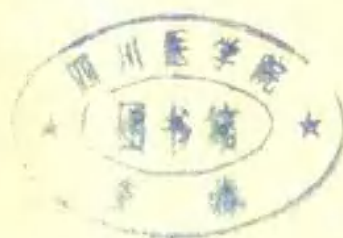


耳鼻喉科医疗护理常规



赠	阅
请交流	请指正

中山医学院第二附属医院耳鼻喉科编

一九七八年九月

前 言

为贯彻落实英明领袖华主席提出的“抓纲治国”伟大战略决策，使我们的医疗护理工作能保证质量、有条不紊地进行，更好地为广大人民群众服务，我们特编写了这一医护常规手册，作为我科医护人员进行医护工作和检查工作质量的依据。

本常规手册是根据我科工作的实际情况和参照多年来的工作经验编写的，内容主要包括耳鼻喉科常见疾病、急症、手术和专科护理等方面的常规。为了便利进修人员等初学者易于掌握，在编写中除尽可能做到条理分明外，还作了必要的理论阐述。护理常规下分只着重专科护理，有关基础护理方面则按我所定常规执行。

我们这本手册虽然只是包括专科最基本的医疗护理工作，但是和现代医学发展的水平仍有差距，有待今后通过实践和总结经验来充实提高。

目 录

第 一 篇

耳鼻喉科常见疾病和急性常规

第一章 耳鼻喉外伤	1
第一节 鼻及鼻窦外伤	1
一、鼻外伤	1
二、鼻窦外伤	2
第二节 喉外伤	4
第三节 食管烧伤	6
第四节 耳外伤	8
一、耳廓外伤	8
二、鼓膜外伤	10
三、颞骨岩下骨折	11
第二章 耳鼻咽喉异物	12
第一节 鼻腔异物	12
第二节 鼻窦异物	13
第三节 咽及食管异物	14
第四节 喉、气管、支气管异物	15
第五节 外耳道异物	16
第三章 鼻出血	19
第四章 鼻窦炎（急性与慢性）	20
第五章 咽后壁脓肿	22
第六章 急性喉阻塞	23

第七章 中耳急性炎症	25
第一节 急性卡他性中耳炎	25
第二节 急性化脓性中耳炎	26
第三节 急性乳突炎	27
第八章 慢性化脓性中耳炎	28

第二编 耳鼻喉科常见手术常规

第一章 鼻部手术	30
一、鼻息肉摘除术	30
二、下鼻甲部分切除术	31
三、中鼻甲切除术	32
四、翼中隔偏曲矫正术	33
五、上颌窦穿刺术	35
六、上颌窦根治术	37
七、筛窦摘除术	39
第二章 咽部手术	42
一、扁桃体摘除术	42
二、咽后壁脓肿切开术	45
第三章 喉、气管、食道手术	46
一、气管切开术	46
二、内窥镜检查术（直接喉镜检查术、 气管及支气管镜检查术、食道镜检查 术）	49
第四章 耳部手术	58
一、单纯乳突凿开术	58

二、乳突根治术	60
---------	----

第三篇 耳鼻喉科护理常规

第一章 一般护理常规	63
------------	----

第二章 专科护理常规	66
------------	----

第一节 鼻科专科护理常规	66
--------------	----

第二节 咽科专科护理常规	69
--------------	----

第三节 喉、气管、食管专科护理常规	72
-------------------	----

第四节 耳科专科护理常规	80
--------------	----

第三章 耳鼻喉科治疗操作常规	82
----------------	----

第一节 鼻科治疗操作常规	82
--------------	----

第二节 咽科治疗操作常规	88
--------------	----

第三节 耳科治疗操作常规	90
--------------	----

第四节 新医法	93
---------	----

第 一 編

耳鼻喉科常見疾病和急症常規

第一章 耳鼻喉外傷

第一节 鼻及鼻窦外傷

一、鼻 外 傷

(一) 診斷要點：

1. 查明致傷原因，受傷部位，損傷性質，注意有無昏迷或休克情況。

2. 外鼻畸形多指示有骨折存在。触診时可拍到斷骨端或骨擦音。外傷早期，骨折可由視診和触診確定診斷。若鼻下軟組織腫脹甚劇，畸形是否由於骨折所致則難於判斷，可借X線照片以助診斷，或俟腫脹消退檢查確定。

3. 開放性外傷：檢查傷口大小、深度、有無骨折或組織缺損。異物存留等。

4. 鼻腔檢查：鼻中膈有無移位、脫位或骨折。注意鼻頂粘膜有無裂傷。有無清水樣液體流出。

5. 有無鄰近口官外傷，如上頤骨、眼眶或鼻窦等。

(二) 處理：

1. 止血：有鼻外或鼻腔內活動性出血者，先作止血處理。

2. 開放性傷口：傷后48小時內可作I期縫合。傷口作扩創處理，用3%雙氧水及生理盐水徹底清洗傷口，清除異物或碎骨，矯正移位鼻骨，盡量保留健康組織，分層對位

缝合。受伤 48 小时以后或严重污染的伤口，按上述处理后，放入胶片引流，作二期缝合。视伤口深浅及污染情况，决定是否需注射破伤风抗毒素。

3. 鼻骨骨折或鼻中膈脱位复位，力求早期进行。复位后用凡士林纱条填塞鼻腔固定 2—3 天。若软组织肿胀甚剧，似肿胀消退后再行复位。

4. 禁止擤鼻。

5. 防止再度外伤。

6. 酌情给予镇静、抗菌、止血等药物。

二. 鼻 窦 外 伤

(一) 诊断要点：

1. 查明受伤原因，受伤部位，详细了解暴力袭来的方向，和受伤时间。

2. 检查有无休克，呼吸道阻塞，活动性出血等紧急情况，应先予处理再作进一步的检查。

3. 详细检查伤口性质，是软组织挫伤或伴有骨折，或为鼻窦贯通伤。

4. 挫伤多发生于额窦或上颌窦前壁，表现为窦外软组织肿胀，窦内出血等。鼻腔检查可见鼻腔中鼻道有血液流出。

5. 开放性骨折亦多发生于额窦或上颌窦。

额窦骨折：单纯前壁骨折，多因眼眶骨折或凹陷骨折；若合併后壁损伤，常有脑脊液鼻漏现象。鼻腔流出物初为带血之粘液，以后则转为清液。X线鼻窦侧位照片，可见额窦后壁后方的颅腔内充满空气。

上颌窦骨折：若前壁骨折，多伴有上颌骨额突、筛骨骨折；侧壁骨折时，多伴有颧骨、眼眶底骨折。注意有无眼球移位视物等。

6. 筛窦及颞窦骨折：多伴有较严重的颅底骨折，而前

颞底骨折时伤及筛骨顶及筛板，颅中窝骨折可侵入颞颥，此两处骨折均可出现脑脊液鼻漏。X线照片检查可见有颅内气肿。

7. 鼻窦骨折常波及眼眶，应注意有无眼眶内出血，眼球移位、複视等。

8. 鼻窦贯通伤，多为金属硬物刺入所致，有鼻窦骨折及异物存留外，附近软组织亦受损伤。

(二) 处理：

1. 有休克情况者，先行抗休克治疗，注意体位、保暖、给氧、输液、输血、镇痛等。

2. 同时治疗活动性出血。如鼻腔、伤口出血，先作初步止血，再行检查。

3. 出现呼吸困难者，应迅速检查及时解除阻塞原因，必要时立即作气管切开术。

4. 一般挫伤不需特殊治疗，窦内少量出血可借粘膜纤毛运动自行排出。可给予止血、镇痛剂，及抗菌素预防感染。

5. 鼻窦骨折宜及早施行复位术。如软组织肿胀甚严重，可俟其消退后再施行之。

6. 开放性骨折，争取在伤后 12—24 小时内作骨折复位及 I 期缝合软组织。缝合前宜作保护性扩创术，尽量保留有生活力之游离骨片及软组织，以免日后组织收缩，发生畸形。

7. 额窦、筛窦、颞窦骨折波及颅内，有脑膜破裂、颅内出血时，应即行手术，打开颅腔，清除血肿，用肌肉或筋膜缝合硬脑膜破裂处，以杜绝感染深入，并请脑外科协助处理。

8. 术后窦内填塞碘仿纱条以作固定，1—2 周后拆除。

9. 开放性骨折宜及时注射破伤风抗毒素。

10. 密切注意有无颅内感染或颅内压力增加，及时发现

11、鼻翼外伤，一般按照颅脑外伤处理，应静卧数周，保持鼻腔清洁、通畅，严禁擤鼻。

12、全身应用抗菌素，止血剂，维生素，镇静剂药等。

第二节 喉 外 伤

喉外伤包括挫伤、骨折、创伤（切伤、刺伤等）。

（一） 病史询问：

1、致伤原因：如坚硬物体挤压喉下，拳击或扼喉，利刃刺切或划颈。

2、利刃种类及其锋利情况。

3、外伤时间。

4、估计出血量。

（二） 紧急处理：

喉下创伤常因大出血及呼吸道阻塞而危及生命，因而应先行作紧急处理。

1、解除呼吸道阻塞：喉下割切伤多为贯通伤，伤口大量出血流入喉下或游离软组织、软骨等嵌入喉腔可阻塞呼吸道，此时应立刻用吸管吸去气管内的血液及分泌物，或令患者自行咳出，旋即插入气管套管（或橡皮管）急救，并迅速行下一步处理。

2、止血：大量出血可引起休克而阻塞呼吸道而危及生命，因此应迅速寻找出血点并结扎之，对浸性出血可作填塞压迫止血，但压迫不宜过紧以免阻塞呼吸道。止血要完善，以防血液向内流而被忽略。

3、治疗休克：进行1及2两项处理的同时，迅速进行

抗休克治疗，包括：置低头位、保暖、补液、输血等。

(三) 伤口处理：

1. 检查伤口：控制休克后，详细检查颈下及喉下伤口，注意伤口位置、大小、深浅、喉腔损伤情况。

2. 正规气管切开术：保证喉下伤口休息及呼吸通之通畅。

3. 扩张缝合术：按外科原则进行清理创口。受伤后24小时内伤口可逐层作二期缝合。应尽量保留喉下软骨，损伤的软骨应手术复位。伤口深达喉腔之声门或声门下的较低位者，根据患者具体情况考虑放入塑料喉模，半年至一年左右以后取出，以防止产生喉狭窄。若伤口深达咽腔，在缝合咽壁前，先放入鼻铜管。

(四) 一般处理：

1. 全身治疗：注意体液平衡，鼻饲高热高蛋白全流饮食。

2. 预防感染：大剂量抗菌素或化学疗法。常规注射破伤风抗菌1500单位。

3. 注意呼吸通畅之保持（详见气管切开后护理），适当使用祛痰剂。

4. 预防张力过大而致伤口裂开。术后宜采取颈前屈体位。

5. 适当使用镇静剂，应防止药物对呼吸及咳嗽反射之抑制。

6. 自伤病人需隔离看守，以防发出意外。

第三节 食道烧伤

(一) 病史询问：

1. 致伤原因及性质：误服或有忍服，强酸、强碱，或其他化学药物，过烫的汤水等。药物的浓度和量。
2. 致伤时间。
3. 致伤后有无呕吐，吐出何物，有无进食过任何食物。
4. 致伤后做过何种处理。
5. 目前饮食情况：半流、全流、完全不能进食。

(二) 检查及处理原则：

甲 急性期：

诊断要点：

1. 咽腔、喉腔黏膜损伤情况。一般黏膜烧伤分度：第一度：黏膜出现红斑。第二度：黏膜表面有大小不等的水泡。第三度：黏膜苍白、溃疡腐脱，全层受损或深达其下的肌肉等组织。

2. 注意呼吸困难的出现：食道烧伤，往往合并程度不等的喉部灼伤，尤以儿童为显。喉黏膜灼伤水肿可引起呼吸困难。伤后愈早期出现呼吸困难者，每愈多需行气管切开的机会，应及早做好准备。

3. 了解有无酸中毒和全身中毒情况：如呕吐、发热、脱水、酸中毒、休克等。一般强酸腐蚀性引起中毒现象比碱性者严重。根据病情作有关血及小便常规等检查。

4. 根据病史及症状可作出诊断。急性期不宜作食道钡餐或食道镜检查。一般第一次钡餐造影时间最早宜在伤后7—10天，以便及时发现食道有无瘢痕狭窄，而食道镜检查最早一般以3周左右为宜。

急救处理原则：

1. 中和疗法：服强碱者用弱酸如醋、柠檬汁等中和。

服强酸者可先饮水以稀释之，再给服氧化镁乳剂，牛奶、豆白、石蜡油、鱼肝油等，不宜用重碳酸钠，因其产生大量气体，易使胃肠血胀痛，且有穿孔的危险。

2、抗休克治疗：补液，必要时输血，给予静脉药以解除痛苦。

3、烧伤后引起之呼吸困难，一般在12小时达高峰。烧伤后愈早发生呼吸困难，其预后较差，应尽早行气管切开术。否则，可先行观察，做好气管切开术准备。

4、防止继发感染：给予大剂抗菌素，注意口腔、咽腔清洁，口腔粘膜水泡应挑穿，以后给以10%甘草水或1:5000呋喃西林溶液含漱。

5、预防瘢痕狭窄：早期使用激素疗法，如强的松、强的松龙，尤以后者为佳，因其作为肾上腺皮质激素类药物之作用及抗炎能力较强，且对矿物质代谢之影响较少。使用方法应于烧伤后即开始应用至4—6周。

6、烧伤后多出现食管炎，严重者可发生食管穿孔、纵膈障炎，早期应禁食。

7、注意体液及电解质平衡。

乙、症状消退期：

注意事项：

1、一周后口腔、咽腔溃疡渐愈，食管急性炎症渐消退，应尽早经口进食高热高蛋白流质或半流质饮食。

2、一般可在伤后二周作食管钡餐X线检查，以了解食管有无狭窄。伤后3周可再行食管钡餐检查，若此时未发现食管狭窄，必须继续观察，以后每隔半月或一月检查一次，三个月后不出现食管狭窄现象始行终止复查。

3、酌情吞服一条长线行置于口外与胃之间，以利于将来食管扩张术。

丙、狭窄期（瘢痕形成期）：

处理步骤：

1、X线食管钡餐检查：确定狭窄性质、下位、程度。

- 2、改善患者全身情况：如矫正失水及营养状况。
- 3、食管镜检查确定扩张方法：如单纯性环状狭窄扩例可经口作顺行扩张术。若顺行扩张有困难，或多次性狭窄，或狭窄段较长的扩例，宜用逆行扩张术。
- 4、食管严重狭窄或闭锁，或疑有食管气管瘘或食管穿孔者，应即禁由口进食，先行胃造瘘术，可请外科协助处理。
- 5、食管扩张术效果不佳或无法施行的扩例，可请外科会诊确定是否可行胃肠代食管手术。

第四节 耳 外 伤

一、耳 廓 外 伤

甲 一般外伤（挫伤、擦伤、切伤、裂伤等）。

(一) 诊断要点：

- 1、询问致伤原因，时间。
- 2、详细检查伤口大小，深浅，有无损伤软骨。

(二) 处理：

- 1、一般挫伤不需特殊处理。轻微擦伤仅局部清洁后涂以红汞液即可。
- 2、开放性伤口可按常规清洁创口；早期缝合。术中应尽量多保留组织，尤其是软骨，除非已证实为坏死者，否则尽量保留，以减轻畸形的程度。
- 3、较大而且污染的开放性伤，应考虑按常规注射破伤风抗毒素。
- 4、全身应用抗菌素或化学药物治疗以预防感染。

乙、冻伤：

(一) 诊断要点:

确定冻伤程度: I度: 皮肤有红斑及轻度水肿。II度: 皮肤有大小水泡形成。III度: 全层皮肤有坏死。IV度: 局部坏死脱落。

(二) 处理:

1. 尽快使受冻部位恢复正常血液循环及正确地处理创面。

2. 首先使冻伤部位复温, 用外科学 P 88 提出害多利少不宜采用揉擦局部皮肤, 逐渐复温, 使循环恢复正常。

3. 增加体内热量, 如将病人手足浸泡于 $40^{\circ} - 42^{\circ} \text{C}$ 温水中, 或给以热饮料, 使体温迅速恢复正常。

4. 冻伤局部复温后, 敷以樟脑软膏, 以防刺激及感染。

5. 局部如有水泡, 可以挑破排出浆液后包扎之。

6. 预防感染最为重要, 因此处理创面时要注意无菌操作, 并给予大量抗菌素和维生素治疗。如创面较大或有皮肤坏死, 应注意破伤风抗菌素。

(丙) 烧伤:

(一) 诊断要点:

1. 询问受伤原因, 时间。

2. 检查受伤面积和确定其烧伤程度。第一度: 皮肤红斑。第二度: 皮肤水泡。第三度: 全层皮肤坏死, 形成焦痂。

3. 检查是否合并颌面部及身体其他部位烧伤。

(二) 处理:

1. 先以温消毒水清洁耳部, 皮肤红斑可涂以烧伤软膏, 皮肤水泡可挑破, 排液后敷以油纱片; 创面焦痂应保持干燥及干净, 以促使其早日分离脱落。

2. 创面处理过程严守无菌操作, 以预防感染为主, 应特别注意避免软膏感染, 否则日后发生严重畸形。应给予大

另抗菌素或化学药物治疗。

3、若合并颌面下或身体其他下位烧伤时，按全身烧伤治疗。

4、视情况酌情给予补液、维生素、镇痛药物等。

丁、耳廓血肿：

(一) 诊断要点：

- 1、询问致伤原因，受伤抑为原发性
- 2、注意鉴别是否存在耳廓软骨炎或软骨膜炎。

(二) 处理：

- 1、于肿胀最高处抽瘀后加压包扎。
- 2、注意预防感染，给予抗菌素或化学药物治疗。抽瘀时应注意无菌操作，以免引起软骨膜炎或脓肿，使耳廓畸形。
- 3、若血肿已感染成脓肿，可于脓肿处作一与耳轮平行之切口，清除脓腔内坏死软骨及软组织，放入引流胶片。
- 4、全身给予维生素丙，凝血剂药物治疗。

二、鼓膜外伤

(一) 诊断要点：

- 1、询问致伤原因：局下刺伤，气压伤，或伴发于颅脑外伤等。
- 2、致伤时是否有晕倒及失知觉情况，颅底骨折所致的鼓膜破裂每有脑脊液。
- 3、清除外耳道瘀血，污物。若颅底骨折者，外耳道出血常较严重，注意有无清水样脑脊液流出。有颅底骨折可疑者，作颅底X线照片，以确定颅底骨折及其下位。
- 4、了解鼓膜破裂之下位、形状、大小，并与陈旧性穿孔鉴别。

5、检查有无内耳损害症状：如眩晕、眼颤、听觉性或混合性听力损害等。

(二) 处理：

1、清除外耳道积血后，用酒精棉擦消毒，有脑脊液自外耳道流出者，切勿填塞外耳道，以防上行感染，外期内脑脊液漏多可暂行订止。

2、鼓膜破裂处血块不宜取出。以消毒棉球轻堵外耳道口。

3、禁止灌洗及耳内滴入药液，以防诱发中耳感染。

4、禁止擤鼻。注意有无上呼吸道感染存在。有之者应给予治疗。

5、有内耳损害症状者，应多卧床休息，给镇静药物及乙族维生素，静脉注射高渗葡萄糖液等。

6、全身应用抗菌素以预防感染。

7、有颅脑外伤或颅底骨折者，除耳部处理外，应请外科会诊协助治疗。

8、如中耳已发生感染，则按化脓性中耳炎处理。

三、颞骨岩下骨折

(一) 诊断要点：

1、询问致伤原因、时间，致伤时有没有知觉丧失及其持续时间。

2、了解外耳道出血情况，有无脑脊液漏，有无鼓膜破裂，或中耳积血致鼓膜呈深兰色等。

3、听力损害性质及程度。

4、有无前庭功能紊乱症状：如眩晕、恶心、呕吐、自发性眼球震颤等。

5、有无面肌瘫痪或面下部感觉异常，舌前 2/3 味觉丧失，

眼球运动障碍等颅神经症状。

6. 颞骨X线照片可助诊断。

(二) 处理：

1. 按颅脑外伤处理，如治疗休克，卧床休息及减轻颅内压等。

2. 如骨折侵及外耳道、中耳，局下可按鼓膜外伤处理。

3. 注意鼻、咽、口腔清洁，禁止擤鼻。

4. 大剂抗菌素或化学药物治疗，以防发生感染。

5. 岩下骨折后并发中耳炎时，先行保守疗法，严密观察，若脓液不减，或出现可疑颅内感染如脑膜炎等，应即行乳突凿开术以利引流，减少对颅内感染的机会。

第二章 耳鼻咽喉异物

第一节 鼻腔异物

(一) 诊断要点：

1. 对单侧鼻孔呼吸不畅，多带臭味脓性或带血性分泌物的可疑侧应注意鼻腔异物的可能性，应追查有无异物史。

2. 以1%麻黄素溶液喷鼻腔以收缩粘膜，观察异物情况，如大小、形状、种类等。

3. 若合并鼻腔感染，异物外形难辨认，触之亦易出血，应注意与鼻腔肿物鉴别。

(二) 处理：

1. 取出异物：