

《临床护理全书》编译委员会

临床护理全书

五官科
皮肤科
分册



85021

临床护理全书

五官科·皮科分册

I. 耳 鼻 咽 喉 科 (1 ~ 46 页)

II. 眼 科 (47 ~ 82 页)

III. 口 腔 颌 面 外 科 (83 ~ 136 页)

IV. 皮 肤 科 (137 ~ 178 页)

《临床护理全书》编译委员会

北 京 出 版 社

2477 / F34

临床护理全书
五官科 皮科分册
Linchuang huli quanshu
Wuguanke pike fence
《临床护理全书》编译委员会

*

北 京 出 版 社 出 版
(北京北三环中路6号)
新华书店北京发行所发行
广 益 印 刷 厂 印 刷

*

787×1092毫米 16开本 11.5印张 274,000字

1991年5月第1版 1991年5月第1次印刷

印数 1—3,290

ISBN 7-200-01309-9/R·58

定价: (精装) 9.25元

编译委员会委员名单

主 编

朱怡然教授

副主编

王 珏教授 谭朴泉教授 贾恩昶主任医师

编 委

(以姓氏笔画为序)

李玉蓉主任医师 苏崇周主任医师 张玉琛教授
郑桂兰副主任医师 周永德副主任医师 阎伯龄教授
常家柏教授

主编助理

郎志峰讲师

五官科·皮科分册编译者名单

马晓路医师	王丽萍医师
王铁讲师	史昌明主任医师
孙平副教授	阎伯龄教授
苏崇周主任医师	杨式麟教授
胡建生讲师	贾恩昶主任医师
梁克义教授	

主 审

贾恩昶主任医师 阎伯龄教授

序

医学护理专业，自弗罗伦斯·南丁格尔创立以来，不过经历了一百多年的历史。但是，医学科学界已普遍认识到护理学科是一门维护人类健康的至关重要的学科。经过广大医学科学工作者和护理人员的长期实践，不断地总结经验和探索其客观规律，护理专业已逐步发展并形成自己独特的理论与临床体系。随着临床医学的发展，特别是医学模式已向生物、社会心理医学模式转变，我国广大护理人员越来越明确：为人民群众“增进健康，预防疾病”，为广大患者“恢复健康，减轻痛苦”，是自己义不容辞的职责。

为了赶上时代的前进步伐，适应科学技术日新月异的发展及我国社会主义卫生事业的需要，不仅需要护理专业院校不断培养大批护理专业人员以充实护理专业队伍，而且在职的护理人员也迫切需提高护理学知识及护理技术水平。但是，目前我国出版的护理理论和护理技术的专业书籍较少，临床实用的参考书更为缺乏。由承德医学院组织编译的《临床护理全书》，从我国临床护理工作的实际需要出发，汲取国外的先进护理经验，总结国内的临床护理学科的新进展，系统地介绍了各科临床护理基本理论及技术操作，突出了对病人的全面整体护理工作，具有高度科学性和很强的实用性。文字叙述也简明扼要，插图清晰，繁简得当，做到了图文并茂，便于读者理解、记忆和临床应用。这些都是其可贵之处，值得向我国护理界推荐。

时代在前进，科学在发展。愿广大医疗、护理界同志团结一致，通力协作，继续总结经验，不断创新，促进护理学科的进一步发展，为振兴我国护理事业作出更大贡献。

中华人民共和国卫生部护理中心

陈淑坚

1990年2月

前 言

目前国内供护理专业人员学习的书籍较少,系列参考书更为贫乏。有鉴于此,我们于1985年参考日本东海大学正津 晃等五位教授编审、近200名专家编写的《临床护理图解丛书》,以及国内外有关资料,在承德医学院的组织下,由中国医科大学、华北煤炭医学院、北京医科大学、天津医学院、张家口医学院、人民卫生出版社和承德医学院的30多位通晓护理专业的教授、副教授和讲师通力协作,编译了这部《临床护理全书》(以下简称《全书》),于1987年年底脱稿,1989年8月至10月对部分内容再次进行了修订、增补。

《全书》包括五个分册:内科特护分册、外科康复分册、妇科产科分册、小儿科分册以及五官科皮肤科分册。为突出护理专业的特点,对每个疾病着重叙述其护理重点、观察要点和护理措施。文字叙述力求条理清楚,理论联系实际,深入浅出,简明扼要,并且保持了图文并重的特色,便于读者理解和自学。

《全书》不仅适于护理人员学习参考,也可以作为护理专业学生的辅助教材和护理教师以及各科医师的参考书。

我们在编译《全书》过程中,得到下列同志的大力支持和帮助:人民卫生出版社沈文敏副编审在病中详细审校了书稿,付出了艰辛的劳动;承德医学院教务处绘图室白蜀宁同志为本书绘制了插图;在此,我们表示诚挚的谢意。

由于我们水平有限,书中欠妥乃至错误之处在所难免,热诚希望医学、护理专家和读者予以批评指正。

《临床护理全书》编译委员会

1990年2月

I. 耳 鼻 咽 喉 科

ER BI YAN HOU KE

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

I. 耳鼻咽喉科目录

1. 耳疾病症状及其护理 (5)
 - (1) 耳聋及其护理 (5)
 - (2) 耳痛及其护理 (5)
 - (3) 耳漏及其护理 (6)
 - (4) 面神经瘫及其护理 (7)
 - (5) 耳鸣及其护理 (7)
 - (6) 眩晕及其护理 (8)
2. 耳疾病及其护理 (11)
 - (1) 先天性耳前瘻管及其护理 (11)
 - (2) 急性局限性外耳道炎 (耳疖) 及其护理 (12)
 - (3) 弥漫性外耳道炎及其护理 (12)
 - (4) 急性中耳炎 (13)
 - (5) 咽鼓管狭窄症 (渗出性中耳炎) 及其护理 (13)
 - (6) 慢性中耳炎及其护理 (14)
 - (7) 美尼尔氏病及其护理 (16)
 - (8) 突发性耳聋及其护理 (17)
 - (9) 良性阵发性位置性眩晕 (18)
 - (10) 耳毒性药物中毒及其护理 (18)
 - (11) 噪音性耳聋及其护理 (19)
 - (12) 听神经瘤 (19)
3. 鼻腔、鼻窦疾病症状及检查 (20)
 - (1) 鼻漏 (20)
 - (2) 鼻阻塞 (20)
 - (3) 嗅觉障碍 (20)
 - (4) 鼻镜检查 (20)
 - (5) 鼻部X线检查 (21)
 - (6) 上颌窦穿刺、冲洗法 (21)
 - (7) 鼻功能检查法 (21)
4. 鼻腔、鼻窦疾病及其护理 (22)
 - (1) 鼻中隔偏曲及其护理 (22)
 - (2) 鼻出血(鼻衄)及其护理 (22)
 - (3) 急性鼻炎、慢性鼻炎及其护理 (23)
 - (4) 变态反应性鼻炎及其护理 (24)
 - (5) 急性鼻窦炎、慢性鼻窦炎及其护理 (25)
 - (6) 鼻窦囊肿 (27)
5. 咽疾病的症状及其检查 (28)
 - (1) 咽部痛及吞咽痛 (28)
 - (2) 吞咽困难 (28)
 - (3) 呼吸和发音障碍 (28)
 - (4) 鼻咽部检查法 (28)
 - (5) 口咽部检查法 (29)
 - (6) 喉咽部检查法 (29)
 - (7) X线检查法 (29)
 - (8) 病灶感染检查法 (29)
6. 咽疾病及其护理 (29)
 - (1) 急性咽炎及其护理 (29)
 - (2) 慢性咽炎及其护理 (30)
 - (3) 急性扁桃体炎 (急性腭扁桃体炎) 及其护理 (31)
 - (4) 扁桃体周围脓肿及其护理 (32)
7. 喉疾病症状检查及其护理 (33)
 - (1) 声音嘶哑及其护理 (33)
 - (2) 呼吸困难及其护理 (34)

(3) 误咽..... (34)	(3) 喉疾病的治疗及其护
(4) 间接喉镜检查及其护	理..... (38)
理..... (34)	9. 呼吸道、消化道异物及其
(5) 直接喉镜检查及其护	护理 (40)
理..... (35)	(1) 呼吸道异物及其护理..... (40)
(6) X线检查..... (35)	(2) 消化道异物及其护理..... (41)
(7) 音声检查..... (36)	10. 头颈部肿瘤及其护理..... (42)
8. 喉疾病及其护理 (36)	(1) 鼻咽癌及其护理..... (42)
(1) 急性喉炎及其护理..... (36)	(2) 上颌窦癌及其护理..... (42)
(2) 声带息肉及其护理..... (37)	(3) 喉癌及其护理..... (43)

1. 耳疾病症状及其护理

(1) 耳聋及其护理

① 分类

由于病变损害部位不同,耳聋可分为传音性耳聋、感音性耳聋和混合性耳聋(图 I-1)。

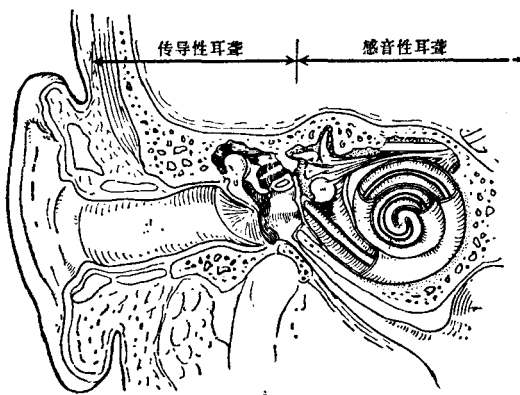


图 I-1 耳聋的分类

A. 传音性耳聋:由外耳病变、中耳病变产生的耳聋,如外耳道闭锁、中耳炎等。其特点是声音振动波不能传入内耳,但直接振动颅骨可以听到声音。传音性耳聋患者有的可通过手术治疗,使听力得到改善。

B. 感音性耳聋:由内耳病变或中枢病变产生的耳聋,如迷路炎、药物中毒、听神经瘤及老年性耳聋等。其特点是虽然声音振动波能传入内耳,但内耳却无声音感觉。此乃内耳感音系统病变。感音性耳聋一般治疗效果不良,只有突发性耳聋、听神经瘤等通过治疗可以改善听力。

常年在噪音环境中工作者产生的感音性耳聋称为职业性耳聋。

C. 混合性耳聋:指既有传音系病变又有感音系病变者,如中耳炎合并内耳炎者。

D. 心因性耳聋:患者在无器质性病变情况下诉说耳聋,可由癔病、精神受刺激引起。做测听时反复检查,所得到的结果并不一样,即说明病变不是器质性的,而是由主观精神因素所致。

② 助听器

有严重耳聋、听力一般在40~60分贝(dB)的患者可以使用助听器。声音通过助听器被放大,患者即可以听到。但使用时需逐渐训练才能发挥助听器的助听效应。

③ 耳聋患者的护理

A. 观察要点

① 观察耳鸣、眩晕、恶心呕吐等内耳症状及耳痛、头痛、耳闭塞感、流脓等炎症症状。

② 判定耳聋程度并探讨病因。

B. 具体护理措施

① 测患者可听范围。根据测听表在一定的可听声强范围内进行谈话,用笔谈,或使用助听器,并判断患者对谈话内容的理解程度。

② 耳聋患者常有自卑感,因此医护人员要给予患者精神上的安慰,使其正确对待疾病,有规律地生活。

③ 有鼓膜穿孔者禁止洗澡,或洗澡时用棉花塞耳以免进水。平常注意擤鼻不可用力。

(2) 耳痛及其护理

支配耳部的感觉神经为三叉神经、面神

经、迷走神经、舌咽神经、颈神经等，当这些神经受到刺激则会产生疼痛。但内耳病无耳痛。

① 病因

耳痛可由以下原因引起：

A. 耳局部疾病

④ 外耳、中耳、乳突的炎症：如外耳道炎、带状疱疹、急性中耳炎等。

⑤ 耳异物：动物如蚊、蟑螂等；无生物为豆、纸等。耳异物多见于小儿患者。

⑥ 外伤：外耳损伤、鼓膜穿孔、挖耳伤、掌击等。

⑦ 肿瘤：良性肿瘤及恶性肿瘤（鳞状上皮癌、基底细胞癌等）。

B. 其他部位病变：由其他部位病变所致的耳痛，耳内无病变，耳痛是由邻近器官疼痛放射至耳部产生的，如下颌关节、牙齿、咽喉等部位病变。

② 治疗原则

A. 针对病因进行治疗

④ 给予抗菌素、激素类药物。

⑤ 采用手术方法，将脓肿切开排脓，或切除肿瘤等。

B. 对症治疗，给予止痛药物。

C. 采用理疗、冷敷、红外线照射等方法进行治疗。

③ 耳痛患者的护理

A. 观察要点

主要是了解患者耳痛的病因、性质、原发病症状等。

B. 具体护理措施

④ 炎症进行期可做局部冷敷。

⑤ 患者要少说话，限制咀嚼以减少下颌运动。

⑥ 打喷嚏、打哈欠等可增加腹压的动作，加重耳痛，应嘱患者注意。耳部有创面时则禁止洗澡、洗发。

⑦ 脓肿形成应及时切开，头侧位以促

进排脓。

⑧ 及时取出外耳道异物。

⑨ 给患者镇痛剂、消炎剂，并观察其用药后的反应。

(3) 耳漏及其护理

耳漏是指由外耳道流出分泌物。由疾病引起的耳漏可分为：浆液性的、粘液性的、脓性的、血性的等。

① 成因

耳漏可由以下原因引起：

A. 耳道耵聍：中国人耳道耵聍多为干性，可自然排出；白种人多为油性耵聍，耳道内有似油状物，如不能自然排出可洗耳洗出。

B. 局限性外耳道炎（耳瘡）：发生在外耳道软骨部，可自然破溃排脓，对有波动者可切开。

C. 外耳道湿疹：分泌物呈浆液性或脓性，患者有自觉痒感，可波及外耳皮肤。

D. 急性中耳炎：鼓膜穿孔后分泌物初期为浆液血性，继之为粘液性，量较多。

E. 慢性中耳炎：由于病变侵及部位不同，可有浆液、粘液、粘脓性等。急性发作时分泌物增多。胆脂瘤性中耳炎脓液有恶臭味且持续流脓，一旦突然停止，可能有并发症，需进一步检查。

F. 脑脊液耳漏：多发生于颞骨外伤后，液体为浆液性，可取分泌物做糖反应，如呈阳性则为脑脊液。

② 耳漏患者的护理

护理人员要注意观察分泌物的性状、量和其他症状。

A. 对外耳道分泌物应随时进行清拭，并对外耳道进行消毒，将耳周围头发以发夹固定，指导患者侧卧，让患耳向下以利引流。

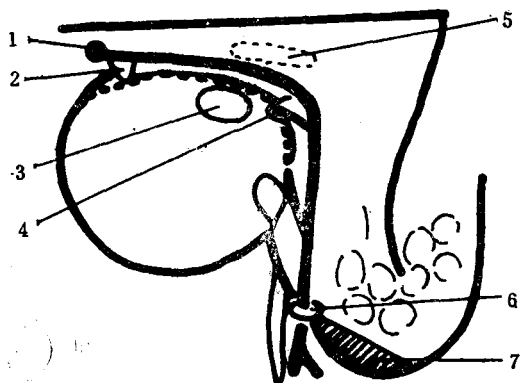
B. 用药物点耳，放引流纱布，禁止患者自己挖耳，炎症未稳定前不能洗头。

C. 进行脓液细菌培养，对结核菌、绿

脓杆菌等沾污的器械要严格消毒。

(4) 面神经瘫及其护理

支配面部肌肉的第七对脑神经为面神经(图 I-2)。面神经瘫(简称面瘫)可分为末梢性的和中枢性的,以前者多见。



1. 膝状神经节 2. 匙炎 3. 前庭管 4. 锥隆起
5. 外半规管 6. 基乳孔 7. 二腹肌沟

图 I-2 面神经走行图

① 病因

末梢性面瘫以贝尔氏(Bell's)面瘫为最多,其次为带状疱疹病毒感染 Ramsay-Hunt 氏综合症、外伤、中耳炎、耳手术、腮腺肿瘤等皆可引起面瘫。贝尔氏面瘫多为受凉后发病。

面瘫分全瘫和不全瘫。不全瘫多能自然恢复。

② 症状

A. 患者额纹消失,不能闭眼,口角闭锁不全而致饮水漏水,不能吹口哨。

B. 患者常流泪,有味觉障碍,患侧听觉过敏。

③ 检查

对患者的面部肌肉可做如下电诊检查:

- A. 变性反应。
- B. 神经兴奋性检查。
- C. 肌电图。

此外还有流泪试验、味觉试验、镫骨肌反射等。

④ 预后

A. 贝尔氏面瘫 80% 的患者可自然痊愈; Ramsay-Hunt 氏综合症患者预后也比较良好;糖尿病、白血病合并面瘫者预后则不良。

B. 面瘫急速发病,并伴有剧烈耳痛患者预后不良。

C. 患者面瘫消失后,尚可有面神经痉挛等后遗症。

⑤ 治疗

A. 对贝尔氏面瘫患者治疗时可采用激素、血管扩张剂、代谢赋活剂等,多能奏效。

B. 保守治疗不愈时可行面神经手术。

C. 由外伤、肿瘤、耳手术等所致的面瘫可行面神经手术。

⑥ 面神经瘫患者的护理

A. 观察要点

① 通过患者进食、说话等行为,观察其有无疼痛、流泪、味觉异常等症状。

② 中耳手术后即发的面瘫,多由于手术中损伤神经所致,需紧急手术;而术后 2~3 日后发生的面瘫则为迟发性面瘫,应注意观察其发生经过。

③ Ramsay-Hunt 氏综合症患者因有疱疹出现,应观察疱疹变化及疼痛程度。

B. 具体护理措施

① 在面瘫发生后 7~10 日可指导患者做按摩,防止产生肌无力变性,并进行理疗。

② 因患者不能闭眼,为防止角膜干燥和发生结膜炎,应涂眼膏及使用眼罩。口腔有食物残留者应漱口。

(5) 耳鸣及其护理

耳鸣可分为自觉耳鸣和他觉耳鸣,前者为数较多。自觉耳鸣患者多伴有听觉障碍。中耳性耳鸣属低音性;内耳性耳鸣多为高音性。他觉耳鸣由肌肉收缩和血管性杂音所致,其耳鸣声别人可以听到。

① 病因

耳鸣可由以下原因引起:

A. 外耳病: 耵聍栓塞、耳内异物。

B. 中耳病: 咽鼓管病, 急性、慢性中耳炎, 耳硬化症, 耳内肌及腭帆张肌挛缩。

C. 内耳病: 任何内耳病患者都可有耳鸣。

D. 迷路后中枢疾病: 听神经瘤、小脑桥脑角肿瘤、Ramsay-Hunt 氏综合症。

E. 全身性疾病: 高血压、低血压、动脉硬化症、贫血等。

② 治疗

耳鸣患者多伴有耳聋, 可根据耳聋性质进行治疗。

③ 耳鸣患者的护理

A. 观察要点

① 区分是自觉性耳鸣还是他觉性耳鸣。

② 判断耳鸣的性质和程度 (蝉鸣、机器响), 区分患耳, 了解发病时间、既往有无耳病史。

B. 具体护理措施

① 向患者解释病情, 解除患者的烦躁不安心理。

② 耳鸣症状可随气候变化、噪音振动以及人体疲劳、饮酒、吸烟、女性月经期等因素而加重, 应注意适当调整环境。

③ 患者应保证充足的睡眠, 使生活规律化, 不吸烟、饮酒, 不食有刺激性食物。

(6) 眩晕及其护理

眩晕属于一种运动错觉, 患者常感到自身或外界事物在运动, 同时产生身体平衡障碍。眩晕分为周围性眩晕和中枢性眩晕。周围性眩晕属耳源性眩晕, 与内耳前庭器官病变有关; 而中枢性眩晕则是颅内病变的一种症状。

① 病因

人的内耳的前庭器是由三个半规管和两个耳石器 (椭圆囊、球囊) 构成的。半规管

相互垂直交叉, 当受旋转加速度刺激时, 就会产生前庭神经兴奋。耳石器主要感受直线加速运动。当内耳前庭器受到刺激时, 即产生眩晕。一侧前庭系受刺激则立即产生眩晕症状并伴有旋转感。如起病较慢, 刺激较弱, 则症状出现也缓慢, 只有浮动感和自身动摇感等平衡障碍。

非前庭性眩晕则表现为眼前暗黑, 全身无力, 即通常所说的头昏等。

眩晕可由以下原因构成:

A. 患者有下述内耳病:

① 内耳炎。

② 外伤, 如噪音外伤, 或由骨折、手术等造成的外伤。

③ 使用链霉素、庆大霉素等药物发生中毒。

④ 原因不明: 如美尼尔氏症、突发性耳聋、良性阵发性位置性眩晕等。

B. 前庭神经障碍: 如肿瘤 (听神经瘤、小脑桥脑角肿瘤)。

C. 中枢前庭系、脑干、小脑病变。

D. 循环障碍: 如小脑后下动脉栓塞 (Wallenberg 氏综合征)、小脑前下动脉栓塞、脑干出血、椎基底动脉供血不足等。

E. 脑肿瘤。

F. 非前庭性眩晕

① 循环器病变: 如高血压、低血压、动脉硬化。

② 血液病, 内分泌及代谢障碍。

③ 颈椎外伤。

④ 妇科病: 如更年期综合症、月经期。

⑤ 植物神经失调、神经官能症。

⑥ 眼病: 如屈光异常、眼肌疲劳。

⑦ 下颌关节综合症。

② 诊断与检查

A. 定位诊断: 包括耳神经科检查、听力检查、平衡功能检查、X 线检查 (平片、断层、CT 检查等)。

B. 病因诊断: 包括血压、末梢血检查, 尿、血液生化检查, 血清梅毒试验, 病毒抗体效价测定, 心电图、脑电图、眼底等有关神经系统检查。

C. 病变程度检查: 做平衡功能试验。

③ 治疗

A. 对发作期患者的治疗

① 患者所住房间要暗, 周围环境要静, 患者应安静卧床, 体位自行选择。

② 注意患者有无恶心、呕吐症状。

③ 给予镇静药、镇吐剂, 静脉滴入 5~7% 碳酸氢钠溶液。

④ 注意观察患者有无耳鸣、耳聋、耳闭塞感等耳蜗症状和眼震、复视症状及发音障碍(舌运动不灵活)、吞咽障碍, 以及四肢知觉、意识状态异常等神经系统症状。

⑤ 眩晕症状一般在一天左右逐渐减轻, 对严重眩晕患者, 耳聋易被忽略, 应及时检查听力情况。

B. 对间歇期患者的治疗

① 观察患者是否有眩晕、耳聋、耳鸣等症状: 如有, 其程度如何。

② 可给镇静剂、血管扩张剂、代谢赋活剂等药物。

③ 对患者全身所患疾病, 尤其对循环系统疾病要进行治疗。

C. 对中枢性及非前庭性眩晕患者的治疗

① 询问患者除眩晕外还有无其他症状。

② 检查患者有无其他循环器官疾病, 如颈椎病、颅内疾病等。

③ 对原因不明患者给予血管扩张剂, 并观察病情变化。

⑤ 眩晕患者的护理

A. 观察要点

① 观察患者有无眼震、耳鸣、耳聋、恶心呕吐、头痛等症状。

② 探讨发病初期的诱因和前驱症状, 以及眩晕性质、程度、持续时间等。

③ 发病后, 是否有持续性眩晕, 和头部转动是否有关。

④ 眩晕和精神方面有无关系, 心理状态如何。

B. 具体护理措施及注意事项

① 房间要暗, 环境要静, 避免声音和光线晃动, 以免给患者增加痛苦。

② 让患者取舒适体位, 轻轻闭眼可以减轻症状, 不要移动床铺或转动体位, 以减少其不安心理。

③ 患者不要骑车、登高, 以防摔伤。生活应规律化, 不吸烟, 不饮酒, 不过度劳累, 睡眠要充足。

④ 女性月经前后、妊娠及更年期等皆可诱发眩晕。

⑥ 检查

A. 听力检查

① 纯音听力检查

• 纯音听力检查的种类: 纯音听力检查有气导检查法和骨导检查法。

• 气导检查法是使用耳机, 使声音通过外耳道进入, 以检查外、中耳有无异常。

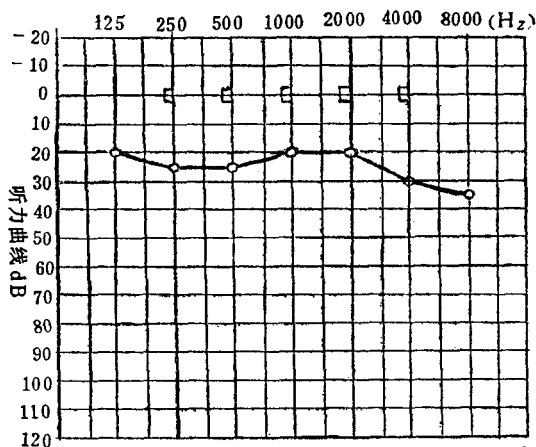
• 骨导检查法是将骨导耳机放在患者乳突部, 声音直接振动乳突骨质, 并向内传播, 主要是检查内耳、中枢有无异常。

• 纯音听力检查的方法

• 应用电测听器(Electro Audiometer): 在隔音室内进行检查。让被检查者配戴耳机及骨导振动器, 听到声音即按信号钮。将每周波反复变更强度, 以求出最小可听阈值。每周波检查后, 将其听阈值记录在测听表上并连成一线。

• 应用测听器(Audiometer): 可求出每周波的气导的和骨导的最小可听阈值。正常为零分贝(dB)(图 I-3)。

② 语言听力检查: 语言听力检查是判



X, O 表示左右耳气导; J, L 表示左右耳骨导。

图 1-3 电测听图

断被检查者对语言的听取能力。通常用特定的语言测听表录音测试,以判断耳聋原因和病变部位。检查时让被检查者反复听取录音,听到时做记录,判断理解百分比,正常者应为百分之百。感音性耳聋,特别是老年性耳聋者理解力下降。

③ 其他听力检查:除纯音听力检查、语言听力检查之外,还有以下几种检查方法:

- 重振试验:它是检查内耳毛细胞有无损害的测听法。

- 自记 Bekesy 测听器检查。

- 声阻抗测听法。

- 听性脑干反应 (ABR) 检查法:亦称听诱发脑干反应 (BAER) 法。它是应用脑干产生脑波电位,客观地检查听力的方法。

- 游戏测听法:对小儿测听不能合作者用此法,有条件索取、惊愕反应等检查法。

B. 平衡功能检查:应用眼震电图等较为复杂的检查法来检查身体的平衡功能。平衡功能检查有下列几项:

① 直立试验:被检查者闭眼,立正站立,看有无倾倒现象。具体方法有:

- Romberg's 检查:被检者两足靠拢站立。

- Mann's 检查:被检者两足前后在一条直线上站立。

- 单脚站立检查:被检者用一侧脚站立检查平衡。

② 偏斜检查:它是检查患者的前庭系左右差,判断是一侧性障碍还是两侧性障碍。

- 上肢检查

- 闭眼书写:被检者闭眼,按预先画好的直线写字,看有无偏斜,偏 10° 以上者为异常。

- 上肢紧张反应:被检者闭眼,两手平伸向前方,看有无偏斜。

- 指示试验:被检者闭眼,以食指指向前方目标,左右食指反复指,看有无偏斜。

- 下肢检查

- 踏步试验:被检者闭眼,原地踏步,百步偏斜 90° 者为异常。

- 步行试验:被检者闭眼前进,后退,看有无偏斜。如前庭系有病变则出现偏斜,多偏向功能低下侧。

③ 自发眼球震颤检查:眼震是有节律的眼球运动,分冲动性眼震和摆动性眼震,还有生理性眼震和病理性眼震之分。常见自发性眼震,有急速向一侧移动的快相冲动性眼震和缓慢恢复的慢相冲动性眼震。一般以快相为眼震的方向,多呈水平型眼震。被检者配戴 Frenzel 眼镜做眼震电 (ENG) 检查。Frenzel 眼镜是 $+20D$ 的凸透镜,内有光源,有扩大作用。具体检查方法有以下两种:

- 凝视眼震检查:让被检者注视上下左右各方 30° 的目标,观察其有无眼震。若向两侧皆有自发眼震,则为中枢前庭系病变。

- 头位眼震检查:变更被检者头部位置,看是否能引出眼震。

④ 温度性眼震检查:让被检者取仰卧位,头前屈 30° ,检查其水平半规管,每侧分别检查。从外耳道注入温水 ($44^\circ C$),可在注入侧出现眼震。注入冷水 (30°) 或冰水,

则在另一侧出现眼震。两侧比较,观察持续时间相等。注入冰水后不出现眼震者,为半规管功能严重低下或消失;如为链霉素中毒,则双侧功能皆严重低下。

⑥ 在做以上前庭功能检查中,要防止患者因平衡障碍而摔伤,并随时注意患者的全身状态。

C. 放射线检查:此法用于诊断耳部疾病、判定预后及选择手术方法等。除可了解中耳、听小骨、乳突蜂房的状态外,还可了解三半规管和内听道的状态。

③ 单纯摄片:多用于检查乳突蜂房和中耳腔的状态,拍片的方法有多种,常用的有 Schiiller 法(许氏位),Mayer 法(麦氏位)和 Stenver 法(斯氏位)。临床上常用许氏位和麦氏位,必要时可加拍其他位。

⑤ 断层片:指颅骨断层片,主要采用多层次断层拍片法,一般取正面及侧面像。此法的优点是能确切地观察中耳腔、听小骨、三半规管、面神经管、耳蜗和内听道等部位。

⑦ 其它:如 CT 扫描、后颅凹造影等方法,对听神经瘤等诊断很有帮助。

2. 耳疾病及其护理

(1) 先天性耳前瘻管及其护理

① 病因

人的耳廓,在胚胎期由围绕第一鳃沟的第一、二鳃弓的六个突起愈合而成。如果这些突起愈合不完全就形成瘻孔。人出生时,瘻孔就已存在,亚洲人比白种人多见。

瘻孔患者往往有家族性,可能与遗传有关。

② 症状

瘻孔的位置多见于耳轮脚前上方和耳屏前方。瘻孔向内部深入而形成瘻管,常达外耳道软骨和中耳腔。瘻孔可分泌出乳白色液体,并伴有特殊臭味。由于分泌物刺激,瘻孔周围皮肤常发生湿疹。瘻管部一旦感染,局部剧烈疼痛,皮肤发红、肿胀而形成脓肿,排脓后可治愈,但可反复,局部皮肤逐渐变成暗红色,变薄,易破。

③ 治疗

A. 患部有波动时应切开排脓,全身应用抗生素,局部加强引流。

B. 对反复化脓患者,在急性炎症消退1~2个月后可行瘻管摘除。

C. 手术中需在瘻管中注入龙胆紫、美

兰等色素,以此为标记游离深部瘻管,以便将瘻管完全摘除。由于瘻管分枝复杂,容易残留,若摘除不彻底就会复发。

D. 瘻孔和反复自行破溃处的皮肤往往明显变暗,切除这部分皮肤,可从耳廓后方取皮移植。

④ 先天性耳前瘻管患者的护理

A. 观察要点

③ 观察瘻孔的部位、大小,局部有无红肿、疼痛,以及脓汁的颜色、气味、性质等。

⑥ 瘻孔深在时,还必须观察患者有无耳内疼痛、耳鸣、耳流脓等症状。

B. 具体护理措施

④ 患者应保持瘻管周围清洁,无感染时不可挤压。

⑦ 瘻孔流脓时,应进行局部消毒、引流,每日更换敷料。

⑦ 创口发炎、疼痛时,应根据医嘱给患者止痛药、抗生素等药物,并密切观察其病情变化。

C. 术后护理

④ 观察创口有无出血、疼痛。

⑦ 患者要理发时,不要让头发污染创