擊時所發生的單純傷，都是比較輕的。急救包括創傷及其周圍部分的外科處理和繃紮。用細線（最好是毛髮）將部分脫離和甚至完全脫離的組織縫於其原來位置，這從美容方面來考慮是容許的，不過，縫線儘可能不要穿過易受感染的耳軟骨。如果在最初整理創傷的時候就已經有感染的徵候——劇痛、耳郭腫脹和發紅、淋巴腺反應或全身反應（發熱），則禁忌縫合，並且只有在撒上 стреп-

ТОЦМД 以後才可以將傷緣接合而加以繃紮。如外耳道的外側部分受傷，則需小心將血塊及髒物（泥土、衣服碎片）取出（禁忌沖洗！），並用消毒凡士林紗條放於耳道內，此舉的目的在於整復受傷的一部分外耳道皮膚軟骨壁，以防其發生狹窄。傷員必須送到有耳科的輕傷員醫院治療。

3. 耳血腫是外耳受到鈍物打擊而形成的一種特殊形式的創傷：耳軟骨骨膜因出血而脫離耳郭軟骨的結果，致成軟骨吸收及萎縮，從而使耳郭的上部發生變形。

這種創傷的症狀是在沒有炎症反應和全身症狀時，耳郭軟骨部的青紫色痛性腫脹。例如用注射器將血腫抽空，或進行穿刺而將其內含物擠出，則很快就會再發。

耳血腫的治療可用反覆穿刺抽液並包紮壓迫繃帶的綜合法，塗抹膠質（緊縮作用），以及注射少量（數滴）碘酒於血腫內。如過後耳郭發生變形，則應進行整形手術（用硬的整形彌補物置於耳郭皮膚之間，並將其上端縫於耳上部的皮膚）。

4. 外耳的外傷性軟骨膜炎是機械性刺激所致，更常見的是感染經過損傷部分侵入軟骨骨膜所致。這種情形在耳軟骨切開術（例如因外耳道狹窄而進行的外耳道軟骨部成形術）之後也常發生。耳軟骨對綠膿桿菌的感染特別敏感。

軟骨膜炎的徵候：耳郭的或外耳道的軟骨部有劇痛、腫脹和發紅；有膿腫形成時則有波動；穿刺檢查

時，可抽出膿液。可能有化膿的全身症狀（發熱等）。

治療的方法是切開化膿灶。按「突擊」劑量的規定內服 стрептоцид，以及進行預防發炎的措施（用蒲洛氏液褫包）。如耳郭最後發生萎縮，則可試施行整形術。

5. 從外耳道摘除異物時（彈片），應按照野戰耳鼻喉科現行的一般規定進行。如異物易於取出，例如位於外耳道口內並且沒有嵌入時，則在最初處理創傷時便可取出。如異物嵌入於組織內或埋於耳道內深部，但沒有引起顯著的障礙時，則可待專科醫生到達以後，或將傷員送至集團軍的或方面軍的專科醫院以後再行摘除。在這裏應盡量經過自然的途徑摘除異物；如不能摘除時，則可用蘇聯科學院院士涅·伊·沃雅契克所提出的外部手術方法——「耳部根治手術修改式」（在耳後皺襞作一小切口，用小號骨鑿或圓鑿將骨性外耳道略為擴大，對外耳道軟骨部進行成形術，摘除嵌入的彈片，填塞外耳道，縫合切口）。自然，如耳後已有傷口，則可經之進行摘除異物。

6. 外耳道深部、鼓膜和鼓室的創傷常常合併發生，因為與致傷物體（子彈、彈片）的大小比較時，這些器官體積很小，不能單獨受傷。只有在例外的情形下才能遇到鼓膜的單純傷，後者是由於長而尖的物體（鐵絲，麥稈）或極小的彈片打進外耳道腔內所致。自然，我們並非在這裏討論鼓膜的「氣壓傷」，後者在後面挫傷一節中再行敘述。

上述耳深部傷的徵候是：深部疼痛、耳鳴、聽力減弱並伴有傳聲障礙的徵候（韋伯爾氏試驗偏向患側）；耳部出血（不嚴重）；鼓索以及走行過傷部的神經發生不全麻痺及麻痺（例如面神經麻痺，並引起兔眼和口角下垂）；由此發生味覺障礙和迷走神經的分枝麻痺（後者引起外耳道深部皮膚麻痺）。發生炎症反應時，可見耳漏及全身症狀（發熱等）。

用X射線照相可以準確定出異物的位置。

治療方法是摘除異物，在多數病例中需用上面第4項中所述的見血手術方法。不同的地方只是必須將骨環鋸深些。例如當彈片嵌於鼓室內時，則爲了摘除彈片，有時便需將位於耳道與鼓膜上部之間的隔障截除，或將通到乳突竇入口上方的耳小橋截除。一般說來，這個手術與在慢性鼓室隱窩炎時施行的「耳部根治手術」相似。術後的護理是包紮以及預防併發症——迷路炎、顱內疾患、顏面麻痺等。

7. 鼓膜創傷的特點主要是耳鏡檢查所見的情形：在通常很少發生變化的鼓膜面上，可以看見一個角形孔，其邊緣出血；在孔內可以看見鼓室內壁的粘膜，後者在受傷後最初數小時甚至數日之內尚沒有炎症，故呈現黃色（而不是在非外傷性耳炎時所見的紅色）。

在鼓膜創傷時預防化膿性中耳炎主要是避免可能從外耳道帶進感染的操作。因此沖洗耳部，用棉球拭擦外耳道，以及注入滴劑均禁忌施行。惟一可行的就是用無

南棉栓填塞外耳道以及內服磺胺劑。

8. 如上所述，乳突創傷可能僅限於乳突本身。但在槍傷和較大塊的彈片傷中，其鄰近組織通常也受傷：乙狀竇，腦膜及其附近的顳葉和小腦，以及在第6項中所提及的神經。

乳突部創傷的特徵包括表面傷的部位和形狀，X射線檢查的材料，以及鄰近器官損傷的症狀。假如靜脈竇壁受傷（創傷或手術傷，特別是企圖從盲管傷摘除死骨片或異物——彈片或子彈），則可能發生靜脈出血。許多症狀可能由腦及腦膜創傷引起，並表現為虛性腦膜炎和腦症狀；症狀最初不顯著，但數日內即變為嚴重。因此，不宜延遲乳突部混合傷的處理；但後者只有在正確的外科技術保證下才比較安全。因此，上述傷員均應在醫務衛生營或野戰醫院檢查；假如檢查時查明乳突部的創傷是單純傷，即較輕的傷員，則應立即繼續後送。

如在檢查時發現靜脈竇或腦和腦膜的創傷，則須採取制止靜脈竇出血或防止再出血的措施。因此須將靜脈竇受傷的部位全部從骨質部顯露，並以威登格氏法進行填塞，即在靜脈竇與骨壁之間塞進紗條以阻塞血管腔（從創傷兩側進行）。這些填塞物應當盡可能晚些摘除（手術後6—8日）。如再次發生出血，則須重新填塞。靜脈竇發生小的破裂時，應進行單純的壓迫填塞，填塞之前用一塊肌肉（從鄰近的胸鎖乳突肌或顳肌移植）或用一塊消毒脫脂棉蓋於裂口上。在第一、二次包紮之

前，傷員留在住院部數日，包紮後將其送到集團軍專科醫院。

假如腦組織受傷，則傷員應進行神經外科處理，並留在住院部，或則送到專科醫院進行手術。

環鋸乳突的操作法與化膿性疾患的手術方法不同：在創傷時，手術目的是摘除被打碎而勢將壞死的部分，摘除了彈和彈片（在盲管傷時），以及在靜脈竇有受傷嫌疑時檢查靜脈竇。因此在這種情形下，無須顯露耳朵沒有受傷並在當時健康的部分，如乳突竇、乳突小房、顳突等，也就是說，無須顯露那些在「平時乳突手術」中（非外傷性乳突炎的手術）常常需要進行手術的地方。

對於磁鐵能吸引的金屬異物，我們就用磁鐵吸引的方法摘除。若用通常的方法摘除時，必須做成很大的切口才能達到異物的病例，或當異物穿入腦組織，而按 X 射線檢查發現其位於乳突附近的病例，都可採用這個方法。

9. 耳器官最深的部分是耳咽管和位於顳骨岩部的內耳迷路，兩者的創傷與顳底有密切的關係。如果受到某種暴力的作用（崩塌或汽車失事時顳部受壓），顳底部發生破裂，則骨折線常呈縱或橫的方向穿過岩部，繼而穿過內耳。骨性迷路雖然仍完整無損，但迷路亦因顳骨創傷時的出血而遭到侵害。其次，彈片和子彈的直接侵入，震盪，中耳及其他鄰接器官的創傷繼發性炎症等亦可使迷路遭受損害。

迷路創傷的症狀表現為兩種功能的障礙，即聽覺及前庭功能障礙，因兩者的周圍神經上皮器官皆位於內耳之內。聽覺障礙時出現傳聲器病變的症狀：進行韋伯爾試驗時，健耳或輕微受傷的耳感知音叉；堵塞健耳，特別是用噪音器壓倒健耳力的聽力時，患耳呈完全難聽等等。前庭功能障礙時出現自發性眼球震顫（迷路麻痺時向健側發生快速的痙攣，而在新鮮創傷，迷路受到刺激時，則向患側發生痙攣）。傷員自覺頭暈；在頭及全身運動時（如在彎曲，挺直及走路時），呈現顯著的平衡障礙現象。此外，尚出現植物神經反射及暈船症狀——惡心、嘔吐、蒼白、冷汗及甚至虛脫現象等。在迷路受到新鮮創傷嫌疑的病例中，禁止用熱試驗或旋轉試驗等人工方法激起前庭反應。

內耳創傷的出血可能是靜脈出血（岩竇），也可能是動脈出血（即頸內動脈出血，此動脈通過緊接蝸牛殼及耳咽管岩部的頸動脈管）。止血可行外耳道壓迫填塞，如有外表創傷時，亦行外表創傷壓迫填塞。若填塞無效時，則於頸部結紮頸內動脈。需要記住，顱底創傷時自頸動脈流出的血液可能流入鼻咽腔內，並常被誤認為鼻及咽出血。因此，此種出血也是耳深部創傷症狀之一，並須在進行最有效的療法——血管結紮之前，進行鼻咽腔填塞（裴洛克氏鼻後孔填塞法）。

伴有遠部顱骨破裂的迷路創傷時不可能出現極多種腦神經及腦組織的症狀，這些症狀不論在腦神經及腦組

織直接受傷時或在繼發炎性併發症時都出現。例如鼓室天蓋破裂時，感染能够侵入顱中間，並引起大腦顱葉腦炎。在鼓室底破裂時，可能引起感染，頸靜脈上球血栓形成，從而引起膿毒敗血症。岩部病變可能引起外展神經麻痺及三叉神經痛。迷路炎可能成為經過內耳道向腦膜及腦實質傳播感染的中間徑路（也有其他徑路）。

上述的耳深部創傷的後果極為嚴重。如果發生盲管傷，因為有異物（本身就是傳染源）的存在，其預後則更惡化。因此規定：對這些傷員的處理必須與對其他顱骨創傷和腦創傷的處理相同。

只有在將傷員送往專科醫院時採用無刺激的運送方法，才能談到合理的外科治療。至於運輸方法的問題，應由當地各種不同的條件來決定。根據各方面的材料看來，在短距離內用飛機運送傷員不會增加傷員病況惡化的危險。

對於這種創傷，軍醫必須準確地確定異物的部位並對各種症狀的變化進行觀察。

如果根據這些變化判斷已形成屏障^①時，則需按顱內疾病的耳科及神經外科治療原則進行治療。如果傷員有進行性病變的表現時，則須進行外科學檢查並設法取出異物。開始截除死骨及通個耳深部的狹窄肌束膜，並將骨破裂部位的周邊作適當處理；這些處理是防止創傷

①即於損傷部位及發炎病灶的附近形成的一種「保護性屏障」。

在以後的發展過程中發生化膿的最良好的辦法；但是這些處理必須在技術上能够做到，並且不造成新的、更大的創傷的條件下才可實行。切記，在屏障形成時進行外科手術也可能有壞處，因為這一手術也經常不能避免損傷「屏障」。

使用磺胺製劑，防水腫的藥劑（葡萄糖及高張鹽水），胺仿，免疫療法等等，以及其他顱部深部創傷時使用的具有類似效力的藥劑。

耳深部創傷併發的顱內病變的防治措施不外乎在化膿性中耳炎時所用的那些防治措施。例如，在化膿性腦炎及其後遺症——腦膿腫時進行大腦顱葉或小腦的試驗穿刺的補充診斷，以觀看其症狀②出現於何種部位。其次，要進行腦脊髓穿刺（腰椎穿刺及後頭穿刺），在單純性腦膿腫時，穿刺所見為透明的液體並帶有少量有形成傷；這些所見有助於與其他型膿腫的鑑別。膿腫時的穿刺不是沒有區別的，穿刺是在膿腫尚未清楚和明顯地表現出來的時候進行。

已確診的膿腫，其治療方法極其多種，而這許多治療方法都在試驗中，因為關於這一問題至今仍未得到一致的見解：某些學者主張廣泛切開；另一些學者又贊成

②必須牢記膿腫時出現的一些最顯明的特徵：1)全身症狀：脈搏減弱，乳頭鬱血，頭痛（由於顱內壓增高所致）。2)病灶症狀：於左側顱葉膿腫時出現失語症（善用右手者）。3)四肢運動肌肉辨別力不強，尤其在患側的上肢（小腦膿腫時）。

進行穿刺抽液。排膿的方法也很多：使用橡皮管、紗布條或單純的布條、布捻或螺旋狀橡皮條等等。手術後的傷員在其併發症完全消除之前，必須住在專科醫院的住院部內。

10. 在耳部器官的損傷中，很少遇見耳咽管的單純傷。倒不如說它是在耳部器官以外的鄰接部位創傷時出現的。例如，由於致傷物體的彈道不規則所引起的顱底破裂或顏面骨骼破裂時，能够發生耳咽管創傷，而同時中耳其他部分和內耳則完整無損。

耳咽管創傷的症狀為：耳咽管管腔狹窄及其後遺症——鼓室通氣障礙；出血，於鼻咽腔出現血液或血塊（鼻後孔鏡檢）。

在晚期進行治療的主要方法在於防止發生頑固性的瘢痕狹窄，即用耳咽管吹氣法（中耳吹氣法，插管吹氣法），探子及吸收劑（碘、透熱療法、泥療法及石蠟療法，用於耳下部）等方法以整復耳咽管管腔。

11. 爲了更有系統性，我們把挫傷分爲下列諸類：

（1）真性挫傷。從廣義的外科學的意義上來說，此係外表完整，肉眼看不到顯著損害的創傷（機械性因素的作用）；因此從狹義上來說，缺少表面損傷的的耳創傷均稱爲耳挫傷。

（2）震盪（或震盪傷），這一專門術語表示常常損害纖弱的器官（如腦，迷路）的震盪的機械作用。在震盪傷中，我們只能假定有被稱爲臟器「微小創傷」的

存在，但通常是不能夠發現；並且對於震盪也是根據能恢復的功能障礙（聽覺功能、平衡功能）來判斷。

（3）聲音的損傷，係由過度的聲音刺激，也就是對科蒂氏器的過強或持續過長的聲音作用所引起的聽覺減弱或聽覺喪失。

（4）氣壓傷，由大氣壓力的急劇衝擊所致。此類創傷僅限於對壓力敏感的臟器，也就是具有「壓感功能」的臟器（如鼓室及肺等）。

（5）創傷性歇斯底里，係因具有該種（歇斯底里性）素質的人在戰鬥情況中所發生的聽覺障礙（其他功能也發生障礙）。如果不能證實被檢查者具有歇斯底里素質時，則只好把它看做為「外傷性精神病」。

自然，上面列舉的類型也可能是相互合併發生，並且也可能合併其他一般性的創傷。

這裏所列舉的類型是耳鼻喉科損傷的許多類型的一部分，並且每一類型的特點首先是由於致傷的因素不同（如機械性的作用，強烈的音響，大氣的衝擊等等）；其次，由於上面的因素而發生創傷的臟器及組織的不同。有些因素可能損害身體的任何部位，例如鈍物的打擊（一般性挫傷）可以損及任何組織和臟器。但是有許多特殊的刺激只對某些器官，尤其是對這些特殊刺激敏感的器官起作用，例如聲音作用於科蒂氏器，加速度作用於前庭器，氣壓衝擊作用於具有感壓功能的器官等。

上面第二類致傷因素能造成特殊類型的創傷，這

時，必須考慮到致傷因素及受傷臟器等兩個基本特徵。就是說：聲音創傷時只是周圍聽器遭受損害；加速度創傷為前庭器受損；氣壓傷為中耳受損（以及其他具有感壓功能的臟器的損傷）；震盪傷為大腦，迷路及對這一刺激過度敏感的一般臟器受損。

為了說明問題起見，不妨舉一些實際應用的例子。

如果在飛機發動機調整工廠內工作的人員喪失了聽力時，則為聲音創傷。如果飛機駕駛員在快速的俯衝後出現充血、鼓膜出血、難聽等現象時，則為氣壓傷。如果在射擊或由於近距離的爆炸而產生了充血等症狀時，特別是產生了鼓膜破裂時，那麼這也屬於氣壓傷。如果由於地雷或砲彈的爆炸發生了身體震盪，其結果出現了聽覺損傷或前庭功能損傷（但沒有肉眼可見的顯著的耳部傷），並且這些損傷症狀久之會逐漸消退下去時，那麼這種創傷應認為是迷路震盪。如果耳朵附近的顫部被彈片打傷而肉眼不能發現任何損傷，但是具有難聽或前庭功能障礙等症狀，那麼這也是震盪傷（迷路），但其合併有耳部以外的頭部創傷。如果小的彈片飛進外耳道，並且穿破了鼓膜時，則為一般性的（機械性的）鼓膜創傷。如果在砲彈的射程內，強烈的氣浪衝擊把戰士打倒而使其耳部受傷，並且，不論外部檢查或耳鏡檢查以及X射線檢查等方法，肉眼都不能發現骨部及軟部組織的損傷時，則這種創傷為耳挫傷。如果參加戰鬥的人員，只是由於參加戰鬥的情緒而喪失了聽覺或發音能力