

医疗护理技术操作常规

中国人民解放军总后勤部卫生部 編

⑫

第十二編 耳鼻咽喉科常规



人民卫生出版社

出版说明

本书原为一整册,包括二十四编,分叙临床机构各部门、各专科的医疗、护理操作常规。为了便于读者选购,以满足各方面读者的不同需要,在继续重印整册出版的同时,另再按编分成二十四分册,以单行本的方式印行。

各编内容与整册完全相同,第一编前附有序及总目录,第二十四编后附有附录;各编页码均承其旧,也与整册一致。文中部分参见内容散见有关各编中,读者可视需要按所示标题或页码选用或查阅。

人民卫生出版社

1964年8月

第十二编编写人

邵 严

审 修 人

姜泗长 李宝实 田钟瑞 钱士良 王晋泉 鄒宜昌
楊书香 汪 磊

第十二編目录

第一章 一般診療常規	809	二、慢性鼻炎	824
第一节 病案記錄	809	三、萎縮性鼻炎	824
第二节 診療技術常規	811	四、变态反应性鼻炎	825
一、前鼻鏡檢查法	811	五、鼻息肉	825
二、后鼻鏡檢查法	811	六、急性化膿性鼻旁竇炎	826
三、鼻旁竇透照法	812	七、慢性鼻旁竇炎	826
四、上頷竇穿刺檢查	812	八、鼻中隔偏曲	827
五、咽部檢查法	812	九、上頷竇恶性肿瘤	827
六、間接喉鏡檢查法	813	第二节 咽喉部常見疾病	828
七、直接喉鏡檢查法	813	一、急性扁桃體炎	828
八、气管、食管診療技術常規	813	二、慢性扁桃體炎	828
九、耳鏡檢查法	814	三、急性喉炎	828
十、咽鼓管吹張法	814	四、慢性咽喉炎	829
十一、听力檢查法	814	五、鼻咽部腫瘤	829
十二、前庭機能檢查法	815	六、喉癌	831
第三节 一般護理技術操作	817	第三节 耳部常見疾病	831
常規	817	一、外耳道疳腫	831
一、鼻腔沖洗法	817	二、急性化膿性中耳炎	832
二、鼻滴藥法	817	三、慢性化膿性中耳炎	832
三、鼻置換吸引療法	817	四、耳硬化症	833
四、剪鼻毛法	817	五、美尼尔氏病	834
五、耳沖洗法	818	六、神經性耳聾	834
六、耳滴藥法	818	第四章 常用手術前准备与	835
七、咽部塗藥法	818	手術后處理常規	835
八、咽喉部噴霧法	818	第一节 鼻部手術前后常規	835
第二章 急症診療常規	819	一、一般鼻內手術	835
第一节 鼻出血	819	二、上頷竇根治術	835
第二节 鼻外伤	819	第二节 咽部手術前后常規	836
第三节 喉阻塞	820	一、扁桃體手術	836
第四节 喉外伤	821	二、咽部膿腫切開術	837
第五节 气管及食管异物	821	第三节 气管切開術	837
第六节 耳源性顱內并發症	822	第四节 耳部手術前后處理常	839
第七节 可卡因或狄卡因中毒	823	規	839
第三章 常見疾病診療常規	824	一、乳突根治術	839
第一节 鼻部常見疾病	824	二、中耳傳音機構重建手術	840
一、急性鼻炎	824		

第十二編 耳鼻咽喉科常規

第一章 一般診療常規

第一节 病案記錄

一、病 史

病史各項要求已詳医护記錄編，但在現在症方面应特別注意下列各症狀出現時間先后，詳細記錄其发病時日，可能的致病誘因，病情發展過程，曾否經過何種治療，其效果如何。本病应有的症狀而竟未出現者，亦應記明，以資參考。

(一) 鼻部	鼻塞、鼻痒、鼻出血、鼻音、
鼻干燥感、鼻臭	，并詳記上述症狀性質。
(二) 咽喉	：痛，言語障礙、知覺障
碍、異物感或声	咯血等症狀，并應詳記

上述症狀的性質、出現時間、和其他因素時大。

(三) 耳部症狀：有无听力障礙、耳鳴、耳痛、耳出血、耳漏、惡心、嘔吐、眩暈、站立不穩、步行失調等症狀。注意有无耳內脹滿或搏動感覺，并應詳記症狀的性質。

(四) 气管食管部症狀：有无異物吸入史，有无呼吸困難(吸氣性抑呼吸性)、气喘、咳嗽、咯痰、咯血、喘鳴、嘶啞，有无異物或腐蝕劑吞入史，有无咽下困難、咽下疼痛、呃逆、嘔吐等。并應詳記上述症狀的性質和出現時間。

二、體格檢查

〔全身檢查〕 要求已詳医护記錄編，但須特別注意有无心臟血管系疾病，紫癍、胸腺肥大(幼童)，必要時應行X綫檢查。

〔耳鼻咽喉科情況〕

(一) 鼻部檢查：

1. 機能檢查：談話有无鼻音，鼻翼扇動，兩側鼻腔通氣程度，嗅覺情況。
2. 外鼻部：有无畸形，皮膚的顏色，觸診鼻骨的位置及鼻翼处有无發硬、壓痛，鼻旁竇部位有无腫脹、壓痛。
3. 鼻前庭部：皮膚有无紅腫、壓痛、潰瘍、皸裂、干癬，鼻毛是否脫落、互相粘着。
4. 鼻腔：用前鼻鏡檢查
鼻中隔：有无偏曲、骨棘(鉅突)、腫瘤、血腫、出血、糜爛、潰瘍、穿孔及膿痂。

下鼻甲：注意粘膜色澤、腫脹、肥厚、萎縮、潰瘍。

中鼻甲：粘膜色澤、肥厚、萎縮，有无息肉樣變化。

鼻道：注意各鼻道之寬窄，有无分泌物，觀察分泌物之量、性質、顏色，所在位置，有无息肉或腫瘤可見。

5. 后鼻孔：通常用鼻咽鏡與鼻咽部檢查同時進行。檢查鼻中隔後緣，兩側后鼻孔，注意各鼻甲後端粘膜的色澤及肥厚、萎縮，后鼻孔有何種分泌物積留與所在位置，觀察鼻咽頂部與後壁粘膜情況，有无增殖體及其它腫瘤，檢查側壁應注意咽鼓管及咽隱窩有无淋巴組織增生，最後注意軟腭上面及懸壅垂後面。

6. 鼻旁竇：(1)上頤竇穿刺檢查；(2)透照法檢查；(3)鼻旁竇X綫攝影檢查。

(二) 咽喉部檢查：

1. 口腔：注意粘膜、牙齦、牙齒、頰部、舌及口底的一般情況。

2. 口咽部：注意硬腭、軟腭、懸壅垂有无畸形，運動如何，粘膜有无疱疹、血腫、潰瘍，舌腭弓及咽腭弓有无充血、紅腫，扁桃體突出程度，扁桃體表面有无分泌物、假膜、潰瘍、異物、腫瘤，擠壓扁桃體時，有无分泌物溢出；并注意咽後壁及咽側壁粘膜充血、萎縮現象及淋巴顆粒增殖、與咽側索有无干痂附着，有无膿腫、腫瘤或潰瘍等。

3. 鼻咽部：其要求同后鼻孔。

4. 喉咽部及喉部：用間接喉鏡檢查，詳細觀察舌根有无淋巴組織肥大及充血等，梨狀窩、會厭、杓狀隆突、杓狀軟骨間區、假聲帶、喉室裂、聲帶、前連合及聲門下區等部的形狀及粘膜的色澤，有无紅腫、水腫、潰瘍、分泌物、假膜及腫瘤等，并注意聲帶在呼吸與發音時的運動情況。

5. 喉外部：注意各軟骨的外形，有无增厚、觸痛，注意平靜及深呼吸或發音、吞嚥時之喉部移動情況；注意頸部所屬淋巴結有无腫大、壓痛，能否活動。必要時行頸部X綫攝影檢查。

(三) 耳部檢查：

1. 耳廓：有无畸形、腮裂、損傷、紅腫、血腫、膿腫、疱疹、水疱、濕疹，耳屏有无壓痛，耳廓有无壓痛及牽引痛，耳周圍淋巴結有无腫痛。

2. 外耳道：有无畸形、損傷、腫脹、狹窄、腫瘤、異物、叮嚀、分泌物，如有分泌物應詳記其量、色、性質、臭味及混有血液與否。

3. 鼓膜：有无充血、腫脹、隆起、內陷、疤痕及石灰沉着等，如有穿孔，注意其大小、形狀、位置、有无搏動性小穿孔，若為大穿孔，可通過穿孔觀察中耳腔粘膜色澤，注意有无肉芽組織、息肉等。

4. 乳突部：有无紅腫、壓痛、疤痕、瘻管，必要時行X綫攝影檢查。

5. 听力檢查：所有听力障礙患者，應施行耳語及口語試驗，音叉試驗，有條件者可做電測听器檢查。

6. 前庭機能檢查：于需要時進行，包括自發性症狀檢查及誘發性症狀檢查。

7. 咽鼓管吹張檢查。

8. 耳部 X 綫檢查。

三、檢 驗

除常規檢驗外，尚須注意：

(一) 擬行手術治療的患者，應測定出血時間與血凝時間。

(二) 局部有炎症病變者，應取分泌物或膿液塗片檢查，細菌培養及藥物敏感度測定。

(三) 喉部、鼻部及耳部較大手術，如喉截除術、上頷骨截除術或顳骨截除術等，或須用全身麻醉的患者，酌情測定血糖及肝、腎機能。

第二節 診療技術常規

一、前鼻鏡檢查法

(一) 患者與檢者對面坐，檢者先將光綫對准患者鼻尖，以拇指堵擋一側鼻孔，囑患者呼吸，以比較兩側鼻孔之通氣程度。

(二) 囑患者頭后仰，檢者用拇指抬起鼻尖，以觀察鼻前庭部有無充血、腫脹、壓痛等現象。

(三) 以左手持鼻鏡，輕輕插入鼻前庭內(不可過深)，展開鼻翼，觀察鼻腔內構造。

(四) 若下甲腫脹，阻擋視線，可用 1% 麻黃素棉片或噴霧收縮粘膜后再檢查。

(五) 檢查時將右手置枕下部，移動患者頭部前傾、后仰或偏側，以觀察鼻腔之上下、前后、內外側各部。注意粘膜色澤、腫脹，下甲之大小，鼻道之寬窄，鼻中隔形狀，分泌物性狀及位置，有無息肉、異物、潰瘍、腫瘤、出血等。雙側鼻腔應相互比較。

(六) 取出鼻鏡時，應保持半開狀態，輕輕取出，以免閉合鼻鏡時夾住鼻毛。

二、后鼻鏡檢查法

(一) 先將后鼻鏡的鏡面加溫，注意不可太熱，應以自己手背皮膚試其鏡背以能忍受為度。

(二) 囑患者中度張口，以左手持壓舌板壓舌背，以右手持后鼻鏡由口腔放置于軟腭后，使鏡面向鼻咽腔，以觀察后鼻孔。

(三) 對精神緊張患者，應說明在檢查時需要安靜呼吸，或先練習張口用鼻呼吸，使軟腭下垂，鼻咽峽可以增寬，易于檢查。

(四) 后鼻鏡插入時，最好不觸及咽后壁粘膜，動作輕巧，以免患者發生咽反射。患者若太緊張，以致咽反射過敏者，則可斟酌用可卡因液或狄卡因

液噴霧咽腔，待数分钟后再檢。

三、鼻旁竇透照法

此檢查必須在暗室进行，檢查时比較兩側的透光程度，若二側同时有病，应結合症狀及前鼻鏡檢查所見考虑診斷。

1. 額竇透照法：將照器加遮光套的灯头緊貼額竇底部，在正常情況下，可显出一圈暗紅色區域。若不透光或透光度低，則額竇內可能有病理變化，但額竇亦有一側甚至完全缺如者，故本法不如X綫攝影可靠，只能作參考。

2. 上頤竇透照法：將照器灯头置放于患者硬腭下部，囑患者緊閉口唇，觀察下眼瞼有半月形較透光的區域，偶可見瞳孔發亮，或患者自覺有光感。透照时应比較兩側透光度，較暗側可能有病理改變，但亦有生理性的骨壁較厚，不易透光。

四、上頤竇穿刺檢查

(一) 先以卷棉子浸可卡因或狄卡因液，放置于下鼻道緊貼外側壁，作表面麻醉約5~10分钟。

(二) 除去卷棉子，將穿刺針置于下鼻道外側壁之前中1/3交界處，接近下鼻甲基部，針尖斜向同側外耳道口方向，將針以旋轉式推進。當感到抗力消失時，即為穿通竇壁之証（但須注意有少数病例之竇骨壁軟薄如紙，阻力感覺不明显）。

(三) 刺入后应先抽吸一下，若有空气或膿液吸出，证明針已刺入竇內，囑患者头稍前低略作張口呼吸，然后以消毒溫生理盐水冲洗。开始冲洗时，不宜將空气注入竇內，亦不能猛力冲洗，以免发生空气栓塞。

(四) 冲洗后以空針注入少量空气，輕輕冲出洗滌液，記錄洗出膿液的性質、量、臭味，如必要取膿液作細菌培养时，应于洗前抽出。洗毕拔出穿刺針，鼻腔內用棉片填塞止血。

(五) 穿刺中可能发生之并发症为：(1) 空气栓塞及皮下气肿；(2) 鼻出血；(3) 穿通眼眶或竇外壁。

〔注意点〕

(一) 穿刺部位与方向必須准确，穿刺針必須把握穩固、不滑动。

(二) 旋轉推針时不应用力过猛，最好以左手拇指与食指于上唇部捏持針管作为支点，可免針突然刺入竇內而损伤对側竇壁粘膜。

(三) 針刺入竇內后，必須用注射器先行抽吸，若抽出血液，应即停止进行。必須向內外移动針管，确定針刺入竇腔內，方可冲洗。

(四) 冲洗前不宜先注入空气，冲洗时不能用力过大。

(五) 冲洗后小心仔細止血，整个操作中必須密切注意患者面色及表情。若有面唇蒼白及休克征象，应立即停止，并臥床救治。

五、咽部檢查法

(一) 先将光綫照于患者唇部，囑患者張口，先注意口腔情况，包括牙

齒、齒齦、口腔粘膜、口腔底部、硬腭、頰部、唾液腺開口部及舌的情況。

(二) 以壓舌板將舌前 2/3 輕輕壓下，即可見口咽部。如咽部反射較強者，可斟酌先用可卡因或狄卡因液麻醉。

(三) 囑患者發“啊”音時軟腭上舉，觀察懸壺垂、軟腭、舌腭弓、咽腭弓、咽後壁、咽側壁、扁桃體及其它淋巴組織。

(四) 倘欲檢查小兒增殖體，檢查者站立小兒右後方，用左前臂與手固定頭部於胸側，並以食指將小兒頰部軟組織推入上下齒列之間，以防咬傷，另用右手食指伸入鼻咽腔，檢查有無增殖體肥大。

六、間接喉鏡檢查法

〔操作步驟〕

(一) 患者取坐位，頭肩略向前傾，對準光綫，將喉鏡鏡面在酒精燈上加溫後，檢查者先以手背試其溫度是否過熱。

(二) 囑患者張口、伸舌，以消毒紗布裹住舌尖部，用左手中指放於舌下，拇指置於舌上，將舌輕輕向前拉出。

(三) 以右手持加溫的喉鏡自患者左口角使鏡面與舌背平行，伸到軟腭與懸壺垂部，與地面成 45 度角，即可見舌根、會厭、舌舌厭、梨狀窩等處。

(四) 令患者發“啞……啞”音，使會厭豎立，即可見到杓狀隆突、假聲帶、聲帶、聲門等處。發音時聲門是閉合的，囑患者安靜呼吸，聲帶外展，可觀察聲帶運動是否正常，通過聲門可見聲門下部及部分氣管環，注意各處有無充血、畸形、異物、腫脹、潰瘍、肥厚、腫瘤、粘膜的色澤及分泌物等。倘患者咽反射太強，可斟酌用可卡因或狄卡因液噴霧咽部二、三次，以減少反射。

(五) 倘會厭不易舉起，聲門不可全部窺見時，則可用直接喉鏡檢查。

七、直接喉鏡檢查法

〔操作步驟〕

(一) 患者取仰臥位，肩胛骨中部與手術台端等齊（以便頭頸部活動）。第一助手坐於患者右側，右手托患者頸後枕部，左手托住頭頂部，以左膝肘墊左手支持之，保持患者頭部高出手術台面 15 厘米，頸向前伸，頭向后仰位置。第二助手立於患者左側，協助術者固執喉鏡。

(二) 術者左手持鏡，由患者右口角插入，將舌推向左側，以減輕阻力。至舌根部，喉鏡移向中綫，即可見會厭上緣。喉鏡稍向下，置於會厭喉面，輕輕抬起會厭，即可見杓狀隆突與聲門。此時應注意將整個喉鏡向上提起，切勿以上門齒為支點而只抬起前端。

(三) 直接喉鏡所見喉象與間接喉鏡不同，聲帶呈粉紅色，長度較大。假聲帶較薄，呈皺襞狀，此系實象，為檢查者所須知。

(四) 檢查時應注意喉腔各部粘膜色澤和厚度，有無充血、腫脹、癰痕、異物、或腫瘤等病變，並注意聲帶運動。

八、氣管、食管診療技術常規

參見胸部外科一般診療技術常規(第518頁)。

九、耳鏡檢查法

(一) 受檢者側坐，檢查者將額鏡光綫集于受檢之外耳道口，以一手向後上方牽引耳廓，如系小兒則應向後下牽引，以使外耳道變直。

(二) 選擇大小適合之耳鏡，旋轉置入外耳道。

(三) 耳鏡不應放入太深，以便左右上下移動，以觀察外耳道各部及鼓膜之全貌。

十、咽鼓管吹張法

(一) 捏鼻鼓氣法，或稱華氏(Valsalva)法：囑患者吸氣後，以手指捏緊兩側鼻孔，閉嘴，用力由鼻呼氣，即可使鼻咽部空氣沖入咽鼓管。

(二) 氣囊法，或稱波氏(Politzer)法：以波氏皮球的橄欖頭塞于患者一側鼻孔，以手指壓緊另一側前鼻孔。患者口中含水，于下咽的同時，急壓球體，空氣可沖入咽鼓管內。

(三) 導管吹張法：患者取坐位，清潔鼻腔分泌物後，用2%可卡因或0.25~1.0%狄卡因液作鼻粘膜表面麻醉，用咽鼓管導管彎向下沿鼻底徐徐插入，達鼻咽後壁時，使彎頭轉向側90度然後略向前拉，使導管越過隆突而滑入咽鼓管口處，此時固定導管，以橡皮球經導管注入空氣。同時以耳聽診管聽音，以檢查咽鼓管通暢與否。

〔注意點〕上述三種方法，必須在鼻腔及鼻咽部無急性炎症時施行，否則炎症可經咽鼓管而感染中耳；如鼻腔有阻塞或分泌物時，應先以1%麻黃素液收縮鼻粘膜，並清除分泌物後方可進行。

十一、聽力檢查法

(一) 表檢查法：用表聲(一般採用賽跑表)測定正常耳與患耳聽得表聲的距離以比較之。記錄法為：患耳之聽距/正常耳之聽距。

(二) 耳語或口語檢查法：于長6米的靜室內進行，受檢者側面立于一端，以手指或棉花塞緊對側耳道，檢者立室中另一端，以耳語說出最常用的詞匯或數字，囑患者復述，倘聽不清，可漸走近，至聽清為止，記載其距離，以分數表示之(聽清距離為分子，正常距離為分母)。倘患者完全聽不到耳語，則可作口語檢查，亦同樣記錄之。

(三) 音叉檢查法：一般用C₁₂₈或C₂₅₆音叉(必要時可用5個或8個音叉組成的連續音叉)，音叉敲響後放于外耳道口外一厘米處，聽得者謂之“氣傳導”，將音叉柄放于乳突部或顱骨其它部位，而聽得者謂之“骨傳導”。常用之方法有四：

1. 韋勃氏(Weber)試驗：將音叉敲響後，放置于患者顱頂或前額正中，比較兩耳骨傳導的响度，若患側或重听較重側响度較大時，為傳導性耳聾。健側或重听較輕側响度較大時，為神經性耳聾。雙耳聽到相同之响度，則為正常。可分別以“偏左”、“偏右”及“正中”記錄其結果。

2. 許瓦巴赫氏(Schwabach)試驗：用以比較患耳與健耳骨傳導時間的長短。較健耳听取時間短者，屬神經性耳聾；較健耳听取時間長者，屬傳導性耳聾。可分別以“延長”、“縮短”與“正常”記錄其結果。

3. 林內氏(Rinne)試驗：以敲响音叉的柄放在乳突部，待患者听不到時，即將叉部移到外听道口前約1厘米處，尚能听到者為陽性，如不能听到，則敲响音叉先置外听道口，听不到後移置乳突部，如仍能听到者為陰性。本法用以比較氣傳導與骨傳導時間的長短。正常是氣導長於骨導，稱陽性；如為傳導性耳聾，則氣導短於骨導，稱陰性；神經性耳聾者，骨導氣導均縮短，但其比例仍為氣導長於骨導，稱為短陽性。若遇一側耳聾患者，在檢查時宜用噪音器蒙蔽健耳，以鑑別是否為神經性耳聾。

記錄方法：陽性為“+”，陰性為“-”，或以氣導時間為分子，骨導時間為分母，逐一記錄之。

4. 高音界與低音界試驗：用 $C_{32} \sim C_{4096}$ 一組連續音叉，對患者進行檢查。正常听力對各音叉均能听到。如患者可听到 C_{123} 而對比此頻率更低之音叉听不到，則患者低音界上升，為傳導性耳聾之特徵。若患者可以听到 C_{2048} ，而對比此頻率更高之音叉听不到，即為高音界下降，神經性耳聾有此特徵。

5. 電測听器試驗：是一種電子管發音器，能產生不同頻率的純音，用以測定患耳听力損失的程度，用“分貝”單位記錄的听力曲線表示之。

十二、前庭機能檢查法

(一) 自發性症狀檢查：

1. 自發性眩暈：患者感到外界物體旋轉。

2. 自發性眼球震顫：檢查者以食指放於距患者眼前40~60厘米處，囑患者注視之，食指向上下左右移動，患者雙眼追隨而動，但頭不動，記錄眼球震顫的類型(旋轉、水平、垂直)及方向(以快相方向為準)。

3. 自發性錯定物位(偏點試驗)：患者端坐向前，伸出一臂，先將食指觸到檢者的食指，然後高舉再放下接觸檢者的食指。最後囑患者閉目，再伸臂高舉後放下，察其是否能準確地再觸到檢者食指。兩上肢須依次試驗。亦可囑患者閉目，自指其鼻尖(指鼻試驗)。前庭機能失調者，手指常偏向一側，記錄其偏的方向。

4. 自發性傾倒：即郎堡氏(Romberg)試驗，患者閉眼直立，腳跟腳尖均靠攏或一腳跟與另一足尖相接成一直線，視其有無站立不穩或傾倒現象，記錄其傾倒方向。

5. 步態檢查法：患者直立閉眼，向指定方向前進5步，再後退原處，連續行之，觀察其方向有無偏斜；記錄其偏斜方向。

(二) 誘發性症狀檢查：

1. 旋轉試驗：患者坐轉椅上，閉目，頭向前傾30度(測驗水平半規管)，

先向右轉(順時針方向),以每2秒钟一轉的速度,共轉10次后,突然停止,立即囑患者睜眼向前注視,檢視眼球震顫的类型、方向及持續時間(正常20~40秒)。休息5分钟后同法再向左轉(逆時針方向),旋轉后檢查相同。兩側持續時間相差5秒以內者屬正常。如測驗上半規管時,應使頭前傾120度或后仰60度。

檢查眼球震顫同時,可觀察身體有無傾斜,能否矯正,有無顏面蒼白、出汗以及惡心、嘔吐等植物神經系統反應。

2. 冷熱試驗:

(1) 巴氏(Barany)法:用一吊桶,懸吊或放置在高出患者頭位60~70厘米處,保持水溫在20°(一般不用熱水),使患者頭位前傾30度(檢查垂直半規管),或頭向后仰60度(檢查水平半規管),引水沖激鼓膜,至眼球震顫開始出現時,截斷水源,觀察結果。正常者在30秒左右開始眼球震顫及眩暈感持續1~2分鐘。眼球震顫之类型:刺激垂直半規管者是旋轉型,而水平半規管者呈水平型。方向:用冷水者為快相向對側,熱水者則向檢查側。分別記錄眼球震顫出現及持續的時間、类型、方向、幅度、及伴發之其他症狀。若沖激5分鐘仍不出現眼球震顫等反應,則表示前庭機能已喪失。

(2) 哈氏(Hallpike)法:患者平臥,頭抬起30度(檢查水平半規管)用高低與正常體溫相差7°的水(即30°和44°),儲水吊桶高出頭位60~70厘米,水流速度40秒內流完500毫升左右,即停止注水,觀察反應。兩耳先冷后熱,間隔5分鐘,交替試驗。記錄自灌水開始至眼球震顫停止為止的時間,正常者為2分鐘左右,記錄方法如下:

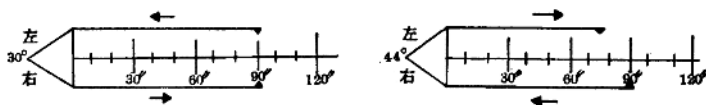


圖1 哈氏前庭機能冷熱試驗記錄法

注: 1. 圖中間的分段橫線為時間,每10秒钟劃為一小格,計2分鐘。
帶黑三角之線即示反應持續時間。箭头所示,為患者眼球震顫的方向。

2. 正常值: 冷水試驗反應時間為2分鐘,熱水為1分40秒。個人間差別為1'30''~2'15''之間。

3. 瘻管試驗: 用西格爾氏(Siegle)耳鏡或用波氏(Politzer)球接于外耳道口,反復作鼓氣與吸氣動作,觀察有無眼球震顫發生,有瘻管存在時,常發生眼球震顫,即謂瘻管試驗陽性,分別記錄鼓氣與吸氣時震顫方向。

第三节 一般护理技术操作常规

一、鼻腔冲洗法

〔用品〕

灌洗器、橡皮管、夹子、洗鼻用橄榄头、吊架、盛水器、生理盐水或其他药液、纱布。

〔方法〕

(一) 准备温生理盐水，患者坐位，前放盛水器(或坐水池侧)，使头前倾30度左右。

(二) 将温盐水注入灌洗器内，灌洗器悬挂于吊架上，不宜太高(灌洗器底与患者头顶等高)，以免压力太大，致水流入咽鼓管内。

(三) 嘱患者张口呼吸，将洗鼻用橄榄头放入一侧前鼻孔，使水缓缓冲入鼻腔而由对侧鼻孔流出。另一侧亦同法灌洗。

(四) 洗鼻时嘱患者头向前俯，使水流出，不宜说话。洗毕切忌将两侧鼻孔压紧用力擤鼻，以免造成咽鼓管感染。

二、鼻滴药法

已詳第三編护理技术常规(第105頁)。

三、鼻置換吸引疗法

〔目的〕

治疗慢性鼻旁窦炎，先用药液开放窦口，利用负压，将窦内空气或分泌物吸出，同时药液亦随着窦内压力减低而流入窦腔。

〔用品〕 治疗盘，盘内放滴管、药瓶、棉花、棉签一包，吸引装置一套，吸引器头上装橄榄头一个，1~3%麻黄素溶液、2000单位/毫升青霉素溶液各一瓶。

〔方法〕

(一) 向患者说明置換疗法的作用及步骤，取得合作。

(二) 患者平卧，肩下垫枕，头向后仰，使鼻部比口腔部低，每侧鼻腔先滴入麻黄素3~5滴，患者张口呼吸待数分钟。

(三) 开吸引器，以吸引头紧塞一侧鼻孔，用手捏紧另一侧鼻孔。嘱患者发出“卡……卡……”的声音，使软腭上举以关闭后鼻孔，随即进行间断吸引，这样双鼻孔交替进行，每次约5~6回，能将鼻旁窦分泌物吸出。

(四) 每侧鼻腔可滴入青霉素溶液约5毫升，反复吸引数次，如此可将窦内空气吸出，并可使药液进入窦内。

四、剪鼻毛法

〔目的〕

为鼻内手术前的常规准备。剪去鼻毛，清洁鼻前庭皮肤，防止感染，并使手术野清楚，便于手术。

〔用品〕 额镜一个，剪刀一把，凡士林油纱布一块，棉签一包。

〔方法〕

(一) 嘱患者头向后仰,使灯光焦点集中在一側鼻孔。塗凡士林于剪刀刃上,使剪下之鼻毛粘着,不致被吸入鼻腔。

(二) 左手食指及拇指将患者鼻尖向上輕輕抬起,其他手指固定于額面部。以右手持剪刀沿鼻毛根部剪除鼻毛。

(三) 鼻毛剪完,用蘸有凡士林之棉签擦淨鼻前庭皮肤,檢查是否干淨。

五、耳冲洗法**〔目的〕**

除去外耳道內的碎軟耵聍,微小的異物或分泌物,以便清潔耳道。

〔用品〕 耳注洗器一个、弯盘一个、溫盐水、紗布数块,棉签一包。

〔方法〕

(一) 患者取坐位,患耳向前方,将弯盘置于患者耳下,盘口紧贴面頰,使冲耳水流入弯盘。

(二) 将耳注洗器置于外耳道口,向外耳道后上壁注入盐水,即可冲出耵聍、分泌物或異物。不可直接冲洗鼓膜。

(三) 冲洗干淨后,用棉签擦干外耳道,保持耳道清潔干燥。

六、耳滴药法

已詳第三編护理技术常規(第106頁)。

七、咽部塗药法**〔目的〕**

局部消炎、止痛、收斂、湿润及麻醉。

〔用品〕 額鏡、压舌板、喉头卷棉子以及使用的药物。

〔方法〕 患者对面坐,对准光綫。嘱患者張口,发出“啊”音,左手持压舌板压舌前2/3部分,右手持浸有药液之喉头卷棉子,迅速輕巧而准确地塗于患处。

八、咽喉部噴雾法**〔用品〕**

額鏡、压舌板、喉噴雾器及药物。

〔方法〕 患者对面坐,对准光綫,嘱患者張口发“啊”音。左手持压舌板压舌前2/3部分,将噴雾器对准咽喉部,右手用力压皮球,使药液噴出。

〔注意点〕

(一) 压舌板不可压舌根部,噴雾器应避免碰到咽后壁,以免引起惡心或嘔吐。

(二) 噴雾器头用前及用后均应認真用酒精擦拭消毒。

(三) 用噴雾麻醉时,应告知患者不可咽下,以免中毒,但須含口內片刻再行吐出。

(四) 噴药后不宜立即进飲食或漱口。

第二章 急症診療常規

第一节 鼻 出 血

〔診斷〕

(一) 病史：注意出血量和時間長短，以往出血頻度及量，有無外傷、手術、異物、腫瘤、血液病、傳染病（傷寒、黑熱病等）、高血壓病、動脈硬化、心臟病等，以及職業和工作性質、環境和營養情況，家族史。若為女患者應注意與月經周期有無關係。

(二) 全身檢查：注意循環系統、呼吸系統。應特別注意高血壓病、動脈硬化、血友病、白血病等，注意肝、脾有無腫大。

(三) 鼻外形檢查：注意有無鼻梁塌陷、隆起、偏斜、皮膚破裂、骨折及血腫等。

(四) 鼻腔檢查：以前、後鼻鏡尋找出血點，最常見的出血部位是鼻中隔前區，檢查有無腫瘤、糜爛、組織破裂等。

(五) 檢驗：血常規、血小板計數、出血時間及血凝時間等測定。

(六) 束臂試驗。

〔治療〕

(一) 囑患者安靜，必要時用鎮靜劑及嗎啡。

(二) 患者取斜坡臥位或坐位：頭正直略向前傾。少量出血可用棉片浸1~3%麻黃素溶液，0.1%腎上腺素液或凡士林紗布條填塞，或填塞止血糊劑。如出血位於鼻中隔前下部，亦可用兩指捏緊鼻翼以止血。

(三) 出血量多時，用凡士林紗條填塞前鼻孔及鼻部冷敷；如仍不能止血，應行後鼻孔填塞。填塞物留置不可超過24~36小時。若取出填塞物後仍有出血，可再行填塞。

(四) 失血多時可輸液或輸血。有休克時，按休克常規處理。

(五) 有時出血點可用硝酸銀液或鉻酸珠燒灼，亦可用電燒灼。

(六) 出血嚴重時先採取急救措施，待止血後再查原因，並予治療，必要時邀內科會診。

(七) 根據病情採用鈣劑、維生素K、C，凝血質、仙鶴草素及中藥如云南白藥、紫珠草等。

第二节 鼻 外 傷

〔診斷〕

(一) 病史：詢問外傷原因、時間，暴力的方向及受傷後當時的表現等。

(二) 檢查：注意外鼻部有無腫脹、破損、畸形、凹陷，觸診有無碎骨聲與

捻发声。鼻腔檢查注意有无粘膜撕裂、出血、中隔弯曲等，必要时可作 X 綫摄影檢查，并注意身体其他部位有无外伤及顛底骨折情况。

〔治疗〕

(一) 止血：处理同鼻出血。

(二) 有骨折者，在形成骨痂前儘早复位，以血管鉗或其他适用的器械包薄层凡士林紗条塞入鼻腔，将凹陷之鼻骨抬起，外部敷以石膏夹板，鼻腔内部填塞。填塞紗条必須于 24 小时后取除。

(三) 外鼻軟組織有破裂污染者，宜清洗伤口，并予縫合，同时注射破伤風抗毒素及抗菌素以預防感染。

第三节 喉 阻 塞

〔诊断〕

(一) 病史：如病情危急，应重点詢問发病原因及時間，注意有无外伤史、異物吸入史、咽喉急性炎症史，以及咽喉部水肿、肿瘤、白喉等病，并注意循环系与呼吸系情况。

(二) 症状：

1. 主要表现为吸气性呼吸困难，吸气时胸骨上窝、鎖骨上窝、肋間及劍突下有凹陷現象，吸气时有喘鳴。呼吸次数与正常无多大差别，若显著增加，表示心臟已受影响。

2. 患者煩躁不安、不能靜臥入睡，发紺、面色蒼白、脉搏不規則，头向后仰、呼吸急促，則为喉阻塞晚期之征。

3. 注意有无嘶哑或失音。

(三) 检查：

1. 間接喉鏡或直接喉鏡檢查喉部，有无水肿、假膜、肿脹、肿瘤及異物等，注意口腔底及頸部有无肿胀。口咽部或喉咽部有无假膜等。在病情严重时，应先搶救呼吸困难，然后再进行检查。

2. 局部取分泌物塗片或培养，有肿瘤时則作活体組織檢查。

3. 胸部 X 綫透視，必要时作 X 綫摄影檢查。

〔治疗〕

(一) 已显示喉阻塞严重者，須立即进行气管切开术，手术前应給氧，必要时先插入支气管鏡或麻醉导管，再行气管切开术。气管切开后必須密切注意呼吸，专人护理。(參見气管切开术常規，第 837 頁)

(二) 在喉阻塞症状好轉后，再詳查病因，进行治疗：如系異物应立即取出；如系急性喉炎，則用抗菌素进行治疗；有膿肿者，应切开排膿。

(三) 在急性喉阻塞已行气管切开后，病情好轉后数日，应及早堵塞套管，經完全堵塞持續 2 昼夜无呼吸困难时，可拔除套管。堵塞套管不宜太迟，以免拔管困难。

〔治愈标准〕

(一) 发音清亮, 毫无呼吸困难与喘鸣征象。

(二) 行气管切开术者, 套管拔除后 24~48 小时无呼吸困难征象, 切口闭合。

第四节 喉 外 伤

〔诊断〕

(一) 病史: 注意外伤原因、时间长短及出血情况。

(二) 检查: 全身情况注意有无休克, 呼吸障碍; 局部注意创口大小、部位、形状、出血情况等; 并详细记录。已行初步止血包扎并且无呼吸困难的, 应在手术室内于一切术前准备完善后, 方可拆开敷料; 切勿随意拆开, 以免再发生出血时, 措手不及。

〔治疗〕

(一) 治疗休克及行气管切开术, 以防呼吸困难及吸入性肺炎, 为创口愈合创造有利条件。

(二) 局部伤口须清洗, 争取分层缝合, 并置引流。清创缝合时应尽量保留喉及气管软骨、软组织, 以免将来形成狭窄。

(三) 给予抗菌素, 并注射破伤风抗毒素。

(四) 应用鼻饲法。

(五) 陈旧外伤性喉狭窄者, 除行气管切开术外, 应作喉扩张术或喉裂开术, 以进行治疗。

第五节 气管及食管异物

〔诊断〕

(一) 病史: 注意异物吞入或吸入的时间、吸入或吞入当时及以后的症状, 异物的性质、大小、形状等。

(二) 检查:

1. 对有气管异物患者, 应注意有无喘鸣、异物撞击声、阵发性咳嗽、呼吸困难、发绀等。

2. 对有支气管异物患者, 注意有无发热、咯血痰, 肺不张、肺气肿、肺炎等。

3. 对有食管异物患者, 注意有无吞咽困难、疼痛、呕吐等, (较大异物可压迫气管引起气管阻塞症状)。

4. 须注意患者呼吸时胸部运动是否限制, 有无呼吸音减弱。

5. X 线检查: 异物如为金属等不透光者, 可作 X 线透视或摄影以确定其位置; 倘为透光者, X 线片不能直接显示, 则须注意有无肺气肿、肺不张、肺炎或纵隔障炎、纵隔障随呼吸移位等现象, 以作诊断参考。食管异物必要

時行銀棉絮檢查，但疑有食管穿孔者不宜應用。

〔治療〕

(一) 凡有氣管或食管異物，待確診後，一般皆可用內窺鏡經口腔取出。

(二) 有些呼吸困難患者，根據情況有必要時應先行氣管切開術，或由切口取出異物。

(三) 對食管異物患者，疑有食管損傷及穿孔者，在異物取出後給鼻飼及口腔護理，減少感染機會。注意觀察體溫、白細胞計數、胸部透視，密切觀察縱隔障病變，進行輸液，注射抗菌素。

(四) 若有氣管或食管瘻，應予鼻飼，並及時處理。

第六節 耳源性顱內併發症

〔診斷〕

(一) 病史：有無持續性或間歇性發熱、寒戰、頭痛、惡心、嘔吐、眩暈、昏迷等症狀，耳漏時間長短，分泌物性質。最近是否有分泌物突然增加或突然減少情況，有無耳鳴、耳痛，聽力減退及耳內搏動感覺等。

(二) 檢查：除全身系統檢查外，應重點檢查下列各項：

1. 局部檢查：注意乳突部紅腫及壓痛情況，是否有瘻管形成。耳上區顱部叩痛，鼓膜是否有充血、穿孔，是否有搏動性分泌物，外耳道後上壁是否有隆起或瘻管。

2. 檢驗：包括血液白細胞計數及分類，耳內分泌物培養及血培養。

3. 乳突部 X 綫攝影。

4. 聽力檢查。

5. 全面神經系統檢查，注意有無頸項強直、克尼格氏及巴彬斯基氏征，腹壁反射、膝反射、運動障礙及小腦症狀等。

6. 眼科檢查有無視神經乳頭水腫及視野變化。

7. 前庭試驗：包括自發性眼球震顫，傾倒試驗，偏點試驗及瘻管試驗等。

8. 必要時可作腰椎穿刺，作奎根史坦特氏 (Queckenstedt) 試驗，腦脊液應送常規檢驗、細菌塗片培養，糖、蛋白質、氯化物等測定。有顱壓增高時，宜先請神經科會診。

〔治療〕

(一) 給予大量抗菌素或磺胺類藥物(以磺胺嘧啶為主)。

(二) 及早施行乳突根治手術，徹底清除病變組織，並應尽可能找到瘻管，進行適當處理。

(三) 術後應有特殊護理，每日或隔日作腦脊髓液檢查，必要時可于椎管內注射抗菌素。

(四) 必要時邀請有關各科會診，協助處理。