

五官科 护理治疗



W U
G U A N
K E
H U
L I
Z H I
L I A O

房民琴 主编
湖北科学技术出版社

主 编 房民琴

主 审 邓湖山

副主编 (按姓氏笔画为序)

王 静 龙民春 甘绪芹

张小玲 张志茂 姚 宜

审 阅 江 萍 孙莲芬

序 言

随着现代科学技术的突飞猛进,医学科学特别是临床医学也飞速发展。临床医学发展的标志之一是各学科互相渗透,边缘学科向广度和深度发展,医学和护理更紧密结合。护理学在转换护理模式的同时,也在寻求自身特色的发展,如现代综合性医院各专科向深度和广度发展的同时,要求专科护理随之发展,专科护理抓住了这种机遇,积极探索和开展护理治疗,这种护理治疗开始动摇“三分治疗,七分护理”的经典名言。

本书作者编撰的《五官科护理治疗》在这方面迈出了第一步,作了很好的尝试。作者参阅了大量的教科书和专著,并结合医院 45 年的五官科(包括眼科、耳鼻咽喉科和口腔科)丰富的临床护理实践,试图开拓五官科护理的广度和深度,试图系统总结五官科护理治疗,试图将它系统化、科学化和实用化,从而形成独特的五官科护理治疗。通阅全书,作者的目标基本达到。

纵观全书,几乎包括了现代综合性医院眼科、耳鼻咽喉科和口腔科常见的护理治疗,从古老的热蜡疗法到现代的激光治疗,从一针、一线到环甲膜紧急切开,内容丰富翔实,显示了护理治疗的本质和护理发展的趋势。从每一种护理治疗的编撰来看,治疗目的明确,操作步骤准确,条理分明,实用全面,注意事项面面俱到,显示了护理治疗精心独到的特色。因而这本《五官科护理治疗》从护理学发展方面看,有明确的导向性,从临床医学来看有很强的可读性和很大的实用性。

这本书的可读性在于包括了五官科范围内门诊常规多发病的处置,这些病是大量的,又是容易被忽视放过,这些治疗方法和注意事项,在眼科和耳鼻咽喉科的众多专著里往往一笔轻轻带过,似有似无,医师们就容易忽视,而护士们则无所适从。在经典的护理学,包括五官科护理学的著作内,往往是常规基础护理多,专科治疗也多是提及而无翔实内容。这本书恰恰在于补充了两者的不足。本书实用性在于满足了广大五官科护士、低年资眼、耳鼻咽喉科住院医师、乡镇医院五官科医师和街道社区诊所五官科从业人员的需要。这一大批五官科从业人员面对的是广大民众的基本医疗,处理的是五官科普通常见疾病。本书的丰富内容和常规处理正适合这种专业的医护人员学习参考。

作者是长期从事五官科临床护理的护士,在繁忙的工作之余,用极大的热情与决心编撰这部专著,精神值得赞赏,而在使专科护理向特色化方向发展作了积极有益的探索,其价值是值得肯定的。当然,本书也有不足之处,这种不足希望有志于此的广大护理人员在临床实践中去发展和丰富。

宋兴福 黄道慧

2001年7月12日

2001/07/12

前 言

随着现代医学的发展和护理模式的改变,特别是随着护理学以及专科护理的发展,专科护理更具特色。专科护理的主要特色是其向纵深发展,发展成护理学的边缘学科,几乎与医学专科治疗接轨。这种发展既使广大患者受益,又丰富了护理学内容。但这些丰富多彩的护理治疗没有系统总结过,也没有标准的操作可作参考,基于这一要求与目的,我们编著了《五官科护理治疗》。

本书在编撰过程中收集和整理了大量临床资料。同时,参阅了大量的医学论著及专业书籍,结合丰富的临床实践,编入上百种五官科护理治疗方法,这使传统护理治疗方法得以进一步充实完善,新的护理技术操作得以总结,尽量使之具有科学性、全面性、系统性和新颖性。本书还结合护理工作精细这一特点,特别强调了注意事项,因而本书有很大的实用性和可读性。因此力求成为五官科门诊及病房护理人员,低年资眼、耳鼻咽喉科医师、乡镇医院五官科医士、社区医院医务人员和个体执业医务人员学习参考。

本书力求理论与实践相结合,集传统的五官科护理与现代的专科护理新技术于一体。使之有机结合并加以完善,全面、系统地介绍了五官科各种护理治疗的目的、相关解剖、治疗中所需用物品、操作方法、注意事项、意外处理和意外防范,并从操作标准化、规范化角度论述,填补了以往书籍中护理治疗操作泛泛而

谈或一笔而过,以及缺乏新的技术操作标准的缺陷和不足。

本书在编著过程中,得到了著名耳鼻咽喉科专家、主任医师邓湖山先生,著名眼科专家江萍女士,著名颌面外科专家孙莲芬女士大力支持和帮助,他们对本书进行了审阅,在此表示衷心感谢,同时,我们在编撰过程中,参阅了大量的专业书籍,对相关作者表示诚挚的谢意。

鉴于编者水平有限,不足之处在所难免,恳请各位读者批评指正。

房民琴

目 录

滴眼药法	(1)
涂眼膏法	(3)
泪道冲洗法	(6)
泪道探通术	(8)
球结膜下注射法	(9)
球后注射法	(12)
眼部冲洗法	(15)
剪睫毛法	(18)
电解倒睫法	(20)
单纯拔倒睫法	(21)
睑板腺囊肿切开刮除术	(22)
麦粒肿切开排脓术	(25)
睑板结石剔除术	(27)
沙眼挤压术	(29)
角膜异物剔除术	(30)
眼部拆线法	(33)
结膜囊分泌物采样法	(34)
结膜囊和角膜刮片术	(36)
电光性眼炎的处理	(37)
眼部热灼伤的处理	(39)
化妆品眼部损伤的处理	(40)

眼部酸碱烧伤的处理	(42)
眼农外伤的处理	(44)
角膜药灼法	(46)
角膜染色法	(48)
配装义眼方法	(49)
眼按摩法	(51)
眼部湿热疗法	(53)
眼部冷敷法	(55)
眼部干热疗法	(56)
眼部石蜡疗法	(58)
眼部绷带包扎法	(59)
耳滴药法	(61)
耳耳貯取出法	(63)
外耳道异物取出法	(65)
外耳道冲洗法	(67)
耳前瘻管换药法	(70)
外耳道感染换药法	(72)
鼓膜穿刺术	(74)
乳突术后换药法	(76)
化脓性软骨膜炎换药法	(78)
耳廓损伤清创缝合术	(80)
耳廓假性囊肿抽液加压包扎法	(82)
耳部绷带包扎法	(83)
鼻滴药法	(85)
剪鼻毛法	(87)
鼻前庭上药法	(89)
鼻腔灌洗法	(90)

下鼻甲注射法	(93)
鼻堤封闭法	(96)
鼻窦负压置换疗法	(98)
上颌窦穿刺术	(100)
上颌窦下鼻道对孔导流法	(104)
鼻腔异物取出术	(106)
鼻出血简易止血法	(108)
鼻腔喷药法	(110)
鼻拭子标本采样法	(112)
咽鼓管吹张法	(113)
鼻咽部上药法	(117)
口咽部喷药法	(119)
喉咽部喷药法	(120)
口咽部异物取出术	(122)
咽拭子标本采样法	(124)
口咽部涂药法	(126)
喉咽部吸引法	(128)
喉上神经封闭法	(130)
超声雾化吸入法	(132)
蒸汽吸入器法	(135)
喉室—气管表面麻醉法	(138)
气管切开术后换药法	(141)
气管切开术后吸痰法	(143)
气管内套管清洗消毒及置入法	(146)
气管套管更换法	(148)
气管异物窒息急救法	(151)
环甲膜紧急穿刺术	(154)

环甲膜紧急切开术·····	(156)
过敏性喉水肿急救法·····	(158)
颈动脉指压止血法·····	(160)
颈部血管严重损伤紧急包扎法·····	(161)
颜面小创口清创缝合法·····	(163)
面部拆线法·····	(166)
口腔清洁法·····	(168)
颞颌关节脱臼复位术·····	(171)
鼻饲法·····	(173)
激光治疗慢性扁桃体炎·····	(176)
激光治疗颗粒性咽炎·····	(178)
激光治疗过敏性鼻炎·····	(179)
激光手术治疗下鼻甲肿(肥)大·····	(181)
激光手术治疗中鼻甲肿(肥)大·····	(183)
激光治疗鼻出血·····	(185)
激光治疗耳廓假性囊肿·····	(188)
激光治疗外鼻赘和疣·····	(189)
激光治疗外耳部皮脂腺囊肿·····	(191)
激光治疗头面颈部血管瘤·····	(193)
五官科常用包扎法图解·····	(196)
五官科常用治疗包·····	(206)
耳鼻咽喉科护理治疗室设置·····	(207)
眼科护理治疗室设置·····	(209)
五官科综合护理治疗室设置·····	(211)
耳鼻咽喉科外用药·····	(212)
眼科局部常用药·····	(215)

滴眼药法

一、目的

1. 提高眼局部药液浓度，更好地发挥抗菌消炎作用。
2. 手术前后用药，预防感染，促进伤口愈合。
3. 用于眼部检查：如表面麻醉，散瞳验光，检查眼底，滴入荧光素钠检查角膜上皮有无缺损等。
4. 滴入散瞳剂预防虹膜粘连；滴入缩瞳剂抗青光眼降眼压治疗。
5. 某些药物药敏试验。

二、相关解剖和病理

结膜为透明的薄层粘膜，覆盖在眼睑内面和眼球前面，止于角膜缘；结膜以上下睑缘为其外口形成一囊，称结膜囊。睑结膜和睑板腺紧密相连，仅稍微移动；穹窿部结膜为结膜最松弛的部分，使眼球自由转动；球结膜薄而透明疏松，覆盖在眼球前部巩膜外面，结膜面有密集的微血管网。结膜由于各种原因可表现为水肿、结膜充血、混合充血、睫状充血，如微血管破裂，可表现为结膜下出血。

三、所用医疗物品

眼药(遵医嘱)，眼药架，棉签，无菌镊及纱布，棉球，弯盘。

四、操作方法

1. 检查药物有无变质、变色和过失效期。
2. 备齐用药，操作者洗手。病人取坐位或仰卧位。
3. 核对病人姓名、床号、药名、浓度、部位（左右眼）及时间；嘱病人下颏上抬，头略向后仰，用生理盐水棉签擦净眼

部分分泌物。

4. 嘱病人眼向上看，用左手指轻轻分开上下睑，充分暴露结膜囊下穹窿部，右手持滴瓶，先挤出 2~3 滴以冲洗瓶口，在距眼睑约 2~3cm 处将药液滴入下穹窿部，轻提上睑将眼闭合，以使药液充满整个结膜囊。

5. 用无菌镊夹取棉球放于泪囊部，嘱病人用手指压迫泪囊数分钟，以免药液流入鼻腔。如治疗泪道疾病则将药液滴在近泪点处，以使药液迅速流入泪道。如麻醉角膜或扩瞳缩瞳，则第一次滴在下穹窿处，第二次可直接滴在眼球上。

6. 嘱病人闭眼 2~3 分钟，用棉球擦净溢出至颜面的药液。

7. 清理用物，消毒备用。

五、注意事项

1. 滴药前向病人作好解释，以防某些药物出现刺激反应，如刺痛、灼热感等现象。

2. 操作者必须先洗净双手，严防健眼与患眼之间及病人之间发生交叉感染。

3. 操作者手持滴瓶或滴管要紧，避免滑落，滴瓶口或瓶管应距眼 2cm 以上，以防误伤角膜或结膜。

4. 滴管应完好无损，滴管口或滴瓶口勿接触眼睑及睫毛，以防药液污染。

5. 操作时动作要轻巧。手术后患眼、角膜溃疡有穿孔危险者勿压迫眼球，以免发生眼内出血、伤口裂开或角膜穿孔等不良后果。

6. 沉淀性药液如可的松应摇匀后再用，以保持药液浓度。

7. 滴两种以上药液每次间隔 2~5 分钟，先滴普通药，再滴特殊药，否则药液易外流，造成浪费和达不到治疗目的。

8. 两眼均需滴药时，先滴健眼或患病较轻一侧，再滴患眼或患病较重一侧。

9. 药水不宜直接滴在角膜上, 以免造成病人反射性闭眼及不适。

10. 扩瞳剂和缩瞳剂标签应醒目易于区别, 对青光眼高眼压病人一定要反复查对用药, 防止滴入扩瞳药。滴药后应洗手, 再给其他病人滴药。

11. 滴毒性药物必须压迫泪囊 3~5 分钟, 以防药液经泪囊和鼻腔吸收引起中毒。

12. 对传染性眼病, 眼药应交于病人专用, 操作后注意洗手, 避免交叉感染。

13. 注意药品保管, 必要时放于冰箱内保存, 防止变质和失效, 以保证药品质量及治疗效果。

14. 药架上的药瓶应分名别类插放, 特别是腐蚀类和剧毒类药, 贴上醒目标签。

六、意外处理

1. 误滴错药: 主要发生在滴入对抗药时, 如青光眼病人滴药后眼痛, 头痛加剧; 虹膜睫状体炎病人滴药后刺激症状加重, 都必须认真检查用药, 如需用缩瞳药错用扩瞳药, 扩瞳药则错用缩瞳药。发生这类情况要高度重视, 须立即处理滴用对抗药物 3~5 次, 每次隔 5~8 分钟, 直至复原。

2. 过敏: 球结膜高度水肿, 眼灼痛, 大量流泪。处理: 停药, 连续 3~5 次滴用地塞米松眼药水, 每次间隔 10 分钟。

涂眼膏法

一、目的

1. 治疗眼部疾患, 加强治疗效果。

2. 预防睑球粘连。

3. 防止角膜、结膜干燥，延长药物在结膜囊内停留时间。

二、相关解剖

眼球前中部为角膜，直径平均约为 1~1.2cm，外连透明球结膜，球结膜覆盖巩膜，并向上下延伸进入上穹窿和下穹窿部，结膜以上下睑缘为开口形成结膜囊。

三、所用医疗物品

眼药膏（遵医嘱），盛有消毒玻璃棒的小盒，无菌镊，纱布，棉签，眼罩，胶布，75%酒精，生理盐水，弯盘。

四、操作方法

1. 核对药物及药物失效期，挤出少许药膏观察有无药物变质。

2. 备齐用物，洗净双手，向病人作好解释。

3. 病人取坐位或仰卧位，核对病人姓名、药名及患眼；操作者面对病人或立于病人头侧，用生理盐水湿棉签擦净眼部分泌物，再用 75%酒精棉签消毒上下眼睑皮肤及相应颞侧和鼻侧皮肤。

4. 用无菌镊夹取玻璃棒，将眼药膏挤出适量置附玻璃棒一端。

5. 操作者左手食指拇指分开上下眼睑，充分暴露下穹窿结膜，嘱病人眼向上看，右手持玻璃棒与眼裂平行，将药膏涂于下穹窿部，嘱病人闭眼或提上睑覆盖，将玻璃棒自鼻侧向外侧轻轻旋转抽出，按摩眼睑，用棉球拭去外溢药膏。

6. 用纱布覆盖，胶布或眼罩固定。

7. 清理用物，消毒备用。

五、注意事项

1. 药膏内的药物是随着软膏在结膜囊内慢性融化而发挥

作用，所以眼药膏的药效持久，浓度多有提高，故常于晚间睡前应用，这样药膏即有充分闭睑被融化的时间，又不影响病人正常生活，同时用药的次数也可减少。

2. 操作时应轻巧，玻璃棒应光滑完好无损。

3. 如需要同时滴眼药水和涂眼膏，应先滴眼药，再涂眼膏。

4. 75%酒精消毒眼睑皮肤时，避免酒精进入眼内。

5. 玻璃棒取出后应用棉球擦净残留眼膏，再用热碱水煮沸去油，用清水冲净，擦干后高压灭菌备用。

6. 涂眼膏时应注意勿把睫毛随同玻璃棒卷进结膜囊内，以免睫毛刺激角膜引起不适，甚至引起角膜炎。

7. 如治疗角膜翳或混浊，应在涂药闭眼后按摩 2~3 分钟，以增疗效。

8. 一次用眼膏不可太多，以免睑缘和睫毛粘着，影响视力又妨碍眼睑开启使病人不适。但对结膜烧伤，特别是睑、球结膜和角膜烧伤时，为预防睑球粘连，必须应用大量眼膏涂于结膜囊内。

9. 急性结膜炎分泌物较多或顽固性睑缘炎，睑缘部的眼膏可以防止次晨上下睑缘被浓稠的分泌物胶着一起，同时溶化了的药物可进入到睑板腺，故睑缘处的药膏不应擦去。

10. 如用铅管或塑料管装的眼膏涂眼时，应先挤出少许，弃去管口可能有污染药膏。如不用玻璃棒而直接把眼膏挤在下穹窿部时，应注意铅管口和塑料管口距眼睑缘一段距离，以免触及睑缘或睫毛造成污染或管口戳伤结膜。

六、意外处理

过敏：主要发生于首次上药，表现为烧灼感，大量流泪，检查可见球结膜水肿。处理：立即擦去眼膏。连续滴入地塞米松眼药水 3~5 次，每次间隔 5 分钟，处理后可缓解症状，再选用

其他眼药水，不再包盖眼部。

泪道冲洗法

一、目的

1. 协助诊断泪道有无狭窄、阻塞或判断阻塞部位。
2. 注入药液治疗泪囊或泪道感染。
3. 某些眼科手术术前准备。

二、相关解剖

泪道由泪点、泪小管、泪囊和鼻泪管组成。泪点是两个微突起的圆形小孔，位于上下睑缘内侧部分，距内眦约 6mm 处；泪小管起自泪点，上下睑各一小管，管长约 8~10mm，管的开始部垂直长约 1mm，继则成直角向内弯转，单独或连成一短干通入泪囊；泪囊位于泪骨和上颌骨的额突围成的泪囊窝内，长径约 12mm，横径约 6mm，内壁内侧为骨壁，泪囊经鼻泪管出鼻腔。

三、所用医疗物品

5mL 注射器，泪道冲洗针头，生理盐水，0.5%地卡因，泪点扩张器，受水器，棉签，无菌镊，纱布，药液（遵医嘱），弯盘。

四、操作方法

1. 病人取坐位或半卧位，操作者洗手，核对患眼。
2. 操作者用拇指由下而上适度挤压泪囊，以排出粘液或脓液，观察分泌物的性质，用棉签擦去分泌物，同时可判断上下泪小管的通畅情况。
3. 将蘸有 0.5%地卡因液的小棉签置于冲洗侧的内眦部上

下睑之间，嘱病人闭眼 5 分钟。

4. 用 5mL 注射器抽吸生理盐水及药液，接上冲洗针头，取出内眦部棉签后将受水器置于患眼面颊及鼻孔下缘，嘱病人掌握好。

5. 用左手食指轻压下睑，暴露下泪点，嘱病人头勿动，将泪道冲洗针垂直插入泪点 1.5~2mm，转 90°呈水平指向内眦部再继续插入，如遇阻力切勿强行插入，以免刺破泪小管；如无阻力可向前推进 0.8~1cm，将冲洗液缓缓注入，并询问病人有无液体流入鼻腔或咽部，同时观察泪点处有无液体返流。

6. 冲洗完毕取出冲洗针，用无菌镊夹取纱布擦净眼周、面颊及鼻部，取下受水器。

7. 根据医嘱滴入眼药，必要时加敷料包盖，胶布固定。

8. 记录冲出液的性质及量。

9. 清理用物，消毒备用。

五、注意事项

1. 操作者向病人作好解释，以免头部转动刺伤眼球。

2. 泪点狭小者先用泪点扩张器扩张泪点后再冲洗。

3. 操作时光线充足，动作要轻巧，以免损伤角膜及结膜。

4. 泪道冲洗针头垂直插入泪点时，一定要准确、轻巧，不要用针头反复拨泪点。

5. 进针时遇阻力不可强行，以防损伤泪道和造成假道。

6. 注入药液时出现皮下肿胀应停止注入，并给予面部热敷应用抗生素。

7. 如从下泪点冲洗不通，可试由上泪点冲洗。

8. 配制冲洗时最好含抗生素或相关药液，以免临时再换注射器。