“十四五”职业教育国家规划教材

五官科护理

（第三版）

主编 李东风 古源

中国教育出版传媒集团
高等教育出版社

“十四五”职业教育国家规划教材

五官科护理

（第三版）

主编 李东风 古源

中国教育出版传媒集团
高等教育出版社·北京

HEP

内容提要

本教材是“十四五”职业教育国家规划教材。教材内容分为眼科护理、耳鼻咽喉科护理、口腔科护理、五官科技能训练四个部分，着重介绍五官科常见疾病护理的基本理论、基本知识和基本技能，技能训练锻炼学生的动手能力。书后附五官科常用药物供参考。

本教材从临床实际工作出发，总结近年来卫生职业教育教学改革的新成果，落实立德树人根本任务，坚持以人为本的现代护理理念，体现卫生职业教育的“五个对接”“1+X证书制度”等教学改革精神，突出护理专业特色。增设二维码内容和数字化Abook资源，丰富教材内容，可扫描书内二维码或登录高等教育出版社Abook新形态教材网（http://abook.hep.com.cn）获取相关资源。

本教材主要供卫生职业院校护理、助产专业教学使用，也可作为五官科护士日常工作参考用书。

图书在版编目（CIP）数据

五官科护理 / 李东风，古源主编. -- 3版. -- 北京：高等教育出版社,2023.8

ISBN 978-7-04-057896-6

Ⅰ. ①五… Ⅱ. ①李… ②古… Ⅲ. ①五官科学-护理学-中等专业学校-教材 Ⅳ. ①R473.76

中国版本图书馆CIP数据核字（2022）第019090号

Wuguanke Huli

策划编辑 崔 博　　责任编辑 崔 博　　封面设计 杨伟露　　版式设计 杜微言

插图绘制 黄云燕　　责任校对 刘 莉　　责任印制 田 甜

出版发行 高等教育出版社
社　　址 北京市西城区德外大街4号
邮政编码 100120
印　　刷 北京市鑫霸印务有限公司
开　　本 889mm×1194mm 1/16
印　　张 22
字　　数 430千字
插　　页 2
购书热线 010-58581118
咨询电话 400-810-0598

网　　址 http://www.hep.edu.cn
　　http://www.hep.com.cn
网上订购 http://www.hepmall.com.cn
　　http://www.hepmall.com
　　http://www.hepmall.cn

版　　次 2005年10月第1版
　　2023年8月第3版
印　　次 2023年8月第3次印刷
定　　价 49.30元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题，请到所购图书销售部门联系调换
版权所有 侵权必究
物 料 号 57896-A0

五官科护理
（第三版）
编写委员会

主　编　李东风
　　古　源

副主编　王增源
　　姜宪辉

秘　书　谢伟聪

编　者（以姓氏拼音为序）
　　古　源　姜宪辉　李东风　李昌荣　任　冬
　　王增源　王世清　吴梅坚　谢伟聪　翟伟平

HEP

HEP

第三版前言

《五官科护理》自2005年出版以来，获评“十二五”职业教育国家规划教材、“十三五”职业教育国家规划教材、“十四五”职业教育国家规划教材，深受广大师生好评。在本次的修订工作中，我们谨遵紧紧围绕立德树人根本任务，坚持正确政治方向，弘扬优良传统。推进改革创新，用心打造培根铸魂、启智增慧的精品教材的建设要求，认真履行编书育人使命。结合教材服务对象，认真落实党的二十大精神，深刻领会“深入开展健康中国行动和爱国卫生运动”的重大意义，带着“推进健康中国建设”的使命感，结合教学改革和教材使用反馈情况，在高等教育出版社的指导下，编写团队对教材的修订思路、具体内容、课程思政、数字化教学资源配套建设等进行修订，完成了本教材，供卫生职业院校护理、助产等专业教学使用，以期为职业教育教材建设添砖加瓦。

本教材是“十四五”职业教育国家规划教材，本次修订落实立德树人根本任务，紧扣护理专业教学标准及行业标准，遵循职业教育“五个对接”“1+X证书制度”等新理念，体现职业教育实用性的特点，突出五官科的专科护理特色和能力培养目标，力求好学、好教、好用。

本教材在保留原有教材特色的基础上，进一步突出学生的主体作用，强化案例为基础的教学设计（CBT），帮助教师进行课堂教学改革。本教材配套教学视频、习题答案、电子教案、演示文稿、模拟试卷等辅教辅学资源，请登录高等教育出版社Abook新形态教材网（http://abook.hep.com.cn）获取相关资源。详细使用方法见本书最后一页“郑重声明”下方的“学习卡账号使用说明”。

本次修订，教材有以下几方面的创新：

（1）遵循“护理程序”的工作要求，更适合护理专业岗位需求。

（2）强化案例展示、问题导向，学习任务更加明晰。

（3）增加大量富媒体教学资源，形式活泼，提高学生学习兴趣。

（4）增加“堂上练习”，紧扣重点，提高学习效率、学以致用。

本教材的编写人员均有丰富的教学和临床经验，在编写过程中倾注了大量心血。本教材的编写工作还得到编者所在院校领导和老师的大力支持，在此，谨表示衷心的感谢。由

于编写时间仓促和编写经验有限，书中难免存在不足之处，恳请师生批评指正。本教材读者意见反馈邮箱：zz_dzyj@pub.hep.cn。

《五官科护理（第三版）》学时分配建议表

章节	内容	时数		
		理论	实践	合计
模块一	眼的应用解剖及生理功能	2		2
模块二	眼科常见疾病患者护理	18	4	22
模块三	耳的应用解剖及生理功能	1		1
模块四	耳科疾病患者护理	5	2	7
模块五	鼻的应用解剖及生理功能	1		1
模块六	鼻科疾病患者护理	6	1	7
模块七	咽喉的应用解剖及生理功能	1		1
模块八	咽喉科疾病患者护理	5	1	6
模块九	气管、支气管及食管的应用解剖及生理功能	0.5		0.5
模块十	气管、支气管及食管异物患者护理	1.5		1.5
模块十一	常见神经疾病患者护理	2		2
模块十二	口腔的应用解剖及生理功能	2		2
模块十三	口腔科常见疾病患者护理	4	2	6
	技能考核（眼科、耳鼻咽喉科、口腔科）		1	1
合计		49	11	60

主　编

2023 年 7 月

第一版前言

本教材根据教育部、卫生部制订的“职业院校护理专业领域技能型紧缺人才培养培训指导方案”编写而成。供卫生职业教育护理专业学生使用。

本教材编写遵循以专业培养目标为导向，以职业技能培养为根本的原则，强调“三基”，体现“五性”。突出卫生职业学校护理专业教学特色，理论内容以够用为度，注重培养学生动手能力，体现以护理为主体，从五官科护理工作的实际出发，反映护理学的完整性、系统性及五官科护理的特殊性，结合临床医学和护理的新知识、新技术，并与国家执业护士资格认证接轨，以保证毕业生与临床工作“零”距离。本教材不设篇，将《五官科护理》中的眼科、耳鼻咽喉科、口腔科每部分内容分别从应用解剖生理、护理概述和专科患者护理三大方面进行编写，充分体现以患者为中心，注重整体护理的现代护理理念。

本教材中第一、二章由湖南省中医药高等专科学校肖跃群老师编写；第三章由安顺职业技术学院雍林晓老师编写；第四、五章由漳州卫生学校沈伟林老师编写，第六章由邵阳高等医学专科学校陈双跃、肖方庚两位老师共同编写；第七、八、九章由宁波大学卫生职业技术学院许复贞老师编写。

在本教材编写过程中，得到了兄弟院校领导和老师的大力支持，在此，谨向他们表示衷心感谢，因编写时间仓促，编者水平和经验有限，书中肯定存在不足之处，恳请批评指正。

《五官科护理》学时分配表

章节	内容	时数		
		理论	实践	合计
第一章	眼的应用解剖生理	2	0	2
第二章	眼科患者的护理概述	2	2	4
第三章	眼科患者的护理	6	2	8
第四章	耳鼻咽喉的应用解剖生理	3	0	3

续表

章节	内容	时数		
		理论	实践	合计
第五章	耳鼻咽喉科患者的护理概述	2	1	3
第六章	耳鼻咽喉科患者的护理	6	2	8
第七章	口腔颌面部的应用解剖生理	2	0	2
第八章	口腔科患者的护理概述	1	1	2
第九章	口腔科患者的护理	3	1	4
合计		27	9	36

主　编

2019 年 10 月

HEP

目　录

第一部分　眼 科 护 理

模块一　眼的应用解剖及生理功能 …… 3
一、眼的应用解剖 …… 3
二、眼的生理功能 …… 9
课后练习 …… 10

模块二　眼科常见疾病患者护理 …… 12
项目一　眼睑疾病与泪器疾病患者的护理 …… 12
一、睑腺炎 …… 12
二、睑板腺囊肿 …… 16
三、睑内翻与倒睫 …… 18
四、慢性泪囊炎 …… 20
课后练习 …… 24
项目二　结膜病患者的护理 …… 25
一、急性细菌性结膜炎 …… 25
二、病毒性结膜炎 …… 28
三、沙眼 …… 30
四、干眼症 …… 34
课后练习 …… 37
项目三　角膜病患者的护理 …… 38
一、细菌性角膜炎 …… 38
二、单纯疱疹病毒性角膜炎 …… 42
三、真菌性角膜炎 …… 46
课后练习 …… 48
项目四　青光眼患者的护理 …… 49
一、急性闭角型青光眼 …… 50
二、原发性开角型青光眼 …… 55
三、先天性青光眼 …… 57
课后练习 …… 59
项目五　白内障患者的护理 …… 60
一、年龄相关性白内障 …… 60
二、糖尿病性白内障 …… 64
三、先天性白内障 …… 67
课后练习 …… 69
项目六　葡萄膜病与视网膜病患者的护理 …… 70
一、急性虹膜睫状体炎 …… 70
二、糖尿病性视网膜病变 …… 74
课后练习 …… 76
项目七　屈光不正患者的护理 …… 77
一、近视 …… 77
二、远视 …… 82
三、散光 …… 83
课后练习 …… 85
项目八　斜视与弱视患者的护理 …… 86
一、斜视 …… 86
二、弱视 …… 89
课后练习 …… 91
项目九　眼外伤患者的护理 …… 92
一、眼球表面异物伤 …… 92
二、眼钝挫伤 …… 94
三、眼球穿通伤及眼内异物 …… 97

四、眼化学伤……99
五、辐射性眼外伤……103
课后练习……105
项目十 眼科手术患者的常规护理……106
一、外眼手术患者的常规护理……106
二、内眼手术患者的常规护理……107
课后练习……108
项目十一 低视力及盲患者的护理与康复……108
课后练习……112

第二部分 耳鼻咽喉科护理

模块三 耳的应用解剖及生理功能……117
一、耳的应用解剖……117
二、耳的生理功能……120
课后练习……121

模块四 耳科疾病患者护理……122
项目一 耳部常见疾病患者的护理……122
一、外耳道炎……122
二、鼓膜外伤……124
三、分泌性中耳炎……126
四、急性化脓性中耳炎……129
五、慢性化脓性中耳炎……132
六、梅尼埃病……135
七、耳聋的预防与康复……137
课后练习……141
项目二 耳部手术患者的常规护理……142
一、术前护理……142
二、术后护理……142
课后练习……143

模块五 鼻的应用解剖及生理功能……144
一、鼻的应用解剖……144
二、鼻的生理功能……148
课后练习……148

模块六 鼻科疾病患者护理……150
项目一 鼻部常见疾病患者的护理……150
一、鼻疖……150
二、慢性鼻炎……152
三、变应性鼻炎……155
四、急性鼻窦炎……158
五、慢性鼻窦炎……161
六、鼻出血……163
课后练习……167
项目二 鼻部手术患者的常规护理……168
一、术前护理……169
二、术后护理……169
课后练习……170

模块七 咽喉的应用解剖及生理功能……171
一、咽的应用解剖……171
二、咽的生理功能……173
三、喉的应用解剖……174
四、喉的生理功能……176
课后练习……176

模块八 咽喉科疾病患者护理……178
项目一 咽部常见疾病患者的护理……178
一、慢性咽炎……178
二、急性扁桃体炎……180
三、慢性扁桃体炎……183
四、腺样体肥大……185
课后练习……187
项目二 喉部常见疾病患者的护理……188

一、急性会厌炎 …… 188
二、小儿急性喉炎 …… 191
三、喉外伤 …… 194
四、喉阻塞 …… 198
五、气管切开术的护理 …… 202
课后练习 …… 205
项目三　咽喉部手术患者的常规护理 …… 206
一、术前护理 …… 206
二、术后护理 …… 206
课后练习 …… 207

模块九　气管、支气管及食管的应用解剖及生理功能 …… 208
一、气管、支气管的应用解剖 …… 208
二、气管、支气管的生理功能 …… 209
三、食管的应用解剖 …… 209
四、食管的生理功能 …… 209
课后练习 …… 210

模块十　气管、支气管及食管异物患者护理 …… 211
项目一　气管与支气管异物患者的护理 …… 211
项目二　食管异物患者的护理 …… 215
课后练习 …… 218
项目三　内镜检查患者的常规护理 …… 219
一、检查前护理 …… 219
二、术中配合 …… 219
三、检查后护理 …… 220
课后练习 …… 220

模块十一　常见神经疾病患者护理 …… 221
项目一　周围性面瘫患者的护理 …… 221
项目二　三叉神经痛患者的护理 …… 223
课后练习 …… 227

第三部分　口腔科护理

模块十二　口腔的应用解剖及生理功能 …… 231
一、口腔的应用解剖 …… 231
二、口腔的生理功能 …… 237
课后练习 …… 238

模块十三　口腔科常见疾病患者护理 …… 239
项目一　牙体组织病患者的护理 …… 239
一、龋病 …… 239
二、牙髓炎 …… 244
三、根尖周炎 …… 248
课后练习 …… 252
项目二　牙周组织病患者的护理 …… 252
一、牙龈炎 …… 253
二、牙周炎 …… 254
课后练习 …… 258
项目三　口腔黏膜病患者的护理 …… 259
一、复发性口腔溃疡 …… 259
二、口腔黏膜白斑 …… 262
三、口腔念珠菌病 …… 264
课后练习 …… 266
项目四　口腔颌面部感染患者的护理 …… 267
一、智齿冠周炎 …… 267
二、颌面部间隙感染 …… 269
课后练习 …… 273
项目五　先天性唇腭裂患者的护理 …… 273
一、先天性唇裂 …… 274
二、先天性腭裂 …… 276
课后练习 …… 278
项目六　口腔手术患者的常规护理 …… 279

一、牙拔除术患者的护理 279
二、口腔颌面部手术患者的常规护理 280
课后练习 282

第四部分 五官科技能训练

任务一 视力与色觉检查 285
一、视力检查 285
二、色觉检查 287
任务二 滴眼药水 289
任务三 涂眼药膏 291
任务四 结膜囊冲洗 293
任务五 球结膜下注射 295
任务六 眼包扎 297
任务七 音叉检查与嗅觉检查 299
一、音叉检查 299
二、嗅觉检查 301
任务八 耳滴药 303
任务九 鼻腔滴药 305
任务十 外耳道冲洗 307
任务十一 剪鼻毛 309
任务十二 鼻腔冲洗 311
任务十三 耳加压包扎 313
任务十四 超声雾化吸入 315
任务十五 口腔超声波龈上洁治术 317
任务十六 口腔器械清洗消毒 319
任务十七 口腔常用充填材料调制 321
任务十八 口腔科护理四手操作技术 323
一、体位调整与配合 323
二、医、护、患的位置关系 324
三、器械传递与交换 325
四、吸引器的使用 325

课后练习参考答案

附 录

一、眼科常用药物 329
二、耳鼻喉科常用药物 333
三、口腔科常用药物 334

第一部分

眼科护理

HEP

模块一 眼的应用解剖及生理功能

【模块目标】

1. 说出眼球壁、眼球内容物及眼附属器的解剖和生理特点；叙述视路的组成及其相互间的关系；简述眼的视觉功能与平衡功能。

2. 能在模型上指出角膜、巩膜、虹膜、视神经盘。

3. 在掌握知识的基础上，确立疾病的整体观和细致认真的学习态度。

一、眼的应用解剖

眼是视觉器官，由眼球、眼附属器、视路三部分组成。眼球接受外界信息并将其转为神经冲动，通过视路向大脑枕叶视觉中枢传递，完成视觉功能。眼附属器对眼球和视路起到保护、运动等辅助作用。

（一）眼球

眼球近似球形，位于眼眶前部，由眼球壁和眼球内容物组成，正常成人眼球前后径（眼轴）约为 24 mm（图 1-1）。眼球好像一架微小精密的照相机，在结构和功能方面与照相机有许多相似之处。

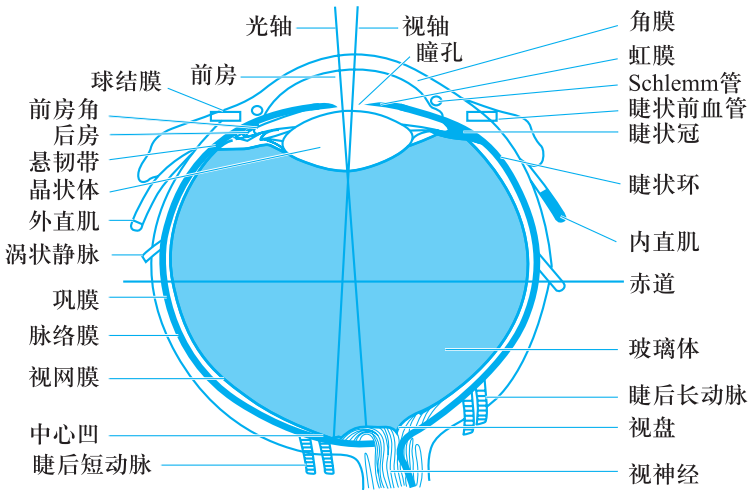


图 1-1　眼球水平切面示意图

1. 眼球壁　眼球壁类似于照相机的外壳。分为 3 层，从外向内依次为纤维膜、葡萄膜、视网膜。

（1）外层（纤维膜）：由纤维结缔组织组成，有保护眼球内容物和维持眼球形状的作用。前 1/6 为透明的角膜，后 5/6 为乳白色不透明的巩膜，两者移行处为角巩膜缘。

角膜（cornea）：角膜位于眼球最前部，略呈横椭圆形。横径为 11.5～12 mm，垂直径为 10.5～11 mm。前表面曲率半径约为 7.8 mm，后表面曲率半径约为 6.8 mm。中央薄，周边厚，中央部厚约 0.5 mm，周边部厚约 1 mm。角膜组织从前向后分为 5 层：① 上皮细胞层。由 5～6 层无角化的鳞状上皮细胞组成，再生能力强，损伤后修复快且不留瘢痕。② 前弹力层：鲍曼氏膜（Bowman 膜）。是一层均匀一致无结构的透明薄膜，损伤后不能再生。③ 基质层。占角膜全层的 90%，由约 200 层胶原纤维束薄板组成，具有相同屈光指数，损伤后不能再生，由不透明的瘢痕组织代替。④ 后弹力层：德斯密氏膜（Descemet 膜）。为较坚韧的均质透明薄膜，损伤后能再生。⑤ 内皮细胞层，为一层六角形扁平细胞，具有角膜—房水屏障功能，正常情况下房水不能透过此层渗入角膜组织，损伤后常可引起基质层水肿，只能依靠邻近内皮细胞扩展和移行修补覆盖。

角膜的组织学分层

角膜的生理特点：① 透明。角膜是无色透明的，透过角膜可看到角膜后方虹膜的颜色。角膜是最主要的屈光介质，屈光度为 43～48D，占眼球总屈光力的 3/4。角膜如发生病变，透明度下降，则视力下降。② 无血管。营养主要来源于角膜缘血管网和房水。③ 感觉敏锐。感觉神经丰富，对刺激特别敏感。

巩膜（sclera）：巩膜质地坚韧，呈乳白色不透明，由致密相互交错的纤维组成。有保护眼球及维持眼球形状的作用，巩膜厚度不均，眼外肌附着处较薄，视神经纤维穿过巩膜处最薄弱，称巩膜筛板。青光眼患者在此可形成特殊的杯状凹陷，称青光眼杯。

角膜缘（corneoscleral limbus）：是角膜与巩膜的移行区，由透明的角膜嵌入不透明的巩膜内，并逐渐过渡到巩膜，宽度为 1.5～2.0 mm。在外观上角巩膜缘部可见：前部有约 1 mm 的半透明区，后部有约 1 mm 的白色巩膜区，包括施莱姆管（Schlemm 管）、小梁网等前房角结构。角巩膜缘既是房水排出的主要通道，又是许多内眼手术切口的标志部位。

前房角

前房角（angle of anterior chamber）：位于周边角膜和虹膜根部的连接处。在角巩膜缘内面有一凹陷称巩膜内沟，沟内面有小梁网和 Schlemm 管。

（2）中层（葡萄膜）：因含丰富的血管和色素又称血管膜、色素膜，主要作用为遮光和营养，从前向后分为虹膜、睫状体、脉络膜 3 部分。

虹膜（iris）：呈圆盘状，位于角膜后、晶状体前，将眼球前部腔隙分隔成前房和后房。虹膜颜色因种族不同而异，我国人多呈棕褐色，其表面不平，有隐窝和辐射状隆起的皱襞形成的虹膜纹理。虹膜中央有一直径为 2.5～4 mm 的圆孔称瞳孔，其类似于照相机的光圈，瞳孔的大小与年龄、屈光、生理状态、环境因素有关。虹膜内有瞳孔括约肌和瞳孔开大肌。瞳孔括约肌由副交感神经支配，呈环形分布，具有缩瞳作用；瞳孔开大肌由交感神经支配，呈放射状分布，具有散瞳作用。两种肌肉协调运动可调节瞳孔大小，受光刺激时瞳孔缩小，称为瞳孔对光反射。在暗处瞳孔散大，从而调节进入眼内的光线，使视网膜成像清晰。

睫状体（ciliary body）：主要功能为分泌房水和眼的调节。睫状体前接虹膜根部，后连脉络膜，切面为底向前的三角形环状膜，其外侧与巩膜毗邻，睫状体前 1/3 较肥厚称睫状冠，其内表面有纵行放射状突起称睫状突。睫状突的上皮可生产房水，营养眼内组织。后 2/3 薄而平坦称睫状体扁平部（睫状环）。扁平部与脉络膜连接处呈锯齿状称锯齿缘，为睫状体的后界。睫状体主要由睫状肌及睫状上皮细胞组成。睫状肌收缩时悬韧带松弛，晶状体借本身的弹性增加凸度，加大屈光力，使视近物清晰，此功能称为调节。

脉络膜（choroid）：脉络膜前接睫状体的锯齿缘，后止于视盘周围，介于视网膜与巩膜之间。有丰富的血管和黑色素细胞，起营养眼内组织和遮光作用。脉络膜血管多，血容量大，为视网膜外层和黄斑区提供血液，血液中病原体也易经脉络膜扩散。脉络膜无感觉神经，因而炎症损伤时不引起疼痛。

（3）内层（视网膜）：视网膜（retina）类似于照相机的底片，是眼球的感光部分。视网膜外贴脉络膜，内邻玻璃体，起自视盘边缘，前缘为锯齿缘，后止视盘。视网膜外层为视网膜色素上皮层，内层为视网膜神经感觉层，两层之间有一潜在空隙，临床上视网膜脱离即由此处分离。黄斑位于视网膜内面正对视轴处，其中央有一小凹称黄斑中心凹，此处仅有视锥细胞，是视力最敏锐处，为中心视力所在。黄斑鼻侧 3 mm 处有一橙红色竖椭圆形盘状区，是神经节细胞轴突汇集成视神经穿出眼球处，称视神经盘（视乳

头），简称视盘，视盘直径约 1.5 mm，中央呈漏斗状凹陷称视杯（生理凹陷）。视盘没有光感受器细胞，故在视野中形成生理盲点。视网膜是由三级神经元构成。第一级神经元为光感受器细胞，分视锥细胞、视杆细胞两种。视锥细胞主要集中在黄斑区，司明视觉、形觉及色觉；视杆细胞多分布在黄斑以外的视网膜周围部，司暗视觉。如视锥细胞受损害则发生色盲，视杆细胞受损害则发生夜盲。第二级神经元为双极细胞，起联络第一级和第三级神经元的作用。第三级神经元为神经节细胞，其轴突向视盘汇集，形成视神经，起传导视觉冲动的作用。

维生素A与夜盲症

夜晚光线弱，主要由视杆细胞发挥感光功能。人眼能看清暗处的东西，有赖于视杆细胞内所含视紫红质发生光化学作用，而视紫红质主要合成原料为维生素 A，如人体缺乏维生素 A 则导致在暗处视紫红质合成不足，从而发生夜盲。夜盲症病人在白天或明处视物清晰，而在夜晚或暗处视物不见。

2. 眼球内容物　眼球内容物包括房水、晶状体及玻璃体 3 部分，均为无血管和神经的透明介质，它们与角膜一起组成眼的屈光系统。

（1）房水（aqueous humor）：为无色透明的液体，充满前房和后房，其主要成分为水。房水循环途径为：房水由睫状突上皮产生进入后房，经瞳孔流入前房，再经前房角小梁网流入 Schlemm 管、集液管和房水静脉，最后经睫状前静脉进入血循环（图 1–2）。房水具有营养角膜、晶状体、玻璃体和维持眼压的功能。

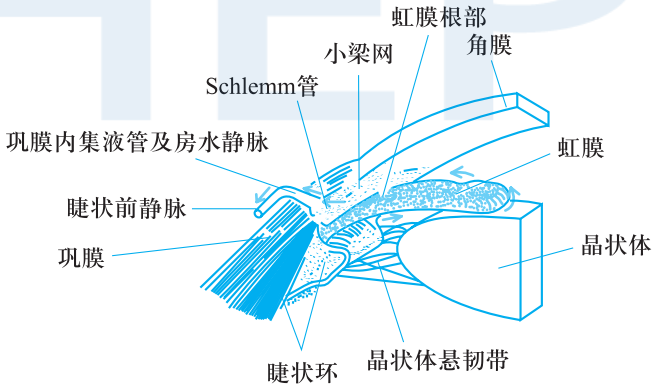


图 1–2　房水循环示意图

（2）晶状体（lens）：类似于照相机的变焦镜头，形如双凸透镜，位于瞳孔和虹膜后面、玻璃体前面，借晶状体悬韧带与睫状体相连。直径约 9 mm，厚约 4 mm，晶状体由晶状体囊和晶状体纤维组成。人的一生中晶状体纤维不断生成，新的纤维将旧的纤维挤

向中心，并逐渐硬化形成晶状体核，核外较新的纤维称为晶状体皮质。晶状体透明、富有弹性，屈光力约为 19D，是重要的屈光介质。随着年龄增长，晶状体核逐渐增大、变硬，弹性减弱，调节力降低而出现老视。晶状体无血管，其营养主要来自房水，当晶状体囊受损或房水代谢发生变化、晶状体混浊时则发生白内障。

（3）玻璃体（vitreous body）：为透明的胶质体，类似于蛋清，充满于晶状体后的玻璃体腔内。其主要成分为水，是屈光间质之一，有支撑视网膜、保持眼球形态和维持眼内压的功能。玻璃体无血管，营养来自脉络膜和房水。玻璃体无再生能力，当外伤或手术造成玻璃体丢失时，留下的空间由房水填充。

（二）视路

视路（visual pathway）是指视觉冲动从视网膜光感受器开始到大脑枕叶视中枢的传导路径。通常指从视神经开始，经视交叉、视束、外侧膝状体、视放射到大脑枕叶视中枢的神经传导通路（图 1-3）。视神经外面被视神经鞘膜包裹，此鞘膜由三层脑膜延续而来。鞘膜间隙与颅内同名脑膜间隙相通。当颅内压升高时，可发生视盘水肿。因视觉纤维在视路各段排列不同，故在神经系统某部位发生病变或损害时对视觉纤维的损害各异，表现为特定的视野异常。所以检查视野缺损的特征性改变，对中枢神经系统病变的定位诊断具有重要意义。

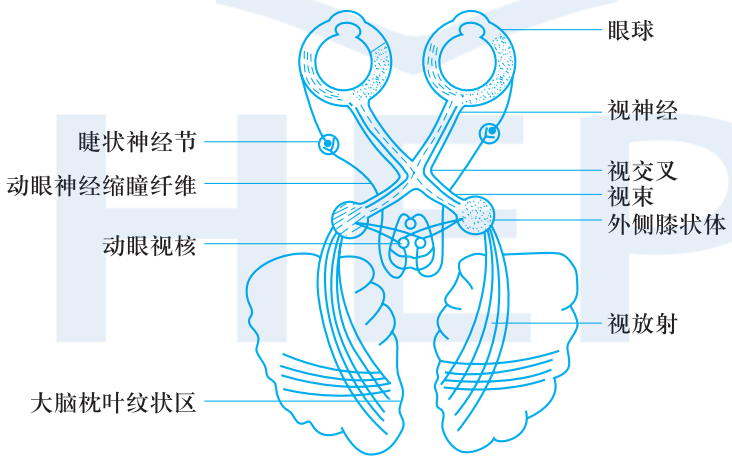


图 1-3　视路示意图

（三）眼附属器

1. 眼睑　眼睑有保护眼球的功能，其覆盖于眼球表面（图 1-4），由外至内分为 5 层，即皮肤层、皮下组织层、肌层、睑板层及睑结膜层。眼睑分为上睑和下睑，其游离缘称睑缘，长有睫毛，并有皮脂腺、汗腺和睑板腺的开口。上下睑缘间的裂隙称睑裂，正常平视时睑裂高度约 8 mm，上睑遮盖角膜上部 1～2 mm。上下睑缘的内、外侧连接处分别称为内眦和外眦，内眦部有一小肉状隆起称泪阜。上下睑缘的内侧端各有一乳头状

突起，其上各有一小孔，分别称为上泪点和下泪点，为泪道的入口。

2. 结膜　是一层菲薄光滑、半透明、富有血管的黏膜。按其解剖部位分为睑结膜、球结膜和穹窿结膜 3 部分（图 1-4）。睑结膜覆盖于上、下睑的内面，与睑板牢固黏附不能推动，透过此膜可看到其下的睑板腺和血管。球结膜覆盖于巩膜前表面，止于角巩膜缘，并与巩膜疏松连接可推动。穹窿结膜为睑结膜与球结膜连接部，其较疏松可推动。球结膜、角膜、穹窿结膜和睑结膜围成以睑裂为开口的囊状间隙，称结膜囊。

3. 泪器　包括泪腺和泪道两部分（图 1-5）。

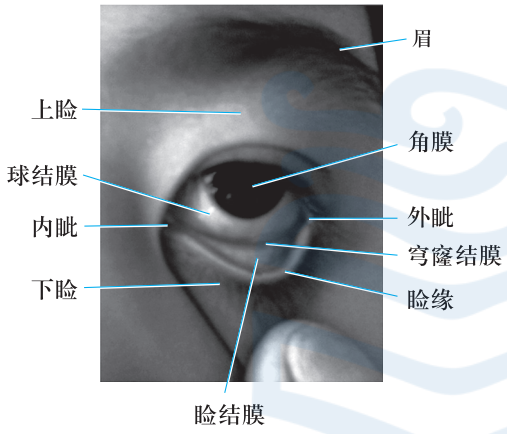


图 1-4　眼睑及结膜示意图

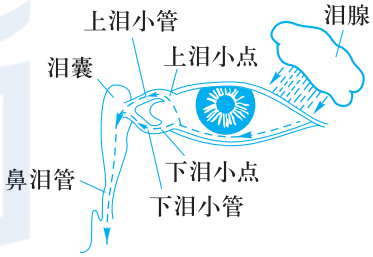


图 1-5　泪器示意图

（1）泪腺：位于眼眶外上方的泪腺窝内，主要分泌泪液，使其通过上穹窿外侧结膜的泪腺导管开口流入结膜囊内。副泪腺位于穹窿结膜下。泪液为弱碱性透明液体，约 98% 为水，含有溶菌酶、免疫球蛋白和补体等，除有润滑功能外，还有杀菌和预防感染的作用。

（2）泪道：为泪液的排出通道，由泪点、泪小管、泪囊和鼻泪管构成。泪液排出到结膜囊后随瞬目运动分布于眼球前表面，并汇集于内眦部，依靠泪点和泪小管的虹吸作用进入泪囊、鼻泪管，最后流入鼻腔。如泪道阻塞可引起溢泪症。

4. 眼外肌　眼外肌是支配眼球运动的肌肉，分别附着于巩膜表面不同方位。每眼各有 6 条，即 4 条直肌和两条斜肌。4 条直肌为上直肌、下直肌、内直肌和外直肌，收缩时的主要作用分别是使眼球上转、下转、内转、外转。两条斜肌是上斜肌和下斜肌，收缩时的主要作用分别是使眼球内旋、外旋。除上斜肌受滑车神经支配、外直肌受展神经支配外，其余四肌均受动眼神经支配。各条眼外肌互相配合协调运动，使双眼能同时注视一个目标，实现双眼单视（立体视觉）。如眼外肌运动不协调，则眼位发生偏斜可导致斜视。

5. 眼眶　眼眶呈漏斗状，为口向前、尖朝后的四边锥形骨窝，由额骨、蝶骨、筛骨、腭骨、泪骨、上颌骨和颧骨7块颅骨构成，其作用是保护眼球。成人眼眶深4~5 cm，有上、下、内、外4个壁，外侧壁较厚，其余三壁较薄且与鼻窦相邻，故鼻窦的病变可累及眼眶内部。眼眶骨壁上主要有视神经孔、眶上裂、眶下裂等结构，这些裂孔是神经血管的通道且与颅腔相通，故眶内与颅内病变可互相波及。

（四）眼部血管与神经

1. 血管

（1）动脉：眼的血液供应主要来自眼动脉。眼动脉源自颈内动脉，经视神经孔到达眶内，行程中发出分支供应眼球、眼外肌、泪腺和眼睑等。眼动脉系统的主要分支有视网膜中央动脉、睫状后动脉、睫状前动脉、泪腺动脉。

（2）静脉：与眼动脉系统伴行，眼静脉系统血液回流主要为视网膜中央静脉、涡静脉、睫状前静脉、眼上静脉、眼下静脉，先汇入海绵窦，最后再流入颈内静脉。

2. 神经

（1）视神经：传导视觉神经冲动。

（2）感觉神经：三叉神经的第一、第二分支司眼球及眼睑的感觉。

（3）运动神经：包括动眼神经、滑车神经、展神经、面神经和自主神经。① 动眼神经，支配提上睑肌、瞳孔括约肌、睫状肌和除外直肌、上斜肌以外的其他眼外肌。② 滑车神经，支配上斜肌，主要使眼球内旋。③ 展神经，支配外直肌，使眼球外展。④ 面神经，支配眼轮匝肌，使眼睑闭合。⑤ 自主神经，分交感神经和副交感神经。交感神经支配瞳孔开大肌使瞳孔散大；副交感神经支配瞳孔括约肌和睫状肌，使瞳孔缩小和参与眼的调节。

睫状神经节位于视神经外侧视神经孔前1 cm处。内眼手术施行球后麻醉，即阻断此神经节。

二、眼的生理功能

（一）视觉功能

眼的视觉功能包括形觉、光觉、色觉和立体视觉等方面。

1. 形觉　即视力。视力是人们日常活动最基本、最直观的功能，也是最容易受影响的功能。一般所说的视力指眼的中心视力，是眼辨别最小物像的能力，反映视网膜黄斑中心凹的视觉敏锐度。

2. 光觉　指视觉器官对外界光线的感受能力，包括夜视觉功能，是视觉的基本功能。夜视觉即暗适应，是人从明处进入暗处，开始一无所见，随后能逐渐看清暗处物体

的过程，反映光觉的敏锐度。夜视觉功能障碍通常称为夜盲症，患者在夜晚或暗处看不见东西。

3. 色觉　指人眼分辨颜色的能力，反映视网膜视锥细胞的功能。色觉发育正常，我们才能感受到五彩缤纷的世界。当色觉发生障碍时，可导致色盲或色弱。

4. 立体视觉　即空间视觉，指具有三维空间的双眼视觉，是最高级的视觉功能。具有立体视觉功能，眼才能辨别三维物体，才能认识微观及宏观的空间世界。立体视觉以双眼单视为基础，是在同时具有知觉和融合基础上的一种较为独立的双眼视觉功能。弱视、斜视儿童的正常立体视觉功能的形成常受到影响。

（二）平衡功能

良好的视觉和前庭器官、深部感觉、皮肤感觉及其他感觉一起协同作用共同完成人体的平衡。视觉在平衡方面提供了空间位置的概念，当闭起眼睛或视力不佳时，平衡感就变差。

课后练习

单项选择题

1. 眼的屈光系统不包括（　　）。

A. 房水　　B. 瞳孔　　C. 玻璃体

D. 晶状体　　E. 角膜

2. 泪道的组成不包括（　　）。

A. 泪腺　　B. 泪囊　　C. 泪点

D. 泪小管　　E. 鼻泪管

3. 下列不是眼球壁的结构的是（　　）。

A. 视网膜　　B. 睫状体　　C. 角膜

D. 虹膜　　E. 结膜

4. 正常人瞳孔直径为（　　）。

A. 2~3 mm　　B. 2.5~3 mm　　C. 2.5~3.5 mm

D. 2.5~4 mm　　E. 3~4 mm

5. 下列不是角膜的特点的是（　　）。

A. 无血管　　B. 无色透明　　C. 感觉敏锐

D. 屈光介质　　E. 黑色透明

6. 分泌房水的组织是（　　）。

A. 晶状体　　B. 前房　　C. 睫状体

D. 玻璃体　　E. 泪腺

7. 视觉的形成是在（　　）。

A. 视中枢　　B. 视盘　　C. 视神经

D. 黄斑　　E. 视网膜

（翟伟平、谢伟聪）

模块二　眼科常见疾病患者护理

项目一　眼睑疾病与泪器疾病患者的护理

【项目目标】

1. 简述睑腺炎、睑板腺囊肿、睑内翻与倒睫及慢性泪囊炎的临床表现和治疗要点；说出睑腺炎、睑板腺囊肿、睑内翻与倒睫及慢性泪囊炎护理的任务关键；学会睑腺炎、睑板腺囊肿、睑内翻与倒睫及慢性泪囊炎的护理措施。

2. 通过学习，能鉴别睑腺炎和睑板腺囊肿；能对睑腺炎、睑板腺囊肿及慢性泪囊炎患者进行健康指导。

3. 在学习过程中培养独立思考的学习态度。

一、睑腺炎

导学案例与思考

患儿刘某，男，8岁。两天前出现右上睑红、肿、痛，伴局部发热，无视力下降。今早患儿症状加重，遂由家长带来门诊就诊。查体：右上睑局限性充血、肿胀，压痛明显，中央可见黄白色脓肿。如果你是眼科门诊护士，请思考：

1. 在治疗护理方面需要注意的问题是什么？

2. 如何对该患儿进行健康指导？

任务准备

【疾病概述】

睑腺炎（hordeolum）是睑缘腺体或睑板腺的急性化脓性炎症。因病变早期于眼睑皮下可触及形似麦粒的硬结，故又称麦粒肿。根据病变部位的不同，可分为外睑腺炎、内睑腺炎。若为睫毛根部皮脂腺感染，称外睑腺炎；若为睑板腺感染，称内睑腺炎。本病好发于青少年，易反复发作。

（一）健康史

1. 由细菌感染引起，主要致病菌为金黄色葡萄球菌。

2. 诱发因素　患者卫生习惯不良，用脏手或不洁物擦眼等诱发。

3. 易感因素　睑缘炎、屈光不正、便秘、糖尿病、体质虚弱等易患此病。

（二）临床表现

1. 症状　早期眼睑有红肿热痛等急性炎症表现，晚期脓肿成熟破溃后，症状减轻。外睑腺炎眼睑红肿较明显，内睑腺炎眼睑疼痛较明显。

2. 体征　早期眼睑病变处局限性充血、肿胀，可触及形似麦粒的硬结，有压痛。2~3 天后硬结软化消失，病变处出现黄白色脓点。脓肿可自行破溃排脓，炎症消退。病情严重者可演变为眼睑蜂窝织炎、海绵窦血栓性静脉炎等。外睑腺炎的炎症反应位于睫毛根部的睑缘皮肤面，红肿范围较弥散；内睑腺炎的炎症反应位于睑结膜面的睑板腺内，肿胀较局限，压痛较明显。

（三）辅助检查

实验室检查　血常规、细菌培养及药物敏感试验检查适用于病情严重者。

【心理－社会状况】

患者因眼睑疼痛、红肿等不适出现紧张、焦虑、烦躁心理。

【治疗要点】

早期以热敷、理疗及应用抗生素滴眼液、眼膏等局部治疗方法为主，控制炎症，减轻或消除眼睑疼痛、红肿等不适。已形成脓肿者应切开排脓。

【护理问题 / 诊断】

1. 急性疼痛　眼痛与眼睑腺体的急性炎症有关。

2. 潜在并发症：眼睑蜂窝织炎、海绵窦血栓性静脉炎等。

3. 知识缺乏：缺乏睑腺炎的防治和自我护理知识。

任务目标

1. 患者眼睑红肿热痛等症状减轻或消失。
2. 及早发现并发症并协助医生处理。
3. 患者能配合护理及治疗，懂得基本防治常识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

嘱患者注意休息保证充足睡眠，避免过度疲劳。患病期间以清淡饮食为主，多吃蔬菜，多饮水，忌吃油炸烧烤食物及烟、酒、辛辣刺激性食物，保持大便通畅。糖尿病者须按医嘱合理饮食，便秘患者应遵医嘱进行药物治疗。

（二）治疗护理

1. 眼部护理　眼部热敷或理疗，适用于炎症早期，促进炎症消退，缓解疼痛。

（1）湿热敷或干热敷，每日 2~3 次，每次 15~20 分钟。

（2）超短波治疗。

2. 用药护理　遵医嘱应用抗生素滴眼液及眼膏，常用 0.3% 左氧氟沙星或 0.3% 妥布霉素滴眼液，每日 4~6 次；0.5% 红霉素或 0.5% 四环素眼膏每晚睡前涂眼。病情严重者全身应用抗生素。

3. 手术护理　已形成脓肿者应行切开排脓术。

（1）切口方向：外睑腺炎在眼睑皮肤面与睑缘平行切开；内睑腺炎在眼睑结膜面与睑缘垂直切开。

（2）术后用手掌压迫眼部止血 10 分钟，用眼垫遮盖术眼，嘱次日除去眼垫，遵医嘱滴抗生素眼药水及涂眼膏。

4. 病情观察　观察患者眼部病灶变化，测量体温，如出现发热等全身中毒表现则提示可能发生并发症。术后患者应注意观察伤口情况及脓液引流是否通畅，发现异常及时报告医生配合处理。

（三）人文护理

帮助患者寻找病因，耐心向其解释病情及相关知识，特别是向已形成脓肿者介绍手术治疗的必要性，鼓励其克服紧张、焦虑心理，积极配合治疗护理工作。

（四）健康指导

1. 注意眼部卫生，纠正不良的卫生习惯，不用脏手或不洁物擦眼。

2. 体质虚弱的反复发作者，应锻炼身体，增强体质。

3. 睑缘炎、屈光不正、糖尿病等患者应及早治疗，防止本病的发作。

4. 禁止挤压或针刺排脓，以免感染扩散。

任务关键

睑腺炎尚未形成脓肿者应以局部治疗和护理为主，告知患者禁止挤压或针刺排脓，以免感染扩散，脓肿已形成者需及时切开排脓。

案例分析

患儿眼睑局部红肿热痛，有脓肿形成，不影响视力，符合睑腺炎的临床特点。其护理措施包括：早期以热敷、理疗及应用抗生素滴眼液、眼膏等局部治疗护理为主，已形成脓肿者应切开排脓。护士健康指导包括坚持用药、热敷，保持良好的卫生习惯，勿揉搓患眼。

堂上练习（单项选择）

患儿刘某，男，8岁。两天前出现右上睑红、肿、痛，伴局部发热，无视力下降。今早患儿症状加重，遂由家长带来门诊就诊。查体：右上睑局限性充血、肿胀，压痛明显，中央可见黄白色脓点。

1. 患儿右眼上睑红、肿、痛，需通过以下护理措施减轻症状，错误的是（　　）。

A. 左氧氟沙星滴眼液滴眼　　B. 涂红霉素眼膏　　C. 局部热敷或理疗

D. 脓肿处切开排脓　　E. 红肿处挤压排脓

2. 如果挤压红肿处，可能发生最严重的并发症是（　　）。

A. 眼睑蜂窝织炎　　B. 海绵窦血栓性静脉炎　　C. 角膜炎

D. 结膜炎　　E. 局部破溃

3. 为患儿进行健康教育，需要强调（　　）。

A. 保持眼部良好的卫生习惯　　B. 忌吃辛辣食物　　C. 多吃水果

D. 经常滴眼药水　　E. 经常用热毛巾敷眼

睑腺炎堂上练习答案

二、睑板腺囊肿

任务准备

【疾病概述】

睑板腺囊肿（chalazion）又称霰粒肿，为睑板腺慢性肉芽肿性炎症。好发于青少年或中年人，以上睑多见。病程进展缓慢，易反复发作，预后良好。

（一）健康史

患者睑板腺分泌旺盛，不注意眼部卫生，用脏手或不洁物揉眼，导致睑板腺开口阻塞发病。

（二）临床表现

1. 症状　初期多无自觉症状，患者诉眼睑触及硬结，不红不痛。硬结可逐渐增大，出现异物感。

2. 体征　眼睑皮下可触及圆形硬结，无红肿、压痛，表面光滑，边界清楚，可移动，与皮肤无粘连，相应睑结膜呈局限性紫红色充血。囊肿可自睑结膜面破溃，排出胶样内容物后消退，但睑结膜面有肉芽肿形成。如继发感染，临床表现同内睑腺炎。

（三）辅助检查

病理检查　适用于反复发作的中老年患者，以排除睑板腺癌。

【心理－社会状况】

部分患者因症状较轻而不够重视；手术患者因惧怕手术而紧张、焦虑、恐惧。

【治疗要点】

无症状的小囊肿不需治疗，症状明显或囊肿较大者可手术摘除。

【护理问题/诊断】

1. 有感染的危险　与继发感染有关。

2. 知识缺乏：缺乏睑板腺囊肿的防治知识。

任务目标

1. 患者眼睑红肿无加重，无继发感染。

2. 患者注意眼部卫生，学会基本防治常识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

嘱患者患病期间以清淡饮食为主，多吃水果、蔬菜，多饮水，忌吃油炸、油腻及烟、酒、辛辣刺激性食物。

（二）治疗护理

1. 眼部护理　眼部热敷或理疗，囊肿较小者适用，促进其吸收消散。详见睑腺炎护理。

2. 用药护理　囊肿稍大者，可遵医嘱向囊肿内注射曲安奈德等糖皮质激素，促进其吸收消散。

3. 手术护理　囊肿较大者，可行手术摘除，按外眼手术护理（图 2-1）。

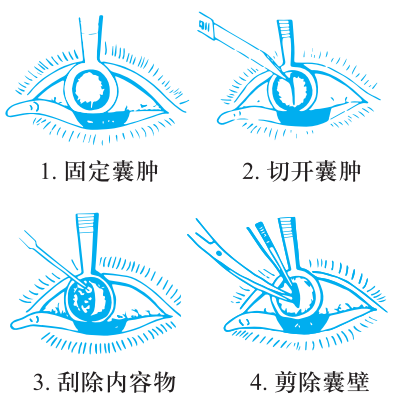


图 2-1　睑板腺囊肿摘除术示意图

（1）在眼睑结膜面与睑缘垂直切开，刮净囊肿内容物，并将包膜一并切除。

（2）术后用手掌压迫眼部止血 10 分钟，用眼垫遮盖术眼，嘱次日除去眼垫，遵医嘱滴抗生素滴眼液及涂眼膏。

4. 病情观察　观察患者眼部病灶如有继发感染迹象，则提示睑板腺囊肿急性发作转变为内睑腺炎。术后患者应注意观察伤口情况，发现异常及时报告医生并配合处理。

（三）人文护理

耐心向患者解释病情及治疗护理的方法，向有症状或囊肿较大患者介绍手术治疗的必要性，鼓励其克服紧张、焦虑心理，积极配合治疗护理工作。

（四）健康指导

1. 注意眼部卫生，纠正不良的生活习惯，不用脏手或不洁物揉眼。
2. 睑板腺囊肿应及时治疗，避免继发感染。
3. 反复发作的中老年患者应及时就诊，排除肿瘤，以免误诊误治。

任务关键

睑板腺囊肿可手术摘除，按外眼手术护理。如继发感染，其治疗护理与内睑腺炎相同。

三、睑内翻与倒睫

任务准备

【疾病概述】

睑内翻（entropion）指睑缘向眼球方向内卷。倒睫（trichiasis）指睫毛倒向眼球。睑内翻与倒睫常同时存在。

（一）健康史

1. 瘢痕性睑内翻　多发生在上睑，常因睑结膜及睑板瘢痕收缩引起，常见于沙眼瘢痕期、结膜烧伤等。

2. 痉挛性睑内翻　多发生在下睑，常见于老年人，又称老年性睑内翻，因老年人眼睑皮肤、肌肉等松弛无力引起。

3. 先天性睑内翻　多发生在下睑内眦部，常见于婴幼儿，常因内眦赘皮牵拉、肥胖及鼻根部发育不良引起。

（二）临床表现

1. 症状　眼持续性异物感、刺痛、畏光、流泪；角膜混浊时视物模糊。

2. 体征　睑缘向眼球方向内卷，致睫毛倒向眼球，摩擦结膜及角膜，引起结膜充血、角膜上皮脱落、角膜溃疡、角膜瘢痕及角膜混浊。

（三）辅助检查

角膜荧光素染色检查　如患者有角膜上皮脱落或角膜溃疡，可见角膜缺损区荧光素钠弥漫性着染。

【心理－社会状况】

眼持续性异物感、刺痛、视物模糊影响患者的生活及工作，需手术的患者因担心手术疗效，易出现紧张、焦虑、恐惧心理。

【治疗要点】

1. 治疗原发病，消除睑缘及睫毛对眼球的摩擦。

（1）少量倒睫可直接拔除或行电解倒睫术。

（2）瘢痕性睑内翻可行睑内翻倒睫矫正术。

（3）痉挛性睑内翻可行肉毒杆菌毒素 A 局部注射。

（4）先天性睑内翻随年龄增长可消失，可暂不手术。

2. 药物治疗结膜炎及角膜炎。

【护理问题 / 诊断】

1. 舒适改变　眼异物感、刺痛等，与倒睫刺激角膜及角膜炎症有关。

2. 感知觉紊乱　视力下降，与角膜混浊有关。

3. 潜在并发症：角膜溃疡、角膜混浊及术后伤口感染等。

4. 知识缺乏：缺乏睑内翻与倒睫危害性的知识。

任务目标

1. 患眼异物感刺痛等症状减轻或消失。

2. 患眼视力提高或恢复正常。

3. 预防或早期发现并发症，配合医生治疗。

4. 患者懂得其危害性。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

嘱患者注意休息，保证充足睡眠，避免过度疲劳。患病期间以清淡饮食为主，忌烟、酒、辛辣刺激性食物。

（二）治疗护理

1. 消除病因　积极协助医生针对睑内翻病因进行治疗。

2. 用药护理

（1）遵医嘱滴抗生素眼药水，每日 2～3 次。预防继发结膜炎及角膜炎。

（2）痉挛性睑内翻可行肉毒杆菌毒素 A 局部注射。

3. 手术护理

（1）倒睫较少可直接拔除或行电解倒睫术。

（2）倒睫较多或瘢痕性睑内翻患者按外眼手术护理，做好睑内翻矫正术的各项术前准备。术后遵医嘱用抗生素和止血剂，注意观察伤口有无红肿、疼痛和出血等，术后 7 天拆线。

4. 病情观察　观察患者角膜是否发生感染，手术伤口是否出现感染迹象及睑内翻矫正情况，发现异常及时报告医生并配合处理。

（三）人文护理

及时了解患者病情变化、需求和顾虑，帮助患者寻找病因，耐心向患者讲解病情及相关知识，尤其是向手术患者介绍手术治疗的必要性，缓解其焦虑、恐惧心理，积极配合治疗护理工作。

（四）健康指导

1. 纠正不良的生活习惯，积极防治沙眼、结膜烧伤等原发病。
2. 指导患者滴抗生素眼药水，防止结膜炎及角膜炎。
3. 先天性睑内翻随年龄增长可消失，可暂不手术。

任务关键

本病护理的重点是保护角膜，遵医嘱指导患者滴抗生素眼药水，预防角膜炎发生。对于大量倒睫、睑内翻严重者，建议患者行睑内翻矫正术，以求彻底治愈。

四、慢性泪囊炎

导学案例与思考

患者吴某，女，68岁。近两年反复出现左眼溢泪、溢脓，晨起“眼角”有黏脓性白色分泌物，加重1周，今日来眼科门诊就诊。查体：左眼内眦部皮肤潮红，鼻侧球结膜充血，按压左侧泪囊区见少量黏脓性白色分泌物自下泪小点溢出；右眼未见异常。如果你是眼科门诊护士，请思考：

1. 患者有何典型临床特点？
2. 如何解决患者眼部不适？

任务准备

【疾病概述】

慢性泪囊炎（chronic dacryocystitis）是泪囊的慢性化脓性炎症。好发于中老年女性，单眼发病多见。

（一）健康史

1. 感染　主要致病菌为肺炎链球菌、葡萄球菌、溶血性链球菌等。

2. 诱发因素　由沙眼、泪道损伤、鼻炎、鼻中隔偏曲、下鼻甲肥大等致鼻泪管狭窄或阻塞，泪液滞留泪囊内诱发细菌感染。

（二）临床表现

1. 症状　长期有溢泪、溢脓现象，反复发作。

2. 体征　结膜充血；用手指挤压泪囊区，有黏液脓性分泌物自泪小点溢出。重者眼睑内眦部皮肤潮红、糜烂。

（三）辅助检查

1. 实验室检查　泪囊分泌物的细菌培养及药物敏感试验，可明确感染的性质和致病菌的种类，并为药物治疗提供重要参考。

2. 影像学检查　X 线泪道造影检查可了解泪囊的大小及阻塞部位。

【心理－社会状况】

患者因长期溢泪、溢脓，治疗效果不佳可出现自卑、焦虑、烦躁心理。

【治疗要点】

1. 病因治疗　积极治疗原发病。

2. 局部治疗　应用抗生素滴眼液控制感染；泪道冲洗，每日 1 次。治疗效果不佳时，可行泪道探通术。

3. 手术治疗　手术是最有效的治疗手段，保守治疗无效时可考虑行手术治疗。常用术式有泪囊鼻腔吻合术，无法行吻合术的年老体弱者行泪囊摘除术。

【护理问题 / 诊断】

1. 舒适改变　溢泪、溢脓，与泪囊慢性炎症有关。
2. 自我形象紊乱　与眼睑内眦部皮肤潮红、糜烂，影响容貌有关。
3. 恐惧　与害怕手术有关。
4. 潜在并发症：当角膜外伤或内眼手术时，有发生角膜炎、眼内炎的可能。
5. 知识缺乏：缺乏慢性泪囊炎防治知识及其对眼球潜在危害性的认识。

任务目标

1. 患眼溢泪、溢脓等症状减轻或消失。
2. 患眼周围皮肤无红肿，外观无影响。
3. 患者能接受并配合手术治疗。
4. 观察有无并发症发生，及时报告医生并做相应护理。
5. 患者了解该病的危害，懂得如何防治。

任务实施

主要的护理措施有以下几个方面。

（一）基础护理

嘱重症患者卧床休息，避免过度疲劳。患病期间以清淡饮食为主，多饮水，给予营养丰富、易消化食物，忌烟、酒、辛辣刺激性食物，保持大便通畅。

（二）治疗护理

1. 消除病因　由结膜炎或鼻腔疾病引起者，应积极协助医生治疗原发病。

2. 眼部护理

（1）用药护理：遵医嘱指导患者滴抗生素眼药水，如 0.3% 氧氟沙星、0.25% 氯霉素滴眼液滴眼，每日 4~6 次，滴眼前先用手指挤出泪囊内分泌物。

（2）泪道冲洗术：有助于消除泪囊内脓液。常用生理盐水冲洗泪道，每日 1 次，也可在冲洗后注入抗生素药液。

泪道冲洗术

泪道冲洗术

患者取坐位或仰卧位，将浸有 1% 丁卡因溶液的小棉签置于内眦部上、下泪点间，嘱患者闭眼表面麻醉 5 分钟。嘱患者眼向上注视，用左手示指拉开下睑使下泪点充分暴露，将装有生理盐水或抗生素药液的一次性 5 mL 注射器换上泪道冲洗针头，右手持注射器先将泪道冲洗针头垂直插入下泪点深约 1 mm，再转为水平向泪小管进针约 5 mm，然后缓慢注入冲洗液，同时观察泪点冲洗液溢出情况并询问患者是否有液体流入鼻腔或咽部。注意进针深度，勿损伤泪道。操作完成后，拔出针头，用消毒棉签或棉球擦干眼周皮肤并滴抗生素滴眼液预防感染。

（3）泪道探通术：适用于泪道部分狭窄及泪道冲洗无效者，在泪囊内脓液消失后方可行泪道探通术。

3. 手术护理　目前常做鼻内镜下泪囊鼻腔吻合术。

（1）术前护理：① 剪鼻毛。② 术前 3 天泪道冲洗，滴抗生素眼药水。③ 术前 1 天鼻腔冲洗。④ 术前行结膜囊冲洗，用眼垫遮盖术眼。

（2）术后护理：① 术后半坐卧位，有利于伤口积血及分泌物的引流。② 手术当日勿进食过热饮食。③ 嘱患者切勿牵拉鼻腔堵塞物及用力擤鼻，以免出血。④ 拔除鼻腔填塞物后，遵医嘱用 1% 麻黄碱液滴鼻，收缩鼻腔黏膜，有利于引流。⑤ 术后第 3 天开始连续冲洗泪道，每日 1 次，保持泪道通畅。⑥ 术后 7 天拆线，拔除引流管，指导患者正确滴鼻、滴眼。

4. 病情观察　观察患者泪囊区如出现红肿热痛等急性炎症表现，则提示慢性泪囊炎急性发作。注意手术伤口是否出现感染迹象、鼻腔有无出血及吻合口通畅情况等，如发现异常及时报告医生并配合处理。

（三）人文护理

解决住院患者出现的各种负面情绪及心理需求，积极帮助患者寻找病因，耐心向患者解释病情及相关知识，特别是手术治疗的必要性，并告知本病的潜在危害性，缓解患

者焦虑、恐惧心理，要求其积极配合治疗护理工作。

（四）健康指导

1. 提高患者对慢性泪囊炎的认识，及早治疗原发病，预防本病的发生。

2. 指导患者先用手指挤压泪囊排空泪囊内分泌物后，再滴抗生素眼药水。

3. 向患者解释慢性泪囊炎是眼部的感染病灶，如发生角膜外伤或施行内眼手术，可导致细菌性角膜溃疡或化脓性眼内炎，使患者高度重视本病的潜在危害，并指导其积极治疗，预防并发症。

任务关键

慢性泪囊炎单用药物治疗效果差，疏通已阻塞的鼻泪管是关键。在手术前，应通过药物治疗和眼部护理控制泪囊炎症。

案例分析

患者患眼反复发作溢泪、溢脓，病史较长，按压患侧泪囊区，有黏液脓性分泌物自泪小点溢出，符合慢性泪囊炎典型临床特点，其有效护理措施包括：滴抗生素眼药水、泪道冲洗术及探通术，健康指导须让患者了解其危害性，重在预防。

堂上练习（单项选择）

患者吴某，女，68岁。近两年反复出现左眼溢泪，晨起左眼内眦部有黏脓性白色分泌物，加重1周，今日来眼科门诊就诊。查体：左眼内眦部皮肤潮红，鼻侧球结膜充血，按压左侧泪囊区见少量黏脓性白色分泌物自下泪小点溢出；右眼未见异常。

1. 患者的典型临床表现，以下哪项除外？（　　）

A. 患眼溢泪、溢脓　　B. 患眼内眦皮肤潮红　　C. 患眼畏光、流泪

D. 按压患侧泪囊区有分泌物自泪小点溢出

E. 患病时间长，反复发作

2. 能有效解决患者患眼溢泪、溢脓的护理措施，以下哪项除外？（　　）

A. 冲洗结膜囊　　B. 抗生素滴眼液滴眼　　C. 泪道冲洗术

D. 泪道探通术　　E. 泪囊鼻腔吻合术

慢性泪囊炎堂上练习答案

课后练习

单项选择题

8. 睑板腺囊肿摘除术的切口正确的是（　　）。

A. 在皮肤面切开，切口平行于睑缘

B. 在睑结膜面切开，切口平行于睑缘

C. 在皮肤面切开，切口垂直于睑缘

D. 在睑结膜面切开，切口垂直于睑缘

E. 在皮肤面切开，切口呈弧形

9. 睑腺炎早期护理措施正确的是（　　）。

A. 切开排脓　　B. 局部热敷　　C. 针刺排脓

D. 将脓液挤出　　E. 局部冷敷

10. 睑内翻与倒睫主要造成（　　）部位的损伤。

A. 角膜　　B. 结膜　　C. 睑缘

D. 巩膜　　E. 眼睑

11. 患者左上睑疼痛 3 天，查体：左上睑皮肤局部充血、肿胀，形成小硬结，中央呈黄白色，可诊断为（　　）。

A. 慢性泪囊炎　　B. 内睑腺炎　　C. 睑内翻

D. 睑板腺囊肿　　E. 外睑腺炎

12. 睑腺炎成熟的标志是（　　）。

A. 眼睑充血、肿胀　　B. 形成小硬结　　C. 炎症范围扩大

D. 出现黄白色脓点　　E. 眼睑压痛

（13—15 题共用题干）

患者右眼溢泪、溢脓 2 年，检查：指压右眼泪囊区，有黏液脓性分泌物自泪小点溢出。

13. 该患者可考虑为（　　）。

A. 急性泪囊炎　　B. 睑腺炎　　C. 慢性泪囊炎

D. 睑板腺囊肿　　E. 睑内翻

14. 入院后予行泪囊鼻腔吻合术，术前护理错误的是（　　）。

A. 耐心解释手术的必要性

B. 术前 3 天抗生素滴眼液滴眼

C. 剪鼻毛及鼻腔冲洗

D. 术前 1 天冲洗泪道及结膜囊

E. 指导患者练习床上活动

15. 该患者术后合适的体位是（　　）。

A. 半卧位　　B. 健侧卧位　　C. 患侧卧位

D. 仰卧位　　E. 俯卧位

（翟伟平、谢伟聪）

项目二　结膜病患者的护理

【项目目标】

1. 简述急性细菌性结膜炎、病毒性结膜炎、沙眼及干眼症的临床表现和治疗要点；比较急性细菌性结膜炎与病毒性结膜炎的共同点与不同点；学会急性细菌性结膜炎、病毒性结膜炎、沙眼及干眼症的护理措施；理解急性细菌性结膜炎、病毒性结膜炎、沙眼及干眼症护理的任务关键。

2. 通过学习，能够鉴别急性结膜炎与沙眼；能就预防传染性眼病和交叉感染问题向社区群众进行健康教育。

3. 关心急性结膜炎和沙眼患者的疾苦，愿意帮助他们。

一、急性细菌性结膜炎

导学案例与思考

患者张某，女，18 岁。双眼异物感、红肿，“眼屎”多 2 天。3 天前曾到游泳池游泳。查体：双眼视力 1.0，结膜充血明显，结膜囊有大量黏液脓性分泌物，角膜荧光素钠染色检查阴性。请思考：

1. 如何减少患者结膜囊分泌物？

2. 如何预防本病？

任务准备

【疾病概述】

急性细菌性结膜炎（acute bacterial conjunctivitis）又称急性卡他性结膜炎，俗称“红眼病”，是细菌感染引起的常见的传染性流行性结膜炎。好发于春秋两季，可双眼同时或先后发病。起病急，病情进展快，3~4 天即可达高峰。本病可自限，但如能有效治疗，患者约 1 周即可痊愈。

（一）健康史

1. 感染　通过接触受污染的手、用物及水源引起，主要致病菌为 B 型流感嗜血杆菌、肺炎双球菌及金黄色葡萄球菌等。

2. 传播途径　主要通过手直接或间接接触患眼分泌物感染传播。

（二）临床表现

1. 症状　眼异物感、灼热感、眼红、畏光、流泪、暂时性视力下降伴大量脓性分泌物。

2. 体征　眼睑水肿，结膜明显的鲜红色充血伴水肿，结膜囊内有大量黏液脓性分泌物。

（三）辅助检查

实验室检查　结膜分泌物涂片及结膜刮片可见致病菌及大量中性粒细胞。

【心理 – 社会状况】

患者因眼异物感、灼热感、分泌物增多及结膜充血等出现紧张、焦虑心理。

【治疗要点】

1. 结膜囊冲洗，保持结膜囊清洁。
2. 针对病因选用抗生素抗感染治疗，以眼局部用药为主。

【护理问题 / 诊断】

1. 舒适改变　异物感、灼热感，与结膜急性炎症反应有关。
2. 潜在并发症：细菌性角膜炎。
3. 知识缺乏：缺乏本病的防治和护理知识。

任务目标

1. 患眼异物感、灼热感减轻或消失，分泌物减少或消失。
2. 患眼无发生并发症。
3. 患者养成良好的生活习惯，学会本病基本防治常识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 嘱患者注意休息，睡眠时应取患侧卧位，避免分泌物流入健眼导致健眼感染。患病期间以清淡饮食为主，忌烟、酒、烧烤及辛辣刺激性食物。

2. 接触性隔离　本病有较强的传染性，其用具或检查治疗所用的仪器、滴瓶、受水器等应及时消毒。接触患者后，要及时用肥皂水和清水洗手，以免交叉感染。告诫患者不去游泳池游泳，避免污染池水使疾病流行。

3. 保护健眼　检查或治疗时应按先健眼后患眼顺序进行。

（二）治疗护理

1. 眼部护理

结膜囊冲洗法

（1）结膜囊冲洗：目的是清除结膜囊分泌物。常用生理盐水或3%硼酸液冲洗，每日1~2次。冲洗时，患者取坐位或仰卧位，头偏向患侧，避免冲洗液流入健眼。

（2）眼部冷敷：冷敷可使结膜血管收缩，减轻结膜充血。冷敷患眼每日2~3次，每次15~20分钟。禁止包盖及热敷，包盖患眼会使分泌物排出不畅，热敷可使患眼温度升高，更有利于细菌的繁殖，加重结膜炎症。

2. 用药护理

（1）滴眼：遵医嘱使用0.3%氧氟沙星、0.3%妥布霉素或0.25%氯霉素等滴眼液，每1~2小时滴1次。

（2）白天不宜涂眼膏：因涂眼膏使眼分泌物排出不畅，加重结膜炎症。

（3）重症患者遵医嘱给予抗生素或清热解毒的中药治疗。

3. 病情观察　注意患者眼部症状、分泌物、结膜充血及视力等变化，观察有无眼痛、畏光、流泪等角膜炎的迹象，如发现异常应及时报告医生并配合处理。

（三）人文护理

耐心向患者解释病情，介绍急性细菌性结膜炎治疗护理的方法，鼓励患者克服紧张、焦虑心理，积极配合治疗护理工作。

（四）健康指导

1. 保持良好的卫生习惯，勤洗手，不用脏手或不洁物揉眼，不与他人共用洗脸用具。

2. 指导患者及家属做好消毒隔离，不交叉使用日用品。接触患者后必须洗手，患者接触过的物品均应严格消毒，防止交叉感染。

任务关键

急性细菌性结膜炎眼部分泌物较多，传染性强。冲洗结膜囊是最重要的护理措施，为患者滴眼前后均应洗手，患者双眼应做到一眼一瓶滴眼液，避免双眼交叉感染。同时，注意做好消毒隔离，加强健康指导。

案例分析

患者有明显的结膜充血、水肿，结膜囊内有大量黏液脓性分泌物，不影响视力，是急性细菌性结膜炎典型的临床表现。有一定传染性。其护理措施包括：冲洗结膜囊、指导患者勤滴抗生素滴眼液，能减少患眼分泌物。健康教育重在养成良好卫生习惯及预防，强调勤洗手、勿揉眼，患者及家属不交叉使用日用品。护士在护理过程中，也应注意防止交叉感染，密切观察病情。

堂上练习（单项选择）

患者张某，女,18 岁，双眼异物感、红肿，“眼屎”多 2 天。3 天前曾到游泳池游泳。查体：双眼视力 1.0，结膜充血明显，结膜囊有大量黏液脓性分泌物，角膜荧光素钠染色检查阴性。

1. 减少眼部分泌物最有效的方法是（　　）。

A. 揉搓患眼　　B. 患眼热敷及理疗　　C. 包扎患眼

D. 患眼结膜囊冲洗　　E. 患眼冷敷

2. 以下哪项生活（卫生）习惯不正确？（　　）

A. 与他人共用滴眼液　　B. 勤洗手　　C. 室内通风透气

D. 勿揉搓眼睛　　E. 勤换衣服

急性细菌性结膜炎堂上练习答案

二、病毒性结膜炎

任务准备

【疾病概述】

病毒性结膜炎（viral conjunctivitis）是病毒感染引起的常见传染性结膜炎症。好发于夏秋两季，可双眼同时或先后发病。本病传染性强，可在大范围内迅速流行。本病可自限，临床上以急性起病的流行性角结膜炎及流行性出血性结膜炎最常见。

（一）健康史

1. 感染　流行性角结膜炎多由腺病毒引起；流行性出血性结膜炎主要由 70 型肠道病毒引起，属微小核糖核酸病毒。

2. 传播途径　主要通过手直接或间接接触患眼分泌物感染。

（二）临床表现

1. 症状　流行性角结膜炎患者有眼异物感、畏光、流泪、分泌物增多，并发角膜炎时眼刺痛、视力下降，重症患者可出现头痛、发热、咽痛等上呼吸道感染症状；流行性出血性结膜炎患者起病更急，症状更严重。

2. 体征　眼睑水肿，结膜明显充血、水肿，伴睑结膜滤泡增生，结膜囊分泌物增多呈水样，角膜上皮白色点状浸润、混浊，可伴耳前或颌下淋巴结肿大、压痛。流行性出血性结膜炎患者除上述表现外，常有球结膜下点状或片状出血。

（三）辅助检查

实验室检查　结膜分泌物涂片可分离到病毒，并可见单核细胞增多。

【心理－社会状况】

患者因眼红、眼异物感、刺痛、结膜下出血等出现紧张、恐惧心理，被隔离治疗后有孤独感。

【治疗要点】

1. 抗病毒治疗　遵医嘱应用抗病毒药治疗，常用抗病毒口服液、黄连上清片等中成药。

2. 局部治疗　如抗病毒滴眼液频繁滴眼，或抗病毒、抗生素滴眼液交替滴眼。

【护理问题/诊断】

1. 舒适改变　异物感、畏光、流泪等，与急性结膜炎症反应有关。
2. 急性疼痛　眼痛，与病毒侵犯角膜有关。
3. 知识缺乏：缺乏本病的防治及护理知识。

任务目标

1. 患眼异物感、畏光、流泪等症状减轻或消失。
2. 患眼疼痛减轻或消失。
3. 患者学会本病基本防治常识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

减轻患者的不适感，预防交叉感染。饮食以清淡为主，忌烟、酒、烧烤及辛辣刺激性食物。

（二）治疗护理

1. 眼部护理

（1）结膜囊冲洗。

（2）戴墨镜，减少强光、风沙对患眼的刺激。

2. 用药护理

（1）遵医嘱指导患者滴抗病毒眼药水，常用0.5%利巴韦林（病毒唑）、0.1%阿昔洛韦（无环鸟苷）、0.1%碘苷（疱疹净）或4%吗啉胍滴眼液等，每1~2小时滴1次。合并细菌感染者采用抗病毒滴眼液和抗生素滴眼液联合使用，交替进行，连续使用1周。

（2）眼部不宜涂眼膏。

（3）如有耳前或颌下淋巴结肿大、上呼吸道感染者，须全身应用抗病毒及抗生素治疗。

3. 病情观察　注意患者眼部症状、分泌物、视力、结膜充血或出血等变化，发现有病毒性角膜炎的迹象，应及时报告医生。

（三）人文护理

耐心向患者解释病情，介绍病毒性结膜炎治疗护理的方法，鼓励患者克服紧张、焦虑心理，积极配合治疗护理工作。

（四）健康指导

1. 向患者及家属讲授病毒性结膜炎的基本知识，及时就医，指导他们进行隔离消毒和护理。滴眼前后均应洗手，双眼患者应做到一眼一瓶滴眼液，避免双眼交叉感染。重点是预防家庭成员、同学、同事间的传播流行。

2. 其他　勤洗手，流行期间减少到公共泳池等活动。暴发流行时需向当地疾控中心报告。

任务关键

病毒性结膜炎以眼部护理为主，结膜囊冲洗和频繁滴眼，避免强光等对眼部刺激，忌包盖和热敷患眼，同时认真做好消毒隔离和健康指导。

三、沙眼

导学案例与思考

患者杨某，男，16岁。近一周双眼先后出现异物感、眼痒，未用药物治疗，既往曾有类似病史，今日来眼科门诊就诊。查体：双眼穹窿结膜见片状瘢痕，上睑结膜血管充

血模糊，乳头增生及滤泡形成。确诊为：沙眼。你作为护士，如何向社区群众进行健康教育？

1. 沙眼与普通的结膜炎有何区别？
2. 该病有何危害性？
3. 该病健康指导应着重哪些方面？

任务准备

【疾病概述】

沙眼（trachoma）是由沙眼衣原体引起的慢性传染性角结膜炎。因患者睑结膜面粗糙不平呈沙粒状，使患者有眼异物感，故名沙眼。常双眼发病，病程长、易复发。沙眼是世界上常见且可预防的致盲眼病之一，其感染率和严重程度与环境卫生及个人卫生习惯密切相关。

（一）健康史

1. 感染　由沙眼衣原体感染结膜、角膜引起。
2. 传播途径　主要通过手直接或间接接触眼部感染传播。

（二）临床表现

1. 症状　慢性期或轻症沙眼一般无明显症状；急性期或重症沙眼可有眼异物感、眼痒、眼干涩等不适，并发角膜混浊时视力下降。

2. 体征　上穹窿结膜与上睑结膜血管充血模糊，乳头增生呈红色天鹅绒状外观，滤泡形成呈黄白色半透明泡状隆起，乳头和滤泡相互交错存在，使睑结膜面粗糙不平呈沙粒状（图 2-2）。反复发作的慢性期患者上穹窿结膜与上睑结膜出现白色线状、网状或片状瘢痕。角膜浅层出现由角膜上缘向下似垂帘状生长的新生血管称角膜血管翳。

图 2-2　沙眼示意图

3. 诊断标准　临床上将凡有上穹窿部和上睑结膜血管充血模糊、乳头增生、滤泡形成，并有以下三项之一者：① 角膜血管翳；② 上穹窿部和上睑结膜出现瘢痕；③ 结膜刮片检查检出沙眼包涵体，作为沙眼的诊断标准。根据病情，将沙眼分为四期（表 2-1）。

表 2-1　沙眼的分期

分期	临床表现
Ⅰ期（浸润期）	上睑结膜与穹窿结膜充血肥厚，滤泡形成，早期角膜血管翳
Ⅱ期（活动期）	上睑结膜有典型的乳头、滤泡、角膜血管翳。有很强的传染性

续表

分期	临床表现
Ⅲ期（瘢痕前期）	上睑结膜出现瘢痕，乳头、滤泡减少
Ⅳ期（瘢痕期）	上睑结膜瘢痕化，无活动期体征。此期无传染性

4. 并发症与后遗症　睑内翻与倒睫、角膜混浊、上睑下垂、睑球粘连、干眼症、慢性泪囊炎。

（三）辅助检查

实验室检查　结膜分泌物刮片检查可见沙眼包涵体。

【心理－社会状况】

早期轻症患者因症状轻不重视治疗；病程长、反复发作的患者因久治不愈而丧失治疗的信心；晚期患者因并发症导致视力下降而出现焦虑、悲观失望的心理。

【治疗要点】

沙眼以局部治疗为主，应用抗生素滴眼液和眼膏治疗；重症患者给予抗生素口服，如阿奇霉素、罗红霉素等。手术治疗主要是针对并发症。

【护理问题/诊断】

1. 舒适改变　眼异物感、眼痒、眼干涩等，与长期慢性结膜炎症有关。
2. 感知觉紊乱　视力下降，与沙眼并发角膜混浊有关。
3. 潜在并发症：睑内翻与倒睫、角膜混浊、上睑下垂、睑球粘连、干眼症、慢性泪囊炎。
4. 知识缺乏：缺乏沙眼防治知识及对其危害性认识不足。

任务目标

1. 患眼异物感、眼痒、眼干涩等症状减轻或消失。
2. 患眼视力提高或恢复正常。
3. 早期发现并发症，建议患者做相应的治疗。
4. 患者懂得此病危害性，学会如何防治本病。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

嘱急性期或重症患者注意休息，患病期间以清淡饮食为主，忌烟、酒、辛辣刺激性食物。

（二）治疗护理

1. 用药护理

（1）局部治疗：遵医嘱指导患者滴眼，常用 0.1% 利福平、0.25% 氯霉素或 0.1% 酞丁安滴眼液等，每日 4~6 次。晚上睡前涂眼膏，常用四环素、金霉素或红霉素眼膏等。连续用药 1~3 个月，重症患者则连续用药 6 个月以上。

（2）全身治疗：急性期或重症患者可遵医嘱口服阿奇霉素、多西环素、红霉素或乙酰螺旋霉素等，连续用药 3~4 周。

2. 手术护理　根据不同的并发症采取不同的治疗：① 倒睫，行电解倒睫术；② 睑内翻，行睑内翻矫正术；③ 严重角膜混浊而无干眼症者，行角膜移植术。电解倒睫术、睑内翻矫正术按外眼手术常规护理，角膜移植术按内眼手术护理。

3. 病情观察　观察患者沙眼病情变化，注意角膜是否发生感染；手术患者术后观察伤口有无感染迹象、睑内翻矫正情况及角膜移植片有无排斥反应等。

（三）人文护理

耐心向患者解释病情，介绍沙眼治疗和护理的方法，使早期轻症患者重视治疗，帮助病程长、反复发作患者重建治疗的信心，鼓励晚期患者克服焦虑、悲观失望心理，积极配合治疗和护理工作。

（四）健康指导

1. 告知患者沙眼的危害性，早诊断、早治疗，积极预防并发症的发生。

2. 沙眼的预防重点是青少年，注意眼部卫生，勤洗手，不与他人共用毛巾，减少手眼传播的机会。加强泳池、酒店、美容美发店的卫生管理和监督，有效预防接触或交叉感染。

3. 沙眼衣原体不能在 70℃以上的环境中生长，患者使用过的毛巾用肥皂水清洗后再用沸水浸泡，可杀死病原体。

（扫一扫，知历史）汤飞凡简介

任务关键

沙眼的眼部治疗护理一般以 3 个月为一个疗程。护士应指导患者早期治疗，坚持治疗，预防并发症。同时，注意做好消毒隔离，加强健康指导。

案例分析

患者双眼异物感、眼痒，查体：双眼穹窿结膜见瘢痕，上睑结膜血管充血模糊，乳头增生及滤泡形成，符合沙眼的典型临床表现，具有传染性。其护理措施包括：指导患者勤滴抗生素滴眼液及睡前涂眼药膏，必要时施行手术。健康教育重在坚持用药，养成良好卫生习惯及预防，强调勤洗手、勿揉眼，患者及家属不交叉使用日用品。护士在护理过程中，也应注意防止交叉感染，密切观察病情。

堂上练习（单项选择）

患者杨某，男，16岁。近一周出现双眼异物感、眼痒，未用药物治疗，既往曾有类似病史，今日来眼科门诊就诊。查体：双眼穹窿结膜见片状瘢痕，上睑结膜血管充血模糊，乳头增生及滤泡形成。

1. 以下关于沙眼的并发症，不正确的是（　　）。

A. 慢性泪囊炎　　B. 睑内翻与倒睫　　C. 上睑下垂

D. 睑板腺囊肿　　E. 睑球粘连

2. 关于该病健康指导，错误的是（　　）。

A. 坚持治疗3个月　　B. 预防并发症　　C. 可与家人共用毛巾

D. 勿揉搓眼睛　　E. 勤洗手

沙眼堂上练习答案

四、干眼症

任务准备

【疾病概述】

干眼症（xerophthalmia）又称角结膜干燥症，指泪液质和量异常或泪液动力学异常而引起泪膜稳定性下降及眼表组织病变。本病是慢性疾病，病程长、疗效差，临床上主要将其分为泪液生成不足型和泪液蒸发过强型两种类型。

（一）健康史

1. 泪液生成不足　年老、自身免疫性疾病、雄激素水平降低及长期使用某些药物（如抗青光眼药、镇静药）等使泪腺分泌功能下降。

2. 泪液蒸发过强　睑板腺功能障碍、眼睑闭合不全、长时间使用电脑、空调或驾车等。

长时间使用电脑、手机易患干眼症

美国调查显示，每天在电脑前工作超过 3 小时的人群中，90% 的人都患有干眼症。我国的情况类似，长期使用电脑、手机的年轻人中患干眼症的越来越多。正常人 1 分钟眨眼约 20 次，使用电脑时，因过于凝神注目，每分钟眨眼次数约减少到 6 次。电脑、手机一族因长时间近距离用眼，加之屏幕所发出的各种射线会严重刺激眼睛，导致泪液生成不足和蒸发过强，从而导致干眼症。

3. 其他　沙眼瘢痕期、结膜烧伤、长时间佩戴角膜接触镜、角膜准分子激光手术后、维生素 A 缺乏等。

（二）临床表现

1. 症状　患者临床表现较多，如眼干涩、异物感、视疲劳、灼热感、眼痒、刺痛、畏光、视力下降等，各人轻重不一。

2. 体征　球结膜充血、水肿、无光泽、皱褶，泪河变窄或中断，结膜囊黄色黏丝状分泌物，睑裂区角膜上皮点状脱落，角膜缺损区荧光素钠弥漫性着染。

（三）辅助检查

1. 泪液分泌试验　正常值为 10～15 mm/5 分钟，＜10 mm/5 分钟为低分泌，反复多次检查 ＜5 mm/5 分钟提示干眼症。

2. 泪膜破裂时间　正常值为 10～45 分钟，＜10 分钟为泪膜不稳定。

3. 角膜荧光素染色检查　着色提示角膜上皮缺损。

4. 泪液渗透压的测定　≥312 mOms/L 为阳性，提示干眼症。

【心理－社会状况】

患者因病程长、治疗效果差及眼干涩、视疲劳等不适症状明显，容易产生焦虑、烦躁不安心理。

【治疗要点】

1. 病因治疗　积极寻找并消除病因，是提高干眼症治疗效果的关键。

2. 对症治疗　如使用泪液替代治疗、保留泪液、促进泪液分泌等方法。

3. 手术治疗　重症患者可行泪点封闭术或自体颌下腺移植术等。

【护理问题 / 诊断】

1. 舒适改变　眼干涩、异物感、视疲劳等，与泪液减少有关。

2. 焦虑　与病程长、疗效差有关。

3. 知识缺乏：缺乏本病的防治知识及对其危害性认识不足。

任务目标

1. 患眼干涩、异物感、视疲劳等症状减轻或消失。
2. 患者情绪平稳、配合专科治疗和护理。
3. 患者坚持治疗并懂得如何预防病情加重。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 嘱患者患病期间停戴角膜接触镜；避免长时间驾车、阅读及使用电脑、手机；增加生活、工作环境的湿度，避免长时间置身于空调及干燥、烟尘环境。

2. 指导患者湿热敷和按摩患眼，有助于泪膜脂质层的形成。眼部湿热敷，每日 2~3 次，每次 15~20 分钟；眼部按摩方法是用手指在患侧眼睑皮肤面靠近睑缘处做顺时针旋转性按摩。

（二）治疗护理

1. 消除病因　协助医生和患者寻找原因，并针对病因进行治疗和护理。

2. 眼部护理

（1）指导患者使用人工泪液替代治疗　选用不含防腐剂的人工泪液，如羧甲基纤维素钠滴眼液（潇洒威、瑞新等）滴眼，每日 4~6 次。

（2）保留泪液　延长泪液在眼表面的停留时间，配合医生行泪小点封闭术，指导患者戴硅胶眼罩、湿房镜等。

（3）用药护理　遵医嘱给予滴眼，如① 糖皮质激素滴眼液（艾氟龙或氟美童），每日 1~4 次，视症状轻重而定。② 0.05% 环孢霉素 A 滴眼液，每日 2 次，连续用 6 个月。重症患者，遵医嘱给予溴己新（必嗽平）、盐酸匹罗卡品口服，每日 3 次，连续服用 1~3 个月。必要时给予雄激素短期治疗。使用以上药物时应注意不良反应。中年以上患者可配合中医中药治疗，如服用知柏地黄丸、杞菊地黄丸等。

3. 手术护理　常用术式有自体游离颌下腺移植术、腮腺导管移植术等。按医嘱做好术前术后护理。

4. 病情观察　注意患者眼部症状、分泌物、视力、结膜充血及角膜缺损等变化，发现异常及时报告医生。

（三）人文护理

及时了解患者病情变化、需求和顾虑，积极帮助患者寻找病因，耐心向患者解释病

情，说明干眼症是慢性病需坚持用药，并介绍干眼症治疗和自我护理的方法，鼓励其树立信心。

（四）健康指导

1. 向患者讲述本病的基本知识，提高患者对干眼症的认识，及时就诊。

2. 患病期间应尽量消除病因，如停戴角膜接触镜、减少阅读及使用电脑手机时间、避免长时间在干燥环境中工作和生活。

任务关键

干眼症需要坚持个体化的综合治疗护理，指导患者进行眼局部湿热敷和按摩，使用人工泪液滴眼每日最多不超过 6 次，否则可能破坏患者自身的泪膜。除了某些特殊重症患者，不主张涂眼膏。

课后练习

单项选择题

16. 急性细菌性结膜炎患者的重要体征是（　　）。

A. 眼压升高　　B. 瞳孔散大　　C. 角膜混浊

D. 瞳孔缩小　　E. 结膜充血，结膜囊黏脓性分泌物

17. 急性细菌性结膜炎患者护理措施错误的是（　　）。

A. 物品专用　　B. 结膜囊冲洗　　C. 隔离消毒

D. 冷敷患眼　　E. 包扎患眼

18. 患者发病急骤，双眼结膜充血明显，结膜囊大量水样分泌物，角膜上皮点状浸润、混浊，耳前淋巴结肿大、压痛，可诊断为（　　）。

A. 沙眼　　B. 病毒性结膜炎　　C. 急性细菌性结膜炎

D. 干眼症　　E. 免疫性结膜炎

19. 干眼症提高疗效的关键是（　　）。

A. 病因治疗　　B. 促进泪液分泌　　C. 泪液替代治疗

D. 手术治疗　　E. 保留泪液

（20—22 题共用题干）

患者平时有眼异物感、眼痒症状。查体：双眼上穹窿结膜与上睑结膜血管充血模糊，乳头增生，滤泡形成。

20. 该患者可诊断为（　　）。

A. 免疫性结膜炎　　B. 病毒性结膜炎　　C. 干眼症

D. 急性细菌性结膜炎　　E. 沙眼

21. 引起该病的病原体是（　　）。

A. 病毒　　B. 衣原体　　C. 真菌

D. 支原体　　E. 细菌

22. 该病的传染途径是（　　）。

A. 空气　　B. 饮食　　C. 唾液

D. 接触　　E. 血液

（翟伟平、谢伟聪）

项目三　角膜病患者的护理

【项目目标】

1. 简述细菌性角膜炎、单纯疱疹病毒性角膜炎及真菌性角膜炎的临床表现和治疗要点；比较不同类型角膜溃疡的临床特点；理解细菌性角膜炎、单纯疱疹病毒性角膜炎及真菌性角膜炎护理的任务关键。

2. 学会细菌性角膜炎、单纯疱疹病毒性角膜炎及真菌性角膜炎的护理措施；通过学习，具备向患者进行相应的健康指导能力。

3. 同情和关爱角膜疾病患者，提高防盲意识。

一、细菌性角膜炎

任务准备

【疾病概述】

细菌性角膜炎（bacterial keratitis）是由细菌感染引起的化脓性角膜炎。本病可见于任何季节及任何年龄、起病急、进展快，病情重，属于对视力危害大的致盲性眼病。根据致病菌的不同，临床上常见的有匐行性角膜溃疡和铜绿假单胞菌性角膜溃疡两种。

（一）健康史

1. 感染　常见葡萄球菌、铜绿假单胞菌（绿脓杆菌）、肺炎双球菌、链球菌等。

2. 诱因

（1）角膜外伤，如异物伤、擦伤。

（2）眼部因素，如睑内翻、倒睫、慢性泪囊炎及佩戴角膜接触镜。

（3）全身因素，如糖尿病、长期使用免疫抑制剂及糖皮质激素。

（二）临床表现

1. 症状　眼刺痛、畏光、流泪、异物感、脓性分泌物增多及不同程度的视力下降。

2. 体征　眼睑水肿；球结膜呈睫状充血或混合性充血伴水肿，结膜囊内有较多黏液脓性分泌物；角膜水肿、浸润并有溃疡形成，病变区呈灰白色混浊，边界不清。并发虹膜睫状体炎时可有角膜后沉着物（KP）、房水混浊或前房积脓（图 2-3）、瞳孔缩小、虹膜后粘连。

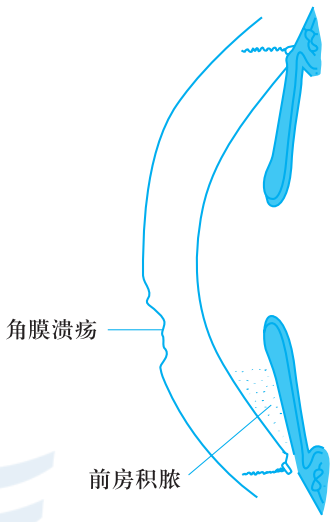


图 2-3　角膜溃疡及前房积脓示意图

3. 不同致病菌引起的角膜溃疡表现不同，蔓行性角膜溃疡与铜绿假单胞菌性角膜溃疡临床特点比较见表 2-2。

表 2-2　蔓行性角膜溃疡与铜绿假单胞菌性角膜溃疡临床特点比较

	蔓行性角膜溃疡（葡萄球菌、肺炎双球菌等感染）	铜绿假单胞菌性角膜溃疡（铜绿假单胞菌感染）
发病特点	急	凶猛，几天内扩展至全角膜
眼部刺激征	较重、眼痛	重、眼极痛
溃疡特征	溃疡呈蔓行性扩展	溃疡迅速发展至全角膜液化坏死
溃疡分泌物	黄白色脓性	黄绿色脓性、腥臭味
前房积脓	大量黄白色脓液	大量黄绿色脓液

（三）辅助检查

1. 角膜溃疡刮片染色镜检　可见致病菌。

2. 结膜分泌物细菌培养和药物敏感试验　可确诊病因和指导临床用药。

3. 角膜荧光素染色检查　呈阳性，角膜溃疡区可见黄绿色染色。

【心理－社会状况】

由于本病起病急、进展快、病情重及对视力危害大，患者因担心治疗效果及预后而出现紧张、焦虑、恐惧心理。

【治疗要点】

选择敏感的抗生素控制感染，减轻角膜炎症反应，促进溃疡愈合，减少并发症的发生；角膜穿孔或角膜瘢痕严重影响视力可行角膜移植术。

【护理问题 / 诊断】

1. 急性疼痛　眼痛，与角膜急性炎症刺激有关。
2. 感知觉紊乱　视力下降，与角膜混浊、溃疡有关。
3. 焦虑　与眼痛及视力下降有关。
4. 潜在并发症：角膜穿孔、化脓性眼内炎及眼球萎缩等。
5. 知识缺乏：缺乏角膜外伤及细菌性角膜炎的防治知识。

任务目标

1. 患眼疼痛畏光、流泪、异物感、脓性分泌物增多等症状减轻或消失。
2. 患眼视力提高或恢复正常。
3. 患者情绪平稳，配合专科治疗及护理。
4. 不发生或及早发现并发症，报告医生并协助处理。
5. 患者懂得如何防治本病。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 保持环境安静，保证患者充足的休息与睡眠，减少阅读，不使用电脑、手机。嘱患者外出时戴墨镜，避免强光刺激。

2. 患病期间忌烟、酒、辛辣刺激性食物，以清淡易消化饮食为主，多饮水，给予富含蛋白质、纤维素及多种维生素的食物，以促进溃疡愈合和保持大便通畅。

3. 避免便秘、打喷嚏和咳嗽等，易使眼压升高引起角膜溃疡穿孔。

4. 加强散瞳、低视力或失明患者的生活照料，防止其意外受伤。

5. 角膜移植术后患者取仰卧位休息，减少头部活动。

（二）治疗护理

1. 眼部护理

（1）患眼结膜囊冲洗：消除分泌物，保持患眼清洁。

（2）患眼热敷：促进血液循环，有利于角膜炎症消退。

（3）遮盖患眼：用眼垫或纱块遮盖患眼，避免强光刺激。

（4）绷带加压包扎患眼：适用于角膜已穿孔或即将穿孔者。

2. 用药护理　遵医嘱进行以下处理：

（1）滴眼：常用抗生素眼药水。角膜炎症急性期每 15~30 分钟滴眼 1 次；重症患者开始 30 分钟内每 5 分钟滴眼 1 次，炎症控制后减少滴眼次数。① 匐行性角膜溃疡常用 0.3% 氧氟沙星、0.3% 环丙沙星等滴眼液；② 铜绿假单胞菌性角膜溃疡常用 0.3% 妥布霉素、0.5% 多黏菌素 B 等滴眼液。

（2）球结膜下注射抗生素：适用于重症患者，隔日 1 次。① 匐行性角膜溃疡常用头孢唑啉、万古霉素；② 铜绿假单胞菌性角膜溃疡常用妥布霉素、多黏菌素 B、头孢他啶。

（3）散瞳：适用于并发虹膜睫状体炎者，用于减轻炎症，防止虹膜后粘连。常用 1% 阿托品滴眼液，每日 3 次，待瞳孔充分散大后，改为每日 1~2 次。

（4）全身应用抗生素：适用于重症患者。① 匐行性角膜溃疡常用头孢唑啉、万古霉素；② 铜绿假单胞菌性角膜溃疡常用妥布霉素、多黏菌素 B。

3. 手术护理　角膜穿孔或角膜瘢痕严重影响视力者可行角膜移植术。

（1）术前护理：术前 3 天滴抗生素眼药水；术前 1 天冲洗泪道和结膜囊冲洗；术前 30 分钟快速静脉滴注 20% 甘露醇 250 mL 以降低眼压，滴 1% 毛果芸香碱缩小瞳孔并保持直径为 2 mm，以免手术损伤晶体。术前用眼垫遮盖术眼。

（2）术后护理：术后取仰卧位或健侧卧位，半流质饮食为宜，用眼垫遮盖术眼，遵医嘱按时用药和换药，注意观察伤口愈合及角膜移植片等情况。

角膜移植术

本手术适用于角膜混浊视力极差者。医生取下角膜捐献者部分角膜，然后切除患者患眼角膜的病变部分，把捐献者角膜移植及固定到患者角膜上。约两个星期后，移植的角膜就可成活。如术后角膜移植片透明，患者的视力可明显提高。

4. 消毒隔离　患者用过的医疗器皿应严格消毒，医护人员接触患者或其污染物品后必须洗手消毒，防止交叉感染。

5. 病情观察　严密监测患者眼部症状、分泌物、结膜充血、角膜溃疡及视力等变化，注意有无角膜溃疡穿孔的征兆及表现，发现异常及时报告医生处理。

（三）人文护理

耐心向患者介绍细菌性角膜炎的病变特点、转归过程及治疗与护理的方法，给予患者理解、安慰和照顾，帮助他们克服紧张、焦虑情绪，积极配合治疗护理工作。

（四）健康指导

1. 积极预防角膜外伤，如不慎发生角膜外伤，应及时到医院诊治。

2. 指导患者及家属做好消毒隔离，接触患者前后必须洗手消毒，患者接触过的物品均应严格消毒，防止交叉感染。

3. 角膜接触镜佩戴者应注意无菌操作及正确佩戴，避免划伤角膜，并做好镜片的清洁与消毒，如有眼痛等症状，应立即停止佩戴并及时到医院就诊。

4. 角膜移植术后患者需定期回医院复诊。

任务关键

细菌性角膜炎最有效的护理途径是眼局部和全身使用抗生素，同时应注意患眼包盖、热敷和散瞳等问题。在进行眼部治疗护理时应注意动作要轻柔，切勿挤压眼球，防止角膜溃疡穿孔；进行球结膜下注射时，应避免在同一部位反复注射。

二、单纯疱疹病毒性角膜炎

导学案例与思考

患者罗某，男，36岁。左眼刺痛、眼红、畏光、流泪伴明显视力下降1天入院。7天前曾“感冒”发热。1年前曾有类似病史。查体：视力右眼1.0，左眼0.5，左眼球结膜睫状充血，角膜中央可见树枝状上皮缺损，角膜荧光素染色阳性，该区角膜知觉减退，眼部其他检查未见异常。如果你是责任护士，请思考：

1. 有何诱因使患者出现眼部不适？

2. 患者有什么临床特点？

任务准备

【疾病概述】

单纯疱疹病毒性角膜炎（herpes simplex keratitis，HSK）简称单疱角膜炎，指由单纯疱疹病毒感染引起的角膜炎症。本病是常见的致盲性眼病，其发病率和致盲率均占角膜疾病的第一位。起病较缓慢，病程较长，容易反复发作，多见于成年人。常单眼发病，亦可双眼同时或先后发病。

（一）健康史

1. 感染　常由Ⅰ型单纯疱疹病毒感染引起。

2. 诱因　当机体抵抗力下降，如患上呼吸道感染、急性扁桃体炎等疾病时，会使潜伏在三叉神经节内的单纯疱疹病毒被激活，引起角膜炎症复发。长期使用糖皮质激素和免疫抑制剂也可诱发本病。

（二）临床表现

1. 症状　轻微的眼刺痛、畏光、流泪及不同程度的视力下降。

2. 体征　球结膜睫状充血，角膜混浊，角膜知觉减退，前房积脓少见。临床上根据角膜浸润病灶的形态特征可分为如下类型：

（1）点状、树枝状或地图状上皮性角膜炎：属于角膜浅层病变，为单疱角膜炎的最常见类型。病初角膜上皮出现灰白色针尖样的小点状溃疡，继而连接形成浅层树枝状溃疡（图 2-4），树枝状溃疡向四周扩展融合形成地图状溃疡。

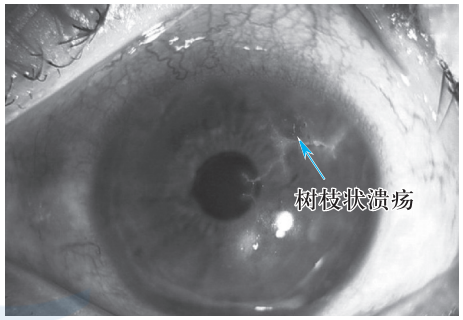


图 2-4　树枝状角膜炎

（2）角膜基质炎：属于角膜深层病变，分为坏死性和非坏死性两种类型。① 非坏死性（盘状角膜炎）：为角膜基质炎的典型类型。表现为角膜中央基质层出现弥漫性、灰白色边界清楚的圆形盘状水肿浸润区，角膜后弹力层皱褶，角膜上皮完整。② 坏死性：角膜基质层出现灰白色浸润病灶、溃疡甚至穿孔，常伴新生血管及角膜瘢痕形成，常并发虹膜睫状体炎。

（三）辅助检查

1. 实验室检查　① 角膜上皮刮片发现多核巨细胞、病毒包涵体；② 角膜病灶分离培养发现单疱病毒。

2. 分子生物学方法检查　PCR 检测发现角膜中的病毒 DNA。

3. 角膜荧光素染色检查　上皮性角膜炎和坏死性角膜基质炎患者呈阳性，角膜溃疡区可见黄绿色染色；盘状角膜炎患者呈阴性，荧光素不染色。

【心理 – 社会状况】

本病病程长且反复发作，患者担心预后不良，对治疗缺乏信心，容易产生悲观失望情绪。

【治疗要点】

以抗病毒治疗为主，减轻角膜的炎症损害。上皮性角膜炎禁用糖皮质激素，角膜穿孔或角膜瘢痕严重影响视力者可行角膜移植术。

【护理问题 / 诊断】

1. 舒适改变　眼痛、畏光、流泪等，与角膜炎症刺激有关。
2. 感知觉紊乱　视力下降，与角膜混浊有关。
3. 焦虑　与视力下降、角膜炎症反复发作及担心预后不良有关。
4. 潜在并发症：继发细菌或真菌感染、角膜穿孔、角膜瘢痕形成等。
5. 知识缺乏：缺乏病毒性角膜炎的防治知识。

任务目标

1. 患眼刺痛、畏光、流泪等症状好转或消失。
2. 患眼视力提高或恢复正常。
3. 患者情绪平稳，配合专科治疗及护理。
4. 注意观察病情变化，出现并发症及时治疗。
5. 患者学会基本的防治常识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 嘱患者充分休息，减少阅读、看电视，避免眼疲劳。

2. 患病期间以清淡易消化饮食为主，多饮水，给予富含蛋白质、纤维素及多种维生素的食物，忌烟酒及辛辣刺激、烧烤食物。

3. 嘱患者外出时戴墨镜，避免强光刺激，减轻角膜刺激症状。

4. 散瞳后或双眼发病患者应辅助其日常起居和行动，防止其意外受伤。

（二）治疗护理

1. 用药护理

（1）滴眼与涂眼膏：遵医嘱眼部用药。① 滴眼：常用 0.15% 更昔洛韦、0.1% 阿昔洛韦、0.5% 利巴韦林等抗病毒滴眼液。急性期每 1~2 小时滴 1 次，病情缓解后改为每日 3~4 次。② 涂抗病毒眼膏：如 3% 阿昔洛韦眼膏、0.5% 利巴韦林眼膏等，每日 1 次，晚上睡前涂。③ 球结膜下注射利巴韦林等。

（2）重症者，应按医嘱给予抗病毒药物治疗，如成人可用利巴韦林等肌内注射或静脉滴注，辅以 B 族维生素口服。

（3）散瞳：合并虹膜睫状体炎的患者遵医嘱使用散瞳剂。

（4）糖皮质激素治疗：只适用于盘状角膜炎患者，其他类型单疱角膜炎患者禁用。必须在抗病毒治疗的基础上适量使用，注意其不良反应。常用 0.01% 地塞米松滴眼液。

（5）免疫调节剂治疗：用于提高机体抵抗力。常用药物有聚肌胞、干扰素、左旋咪唑等。

2. 病情观察

注意角膜炎症的进展，严密监测患者眼部症状、分泌物、结膜充血、角膜溃疡及视力等变化，发现异常及时报告医生并配合处理。

（三）人文护理

多与患者沟通，耐心向其解释病情及介绍单纯疱疹病毒性角膜炎的防治知识，增强患者治愈疾病的信心，积极配合治疗护理。

（四）健康指导

1. 向患者讲授本病防治的基本知识，鼓励患者积极锻炼身体，提高机体抵抗力，避免感冒，患病后要尽早治疗，坚持治疗，防止角膜炎复发。

2. 严格掌握糖皮质激素治疗的适应证，注意其不良反应，预防二重感染。

任务关键

单纯疱疹病毒性角膜炎以眼局部和全身抗病毒治疗护理为主，眼部用药应在医生指导下进行，由于本病易反复发作，需指导患者不宜过早停药。长时间、大剂量注射利巴韦林，可损害肝功能，需注意。

案例分析

患者眼刺痛、畏光、流泪伴明显视力下降，球结膜睫状充血，角膜上皮缺损呈树枝状，角膜荧光素染色阳性，病变区角膜知觉减退，是单纯疱疹病毒性角膜炎典型表现。与机体抵抗力下降时病毒感染有关，患者符合该病典型临床特点。其护理措施包括：遵医嘱以局部和全身应用抗病毒药治疗为主，合理饮食，减少眼部刺激，改善症状等。护士在护理过程中，应注意密切观察病情及药物不良反应，及时向医生反馈信息。

堂上练习（单项选择）

患者罗某，男，36岁，左眼刺痛、眼红、畏光、流泪伴明显视力下降1天入院。7天前曾因“感冒”发热。1年前曾有类似病史。查体：视力右眼1.0，左眼0.5，左眼球结膜睫状充血，角膜中央可见树枝状上皮缺损，角膜荧光素钠染色阳性，该区角膜知觉减退，眼部其他检查未见异常。

1．以下哪项是患病的诱因？（　　）

A. 经常熬夜　　B. 饮食不当　　C. 感冒

D. 长时间看手机　　E. 劳累

2. 关于本病的临床特点，以下不正确的是（　　）。

A. 患眼刺痛、充血　　B. 患眼畏光、流泪　　C. 患眼视力下降

D. 患眼角膜荧光素染色类似树枝状　　E. 患眼前房积脓

单纯疱疹病毒性角膜炎堂上练习答案

三、真菌性角膜炎

任务准备

【疾病概述】

真菌性角膜炎（fungal keratitis）是由致病真菌引起的角膜炎症。本病发病率逐年升高，可能与糖皮质激素和抗生素的广泛使用有关。本病起病缓慢，病程长，致盲率较高，预后较差。

（一）健康史

1. 感染　常见真菌感染，主要有镰刀菌、曲霉菌、白色念珠菌、青霉菌等。

2. 诱因　角膜植物性外伤或长期使用糖皮质激素或抗生素。

（二）临床表现

1. 症状　眼刺痛、异物感、畏光、流泪等症状较轻，但视力下降明显。

2. 体征　球结膜充血明显；角膜溃疡边界清楚但不规则，呈灰白色微隆起，表面干燥、粗糙不平，外观似“舌苔”或“豆渣”样；角膜溃疡周围可见“伪足状”或“卫星状”炎症浸润病灶；可伴有灰白色斑块状的角膜后沉着物、呈灰白色块状黏稠的前房积脓及并发虹膜睫状体炎。

（三）辅助检查

1. 实验室检查　角膜溃疡刮片、真菌培养检查可见致病真菌。

2. 角膜共焦显微镜检查　可直接发现角膜溃疡病灶内的致病真菌。

【心理－社会状况】

本病病程长、疗效差、对视力危害大，患者因担心预后不良而出现抑郁、悲观心理。

【治疗要点】

以眼局部或全身抗真菌治疗为主，角膜穿孔或角膜瘢痕严重影响视力者可行角膜移植术。

【护理问题/诊断】

1. 舒适改变　眼痛、畏光、流泪等，与角膜炎症刺激有关。

2. 感知觉紊乱　视力下降，与角膜混浊或溃疡有关。

3. 焦虑　与病程长、疗效差、视力下降及担心预后不良有关。

4. 潜在并发症：角膜穿孔、真菌性眼内炎等。

5. 知识缺乏：缺乏真菌性角膜炎的防治知识。

任务目标

1. 患眼刺痛、畏光、流泪等症状好转或消失。
2. 患眼视力提高或恢复正常。
3. 患者情绪平稳，配合专科治疗及护理。
4. 注意观察病情变化，出现并发症及时治疗。
5. 患者学会基本的防治常识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

嘱患者休息，清淡饮食，保持大便通畅。切忌用手揉眼，避免用力咳嗽，预防因眼压突然升高导致角膜穿孔。视力较差的患者应照顾他们的日常起居。

（二）治疗护理

1. 用药护理

（1）抗真菌治疗：① 滴眼：常用 0.25% 两性霉素 B、5% 那他霉素、0.5% 咪康唑滴眼液等，每 0.5～1 小时滴 1 次；② 涂眼膏：常用 1% 克霉唑眼膏等，晚上睡前涂，每日 1 次；③ 球结膜下注射抗真菌药：氟康唑、咪康唑等；④ 全身抗真菌治疗：重症患者可给予氟康唑、咪康唑口服或静脉滴注，但长时间使用抗真菌药治疗可损害肝，患者应定期复查肝功能。

（2）散瞳：合并虹膜睫状体炎患者按医嘱使用散瞳剂。

（3）糖皮质激素可使病情加重，应禁用。

2. 手术护理

按角膜移植术的常规护理。

3. 病情观察

注意观察患者角膜刺激征、眼分泌物、结膜充血、角膜溃疡及视力等变化。观察使用抗真菌药治疗的患者有无不良反应，有无二重感染。发现异常应及时报告医生并配合处理。

（三）人文护理

多与患者沟通，耐心向患者介绍本病的防治与护理知识，并解释本病病程长且顽固需进行长时间的治疗，使患者有充分的心理准备，增强其战胜疾病的信心。

（四）健康指导

1. 积极锻炼身体，增强免疫力，角膜损伤后应及时到医院诊治。
2. 合理使用糖皮质激素和抗生素，避免滥用造成角膜真菌感染。

任务关键

真菌性角膜炎需要进行长时间的抗真菌治疗和细心的眼部护理，治疗期间应定期复查肝功能。本病禁用糖皮质激素。

课后练习

单项选择题

23. 细菌性角膜炎的临床表现错误的是（　　）。

A. 前房积脓　　B. 角膜水肿、浸润及溃疡

C. 球结膜呈睫状充血　　D. 眼刺痛、畏光、流泪

E. 瞳孔散大

24. 下列角膜炎中禁用糖皮质激素的是（　　）。

A. 匐行性角膜炎　　B. 单纯疱疹病毒性角膜炎

C. 真菌性角膜炎　　D. 角膜基质炎

E. 铜绿假单胞菌性角膜炎

25. 患者右眼被“甘蔗叶”划伤后出现视力下降。查体：右眼角膜溃疡呈灰白色微隆起，边界清楚，表面干燥、粗糙，外观似“舌苔”样，可考虑为（　　）。

A. 匐行性角膜炎　　B. 真菌性角膜炎

C. 单纯疱疹病毒性角膜炎　　D. 角膜基质炎

E. 铜绿假单胞菌性角膜炎

26. 细菌性角膜溃疡护理措施错误的是（　　）。

A. 鼓励患者用力排便　　B. 频繁滴抗生素滴眼液

C. 绷带加压包扎患眼　　D. 避免便秘、打喷嚏和咳嗽

E. 散瞳

27. 起病较慢，病程较长，久治不愈，最易复发，角膜知觉减退的角膜炎是（　　）。

A. 真菌性角膜炎　　B. 匐行性角膜炎

C. 单纯疱疹病毒性角膜炎　　D. 角膜软化症

E. 铜绿假单胞菌性角膜炎

（28—30 题共用题干）

患者感冒后出现右眼刺痛、畏光、流泪和视力下降 2 天。查体：右眼角膜知觉减退，角膜荧光素染色可见角膜溃疡上皮缺损处被染成绿色树枝状。

28. 该患者临床诊断首先考虑（　　）。

A. 真菌性角膜炎　　B. 单纯疱疹病毒性角膜炎

C. 匐行性角膜炎　　D. 角膜软化症

E. 铜绿假单胞菌性角膜炎

29. 引起该病的病原体是（　　）。

A. 病毒　　B. 衣原体　　C. 真菌

D. 支原体　　E. 细菌

30. 该病治疗的关键是（　　）。

A. 糖皮质激素治疗　　B. 角膜移植术　　C. 免疫调节药治疗

D. 抗病毒治疗　　E. 散瞳

（翟伟平、谢伟聪）

项目四　青光眼患者的护理

【项目目标】

1. 叙述急性闭角型青光眼、原发性开角型青光眼及先天性青光眼的临床表现和治疗要点；比较不同类型青光眼治疗与护理措施的异同；说出青光眼的辅助检查方法。

2. 通过对患者的评估，能正确列出青光眼的主要护理问题；能为青光眼患者进行健康指导。

3. 通过学习，培养自己的临床思维，积极宣传防盲治盲知识，乐意帮助青光眼患者减轻疾苦。

青光眼（glaucoma）是一种以眼压病理性升高，引起视功能障碍和视盘萎缩、凹陷为特征的严重致盲性眼病。青光眼导致的视功能障碍是不可逆的。

眼压是指眼球内容物对眼球内壁的压力。正常眼压范围为 11～21 mmHg，双眼眼压差应＜5 mmHg，24 小时眼压波动范围不应＞8 mmHg。房水生成量与排出量保持动态平衡，是维持眼压正常的重要因素，当房水循环通路受阻时可引起病理性眼压升高。

青光眼根据病因分为三大类：① 原发性青光眼，依据眼压升高时前房角关闭或开放又可分为闭角型青光眼和开角型青光眼；② 继发性青光眼；③ 先天性青光眼。临床上以急性闭角型青光眼最常见。

一、急性闭角型青光眼

导学案例与思考

患者李某，女，61岁。昨晚与家人争吵后情绪激动，出现左眼视力急剧下降，眼胀痛。伴左侧头痛、恶心、呕吐。今早由家人陪同就诊。查体：左眼视力指数为40 cm，眼压70 mmHg。球结膜睫状充血，角膜水肿呈雾状混浊，前房浅，前房角关闭，瞳孔呈竖椭圆形散大，对光反应消失，眼底未窥见。右眼未见异常。如果你是护士，请思考：

1. 有何诱因使患者视力急剧下降？
2. 患者有何典型的临床表现？
3. 目前病情处于哪一期？

任务准备

【疾病概述】

急性闭角型青光眼（acute angle-closure glaucoma）又称急性充血性青光眼，是一种以发病时房角关闭、眼压急剧升高并伴有相应症状和眼前段组织改变为特征的眼科急症。本病好发于50岁以上的中老年妇女，双眼同时或先后发病，为常见的致盲性眼病。

（一）健康史

1. 解剖因素　眼球小、角膜小、前房浅、房角窄及晶体大且位置靠前等导致瞳孔阻滞，引起眼压升高。

2. 诱因　情绪激动、过度疲劳、过量使用散瞳剂、长时间近距离工作或在暗处停留等。

（二）临床表现

典型的急性闭角型青光眼分以下6期。

1. 临床前期　当患者一眼已被确诊，另一眼即使无症状也可诊断为急性闭角型青光眼临床前期。另外，部分患者虽无症状但有前房浅、房角窄、虹膜膨隆等解剖特点，在进行暗室试验后眼压明显升高。

2. 先兆期（小发作期）　表现为一过性或反复多次的小发作。常在傍晚发作，患者突觉视力下降，轻度眼胀痛伴同侧头胀痛，有雾视、虹视现象。可有恶心、呕吐。查体：眼压稍高，球结膜轻度睫状充血，角膜轻度雾状混浊水肿，瞳孔稍大，前房稍浅，房角稍窄。以上表现可于休息后自行缓解。

虹视

青光眼眼压升高时，导致角膜过度伸展并发生水肿，使患者看到白炽灯光周围出现彩色晕轮像雨后彩虹，水肿的角膜如同衍射光栅，把白炽灯光分解为七色光线，呈现内绿外红的排列顺序，称为虹视。

3. 急性发作期（大发作期）

（1）症状：患者突觉视力急剧下降，出现雾视、虹视，剧烈眼胀痛伴同侧头痛、恶心、呕吐。

（2）体征：① 眼压明显升高，常在 50 mmHg 以上，严重者可达 100 mmHg 以上，指测眼压眼球坚硬如石；② 球结膜充血明显，呈睫状充血或混合性充血；③ 角膜水肿呈雾状混浊；④ 前房极浅，前房角关闭；⑤ 瞳孔呈竖椭圆形散大，对光反应消失；⑥ 前房极浅，房角关闭；⑦ 青光眼三联征：角膜后色素沉着、虹膜节段性萎缩、青光眼斑（晶体前囊下点状或小片状白色混浊）。

4. 间歇期　小发作缓解后，临床表现减轻或消失，前房角重新开放，眼压降至正常。但如不及时进行手术治疗，仍可随时发作。

5. 慢性期　急性大发作或反复多次小发作后，视力进行性下降，眼压持续中度升高，前房角广泛粘连，瞳孔持续中度散大，视盘萎缩及呈青光眼性凹陷，视野进行性缩小。

6. 绝对期　持续高眼压造成眼组织尤其是视神经严重破坏，导致视功能完全丧失且无法挽救。

（三）辅助检查

1. 前房角镜检查　可证实前房角是否关闭，是重要诊断依据。

2. 暗室试验检查　眼压较试验前升高超过 8 mmHg 为阳性。

暗室试验

适用于急性闭角型青光眼临床前期和先兆期患者，用于早期确诊。试验前 2 天应停用抗青光眼药物。试验时先在明处测量眼压后，再让被检者在暗室内保持清醒状态静坐 1~2 小时，然后在暗处再次测量眼压，如眼压较试验前升高超过 8 mmHg 即为阳性。

【心理 – 社会状况】

大部分患者性格烦躁、情绪激动、易生气发怒。患者常因剧烈眼痛、头痛、视力急剧下降、视功能难以恢复及担心手术疗效而紧张、忧虑、恐惧。

【治疗要点】

急性闭角型青光眼以手术治疗为主。眼压升高者先用药物治疗迅速降低眼压，以缩瞳剂开放关闭的前房角为主，配合房水抑制剂、高渗脱水剂等降低眼压；眼压控制后，再行手术治疗，建立新的房水循环通路。

【护理问题 / 诊断】

1. 急性疼痛：眼痛伴同侧头痛，与眼压升高有关。
2. 感知觉紊乱　视力下降，与眼压升高引起角膜水肿和视神经萎缩有关。
3. 焦虑　与眼痛、同侧头痛、视力下降和担心疾病预后有关。
4. 有受伤的危险　与视力下降和视野损害有关。
5. 知识缺乏：缺乏急性闭角型青光眼的防治与护理知识。

任务目标

1. 患眼胀痛、头痛等症状好转或消失。
2. 患眼视力无继续下降，或视力缓慢下降。
3. 患者情绪平稳，积极配合专科治疗及护理。
4. 不因视力下降而发生安全问题。
5. 患者懂得该病的危害，坚持治疗，按时复查，并学会基本的防治常识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 保持环境安静，保证患者充足的休息与睡眠，避免疲劳。

2. 患病期间忌烟、酒、辛辣刺激性食物，给予清淡、富含蛋白质、多纤维素及多维生素的饮食，适当控制饮水量，保持大便通畅。

3. 避免便秘、打喷嚏、咳嗽等导致眼压升高。

4. 加强视功能障碍患者的生活护理，防止其意外受伤。

5. 指导术后患者取仰卧位或健侧卧位休息，减少头部活动。

（二）治疗护理

1. 用药护理

（1）缩瞳剂：通过缩小瞳孔，使前房角重新开放而降低眼压。常用 1% 毛果芸香碱（匹罗卡品）滴眼液。急性发作期按医嘱频繁滴眼，待瞳孔缩小、眼压正常后减少滴眼次

数。该药有近视加深、头痛、胃肠道反应等副作用，每次滴眼后应压迫泪囊区片刻，以免吸收中毒。

（2）房水生成抑制剂：通过减少房水生成而降低眼压。包括：① β－肾上腺素能受体阻滞剂，常用0.25%噻吗洛尔（噻吗心安）滴眼液，每日2次，该药可减慢心率，心动过缓患者慎用；② 碳酸酐酶抑制剂，常用1%布林佐胺滴眼液，每日2次，或给予乙酰唑胺（醋氮酰胺）口服，该药可引起口唇及指（趾）麻木、尿路结石、少尿、血尿及低血钾等，故不宜久服。

（3）高渗脱水剂：通过使玻璃体脱水减少眼内容量而快速降低眼压。常用20%甘露醇注射液250 mL快速静滴，需在30分钟内滴完。用药后患者颅内压降低可出现头痛、恶心等不良反应，故宜平卧休息。

2. 对症护理　剧烈眼胀痛伴同侧头胀痛、恶心、呕吐、烦躁不安等，遵医嘱给予止痛、止吐、镇静、安眠药。

3. 手术护理

（1）常用手术方法：① 激光手术，激光周边虹膜切开术；② 显微手术，周边虹膜切除术、小梁切除术、房角切开术。

（2）术前护理：术前3天滴抗生素眼药水，术前1天冲洗泪道，术前30分钟快速静脉滴注20%甘露醇250 mL以降低眼压，冲洗结膜囊，滴1%毛果芸香碱使瞳孔缩小并保持直径为2 mm，用眼垫遮盖术眼。

（3）术后护理：术后取仰卧位或健侧卧位，半流质饮食为宜，用眼垫遮盖术眼，遵医嘱按时用药和换药，注意观察伤口愈合、滤过泡与前房形成等情况。

4. 病情观察　监测患者视力、视野、眼压、瞳孔、前房与前房角的变化；观察药物不良反应；观察术后患者伤口情况、眼压变化、瞳孔形态及前房深浅等。若发现异常，应及时报告医生并配合处理。

（三）人文护理

耐心向患者解释本病发作的诱因、病程、危害及防治知识，及时给予患者理解和安慰，并说明情绪稳定对治疗的积极作用，教会患者控制情绪的方法，减轻或消除其紧张、忧虑、恐惧心理，积极配合治疗与护理工作。

（四）健康指导

1. 向患者解释按时用药、定期复查的重要性，并指导患者学会自我监测病情，如出现视力下降、眼胀痛伴同侧头胀痛、虹视等，应及时到医院诊治。

2. 指导有急性闭角型青光眼家族史者警惕青光眼的发生，定期进行检查。早发现，早治疗。

3. 向有发作倾向者说明本病发作的诱因，告知不宜一次性大量饮水及佩戴有色眼

镜，保持情绪稳定和充足睡眠，避免情绪激动、过度疲劳、使用散瞳药、长时间近距离阅读或在暗处停留过久等。

4. 教会患者出院后自我按摩眼球方法，以保持房水滤过通畅。

任务关键

急性闭角性青光眼的护理工作，应围绕迅速降低眼压、挽救视力去展开。

案例分析

患者有明显的情绪激动诱因及典型的临床表现，如患眼视力急剧下降、胀痛，伴患侧头痛、恶心、呕吐。符合急性闭角型青光眼急性大发作期的诊断。其护理措施包括：按医嘱应用药物迅速降低眼压，缓解症状，保护视力。本病最有效的治疗方法是手术，开放房角，按内眼手术实施术前术后的常规护理。急性闭角型青光眼病情比较复杂，护士在护理过程中，应注意观察病情变化、药物不良反应及患者的心理状态，使患者早日康复。

堂上练习（单项选择）

患者李某，女，61 岁。昨晚与家人争吵后情绪激动，出现左眼视力急剧下降，眼胀痛。伴左侧头痛、恶心、呕吐。今早由家人陪同就诊。检查：左眼视力指数为 40 cm，眼压 70 mmHg。球结膜睫状充血，角膜水肿呈雾状混浊，前房浅，前房角关闭，瞳孔呈竖椭圆形散大，对光反应消失。眼底未窥见。右眼未见异常。

1. 患者患病可能和以下诱因有关，错误的是（　　）。

A. 情绪激动　　B. 过度劳累

C. 局部长期使用散瞳药物治疗

D. 长期熬夜　　E. 用嗓过度

2. 患者的临床特点，不包括（　　）。

A. 患眼胀痛　　B. 患侧头痛　　C. 恶心、呕吐

D. 患眼视力急剧下降　　E. 患眼视力缓慢下降

3. 目前患者病情处于哪一期？（　　）

A. 临床前期　　B. 急性大发作期　　C. 间歇期

D. 慢性期　　E. 绝对期

急性闭角型青光眼堂上练习答案

二、原发性开角型青光眼

任务准备

【疾病概述】

原发性开角型青光眼（primary open-angle glaucoma，POAG）又称慢性单纯性青光眼，是一种前房角开放情况下，房水外流受阻于小梁网引起眼压逐渐升高，导致视神经损害的眼科疾病。

（一）健康史

确切病因未明。有青光眼家族遗传史、高度近视、高血压、糖尿病等患者为本病高危人群。

（二）临床表现

1. 症状　起病缓慢，症状隐匿。小部分患者在眼压升高时出现视力下降、眼胀痛伴同侧头胀痛、雾视、虹视等。大部分患者早期无自觉症状，晚期视力、视野严重损害时才发觉。

2. 体征

（1）眼压升高：早期波动性升高，晚期持续性升高。

（2）房角开放：前房深浅正常或较深。

（3）视盘损害：视盘早期正常，随病情发展生理凹陷扩大、加深形成青光眼杯，视盘萎缩，视杯 / 视盘 > 0.6。

（4）视野缺损：早期呈旁中心暗点、弓形暗点，随病情发展呈环形暗点、视野向心性缩小，晚期呈管状视野和颞侧视岛。

（三）辅助检查

1. 前房角镜检查　可证实前房角是否开放，是重要诊断依据。

2. 24 小时眼压测量　在 24 小时内，每隔 3 小时测量眼压一次并记录。眼压≥24 mmHg 为眼压升高，双眼眼压差 > 5 mmHg 或 24 小时眼压波动 > 8 mmHg，均为病理状态。

【心理 - 社会状况】

本病症状隐匿，发现时多为晚期，患者视功能已严重损害且难以恢复，患者因难以接受现实而产生忧虑、悲观、恐惧心理。

【治疗要点】

以药物治疗降低眼压为主，无效时行手术治疗。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉紊乱　视功能障碍，与眼压升高、视神经萎缩有关。
2. 焦虑　与担心疾病预后差有关。
3. 有受伤的危险　与视力下降和视野损害有关。
4. 知识缺乏：缺乏原发性开角型青光眼的防治与护理知识。

任务目标

1. 患眼视力提高或维持现有视力水平。
2. 患者情绪平稳，愿意坚持治疗及护理。
3. 不因视力下降而发生安全问题。
4. 患者学会基本的防治常识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

嘱患者注意休息与睡眠，避免劳累，忌烟酒及辛辣刺激食物。保持大便通畅，避免打喷嚏、咳嗽等导致眼压升高等因素。

（二）治疗护理

1. 用药护理　常用药物有 0.25% 噻吗洛尔或倍他洛尔滴眼液、0.004% 曲伏前列素（苏为坦）或 0.005% 拉坦前列素（适利达）滴眼液等，每日 2~3 次。另外，可口服乙酰唑胺、B 族维生素等。严禁使用散瞳剂。

2. 手术护理　常用术式有小梁切除术、激光小梁成形术等。手术护理与急性闭角型青光眼相同。

3. 病情观察　严密监测患者视力、视野、眼底及 24 小时眼压的变化；观察药物的不良反应；观察术后患者的伤口情况、眼压变化等。情况异常应报告医生并协助处理。

（三）人文护理

耐心向患者介绍本病的防治与护理知识，及时解释病情并给予理解和安慰，帮助患者树立积极治疗疾病、战胜疾病的信心，克服忧虑、悲观、恐惧心理。

（四）健康指导

1. 指导患者坚持遵医嘱用药治疗，以免视功能丧失。
2. 指导药物治疗患者及手术患者应 1~3 月复查眼压、视野和眼底。

3. 指导有原发性开角型青光眼家族史者警惕青光眼的发生，定期进行检查。

任务关键

原发性开角型青光眼症状隐匿，进展慢，需长期治疗，病情观察是护理工作的重点。

三、先天性青光眼

任务准备

【疾病概述】

先天性青光眼（congenital glaucoma）是指胚胎期前房角发育异常，使房水排出通道阻塞引起眼压升高伴视功能障碍的遗传性青光眼。多双眼发病，好发于男性。根据发病年龄早晚分为婴幼儿型青光眼和青少年型青光眼两种。

（一）健康史

与遗传有关，为胚胎期前房角发育异常引起。

（二）临床表现

1. 婴幼儿型青光眼　多在 3 岁前发病。典型症状为畏光、流泪、眼睑痉挛。查体：眼压升高，大眼球、大角膜（角膜横径常超过 12 mm），角膜水肿呈雾状混浊。前房加深，房角开放。视盘萎缩，视杯凹陷扩大、加深形成“青光眼杯”。

2. 青少年型青光眼　多在 3 岁后发病。无症状，眼压升高呈波动性。晚期出现视功能障碍。

（三）辅助检查

1. 前房角镜检查　可证实前房角是否开放，是重要诊断依据。

2. 24 小时眼压测量　在 24 小时内，眼压波动 >8 mmHg 为阳性。

3. 眼超声检查　测量眼轴长度。

【心理 – 社会状况】

因患儿年幼即出现视功能障碍，家长对其未来担忧。年龄较大的青少年型青光眼患者因视力下降易产生自卑心理。

【治疗要点】

一经确诊应尽早手术治疗，挽救视功能。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉紊乱　视功能障碍，与眼压升高、视神经萎缩有关。
2. 自理缺陷：进食、如厕不便，与视功能障碍有关。
3. 知识缺乏：患儿家长缺乏先天性青光眼的防治与护理知识。

任务目标

1. 患眼视力提高或维持现有视力水平。
2. 患者自理能力提高，不因视力下降而发生安全问题。
3. 患者学会基本的防治常识，学会居家护理技能。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 保证患者充足的休息和睡眠，避免过度疲劳。手术患者术前 6 小时禁食。
2. 患者年龄小、视力差、生活不能自理，应予细心照顾，防止其意外受伤。

（二）手术护理

手术治疗是最有效的治疗方法。配合医生进行抗青光眼手术，按内眼手术护理常规准备，术后护理参照急性闭角型青光眼。

（三）人文护理

耐心向患儿家长介绍本病的防治与护理知识，同情和关心患者，帮助患儿家长树立战胜疾病的信心，鼓励年龄稍大的患者克服自卑心理，学习日常生活常识，能配合护理工作。

（四）健康指导

1. 因患儿年龄小，不能正确表述不适，应向家长讲述本病的基本知识，注意观察患儿眼球大小变化、注视能力和跟随运动等情况。早发现，早治疗。

2. 指导家长如发现患儿出现不明原因的畏光、流泪、眼睑痉挛等症状应及时就诊，排除先天性青光眼。

3. 禁止近亲结婚，提倡优生优育，重视产前检查，预防先天性青光眼发生。

任务关键

本病确诊后应尽早手术挽救视功能。一些降眼压药物，如噻吗洛尔滴眼液可引起明显的结膜充血或其他不良反应，婴幼儿型青光眼应慎用；毛果芸香碱滴眼液可引起调节性近视，儿童患者不宜长期使用。

课后练习

单项选择题

31. 可导致患者手足麻木的抗青光眼药物是（　　）。

A. 20% 甘露醇溶液　　B. 0.25% 噻吗洛尔滴眼液　　C. 乙酰唑胺

D. 1% 毛果芸香碱滴眼液　　E. 甘油

32. 对于早期诊断原发性开角型青光眼最有意义的是（　　）。

A. 24 小时眼压测量　　B. 视野检查　　C. 前房角镜检查

D. 饮水试验　　E. 暗室试验

33. 关于先天性婴幼儿型青光眼的描述，错误的是（　　）。

A. 大角膜　　B. 房角开放　　C. 大眼球

D. 应尽早手术治疗　　E. 以药物治疗为主

34. 正常的眼压范围是（　　）。

A. 10~20 mmHg　　B. 10~21 mmHg　　C. 11~21 mmHg

D. 10~22 mmHg　　E. 10~24 mmHg

35. 原发性闭角型青光眼与原发性开角型青光眼的鉴别关键在于（　　）。

A. 视野改变情况　　B. 视力下降情况

C. 眼压变化情况　　D. 眼压升高时前房角的开闭

E. 眼胀痛伴同侧头胀痛

（36—37 题共用题干）

患者突然出现右眼球剧烈胀痛伴右侧头痛、视力急剧下降。查体：右眼球坚硬如石，球结膜充血，角膜混浊，瞳孔散大，前房浅且房角闭塞。

36. 该患者临床诊断为（　　）。

A. 急性结膜炎　　B. 原发性开角型青光眼　　C. 角膜炎

D. 急性虹膜睫状体炎　　E. 闭角型青光眼急性发作

37. 该患者需要立即采取的护理措施是（　　）。

A. 卧床观察　　B. 乙酰唑胺口服　　C. 0.25% 噻吗洛尔滴眼
D. 1% 毛果芸香碱滴眼　　E. 抗青光眼手术

（翟伟平、谢伟聪）

项目五　白内障患者的护理

【项目目标】

1. 说出年龄相关性白内障、糖尿病性白内障及先天性白内障的概念；简述年龄相关性白内障的临床表现和治疗要点；说出糖尿病性白内障及先天性白内障的主要病因；学会常见白内障的护理措施。

2. 通过对患者的评估，能正确列出白内障的主要护理问题；具备对不同类型白内障患者进行针对性健康指导的能力。

3. 通过学习，同情白内障患者，关爱盲人，乐意为他们服务。

白内障（cataract）指晶状体混浊。白内障是我国最主要的致盲性眼病，最有效的治疗手段是手术治疗。根据病因分为年龄相关性白内障、糖尿病性白内障、先天性白内障、外伤性白内障、并发性白内障等，临床上以年龄相关性白内障最常见。

一、年龄相关性白内障

导学案例与思考

患者张某，男，72 岁。2 年前双眼先后出现渐进性视力下降，近 2 个月双眼视物不清，不伴其他不适。既往无糖尿病及眼外伤史。今来眼科门诊就诊，查体：左眼视力 0.02，右眼视力 0.04，双眼晶体呈白色混浊，无其他阳性体征。如果你是眼科护士，请思考：

1. 患者有何典型临床表现？
2. 如何延缓患者视力下降进程？
3. 治疗本病最有效的方法是什么？

任务准备

【疾病概述】

年龄相关性白内障（age-related cataract）又称老年性白内障，指随年龄增大而发生的晶状体混浊。本病为 50 岁以上中老年人最常见的致盲性眼病。根据晶状体混浊部位分

为皮质性、核性、囊下性 3 种类型，临床上以皮质性白内障最常见。

（一）健康史

1. 病因　未明。与晶状体老化发生退行性变有关，为多种因素作用的结果。

2. 危险因素　紫外线照射过度、全身性疾病（糖尿病、高血压）、家族遗传及晶状体营养不良或代谢障碍等。

（二）临床表现

1. 症状　渐进性视力下降。部分患者有复视或虹视现象。

2. 体征　典型的皮质性白内障分以下 4 期（图 2-5）。

（1）初发期：晶状体周边部皮质呈楔形或轮辐状混浊，尖端指向晶状体中心，瞳孔区晶状体未出现混浊，一般无视力下降。

（2）膨胀期（未成熟期）：晶状体混浊从周边向中心发展，瞳孔区晶状体出现混浊，整个晶状体呈不均匀灰白色混浊。视力明显下降。此期由于皮质吸收水分肿胀使晶状体体积增大，前房变浅，可继发急性闭角型青光眼。用斜照法检查晶状体时可见光线投照侧瞳孔区出现新月形虹膜投影，这是本期的特征。

（3）成熟期：晶状体全部呈乳白色混浊，虹膜投影消失，视力可降至光感。此期由于皮质水肿消退，晶状体体积及前房深度恢复正常。

（4）过熟期：晶状体内水分丢失，晶状体体积缩小，囊膜皱缩，皮质溶解液化呈乳糜状，核下沉，前房加深，虹膜震颤。本期因液化的皮质渗入房水可并发晶状体过敏性葡萄膜炎；皮质沉积在房角可并发晶状体溶解性青光眼；晶状体悬韧带发生退行性变可并发晶状体脱位。

1. 初发期　2. 膨胀期(未成熟期)　3. 成熟期　4. 过熟期

图 2-5　年龄相关性白内障的四期表现示意图

白内障分期及特点

（三）辅助检查

裂隙灯显微镜检查　观察晶状体是否混浊。

【心理 - 社会状况】

患者因视力下降，影响生活自理而焦虑、悲观；因担心失明和手术，担心手术疗效而忧虑、恐惧。

【治疗要点】

以手术治疗为主，通常采用白内障囊外摘除（包括超声乳化术）联合后房型人工晶体植入术。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉紊乱　视力下降，与晶状体混浊有关。

2. 自理缺陷：进食、如厕不便，与视力下降和术眼包扎有关。

3. 焦虑　与视力下降、担心失明和担心手术疗效、病区环境陌生有关。

4. 有受伤的危险　与视力障碍有关。

5. 潜在并发症：继发性急性闭角型青光眼、晶状体过敏性葡萄膜炎、晶状体溶解性青光眼和术后伤口感染等。

6. 知识缺乏：缺乏本病的防治与护理知识。

任务目标

1. 延缓患者视力下降速度。

2. 帮助患者提高自理能力。

3. 患者情绪稳定，配合日常护理工作。

4. 患者不因视力下降而发生安全问题。

5. 不发生或及早发现手术并发症，协助医生处理。

6. 患者初步了解本病的防治与居家护理知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 向患者介绍病区环境，使其熟悉并适应环境，协助视力障碍和术眼包扎患者做好生活护理，防止意外受伤。

2. 保持环境安静，指导术后患者取仰卧位或健侧卧位休息。

3. 患病期间忌烟、酒、辛辣刺激性食物，给予清淡、富含蛋白质、纤维素及维生素的饮食，保持大便通畅。

4. 嘱术后患者减少头部活动，避免剧烈运动、用力揉眼、低头弯腰、大声说笑和用力排便等，控制打喷嚏、咳嗽。

（二）治疗护理

1. 用药护理

（1）滴眼：遵医嘱指导患者滴抗白内障眼药水，常用卡他灵滴眼液、法可林滴眼液、谷胱甘肽滴眼液等，每日 4 次，延缓病情发展。

（2）本病无特效治疗。术前可遵医嘱给予以下药物：① 维生素 C、维生素 E、维生素 B_2 等口服；② 中药如石斛夜光丸等有一定的辅助疗效。术后按医嘱给予抗生素及激素类药预防感染。

2. 手术护理　以往认为白内障成熟期为最佳的手术时机。由于显微手术技术的日臻成熟以及人工晶体的广泛应用，只要白内障引起视力下降（矫正视力 <0.3），属低视力眼，影响工作、生活，患者有手术意愿时，即可行手术治疗。通常采用白内障囊外摘除（包括超声乳化术）联合后房人工晶体植入术。

（1）术前护理：术眼剪睫毛，术前 3 天滴抗生素眼药水，术前 1 天进行泪道结膜囊冲洗，手术前滴短效散瞳剂使瞳孔扩大并保持直径为 6 mm 以上，并用眼垫遮盖术眼。

（2）术后护理：术后卧床休息，取仰卧位或健侧卧位。半流质饮食为宜，用眼垫遮盖术眼，遵医嘱按时用药和换药。

3. 病情观察　观察患者眼部症状及视力、眼压、前房与前房角的变化，警惕急性闭角型青光眼的发生；注意观察术眼的分泌物性状、伤口愈合情况及人工晶体位置是否居中，警惕眼内炎、创口裂开或人工晶体移位。情况异常及时报告医生。

（三）人文护理

经常与患者沟通，减轻其忧虑和孤独感。耐心向患者及家属解释病情，说明手术治疗的必要性、手术方式，讲解手术的预期效果等，消除其紧张、恐惧心理。教会患者如何更好地配合术中、术后的治疗与护理工作。

（四）健康指导

1. 白内障是我国防盲治盲工作的重点，积极宣传普及白内障防治与护理知识。

2. 合理饮食，营养均衡。避免紫外线对眼的过度照射。

3. 嘱患者定期复诊，检查视力、眼压和人工晶体位置。如发现眼结膜充血、畏光、流泪、眼痛等异常需及时就诊。

任务关键

手术治疗是白内障有效的治疗方法。护理工作以手术患者为对象，按内眼手术常规护理。患者应慎用阿托品滴眼液，以免诱发青光眼。

案例分析

患者为年长者，病史较长，视力呈渐进性下降，无眼痛，双眼晶体白色混浊，符合年龄相关性白内障的临床特点。其入院后按内眼手术的术前术后常规护理，并做好术后的健康指导。

堂上练习（单项选择）

患者张某，男，72岁。2年前双眼先后出现渐进性视力下降，近2个月双眼视物不清，不伴其他不适。既往无糖尿病及眼外伤史。今来眼科门诊就诊，检查：左眼视力0.02，右眼视力0.04，双眼晶体呈白色混浊，无其他阳性体征。

1. 患者患有年龄相关性白内障，它的典型特点是（　　）。

A. 眼痛伴视力急剧下降　　B. 无眼痛但视力急剧下降

C. 眼痛伴视力渐进性下降　　D. 无眼痛，视力渐进性下降

E. 无视力下降

2. 能有效治疗白内障非手术治疗的方法是（　　）。

A. 白内停滴眼液滴眼　　B. 涂红霉素眼药膏

C. 患眼冲洗结膜囊　　D. 口服复合维生素

E. 患眼行理疗热敷

3. 治疗本病最有效的方法是什么？（　　）。

A. 白内停滴眼液滴眼　　B. 莎普爱思滴眼液滴眼

C. 患眼冲洗结膜囊　　D. 患眼冲洗泪道

E. 患眼行超声乳化白内障吸除，人工晶体植入术

年龄相关性白内障堂上练习答案

二、糖尿病性白内障

任务准备

【疾病概述】

糖尿病性白内障（diabetic cataract）指糖代谢障碍引起的晶状体混浊。本病为糖尿病的并发症，多为双眼同时或先后发病。

（一）健康史

患者有糖尿病史，因血糖升高导致晶状体内葡萄糖增多、渗透压升高，晶状体吸收

水分使晶状体纤维肿胀变性引起混浊。

（二）临床表现

本病有两种常见类型：

1. 糖尿病合并年龄相关性白内障　症状、体征与年龄相关性白内障相似，但发病更早，进展更快，更容易成熟。

2. 真性糖尿病性白内障　也称急性白内障。常发生于严重的青少年糖尿病患者，进展迅速。首先是晶状体前囊下皮质呈典型的白点状或雪片状混浊，其次在数天、数周或数月内发展为晶状体全部混浊，以致视力下降甚至失明。

（三）辅助检查

实验室检查

1. 血糖测定：升高。
2. 糖化血红蛋白测定：阳性。
3. 尿常规检查：葡萄糖阳性。

【心理－社会状况】

患者因视力严重下降及糖尿病全身病变而紧张、忧虑；因害怕病情加重、失明和手术，担心手术疗效而恐惧。

【治疗要点】

通过药物严格控制血糖，延缓白内障的发生和发展。有手术适应证者应将血糖控制在 8 mmol/L 以下，方可行白内障摘除术联合人工晶体植入术。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉紊乱　视力下降，与晶体混浊或糖尿病视网膜病变有关。
2. 自理缺陷：穿衣、进食不便，与视力严重下降及术眼包扎有关。
3. 焦虑、恐惧　与担心手术疗效有关。
4. 有受伤的危险　与视力明显下降及术眼包扎有关。
5. 潜在并发症：患眼虹膜红变、新生血管性青光眼、玻璃体大出血、视网膜脱离及术后伤口感染、出血等。
6. 知识缺乏：缺乏糖尿病性白内障的防治与护理知识。

任务目标

1. 患眼视力维持原有水平，或视力下降缓慢。
2. 患者自理能力有所提高。
3. 患者情绪平稳，积极配合专科治疗及护理。

4. 不因视力下降而发生安全问题。

5. 患者能认识糖尿病的危害，通过饮食、运动、药物控制血糖，减少相关并发症出现。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

控制糖类摄入，指导患者实行低糖、低脂、适当蛋白质、高维生素及纤维素饮食，并强调定时定量进食。指导患者适量增加运动，应预防空腹运动导致低血糖发生。其他参照年龄相关性白内障。

（二）治疗护理

1. 用药护理

（1）遵医嘱应用降血糖药物，注意观察血糖变化和药物的不良反应，如低血糖反应。术后患者按医嘱给予抗生素预防感染。

（2）滴眼：遵医嘱指导患者正确使用抗白内障滴眼液。

2. 手术护理　按内眼手术的术前术后常规护理。

3. 病情观察　注意观察患眼有无虹膜红变、新生血管性青光眼等并发症及术后伤口有无感染、出血等。配合医生及时处理。

（三）人文护理

经常与患者沟通，减轻患者的孤独感。耐心向患者及家属介绍糖尿病性白内障的防治与护理知识，解释病情并说明每项治疗的必要性，增强患者治愈疾病的信心。

（四）健康指导

1. 积极宣传糖尿病性白内障的防治与护理知识。

2. 积极治疗原发病和降低血糖，严格控制饮食，预防糖尿病性白内障发生。

3. 指导患者正确滴用抗白内障眼药水，如发现病情加重应及时就医。

任务关键

手术患者需严格控制血糖，将血糖控制在 8 mmol/L 以下。术后患者卧床休息，护理的重点是预防感染和细致观察病情，配合医生处理并发症。

三、先天性白内障

任务准备

【疾病概述】

先天性白内障（congenital cataract）指由于遗传等因素导致出生时或出生后第 1 年内发生的晶状体混浊。为儿童期常见眼病，是造成儿童失明和弱视的主要原因。本病多呈静止性，常为双眼同时或先后发病。

（一）健康史

1. 遗传因素　多为常染色体显性遗传，约 1/3 患者与遗传有关。

2. 非遗传因素　妊娠的前 3 个月患风疹、水痘、麻疹等病毒感染性疾病；接触放射线或应用糖皮质激素、磺胺类抗菌药等；孕期营养不良或患糖尿病等代谢性疾病。

（二）临床表现

1. 症状　视力下降或正常，与晶体混浊的部位和程度有关。因患儿年幼，不能自诉，常为家长发现患儿瞳孔区呈白色而就诊。

2. 体征　晶体混浊。常伴有眼部或全身异常，如斜视、弱视、眼球震颤、小眼球、小角膜、痴呆、癫痫。

（三）辅助检查

实验室检查　染色体检查，有助于筛查遗传性疾病。

【心理 – 社会状况】

家长因患儿视力下降而对其未来感到忧虑，对手术治疗既期待又恐惧。

【治疗要点】

以手术治疗为主。不影响视力者无须治疗；影响视力者应及早手术治疗，最佳手术时机是出生后 3~6 个月，最迟不能超过 2 岁。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉紊乱　视力下降，与晶状体混浊有关。
2. 潜在并发症：斜视、弱视等。
3. 家庭应对无效　与患儿家长缺乏先天性白内障的防治与护理知识。

任务目标

1. 家长及早发现患儿视力问题，及早治疗，提高视力。
2. 协助医生矫正患儿并发症。

3. 患儿家长能懂得早期治疗对挽救视力的重要性、积极配合治疗和护理。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

根据患儿身心特点布置病室，消除恐惧感。护理动作应轻柔，注意保持患儿的安静与合作。以清淡而富营养的普食为主，术前 6 小时禁食。术后需防止患儿抓挠术眼，避免哭闹等影响术眼康复。

（二）治疗护理

1. 手术前护理　按内眼手术做好术前准备。

2. 手术后护理

（1）监测患儿生命体征，全麻术后未醒者去枕平卧头偏向一侧。

（2）床边备氧气、负压吸引器及抢救药品。

（3）患儿清醒后 4 小时可喂食流质或半流食物。

（4）术后 24 小时除去眼垫，尽早进行低视力康复训练。

3. 病情观察　术前观察患儿视力、眼压及晶体混浊情况。术后要注意眼局部反应、术眼分泌物性状、伤口愈合情况等，警惕眼内炎或创口裂开。

（三）人文护理

经常与患儿沟通，耐心向患儿家长解释病情，说明手术治疗的必要性、手术方式、手术流程，讲解手术的预期效果等，消除其忧虑、恐惧心理。

（四）健康指导

1. 提倡优生优育，禁止近亲结婚，减少先天性白内障患者出生。

2. 介绍先天性白内障的防治与护理知识，讲解孕期卫生保健常识，防止胎儿受到病毒、放射线及药物等影响。

3. 告知家长如发现患儿视力下降应及时就诊，尽早手术治疗。

4. 告知家长如患儿术后视力恢复差或已并发弱视，应尽早进行低视力康复训练。

任务关键

根据患儿身心特点进行精心护理，保持患儿的安静与合作，注意术后眼部保护。

课后练习

单项选择题

38. 先天性白内障最佳手术时机是（　　）。

A. 出生后 2～6 个月　　B. 出生后 3～6 个月　　C. 出生后 4～6 个月

D. 出生后 6～8 个月　　E. 出生后 6～10 个月

39. 白内障患者的最佳治疗方法是（　　）。

A. 饮食疗法　　B. 药物治疗　　C. 戴镜治疗

D. 保守治疗　　E. 手术治疗

40. 糖尿病性白内障适合手术的血糖范围是（　　）。

A. ＜6 mmol/L　　B. ＜7 mmol/L　　C. ＜8 mmol/L

D. ＜9 mmol/L　　E. ＜10 mmol/L

41. 白内障患者术后体位正确的是（　　）。

A. 仰卧位　　B. 半坐卧位　　C. 截石位

D. 患侧卧位　　E. 胸膝卧位

（42—44 题共用题干）

患者，男，70 岁。左眼渐进性视力下降 2 年。查体：左眼视力 0.04，眼压 18 mmHg，晶状体呈乳白色混浊。临床诊断为“年龄相关性白内障”。

42. 该患者术前护理问题错误的是（　　）。

A. 感知觉紊乱：视力下降，与晶状体混浊有关

B. 潜在并发症：继发性闭角型青光眼

C. 焦虑　与担心手术效果不佳有关

D. 有感染的危险　与结膜囊冲洗有关

E. 知识缺乏：缺乏本病的防治与护理知识

43. 入院后采取手术治疗，其术前护理错误的是（　　）。

A. 术前 30 分钟滴缩瞳剂　　B. 术前结膜囊冲洗、眼垫遮眼

C. 术前 1 天冲洗泪道　　D. 术前 3 天抗生素滴眼液滴眼

E. 术前 30 分钟滴散瞳剂

44. 关于该患者的术后健康指导错误的是（　　）。

A. 减少头部活动　　B. 术后避免低头弯腰

C. 正确应用滴眼液　　D. 每天按摩术眼 2 次

E. 避免剧烈运动

（翟伟平、谢伟聪）

项目六　葡萄膜病与视网膜病患者的护理

【项目目标】

1. 讲述急性虹膜睫状体炎及糖尿病性视网膜病变的临床特点；说出它们的治疗要点；学会急性虹膜睫状体炎及糖尿病性视网膜病变的护理措施。

2. 通过学习，能理解急性虹膜睫状体炎及糖尿病性视网膜病变护理的任务关键；能为患者进行针对性的健康指导。

3. 通过学习，树立眼底病须早诊断、早治疗的观念，对待反复发作的患者有爱心和耐心。

一、急性虹膜睫状体炎

导学案例与思考

患者赵某，男，47岁。诉右眼胀痛、眼红、怕光、流泪，视力下降2天。今来眼科门诊就诊，查体：右眼睫状充血，瞳孔较左眼缩小，对光反射迟钝，诊断为“右眼急性虹膜睫状体炎”，请思考：

1. 为减轻患者不适，应采取哪些护理措施？

2. 如何对患者进行健康教育？

任务准备

【疾病概述】

虹膜睫状体炎（iridocyclitis）即前葡萄膜炎，为葡萄膜炎中最常见的类型，占我国葡萄膜炎总数的50%左右。多见于青壮年，常反复发作，可引起一些严重并发症，是常见的致盲性眼病。

（一）健康史

病因复杂，大致可分为感染性和非感染性两大类。

1. 感染性是由细菌、病毒、真菌、寄生虫等病原体感染所致。

2. 非感染性又分为外源性和内源性两类。外源性主要是由机械性、化学性、热灼伤以及有毒物质的刺激引起葡萄膜反应。内源性主要是由于自身免疫反应以及对变性、坏死组织的反应所致。

（二）临床表现

1. 症状　患者反复出现眼痛、畏光、流泪、视力减退。并发性白内障或继发性青光眼时，可导致视力严重下降或失明。

2. 体征

（1）睫状充血或混合性充血。

（2）角膜后沉着物（KP）：炎症细胞、色素渗出物、沉积于角膜后表面形成。

（3）房水混浊（房水闪辉）：炎症细胞进入房水所致。

（4）虹膜改变：虹膜水肿，纹理不清。严重时可能虹膜后粘连、前粘连和房角粘连。

（5）瞳孔改变：瞳孔缩小，对光反射迟钝或消失；不规则瞳孔形状，如梅花状、梨状等；瞳孔闭锁；瞳孔膜闭。

3. 并发症　继发青光眼、并发性白内障、低眼压及眼球萎缩等。

（三）辅助检查

1. 实验室检查包括血常规、血沉、HLA−B27 抗原分型等。

2. 怀疑病原体感染所致者，应进行相应的病原学检查。

【心理－社会状况】

本病发病急，常反复发作，视力下降明显，影响生活、工作时，患者易出现紧张、焦虑、悲观等心理。

【治疗要点】

1. 散瞳剂　散瞳是最重要的治疗措施，目的在于预防或拉开虹膜后粘连，避免并发症；解除睫状肌和瞳孔括约肌的痉挛，以减轻充血、水肿及疼痛，促进炎症消退。

2. 糖皮质激素滴眼液　糖皮质激素滴眼液滴眼可抑制炎症反应。

3. 非甾体消炎药　通过阻断前列腺素、白三烯等花生四烯酸代谢产物而发挥其抗炎作用。

4. 抗感染　由感染因素引起的炎症，应选用敏感的抗生素或抗病毒药物全身或局部应用。

【护理问题 / 诊断】

1. 急性疼痛　眼痛，与急性炎症刺激三叉神经颞支有关。

2. 感知觉紊乱　视力下降，与角膜后沉着物及房水混浊有关。

3. 焦虑　与视功能障碍及疾病反复发作有关。

4. 潜在并发症：继发性青光眼、并发性白内障、眼球萎缩等。

5. 知识缺乏：缺乏对本病相关防治知识。

任务目标

1. 患者眼痛减轻或消失。
2. 患者视力提高或恢复正常。
3. 患者情绪平稳，愿意接受治疗及相应的眼科护理。
4. 患者懂得基本防治常识。
5. 预防或早发现并发症，并协助医生处理。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

饮食清淡，少吃辛辣刺激性食物，戒烟酒。注意劳逸结合，锻炼身体，提高机体的抵抗力。营造良好的病室环境，利于患者休息。协助医生寻找病因，防止反复发作。

（二）治疗护理

1. 根据病情遵医嘱应用滴眼药。

（1）散瞳剂：及时应用散瞳剂，如用 1% 阿托品眼药水滴眼，每日 2~3 次，滴药后应压迫泪囊区 3~5 分钟，防止药物经鼻腔黏膜吸收致全身不良反应。如出现口干、面色潮红等药物反应，嘱患者多饮水。年长或前房浅者，为避免散瞳后房角堵塞，引起青光眼发作，可先用 1% 去氧肾上腺素散瞳，观察无眼压升高时再用阿托品。小儿应选择低浓度散瞳剂。

（2）激素类制剂：使用激素类滴眼液，常用 0.2%~0.25% 醋酸氢化可的松、0.1% 醋酸氟美松龙、0.125%~0.5% 醋酸泼尼松龙等。对严重的急性虹膜睫状体炎，可给予 0.1% 地塞米松磷酸盐溶液每 15 分钟滴眼一次，连续 4 次后改为每小时一次，炎症减退后应逐渐减少滴眼次数。

（3）非甾体消炎药制剂：可用双氯酚酸钠滴眼液，每日 3~5 次。

（4）抗生素制剂：常用 0.25% 氯霉素滴眼液、复方妥布霉素滴眼液、0.3% 氧氟沙星滴眼液等，每日 4~6 次。

2. 用药护理　病情严重者可遵医嘱给予糖皮质激素口服或静脉滴注，酌情使用抗生素。注意观察药物疗效及可能产生的不良反应。

3. 病情观察　注意观察患者的瞳孔变化，情况异常者及时通知医生处理。

（三）人文护理

向患者解释眼痛的原因，耐心倾听患者的诉说，并给予安慰，使他们树立信心，主

动配合治疗和护理。帮助患者分散注意力，鼓励他们通过交谈、听音乐，散步等方式，减轻不适。照料好视力严重下降患者的日常生活。

（四）健康指导

1. 指导患者进行正确的居家护理，如热敷、滴眼药水等，遵医嘱按时用药。
2. 散瞳期间外出可佩戴有色眼镜，避免强光刺激，减轻疼痛。
3. 积极锻炼身体，增强体质，预防感冒。
4. 向患者及家属介绍本病的特点，说明坚持用药的重要性，并嘱其定期回医院复诊。

任务关键

局部或全身应用糖皮质激素药物，充分扩瞳，是本病治疗的关键。在护理时应加强对患眼的观察，熟知药物的不良反应，以期达到最佳效果。

案例分析

急性虹膜睫状体炎的临床特点是反复发作的眼痛、畏光、流泪、视力减退。其并发症是致盲原因。眼部治疗和护理的重点是局部或全身应用糖皮质激素药物，充分扩瞳。同时，需给予视力严重下降患者更好的生活照料和人文关怀。

堂上练习（单项选择）

患者赵某，男性，47岁，诉右眼胀痛、眼红、怕光、流泪，视力下降2天。今来眼科门诊就诊。查体：右眼睫状充血，瞳孔较左眼缩小，对光反射迟钝，诊断为“右眼急性虹膜睫状体炎”。如果你是眼科护士，请思考：

1. 患者通过以下护理措施减轻右眼胀痛、畏光、流泪等不适，错误的是（　　）。

A. 滴0.25%氯霉素滴眼液　　B. 滴0.1%醋酸氟美松龙滴眼液
C. 滴1%阿托品滴眼液　　D. 滴双氯酚酸钠滴眼液
E. 滴2%毛果芸香碱滴眼液

2. 以下健康指导错误的是（　　）。

A. 指导患者正确滴眼药水　　B. 外出时注意避免强光照射刺激
C. 劳逸结合、锻炼身体　　D. 坚持并按时用药
E. 患眼胀痛等消失后可不必复查

急性虹膜睫状体炎堂上练习答案

二、糖尿病性视网膜病变

任务准备

【疾病概述】

糖尿病性视网膜病变（diabetic retinopathy，DR）是指在糖尿病的病程中引起的视网膜循环障碍，造成毛细血管无灌注区的局限性视网膜缺氧症，是最常见的视网膜血管病，是 50 岁以上人群主要致盲眼病之一。早期无自觉症状，病变影响到黄斑后出现不同程度的视力减退。

（一）健康史

糖尿病性视网膜病变确切的发病机制不清楚。高血糖对微小血管的损伤，使视网膜毛细血管的内皮细胞与周细胞受损，从而导致毛细血管失去正常的屏障功能，出现渗漏现象，造成周围组织水肿、出血，继而毛细血管的闭塞引起视网膜缺血，导致新生血管产生，引起视网膜出血、玻璃体积血，产生增殖性玻璃体视网膜病变（图 2–6 和图 2–7）。

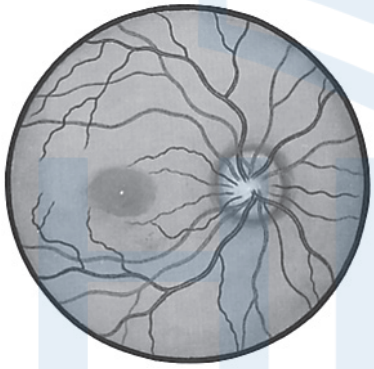


图 2–6　正常眼底模式图

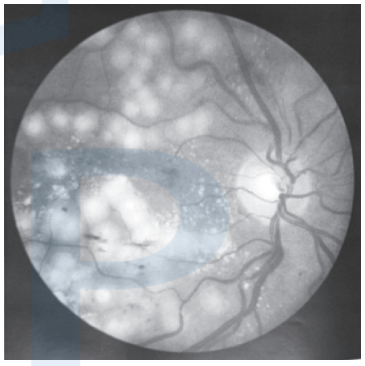


图 2–7　糖尿病性视网膜病变

（二）临床表现

1. 症状　多数患者有多饮、多尿、多食和体重下降表现，眼部症状表现为视力不同程度的下降、视物变形、闪光感等。

2. 眼底检查　眼底呈多样化改变，如视网膜微动脉瘤、新生血管增生病灶、出血、渗出、黄斑水肿、视网膜前出血、玻璃体积血及视网膜脱离等。

（三）辅助检查

眼底荧光血管造影：有助于糖尿病性视网膜病变的诊断、治疗观察等。

【心理 – 社会状况】

晚期视力障碍明显，甚至失明，严重影响患者的生活和工作，可出现消极、悲观，

易产生烦躁、紧张、焦虑、情绪激动等异常心理。

【治疗要点】

1. 合理选用降糖药物，严格按医嘱用药和饮食，控制糖尿病的发展。

2. 激光光凝术是目前治疗本病较为有效的方法，早期治疗有挽救视力的作用。玻璃体积血时可行玻璃体切割术。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉改变　视力下降，与视网膜出血、渗出等有关。

2. 焦虑　与视力下降、病程长有关。

3. 有受伤的危险　与严重视力下降有关。

4. 潜在并发症：新生血管性青光眼、玻璃体积血、视网膜脱离等。

5. 知识缺乏：缺乏早期治疗和自我护理知识。

任务目标

1. 患眼视力无继续下降或缓慢下降。

2. 患者情绪平稳，积极配合眼科治疗及护理。

3. 患者不因视力下降而发生安全问题。

4. 患者懂得该病危害，及早治疗，控制血糖，按时复查。

5. 不发生或及早发现并发症。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 饮食护理　低糖低脂，高蛋白，高纤维饮食，合理搭配粗粮，少吃多餐，防止低血糖的发生。忌含单糖或双糖高的饮食，如含葡萄糖、果糖、半乳糖、蔗糖、麦芽糖、乳糖等点心或饮料等。

2. 适当增加运动量，控制餐后血糖，增强机体抵抗力。

（二）治疗护理

1. 合理选用降糖药物，严格按医嘱用药。

2. 教会患者自我检测血糖，指导患者胰岛素的自我注射方法及操作技巧。

3. 施行激光光凝术治疗或玻璃体切割术的患者，按医嘱做好术前准备及术后护理。

（三）人文护理

对消极、悲观、烦躁、紧张、焦虑、情绪激动等心理异常，应分别给予说服、劝告、鼓励和支持，稳定情绪，耐心解答患者和家属提出的问题，增进护患交流。

（四）健康指导

1. 强调饮食治疗的重要性。帮助患者按医嘱制订饮食计划，控制饮食，合理搭配各类食品，保证患者营养、全面平衡的饮食。

2. 向患者说明适当增加运动，能有效预防和延缓糖尿病各种并发症。但需预防运动后低血糖发生意外。

3. 告知患者糖尿病性视网膜病变较为常见，一旦出现眼部不适或视力下降，应及时到医院做眼底检查。

任务关键

早发现，早治疗，严格控制血糖是阻止或延缓糖尿病视网膜病变的发展，保护视力的关键。由于患者视力不佳，在其日常生活中和医护工作时，注意保护患者的行动安全。

课后练习

单项选择题

45. 急性虹膜睫状体炎的治疗首先应考虑（　　）。

A. 散瞳　　B. 应用抗生素　　C. 激素的应用

D. 局部热敷　　E. 中药治疗

46. 患者，男，40 岁。诉右眼红痛，视力下降 2 天，查体：右眼睫状充血，瞳孔较左眼缩小，光反射迟钝，初步印象是（　　）。

A. 急性结膜炎　　B. 病毒性角膜炎　　C. 急性青光眼

D. 急性虹膜睫状体炎　　E. 并发性白内障

47. 下列不是急性虹膜睫状体炎散瞳的目的的是（　　）。

A. 减轻虹膜、睫状体充血　B. 抑制炎性渗出

C. 解除瞳孔括约肌和睫状肌痉挛　　D. 防止虹膜后粘连

E. 防止并发性白内障

48. 眼底出现微血管瘤主要见于（　　）。

A. 高血压病　　B. 视网膜剥离前期　　C. 糖尿病性视网膜病变

D. 视网膜静脉周围炎　　E. 高度近视患者

（49—51 题共用题干）

患者，男，53 岁。患Ⅱ型糖尿病 4 年，双眼视力下降半月就诊。眼科检查：右眼视力 0.3，左眼视力 0.4，右眼矫正视力 0.5，左眼矫正视力 0.6，眼底荧光血管造影检查见散在微动脉瘤和新生血管。

49. 该患者视力下降的原因是（　　）。

A. 近视　　B. 老视　　C. 代谢性白内障

D. 糖尿病视网膜病变　　E. 青光眼

50. 以下预防糖尿病视网膜病变，不正确的是（　　）。

A. 随意饮食　　B. 按要求控制饮食　　C. 餐后适当运动

D. 控制血糖　　E. 监测血糖

51. 以下护理不妥的是（　　）。

A. 低糖低脂，高蛋白，高纤维饮食

B. 多吃粗粮，少吃精白米、精白面和含糖高的水果

C. 禁食含单糖或双糖高的饮食

D. 注意休息，适当运动

E. 感冒、发热、外伤时可不监测血糖

（王增源）

项目七　屈光不正患者的护理

【项目目标】

1. 说出近视、远视、散光的概念、健康史、临床特点和矫治方法；简述近视的分类和护理措施。

2. 通过学习，能运用所学知识对社区群众进行防治近视的健康教育，能针对近视患者给予具体的指导。

3. 树立近视预防为主，防治结合的观念。

一、近视

导学案例与思考

中学生小何，女，12 岁。诉近几个月出现视远模糊。查体：右眼裸眼远视力 0.5，左眼裸眼远视力 0.6，双眼近视力均为 1.2。每晚睡前托吡卡胺滴眼液滴双眼两周后，右眼裸眼远视力 0.8，左眼裸眼远视力 1.0。如果你是眼科护士，请思考：

1. 该学生可能是哪种屈光不正？

2. 应该如何对其进行健康教育？

任务准备

【疾病概述】

近视（myopia）是指眼在调节松弛状态下，平行光线经过眼的屈光系统屈折后，形成的焦点在视网膜之前（图 2-8 和图 2-9）。青少年近视发病率较高。

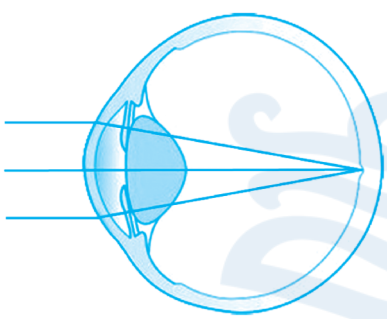


图 2-8　正视眼的屈光状态

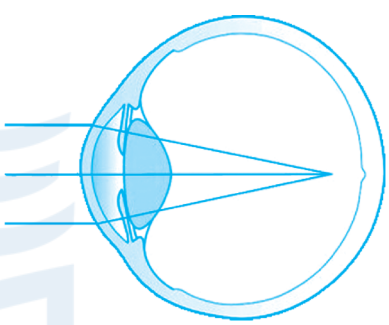


图 2-9　近视眼的屈光状态

（一）健康史

近视的发生机理目前尚不完全清楚，其发生受遗传、发育和环境等因素的影响。过度用眼、长期看近物等不良用眼习惯与近视的发生有密切关系。确切的发病机制仍在探索中。

（二）分类

1. 根据近视度数分类　轻度近视：<−3.00D；中度近视：−3.00～−6.00D；高度近视：>−6.00D。

2. 根据调节作用参与分类

（1）调节性近视：又称假性近视。指长时间近距离用眼导致睫状肌痉挛、调节过度而引起的近视。使用睫状肌麻痹剂散瞳后，远视力可恢复正常，检影验光为正视或轻度远视。多见于儿童或青少年。

（2）真性近视：小瞳孔验光和散瞳验光近视度数相差不大，可用负镜片对其进行矫正。这种近视不是由调节过强引起的，而是由其他屈光因素引起的。

（3）混合性近视：散瞳验光后远视力有所提高，但不能达到正常。余下的近视部分即为真性近视。

3. 按屈光成分分类

（1）轴性近视：眼的屈光力正常，眼球前后径较正常人长所致。高度近视多为轴性

近视。眼轴每延长 1 mm，近视度数约增加 3D 的近视。

（2）屈光性近视：眼球前后径正常，眼的屈光力较强所致。常见的原因：角膜弯曲度增大，如圆锥角膜；晶状体弯曲度增大，如晶状体变厚。

（三）临床表现

1. 视力　远视力下降，近视力正常，近视并发症患者远近视力均可下降。

2. 视疲劳　患者常有畏光、眼干涩、异物感、眼胀痛、头痛及视物重影等表现，休息后可缓解。

3. 眼位偏斜　中、高度近视患者看近物时调节不用或少用，集合也相应减弱所致，表现为外斜视。

4. 眼球改变　眼前后径变长，眼球向前突出，高度近视者明显。

5. 眼底改变　眼底退行性变化，有豹纹状眼底、近视弧形斑、脉络膜萎缩甚至巩膜后葡萄肿、黄斑出血等变化。周边部视网膜可出现格子样变性。

（四）辅助检查

视力检查，眼底检查，角膜曲率计、裂隙灯显微镜检查，检影验光、电脑验光仪检查，综合验光仪检查，角膜地形图检查，对比敏感度检查等。

【心理 – 社会状况】

当近视影响学习，给生活和工作带来不便或升学、参军、求职受到限制，甚至影响婚恋，患者会缺乏自信，出现担忧、焦虑等情绪。

【治疗要点】

根据近视者情况选择检影检光、综合验光仪检光、插片主觉验光等方法进行验光，确定准确近视度数，配戴合适的凹透镜（图 2–10），也可有条件地选择屈光手术，目前对近视的发生、发展和控制处于探索阶段，尚无效果确切的治疗方法。

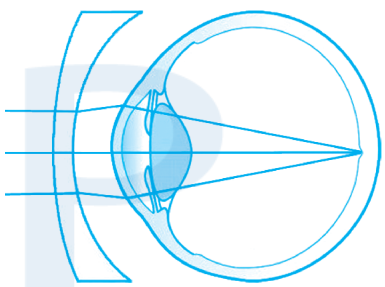


图 2–10　凹透镜片矫正近视眼的屈光状态

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉改变　视物模糊，与眼的屈光改变有关。
2. 潜在并发症：高度近视可引起视网膜脱离、青光眼等。
3. 知识缺乏：缺乏正确的预防、矫正近视常识。

任务目标

1. 患者矫正视力正常。
2. 患者懂得正确的预防及矫正近视的基本常识。

3. 预防及早发现并发症，并协助医生处理。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）散瞳验光

配合医生或技师验光，观察并处理散瞳不适。

散瞳验光主要针对 12 岁以下的小儿或 12~40 岁第一次验光的屈光不正患者，方法是用 1% 阿托品滴眼液滴眼，或用托吡卡胺散瞳剂快速散瞳，用药后可出现畏光、视近物不清楚，有时也可出现面红、口干等不良反应，配合医生和技师向患者和家长解释。

（二）戴镜矫正

1. 指导患者正确使用、保护、清洁框架眼镜。

2. 指导患者正确戴角膜接触镜，注意卫生，以免引起角膜炎。嘱患者如有眼部不适，应停戴并及时就诊。

（三）屈光手术护理

1. 术前准备　① 佩戴角膜接触镜者，手术前检查需在停戴 2~3 天后进行；长期佩戴者需停戴 1~2 周；佩戴硬镜者需停戴 4~6 周。② 冲洗结膜囊和泪道，感染灶要先治疗后再进行手术。按医嘱滴用抗生素眼药水。③ 注意充分休息，以免引起眼调节痉挛。④ 配合医生进行眼部检查，准确验光。

2. 术后护理　3 天内避免洗头，洗脸时防止污水入眼。1 周内不要揉眼睛，避免看书、看报等。遵医嘱用药和复查，外出戴墨镜、避免强光刺激和碰伤。

（四）人文护理

进行有效的近视预防矫正科普常识宣教，耐心沟通交流，使近视患者对近视有较好的了解，正确看待近视对生活、工作、学习、社交等方面产生的影响，积极防范并发症。

（五）健康指导

1. 端正读写姿势　读书写字时眼睛和书本的距离在 33~35 cm（1 尺），胸前与桌子距离为 1 拳，握笔的手指与笔尖的距离为 3 cm（1 寸）。笔杆与纸面的角度在 40°~50°。用毛笔写字时，笔杆最好直立。不歪着头或躺着看书写字，不在走路时看书，不在晃动的车船上看书。晚上用台灯时，可选用 25 瓦的白炽灯，每次读写、看电视、操作电脑等的时间应控制在 1 小时左右，让眼睛休息 10 分钟左右，远眺或起立活动均可（图 2-11）。

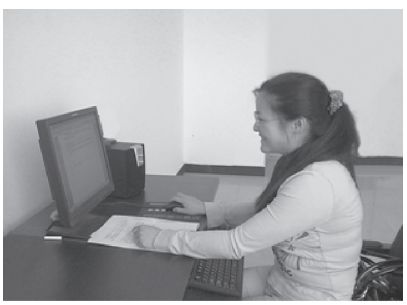


图 2-11　正确坐姿

2. 学生每天最好能有 1 小时的课外活动，课间或晚间作业休息时，最好离开书桌，远眺、活动，认真做眼保健操。一般说来，上课 40~45 分钟应下课休息，进行户外活动。

3. 每学期检查视力 1~2 次，发现视力低于正常时（正常视力为 1.0），应到医院眼科做进一步的检查，排除眼病及屈光不正。

4. 保证充足的睡眠，不挑食，不偏食，尽量做到均衡饮食、营养全面。

任务关键

注重近视综合防控，预防近视发生或度数加深，是矫治近视的关键。

案例分析

近视在青少年中发生率较高，主要表现为近视力好，远视力差。还应严格区分真假近视，该患者属于假性近视。近视要做到预防第一。指导患者验光配镜，及时矫正视力，坚持戴镜并根据近视度数加深及时更换镜片；讲究卫生，以免因使用眼镜不当引起的眼部感染是护理工作的主要内涵。

堂上练习（单项选择）

中学生小何，女，12 岁。诉近几个月出现视远模糊。查体：右眼裸眼远视力 0.5，左眼裸眼远视力 0.6，双眼近视力均为 1.2。每晚睡前托吡卡胺滴眼液滴双眼两周后，右眼裸眼远视力 0.8，左眼裸眼远视力 1.0。请思考：

1. 该学生可能是以下哪种近视？（　　）

A. 中度近视　　B. 重度近视　　C. 调节性近视

D. 真性近视　　E. 混合性近视

2. 以下健康指导错误的是（　　）。

A. 保持正确读写姿势　　B. 建议每天户外运动约 1 小时

C. 需要配戴近视眼镜　　D. 建议每学期至少检查 1 次视力

E. 保持充足睡眠，不挑食

近视堂上练习答案

二、远视

任务准备

【疾病概述】

远视（hyperopia）是眼在调节松弛状态下，平行光线经眼的屈光系统屈折后形成的焦点在视网膜后面的异常状态（图 2-12）。远视根据屈光成分可分为：轴性远视及屈光性远视；根据远视的程度可分为：轻度远视 <+3.00D、中度远视 +3.00~+6.00D、高度远视 >+6.00D。

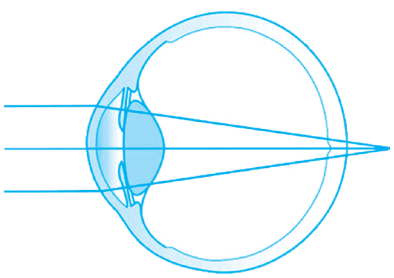


图 2-12　远视眼的屈光状态

（一）健康史

1. 轴性远视　指眼的屈光力正常，眼球前后径较正常人短，是远视中最常见的原因。眼球发育受影响时，眼轴不能达到正常长度即成为轴性远视。

2. 屈光性远视　指眼球前后径正常，由于眼的屈光力较弱，如扁平角膜、无晶状体眼等。

（二）临床表现

1. 视力　轻度远视，通过过度调节，可使远、近视力都达到正常；中度远视，远视力正常，近视力下降；高度远视，远近视力都下降。

2. 视疲劳　视物模糊、头痛、眼球胀痛、眉弓部胀痛、畏光、流泪等。

3. 眼位偏斜　过度使用调节，伴随过度集合，因而产生调节性内斜视。

4. 眼底改变　视盘较正常小而色红，边界较模糊，稍隆起，称之为假性视盘炎。

（三）辅助检查

常做视力检查，眼底检查，裂隙灯显微镜检查，检影验光、电脑验光仪检查，综合验光仪检查，角膜地形图检查等。

【心理 - 社会状况】

当远视影响学习，给生活和工作带来不便时，患者会出现焦虑等情绪。

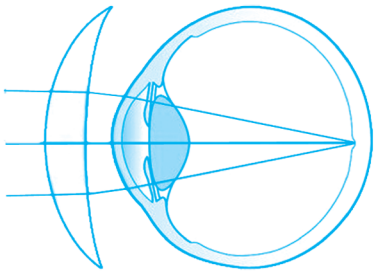


图 2-13　凸透镜片矫正远视眼的屈光状态

【治疗要点】

远视应准确验光（40 岁以下用睫状肌麻痹剂散瞳验光，40 岁以上可不作散瞳验光）确定远视度数，佩戴合适的凸透镜（图 2-13）。具体矫正要根据患者的年龄、职业、症状、眼位等情况而定。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉改变　视物不清，与眼的屈光不正有关。

2. 知识缺乏：缺乏远视防治矫正的相关知识。

任务目标

1. 经矫正后，患者视力得到改善。

2. 患者初步懂得远视防治矫正的相关知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）验光配镜

配合医生或技师验光，并指导患者配镜。

1. 轻度远视考虑年龄因素，学龄前儿童生理性远视无症状则不矫正，为眼球正视化发育留下空间，如有视疲劳和内斜视，即使远视度数低也应戴镜。

2. 中度远视或中年以上患者应戴最佳矫正视力的最高正度数眼镜来矫正，以增进视力，消除视疲劳，以及防止眼位变化。

3. 内斜视、弱视者足矫配镜。

4. 注意假性近视，调节明显者应充分麻痹睫状肌，远视眼镜应常戴。

（二）健康指导

1. 注意营养均衡，预防眼部疾病，避免因视力问题导致的外伤。

2. 嘱患者坚持戴镜，定期复查，及时根据度数变化更换合适的镜片。

三、散光

任务准备

【疾病概述】

散光（astigmatism）是指由于眼球屈光系统各子午线的屈光力不同，从而平行光线进入眼内不能在视网膜上形成清晰物像的一种屈光状态。包括规则散光和不规则散光。

（一）健康史

散光可为先天性，也可为后天获得。散光包括角膜散光、晶状体散光和眼底散光，其中

以角膜散光最为重要。由于角膜和晶体先天发育异常导致各径线曲率半径不一致，产生规则散光；角膜病变使角膜屈光面凹凸不平，如角膜瘢痕、翼状胬肉等，引起不规则散光。

（二）临床表现

1. 视疲劳　眯眼以达到针孔或裂隙的作用，轻度散光患者易出现。

2. 视物模糊　看远看近都不清楚，高度不对称散光或斜轴散光患者可有头位倾斜和斜颈。

3. 眼底检查　整个眼底不能以同一屈光度观察清楚。

（三）辅助检查

电脑验光和检影验光：查出散光的度数和轴向。

【心理－社会状况】

较严重的散光影响学习，给生活和工作带来不便，患者可有焦虑不安等情绪。

【治疗要点】

1. 验光配镜　规则散光可戴圆柱镜片矫正，不规则散光可试用硬性高透氧性角膜接触镜（RGP）矫正。

2. 准分子激光屈光性角膜手术可以矫正散光。

【护理问题/诊断】

1. 感知觉紊乱　视物模糊，与眼的屈光不正有关。

2. 知识缺乏：缺乏散光矫正相关知识。

任务目标

1. 经矫正后，患者视物模糊得到改善。

2. 患者养成良好用眼习惯，定期检查视力。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）戴镜矫正

1. 轻度顺规散光，如不影响视力、无视觉疲劳或视觉干扰症状可不矫正。

2. 高度散光，可根据球柱等值规则减低散光度数。

3. 逆规或斜轴散光，对视力的影响较为明显，一般均需全矫正。

4. 不规则散光最好采用硬性高透氧性角膜接触镜（RGP）来矫正，而不采用普通柱镜矫正。

5. 散光性屈光参差、远视性屈光参差，应尽早配镜。

（二）健康指导

避免用眼过度导致视疲劳，定期检查视力，及时防治眼病，指导患者注意框架眼镜和角膜接触镜的使用和保养。

课后练习

单项选择题

52. 屈光不正不包括（　　）。

A. 近视　　B. 远视　　C. 散光

D. 斜视　　E. 低度近视

53. 成人散瞳验光时，下列说法不正确的是（　　）。

A. 1% 托吡卡胺滴眼液滴眼　　B. 滴散瞳剂时指压泪囊区数分钟

C. 常规测眼压，禁止户外活动　　D. 散瞳后可出现畏光、视物模糊等

E. 散瞳后可出现畏光、流泪、异物感

54. 对远视眼下列说法错误的是（　　）。

A. 定期检查视力　　B. 用凸透镜矫正

C. 生理性远视无需戴镜　　D. 视力下降均应配镜矫正

E. 发生内斜应配镜矫正

55. 轻度散光最主要的症状是（　　）。

A. 视力减退　　B. 重影　　C. 视疲劳

D. 复视　　E. 虹视

（56—57 题共用题干）

患者，男，10 岁。“双眼看不清远处的东西两个月”就诊，眼科检查：右眼远视力 0.4，左眼 0.5，双眼近视力 1.5，角膜映光检查眼位为正位，眼前节及眼底无异常，散瞳验光后医生诊断为“近视”。

56. 对其进行的健康指导不妥的是（　　）。

A. 端正读写姿势

B. 1 年检查视力 1 次

C. 不挑食，不偏食，尽量做到均衡饮食、营养全面

D. 每学期检查视力 1～2 次

E. 每天最好能有 1 小时的课外活动

57. 护理措施不正确的是（　　）。

A. 佩戴合适的凸透镜　　B. 电脑验光不能直接配镜

C. 注意用眼卫生　　D. 坚持做眼保健操

E. 佩戴合适的凹透镜

（王增源）

项目八　斜视与弱视患者的护理

【项目目标】

1. 说出斜视和弱视的概念；比较共同性斜视与麻痹性斜视在健康史、临床表现和矫治方面的不同点；说出弱视的主要表现。

2. 学会共同性斜视与麻痹性斜视的护理措施；能运用所学知识对患者进行健康指导。

3. 通过学习，培养务实的精神，愿意帮助患者克服自卑感，建立自信心。

一、斜视

任务准备

【疾病概述】

眼位不正导致双眼不能同时注视一个目标，出现视物分离现象，称为斜视（strabismus）。斜视可分为共同性斜视与非共同性斜视（一般指麻痹性斜视）两大类。

1. 共同性斜视（concomitant strabismus）　眼外肌本身及其支配神经均无器质性病变，由于某一对拮抗肌力量不平衡引起的眼位偏斜，在向不同方向注视或更换注视眼时，其偏斜度相等。

2. 麻痹性斜视（paralytic strabismus）　由于支配眼外肌运动的神经核、神经和眼外肌本身器质性病变引起，又称为非共同性斜视。

（一）健康史

1. 共同性斜视　主要与以下因素有关：① 远视眼经常使用调节，引起过度辐辏，可发生共同性内斜视；近视眼一般不用或少用调节，致使集合不足，可发生共同性外斜视；② 神经支配异常，支配集合的神经功能过强或支配外展的神经功能不足产生内斜视，反之产生外斜视；③ 眼外肌发育异常致使拮抗肌之间失去平衡；④ 融合功能障碍、中枢神经因素、遗传因素等也可致共同性斜视。

2. 麻痹性斜视　主要与以下因素有关：眼、颅内及全身因感染、肿瘤、外伤、脑血管意外等因素致眼外肌或支配眼外肌的神经、神经核遭受损害时均可引起本病。

（二）临床表现

1. 共同性斜视　当一只眼注视时，另一只眼的视线偏向目标之一侧。偏于内侧者为内斜视，偏于外侧者为外斜视（图 2-14）。患者无复视，无头晕，无头位偏斜（代偿性头位）。斜视可能引起视功能障碍，包括视力下降和双眼单视功能障碍。

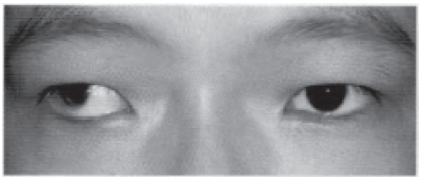


图 2-14　共同性外斜视

2. 麻痹性斜视　① 眼球运动受限：眼球向麻痹肌作用方向运动时不同程度受限。② 眼位偏斜：以麻痹眼注视时健眼斜视角（第二斜角），大于以健眼注视时麻痹眼斜视角（第一斜视角）。③ 向不同方向注视时斜视角不等：向麻痹肌作用方向转动时，伴斜视角明显加大。④ 代偿头位：头转向麻痹肌运动方向，用头位转动弥补肌肉功能之不足，以消除复视。⑤ 其他：复视、头晕、恶心。

（三）辅助检查

常用的检查方法有遮盖试验、角膜映光法、三棱镜法和同视机检查等。

【心理 - 社会状况】

斜视影响学习和容貌，甚至影响婚恋，患者可产生自卑心理。

【治疗要点】

1. 共同性斜视　共同性斜视治疗目的不单是为了美容，更重要的是提高斜视眼的视力，增加获得双眼单视功能的机会。

2. 麻痹性斜视　针对病因进行治疗和护理。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉改变　立体视觉差，与眼位偏斜有关。
2. 舒适改变　眩晕，与眼外肌麻痹有关。
3. 焦虑　与自我形象受损有关。
4. 知识缺乏：缺乏本病的治疗和护理相关知识。

任务目标

1. 经治疗后，患者双眼能恢复立体视觉。
2. 患者眩晕改善或无眩晕。
3. 患者情绪平稳，积极配合眼科治疗和护理。
4. 患者及家属初步了解本病特点，及早求医。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

嘱患者注意用眼卫生，不要过度用眼、揉眼，避免眼睛过度疲劳，保证充足睡眠，营养摄入要均衡。有屈光不正的患者，需及时配镜治疗。

（二）治疗护理

1. 共同性斜视　① 协助医生为 12 岁以下患者散瞳验光。② 指导患者正位视训练。③ 对于经非手术治疗半年后仍然偏斜者，可向患者建议手术矫正眼位。④ 手术治疗的患者，应遵医嘱做好术前术后护理。

2. 麻痹性斜视　① 配合医生寻找病因并展开针对性护理。② 遵医嘱给予药物治疗，如肌内注射维生素 B_1、维生素 B_{12} 和三磷酸腺苷；口服类固醇激素和抗生素，控制炎症性病因；针灸及理疗，促进麻痹肌的恢复。③ 遮盖疗法（暂时遮盖健眼），消除复视引起的不适。④ 采用三棱镜消除复视。⑤ 手术治疗的患者，遵医嘱做好术前术后护理。

（三）人文护理

斜视对儿童来说，不但会影响生活，还容易遭到他人的取笑，而引起心理问题，所以儿童斜视需要引起重视，耐心向患者及家属介绍视功能训练方法和有关治疗知识，增强治疗信心，消除自卑心理。

（四）健康指导

1. 告知患者及家属定期检查视力，及时纠正屈光不正，预防斜视和弱视的发生。
2. 儿童应配合弱视治疗或正位视训练，力争早日建立正常的双眼视功能。

任务关键

斜视的治疗效果好坏与治疗时机的关系很大，早发现、早干预、早治疗，可以有效防止弱视形成，有利于恢复双眼正常视功能，降低斜视治疗的难度。

双眼单视

在正常双眼注视状态下，一物体在双眼视网膜对应部位（对应点）所形成的像，经大脑视觉中枢融合成一完整的立体形态功能，称为双眼单视。

二、弱视

任务准备

【疾病概述】

弱视（amblyopia）指视觉发育期由于单眼斜视、未矫正的屈光参差、高度屈光不正及形觉剥夺引起的单眼或双眼最佳矫正视力低于相应年龄的视力为弱视；或双眼视力相差 2 行及以上，视力较低眼为弱视。

（一）健康史

1. 斜视性弱视　是最常见的类型，好发于共同性单眼斜视。斜视患者由于物像在两眼不落到正常视网膜对应点上，引起复视和视混淆，大脑主动抑制斜视眼传入的视冲动，黄斑功能长期被抑制而形成弱视。

2. 屈光参差性弱视　两眼屈光度数相差较大，致使两眼视网膜成像大小不等，融合困难，屈光不正较重一侧视功能受到抑制，不能正常发育形成弱视。

3. 形觉剥夺性弱视　眼屈光间质混浊（如白内障、角膜瘢痕等）、完全性上睑下垂或遮盖一眼过久等，妨碍了视觉感知的充分输入，干扰了视觉正常发育。

4. 屈光不正性弱视　未经过及时矫正的屈光不正无法使影像聚焦在视网膜上，引起弱视。

5. 先天性弱视　与先天性眼病，特别是眼底病有关。

（二）临床表现

1. 视力差　其最佳矫正视力≤ 0.8，达不到该年龄段的正常视力，中重度弱视者常伴有斜视和眼球震颤。

2. 拥挤现象　对排列成行的视标分辨力较单个视标差，此现象称拥挤现象，是注视点与邻近视标之间相互影响所致。

3. 异常固视　弱视眼可有固视不良，多为旁中心注视等。

4. 单视功能　双眼单视功能障碍。

（三）辅助检查

视力检查，眼底检查，裂隙灯显微镜检查，检影验光、电脑验光仪检查，综合验光仪检查等。

【心理 – 社会状况】

儿童弱视不易被家长发现，影响其学习效果。患者及家属不了解弱视的发生原因和治疗方法，常产生焦虑不安。

【治疗要点】

弱视的治疗效果和患者开始治疗的年龄密切相关，年龄越小，效果越好，一般 6 岁以前效果较好，12 岁以后效果差，因此应早诊断，早治疗。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉紊乱　视力低下，与视觉系统发育不良有关。

2. 知识缺乏：缺乏弱视防治的相关知识。

任务目标

1. 经正规系统治疗护理后，患者视力提高或恢复正常。

2. 患者及家属重视该病所造成的危害，早发现，早治疗，并养成正确用眼习惯。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

均衡饮食，注意补充人体必需的微量元素，多吃富含维生素 A 的蔬菜、水果。

（二）治疗护理

1. 先天性白内障、上睑下垂等需要手术治疗的患者，应配合医生尽早完善术前准备，按眼部手术前后常规护理。

2. 矫正屈光不正引起的弱视，配合医生进行验光，配镜矫正，去除病因。

3. 中心注视性弱视患者，采用遮盖健眼、强迫弱视眼注视的方法。但应注意防止健眼发生弱视，可以适当遮盖与去除遮盖物相结合。由于治疗时间较长，护理时需重点观察患者视力变化。

4. 弱视治疗仪治疗　利用弱视治疗仪进行不同强度的光觉信息、不同颜色的色觉信息、不同大小的图形训练均可收到一定的疗效，特别是双眼单视功能的训练更有意义。小儿治疗时缺乏耐心，护士或家长应陪伴在旁，鼓励其完成每次治疗任务（图 2-15）。

医用型　　家庭型

图 2-15　弱视治疗仪

（三）人文护理

弱视治疗时间长、方法多、见效慢，应加强护患沟通，增强治疗信心，使患者和家属能配合治疗护理，坚持接受治疗。

（四）健康指导

1. 向患者及家长宣讲弱视相关知识、治疗时机、治疗方法、治疗注意事项，使他们能理解和配合。

2. 患者要注意用眼卫生，合理饮食，保持身心健康。

3. 临床治愈患者，仍需随访 2~3 年，消除复发因素，巩固效果。

任务关键

弱视治疗年龄越小，效果越好。但由于家长缺乏弱视治疗相关知识，未能足够重视，往往错过最佳治疗时机。弱视护理要把健康指导放在第一位。

课后练习

单项选择题

58. 关于麻痹性斜视的叙述，错误的是（　　）。

A. 斜视角不等　　B. 眼球运动正常　　C. 复视

D. 眼外肌麻痹　　E. 代偿头位

59. 有关斜视的护理问题 / 诊断不包括（　　）。

A. 感知觉改变　　B. 有感染的危险　　C. 知识缺乏

D. 焦虑　　E. 舒适改变

60. 斜视的治疗方法不包括（　　）。

A. 佩戴角膜塑形镜　　B. 棱镜治疗　　C. 药物治疗

D. 手术治疗　　E. 斜视训练

（61—62 题共用题干）

患儿，男，5 岁，发现“斗鸡眼”两周就诊。查体：右眼视力 0.4，左眼视力 0.3，33 cm 角膜映光检查：左眼注视，右眼内斜约 15°，右眼注视，左眼内斜约 15°；1 m 映光检查同 33 cm。散瞳验光结果显示双眼均为中度远视，均能矫正至 1.0。余未见异常。

61. 该患儿的诊断是（　　）。

A. 非共同性斜视　　B. 麻痹性斜视　　C. 右眼内斜视

D. 左眼内斜视　　E. 调节性内斜视

62. 处理不妥的是（　　）。

A. 全天佩戴矫正眼镜　　B. 远视度数要配足　　C. 定期复查

D. 立即手术矫正　　E. 注意用眼卫生

（王增源）

项目九　眼外伤患者的护理

【项目目标】

1. 说出各种眼外伤的临床特点及治疗要点。

2. 能初步判断眼外伤的性质、轻重，能正确列出主要护理问题；学会眼外伤的护理措施，具备眼化学伤的现场急救知识和能力。能针对眼外伤的防治进行具体指导。

3. 通过学习，培养争分夺秒的急救意识，深刻理解以人为本的护理理念。

一、眼球表面异物伤

任务准备

【疾病概述】

眼球表面异物伤是指异物黏附或嵌入角膜表层或停留在结膜囊内，以眼异物感、疼痛、畏光、流泪刺激症状为主要临床特征的眼外伤。及时处理一般预后较好；角膜异物处理不当，易继发感染，影响视力。

（一）健康史

主要是细小的颗粒状异物飞入眼引起。常见的异物有植物碎屑、煤屑、金属碎屑、沙粒、飞虫等。

（二）临床表现

1. 症状　眼突发疼痛、继而出现畏光、流泪、异物感、眼睑痉挛、视物模糊等不适。

2. 体征　结膜充血或混合充血。结膜异物常隐藏于睑板下沟、穹窿部及半月皱襞处；角膜异物多见于睑裂暴露处角膜，铁质异物常在角膜上形成锈斑，植物性的异物容易引起感染。

（三）辅助检查

可借助裂隙灯显微镜（或放大镜）检查。

【心理－社会状况】

由于发病突然，症状重，患者多能及时就医。少数患者自行采用吹、自来水冲洗等

措施，效果不佳时，可出现紧张、焦虑、恐惧等心理表现。

【治疗要点】

1. 尽快在表麻下取出异物。

2. 积极预防感染。常规给予抗生素类滴眼液滴眼，涂抗生素眼膏。

【护理问题 / 诊断】

1. 舒适改变　眼痛、异物感，与异物存留刺激有关。

2. 有感染的危险　与异物性质、处理不当或异物存留时间过长有关。

3. 知识缺乏：缺乏眼球表面异物的防治知识。

任务目标

1. 患眼疼痛、异物感消失。

2. 患眼无发生感染及并发症。

3. 患者懂得如何保护双眼，发生后及时就医。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

告诉患者不要揉眼，可闭目休息，可戴墨镜减轻光线对眼的刺激。忌烟酒。

（二）治疗护理

1. 取出异物　结膜异物可用湿棉签拭去；嵌顿在角膜较深的异物，在表面麻醉下予以剔除，必要时在裂隙灯显微镜下进行，尽量减轻角膜损伤；眼表面大量异物可先行眼部冲洗后再取出。应注意无菌操作，动作准确轻柔。

2. 预防感染　眼球表面异物取出后，涂抗生素眼膏并包眼。次日起用抗生素滴眼液滴眼，常用 0.3% 左氧氟沙星、复方妥布霉素滴眼液，每日 3～4 次。

3. 病情观察　注意观察结膜或角膜有否异物遗留；损伤的愈合情况及视力变化，是否合并感染等，情况异常者及时报告医生处理。

（三）人文护理

耐心向患者说明病情和配合处理的要求，消除其紧张、焦虑心理，稳定情绪。

（四）健康指导

1. 向患者介绍本病的常见原因，重在预防。工作时严格执行操作规章制度，有完善的眼防护措施，必要时戴防护眼镜或面罩。

2. 发生眼球表面异物后，应及时到医院处理，不要揉眼加重损伤，不主张自行处理，以免继发感染。角膜异物剔除后，嘱患者次日复诊一次。

任务关键

眼球表面异物除采取无菌生理盐水眼部冲洗或剔除异物外，还应积极预防继发感染。

二、眼钝挫伤

导学案例与思考

患者小黄，男，22 岁。2 小时前被他人用拳头击伤右眼，出现眼痛、视物模糊。查体：右眼视力 0.02，眼睑肿胀，结膜充水血肿，角膜轻度混浊，前房积血，瞳孔呈“D”字形。如果你是眼科门诊护士，在接诊该患者时，请思考：

1. 该患者瞳孔为何呈“D”字形？

2. 应该如何进行眼科治疗护理？

任务准备

【疾病概述】

眼钝挫伤（ocular blunt trauma）是眼部受到机械性钝力直接伤害所引起的外伤，可造成眼附属器、眼球壁的损伤，也可引起眼球内各组织结构的间接损伤和功能障碍。眼钝挫伤约占眼外伤总数的 1/3 以上。

（一）健康史

常因受到钝性物体如拳头、球类、木棍、石块等打击，跌撞、交通事故、高压气浪等直接或间接冲击所致。损伤程度与致伤物的大小、作用方向、速度和压力等因素有关。

（二）临床表现

1. 症状　可有不同程度的视力下降、眼部疼痛等。

2. 体征　① 眼睑挫伤：眼睑水肿、皮下淤血、眼睑裂伤、泪小管断裂以及眶壁骨折与鼻窦相通而致眼睑皮下气肿。② 结膜挫伤：结膜水肿，淤血及结膜裂伤。③ 角膜挫伤：角膜上皮擦伤，角膜基质层水肿、增厚及混浊，角膜裂伤甚至角膜破裂。④ 巩膜挫伤：角巩膜缘或赤道部裂伤。⑤ 虹膜睫状体挫伤：前房积血，虹膜根部断离，瞳孔呈“D”字形改变，可出现单眼复视、外伤性瞳孔散大、外伤性虹膜睫状体炎、继发性青光

眼等。⑥ 晶状体挫伤：晶状体脱位或半脱位、外伤性白内障。⑦ 其他：如玻璃体积血，脉络膜破裂，视网膜出血、震荡或脱离，视神经挫伤等。

（三）辅助检查

可选择裂隙灯显微镜（或放大镜）检查、X 线摄片（或 CT 扫描检查）、眼部 B 超检查等。

【心理 – 社会状况】

眼钝挫伤属于意外受伤，患者视力下降，眼瘀血肿胀，可出现恐惧或悲观心理，担心日后失明。

【治疗要点】

1. 非手术治疗　① 受伤当日给予眼部冷敷，以减轻疼痛和组织水肿。② 静脉滴注止血药。③ 静脉滴注抗生素，涂抗生素眼膏，包眼，预防感染。④ 静脉滴注糖皮质激素、三磷酸腺苷，肌内注射维生素 B_1、维生素 B_{12} 等，促进视力恢复。

2. 手术治疗　① 有伤口者予以清创缝合。② 前房积血、晶体脱位应尽快手术，以免继发青光眼。③ 玻璃体积血者，伤后 3 个月可考虑手术治疗。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉紊乱　视力下降，与眼内积血、外伤性白内障及视网膜震荡等因素有关。
2. 舒适改变　眼痛、畏光、流泪，与眼组织损伤有关。
3. 焦虑　与担心失明或容貌破坏有关。
4. 潜在并发症：外伤性白内障、继发性青光眼、玻璃体积血、视网膜脱离等。

任务目标

1. 患者视力无下降或保护残存视力。
2. 患眼疼痛、畏光流泪等症状减轻或消失。
3. 患者情绪平稳，能积极配合眼科治疗和护理。
4. 患者不发生或及早发现并发症，及时就医。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

嘱患者卧床休息，2 周内不能进行剧烈运动。饮食清淡，富有营养，不吃刺激性食物，忌烟酒。伤后 2 周内建议患者戴墨镜或眼罩，避免强光刺激。

（二）治疗护理

1. 冷敷　受伤当日给予冷敷，1~2 日后可改为热敷，促进眼睑水肿吸收。

2. 滴眼及涂眼膏　遵医嘱给予伤眼滴抗生素眼药水，涂眼膏，包眼。必要时遵医嘱给予降眼压药物，防止继发性青光眼的发生。

3. 用药护理　伤较重，或有伤口，医生处理完毕后，遵医嘱给予抗生素、糖皮质激素静脉滴注，预防感染。有结膜下出血、前房积血、玻璃体积血等，按医嘱给予止血药物治疗。病情稳定后，遵医嘱给予三磷酸腺苷、辅酶 A、维生素 B_1、维生素 B_{12} 等治疗，促进视力恢复。

4. 清除积血　如有较大血凝块，需配合医生行前房穿刺冲洗，或切开前房取出血凝块，避免角膜血染。

5. 病情观察　注意观察眼压变化和眼内积血的吸收情况，每天测试患者视力，注意是否合并感染。情况异常应及时报告医生处理。

（三）人文护理

给予患者心理疏导，避免不良的语言刺激，消除其恐惧和悲观心理，积极配合治疗与护理。如双眼受伤、视力受损、生活不能自理者，应更加关心体贴，协助患者日常起居，满足他们的基本生活需要。

（四）健康指导

加强安全教育，普及眼外伤的防范意识，在生产或体育运动中，严格操作规程、完善防护措施，有效减少眼球钝挫伤的发生。禁止儿童玩弄危险玩具，如放鞭炮、射弹弓等。

任务关键

眼钝挫伤的护理，关键是配合医生及时而有效地处理，避免并发症，挽救和提高视力。

案例分析

眼钝挫伤重在预防，主要原因为机械性钝力直接伤害导致，造成眼表、眼前段，眼内组织的挫伤、积血、出血等，该患者符合其典型表现，治疗护理包括局部冷敷、局部或全身应用抗生素滴眼液及眼膏、清除病灶积血，除加强病情观察外，还应注意在日常生活及特殊行业中对眼部的保护，对未成年人危险品使用的限制。

堂上练习（单项选择）

患者小黄，男，22岁。2小时前被他人用拳头击伤右眼，出现眼痛、视物模糊。检查：右眼视力0.02，眼睑肿胀，结膜充水血肿，角膜轻度混浊，前房积血，瞳孔呈“D”字形。

1. 该患者瞳孔呈“D”字形改变，是属于以下哪个原因？（　　）

A. 结膜挫伤　　B. 角膜挫伤　　C. 虹膜挫伤

D. 虹膜睫状体挫伤　　E. 晶状体挫伤

2. 急诊当天以下护理措施，错误的是（　　）。

A. 热敷　　B. 冷敷　　C. 滴抗生素滴眼液

D. 涂抗生素眼膏　　E. 包扎患眼

眼钝挫伤堂上练习答案

三、眼球穿通伤及眼内异物

任务准备

【疾病概述】

眼球穿通伤（perforating injury of eyeball）是指眼球被锐利器物刺破或快速飞溅的异物击穿所致。如击穿眼球的异物存留在眼球内，即为眼内异物。伤后常伴有眼内容物脱出、眼内炎或眼内异物，严重影响视力，甚至失明。

（一）健康史

造成眼球穿通伤的原因很多，如刀、剪、针、钉等利器刺伤，敲击金属物件时碎屑穿入眼内造成眼内异物。

（二）临床表现

1. 症状　不同程度的视力下降及眼痛、出血、畏光、流泪。眼房水外流时，常有“热泪”涌出的感觉。

2. 体征　有穿通伤口及穿通伤痕迹（图2-16），可伴有前房积血、眼内异物存留和眼内组织嵌顿于创口。如葡萄膜组织受到损伤，可引起交感性眼炎。

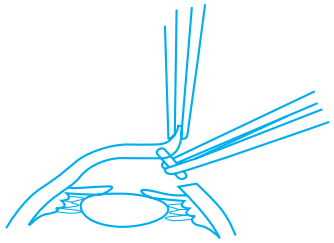


图2-16　角膜穿通伤

交感性眼炎

即一眼受穿通伤后，炎症反应持续不退，经过一段潜伏期后另一眼也出现葡萄膜炎，使眼球遭到严重破坏。受伤眼称为诱发眼，另一眼称为交感眼。一般多见于伤后2~8周。

3. 并发症　眼内炎、交感性眼炎，外伤性白内障、继发性青光眼、玻璃体出血等。

（三）辅助检查

1. 裂隙灯显微镜及检眼镜检查，了解眼内情况。

2. 眼部 B 超、X 线、CT 等影像学检查，确定有无眼内异物。

【心理－社会状况】

眼球穿通伤影响眼部外形美观和视力下降，伤势严重或处理不当，可致失明。患者因此产生悲观、恐惧等心理。

【治疗要点】

1. 迅速止血、止痛、封闭伤口。合并眼内异物时应取出异物。

2. 全身应用广谱抗生素预防感染，必要时可两种抗生素联合使用。积极预防并发症的发生。

3. 全眼球炎或交感性眼炎，视力完全丧失，恢复无望，需摘除眼球。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉紊乱　视力下降，与眼组织损伤有关。

2. 焦虑　与担心视力不能恢复或容貌破坏有关。

3. 潜在并发症：外伤性白内障、继发性青光眼、玻璃体积血、眼内炎、交感性眼炎等。

4. 知识缺乏：缺乏本病的防治和护理知识。

任务目标

1. 患者视力无下降或保护残存视力。

2. 患者情绪平稳，能配合眼科治疗和护理。

3. 患者不发生或及早发现并发症。

4. 患者及家属重视该病危害，学会基本预防及护理知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

卧床休息，合理饮食。戒烟酒，忌辛辣食品、浓茶和咖啡等。双眼受伤生活无法自理者，加强看护，预防摔倒受伤。

（二）治疗护理

1. 术前护理

（1）协助医生尽快完善术前各项检查，疑似眼球破裂，应避免压迫眼球，不要强行分离眼睑，避免造成再次损伤。忌剪睫毛和结膜囊冲洗，防止增高眼压，继发感染。

（2）全麻患者术前禁食 6 小时。

2. 术后护理

（1）用药护理：遵医嘱应用抗生素，常用头孢类、喹诺酮类抗生素静脉滴注。给予止血药静脉滴注或肌内注射，控制眼内出血。

（2）病情观察：观察患者视力、眼压、瞳孔的变化，注意伤口有无分泌物、出血及愈合情况，并作相应护理。特别注意未受伤眼若出现明显充血、视力急剧下降、疼痛加重，应及时报告医生，排除交感性眼炎。

（3）饮食护理：术后加强营养，增强体质，促进伤口愈合，挽救和提高视力。

（4）协助医生换药。

（三）人文护理

根据患者的年龄、性别、知识水平、心理状态及眼损伤状况等，进行积极而耐心的心理疏导，提高患者的心理承受能力和生活适应能力，帮助其稳定情绪，能配合治疗和护理工作。

（四）健康指导

1. 宣传预防眼外伤的基本知识，落实安全保护措施，防患于未然。

2. 眼外伤后应及时到医院检查治疗，切勿耽误，禁止自行采用不科学的方法处理，避免眼的感染。

任务关键

眼球穿通伤及眼内异物有自身的特殊性，手术前后的护理需针对具体情况，避免加重损伤。加强病情观察，早期发现并发症，及时报告医生处理。

四、眼化学伤

导学案例与思考

患者小黄，男，28 岁，建筑工人。在搅拌石灰浆时不慎被石灰水溅入左眼，即感觉畏光流泪，眼睑痉挛，眼痛，视力下降。请思考：

1. 假如你是他的工友，如何帮助他紧急处理？

2. 假如你是眼科护士，患者就诊后，应采取哪些护理措施？

任务准备

【疾病概述】

眼化学伤（ocular chemical injury）指化学物品的溶液、粉尘、气体进入或接触眼部，引起的眼部烧伤。其中酸性和碱性化学物质烧伤最为常见。

1. 酸性烧伤　酸对蛋白质有凝固作用。酸性溶液浓度较低时，仅有刺激作用；强酸能使组织蛋白凝固坏死。由于凝固的蛋白不溶于水，能阻止酸性物质继续向深层渗透，与碱烧伤相比其组织损伤相对较轻。

2. 碱性烧伤　碱能溶解脂肪和蛋白质。碱性物质与组织细胞结构中的脂类结合，很快渗透到组织深层和眼内，因而能引起持续性的破坏，导致角膜溃疡、穿孔及眼内炎症。因此，碱烧伤的后果非常严重。

（一）健康史

酸性或碱性化学物质不慎溅入眼。

（二）临床表现

1. 症状　可有不同程度的畏光、流泪，眼睑痉挛，眼痛，视力下降，甚至失明。

2. 体征　根据酸碱烧伤的组织反应，可将其分为轻度、中度及重度三种。

（1）轻度：眼睑及结膜充血、水肿、角膜上皮部分脱落，数日后上皮修复，基本不留瘢痕。

（2）中度：睑皮肤可起水疱或糜烂，结膜部分坏死，血管模糊不清，角膜上皮层完全脱落、混浊，愈后留有角膜斑翳。

（3）重度：结膜广泛缺血性坏死，角膜全层灰白或瓷白色混浊，可出现角膜溃疡、角膜穿孔、角膜白斑、粘连性角膜白斑、角膜葡萄肿、眼球萎缩、青光眼、白内障等并发症。

部分患者合并眼周围组织烧伤，出现皮肤红肿、糜烂、结痂等。

（三）辅助检查

裂隙灯显微镜检查：了解烧伤程度。

【心理－社会状况】

由于眼疼痛，影响视力，损坏眼及周围头面部容貌，患者可有焦虑、悲观失望等心理。

【治疗要点】

1. 现场急救是眼化学伤处理的第一要素。原则是，争分夺秒，就地取水，彻底进行

眼部冲洗，然后就近送入有条件的医院后续治疗。

2. 根据化学反应的特点，给予中和药物治疗。

3. 应用抗生素及散瞳药，预防感染，减轻虹膜后粘连。

4. 积极防治并发症。

5. 角膜瘢痕影响视力，眼底正常者，可行角膜移植术恢复视力。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉紊乱　视力下降，与眼的组织结构受化学物质破坏有关。

2. 急性疼痛　眼痛，与化学物品刺激眼部组织有关。

3. 恐惧　与担心失明等预后有关。

4. 潜在并发症：角膜溃疡、虹膜睫状体炎、继发性青光眼、并发性白内障、眼睑畸形、睑球粘连、结膜干燥症、眼球萎缩等。

5. 知识缺乏：与缺乏眼化学伤相关防治知识有关。

任务目标

1. 患者视力无下降或保护残存视力。

2. 患者眼痛等症状减轻或消失。

3. 患者情绪平稳，能配合眼科治疗和护理。

4. 患者及家属重视该病危害，学会基本的紧急处理伤情常识。

5. 患者不发生或及早发现并发症。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

嘱患者注意休息，避免光线刺激伤眼。患病期间以清淡饮食为主，忌烟酒、辛辣刺激性食物，生活有规律，劳逸结合。

（二）治疗护理

1. 现场急救　伤后立即就地取水（清水或其他水源）反复冲洗，至少 15 分钟。冲洗时应翻转眼睑，转动眼球，暴露穹窿部，将结膜囊内的化学物质彻底冲出。

2. 用药护理

（1）首先控制感染，遵医嘱局部和全身应用抗生素，如滴抗生素眼药水，每日 3~6 次。静脉点滴头孢类或其他抗生素，每日 1 次。

（2）中和洗眼：根据情况可再次冲洗，酸性化学伤用 3%～4% 碳酸氢钠液冲洗；碱性化学伤用 3% 硼酸液冲洗。并检查结膜囊内是否还有酸、碱性物质存留。必要时切开结膜行结膜下冲洗或行前房穿刺冲洗。

（3）散瞳：用 1% 阿托品眼膏涂眼，每晚睡前 1 次，避免虹膜后粘连。

（4）遵医嘱给予糖皮质激素、维生素等注射或口服，减轻炎症反应。病情较重者，可采取以下方法：酸性化学伤用 20% 磺胺嘧啶钠注射液球结膜下注射；碱性化学伤用维生素 C 注射液结膜下注射。

3. 病情观察　密切观察患者眼睑、结膜、角膜等组织变化；测视力、眼压；注意早期发现并发症。情况异常应及时报告医生处理。

4. 手术护理　伤后出现严重并发症或后遗症，需要手术治疗者，如睑外翻矫正、睑球粘连松解、角膜移植等手术，按医嘱做好手术前各项准备，按眼部手术常规护理。

（三）人文护理

尽快稳定患者情绪，耐心向其或家属解释治疗和护理情况，使其了解疾病转归，消除悲观心理，配合医护人员的处理。视力受损严重生活不能自理者，要协助家属照料其生活。

（四）健康指导

1. 发生眼化学伤后，无论轻重均应紧急处理，不可大意。切忌到处寻医或远处就诊，以至化学物质长时间停留在结膜囊，持续产生化学损害，加重病情。

2. 工作中防护措施一定要到位，如防护面具、眼镜、劳保服装，接触危险化学药品前，要先了解清楚其危害和防护措施，再进行接触。

任务关键

现场急救就地取水彻底冲洗伤眼很重要，可为挽救视力赢得时间。

案例分析

患者小黄，男，28 岁，建筑工人。在搅拌石灰浆时不慎被石灰水溅入左眼，即感觉畏光流泪，眼睑痉挛，眼痛，视力下降。为“化学性眼外伤”。石灰水是强碱性液体，溅入人眼后，出现的后果很严重，碱性物质能溶解脂肪和蛋白质，与组织细胞结构中的脂类结合，很快渗透到组织深层和眼内，因而能引起持续性的破坏，导致角膜溃疡、穿孔及眼内炎症。

堂上练习（单项选择）

患者小黄，男，28岁，建筑工人。在搅拌石灰浆时不慎被石灰水溅入左眼，即感觉畏光流泪，眼睑痉挛，眼痛，视力下降。请思考：

1. 现场的紧急处理，正确的是（　　）。

A. 紧急打120求救

B. 用纸巾快速擦去石灰水

C. 就地取水反复冲洗伤眼

D. 尽快到医院急诊

E. 到药店买眼药水滴眼

2. 患者就诊后，以下哪项护理措施不妥？（　　）

A. 4%碳酸氢钠液冲洗伤眼

B. 3%硼酸液冲洗伤眼

C. 1%阿托品眼膏涂伤眼

D. 伤眼予维生素C注射液结膜下注射

E. 测视力，观察患者眼睑、结膜、角膜等组织变化

眼化学伤堂上练习答案

五、辐射性眼外伤

任务准备

【疾病概述】

辐射性眼外伤（radiation injury of eye）是电磁波谱中各种辐射线对眼部组织造成的损害。

（一）健康史

常见的有微波、红外线、可见光、紫外线、X线、中子或质子束照射、γ射线等。其中紫外线损伤最常见，是由电焊、紫外线灯、雪地及水面反光等发出的紫外线被眼表组织吸收，产生光化学反应，引起眼部损伤，称“电光性眼炎”或“雪盲”。

（二）临床表现

以下主要阐述紫外线损伤。

1. 症状　一般在照射后3~8小时发病，轻者仅有眼部异物感或轻度不适，重者可有头痛、眼部剧痛、烧灼感、畏光、流泪和睑痉挛等。急性症状可持续6~24小时，如无感染，48小时内症状逐渐消失。多数病例有短期视力减退。

2. 体征　面部及眼睑皮肤潮红，结膜混合充血，球结膜水肿，角膜上皮点状或片状脱落，角膜反射迟钝，瞳孔缩小等。

3. 并发症　白内障。

（三）辅助检查

常规做裂隙灯显微镜检查。必要时用荧光素染色检查。

【心理－社会状况】

少数电焊工人反复发作，常不予重视。多数患者因角膜刺激征较重，担心失明而出现紧张、焦虑等。

【治疗要点】

轻症不需处理，剧痛者可滴 1% 丁卡因溶液，涂抗生素眼膏，包双眼。

【护理问题 / 诊断】

1. 舒适改变　眼疼痛、畏光流泪，与角膜上皮细胞损伤有关。
2. 有感染的危险　与角膜上皮细胞损伤、抵抗力下降有关。
3. 知识缺乏：缺乏紫外线损伤的防治知识。

任务目标

1. 患者眼痛、畏光流泪等症状减轻或消失。
2. 患眼无感染或并发症。
3. 患者了解该病的发病因素，并学会基本防治常识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

给予清淡饮食，忌烟酒。眼部冷敷，嘱患者戴墨镜避免强光刺激，暂停阅读、看电视。

（二）治疗护理

1. 症状轻者可不处理，眼痛剧烈者给予 1% 丁卡因溶液滴眼，减轻疼痛。

2. 预防感染　局部涂抗生素眼膏，常用红霉素眼膏或金霉素眼膏，包扎双眼。也可用抗生素滴眼液滴眼，常用复方左氧氟沙星滴眼液，每日 3~4 次。

3. 角膜损伤较明显患者，遵医嘱给予重组牛碱性成纤维细胞生长因子滴眼液滴眼，促进角膜上皮细胞修复和再生。

（三）人文护理

患者多为双眼损伤，治疗时包扎双眼，生活不便，应予协助，防止摔倒。耐心向患者解释本病的治疗方法，消除其紧张焦虑心理。

（四）健康指导

电焊施工时要严格按照操作规程，戴好防护面罩或防护眼镜。在阳光下雪地行走，建议戴墨镜。教育儿童不要观看电焊火花。一旦发生本病应及时就医处理。

任务关键

辐射性眼外伤发生后，嘱患者不要揉眼，闭目休息。止痛和预防感染是关键。

课后练习

63. 眼化学伤，下列何种物质造成危害最大？（　　）

A. 硫酸　　B. 盐酸　　C. 氢氧化钠

D. 醋酸　　E. 磷酸

64. 眼化学伤急救措施，正确的是（　　）。

A. 及时送往医院急救　　B. 就地用水冲洗伤眼　　C. 中和液冲洗

D. 滴抗生素液预防感染　　E. 包眼

65. 眼挫伤晶体脱位患者的急诊处理是（　　）。

A. 尽快手术治疗　　B. 先观察　　C. 止痛

D. 包眼，卧床休息　　E. 抗感染治疗

66. 关于角膜异物取出术的叙述，（　　）不妥。

A. 严格执行无菌操作

B. 嵌顿在角膜较深的异物应在表麻后剔除

C. 爆炸性，多发异物应一次取出

D. 已穿透角膜的异物，应在手术室摘除

E. 异物取出后应滴抗生素眼药水或眼膏

67. 给眼部碱烧伤的患者行结膜囊冲洗时，应选用（　　）。

A. 生理盐水　　B. 注射用水　　C. 1∶1 000 升汞液

D. 3% 硼酸溶液　　E. 3% 碳酸氢钠溶液

（68—69 题共用题干）

患者，男，20 岁。左眼被他人拳击伤后视物不清 1 天，经检查诊断为“眼挫伤，前

房积血”。

68. 下列体位正确的是（　　）。

A. 俯卧位　　B. 左侧卧位　　C. 头低脚高卧位

D. 半坐卧位　　E. 胸膝卧位

69. 其护理措施不正确的是（　　）。

A. 遵医嘱应用止血剂　　B. 测眼压　　C. 前房穿刺冲洗

D. 测视力　　E. 结膜囊冲洗

（王增源）

项目十　眼科手术患者的常规护理

一、外眼手术患者的常规护理

外眼手术多在门诊手术室或治疗室进行，护士应对患者进行初步评估，了解病情、相关知识知晓程度和心理状况。

（一）术前护理

1. 评估　包括姓名、性别、年龄、体重等一般资料和疾病诊断、手术名称、手术时间、药敏史、既往史、相关实验室检查等临床资料。了解患者有无急性上呼吸道感染，是否月经期，血压、血糖是否正常。

2. 心理护理　关心患者，主动与之交流，向患者或其家属介绍手术目的、过程、预后，消除其紧张及恐惧心理。

3. 术眼准备　术前 3 天滴抗生素眼药水，手术当天检查有无手术禁忌。术前常规进行结膜囊冲洗。

4. 嘱患者清洗面部，不化妆，取下角膜接触镜及首饰，排空大小便等待手术。

（二）术后护理

1. 观察患者术后伤口有无出血或分泌物渗出、有无明显眼痛，嘱其遵医嘱用药及复诊。

2. 睑板腺囊肿手术后应嘱患者用眼垫压迫术眼约 10 分钟，以防术后出血，术后包眼一天。

3. 泪囊摘除术后需加压包扎 1 天，以防出血。

4. 协助医生换药、拆线。嘱患者定期复查。

二、内眼手术患者的常规护理

内眼手术包括白内障、青光眼、玻璃体病变、视网膜疾病及眼内异物取出等手术。患者多为中老年人，且视功能多已受损，对手术效果及预后普遍担忧，故护理显得非常重要。

（一）术前护理

1. 评估　包括姓名、性别、年龄、体重等一般资料和对手术的知晓及配合程度。了解患者有无急性上呼吸道感染，是否月经期，血压、血糖是否正常。

2. 心理护理　告知患者及家属手术目的，手术前后如何配合医务人员护理，热情回答他们提出的问题，消除顾虑，建立良好的护患关系。

3. 基础护理

（1）为患者提供安静、整洁、安全、舒适的休息环境，消除术前紧张恐惧。

（2）协助患者搞好个人卫生，戴角膜接触镜者术前 1 天取出。

（3）全麻患者术前 6 小时禁食禁饮。

（4）嘱患者去手术室前排空大小便。

4. 术眼准备　协助医生进行眼部检查，术前 3 天滴抗生素眼药水或涂眼药膏。冲洗术眼结膜囊和泪道（眼外伤者除外）。

（二）术后护理

1. 基础护理

（1）术毕患者返回病房后，采用仰卧位或健侧卧位，全麻未醒期间去枕平卧，头偏向一侧，防止误吸。术眼加盖保护眼罩，防止碰撞。

（2）术后活动要适度，避免过度低头及头部振动，控制咳嗽、喷嚏，严禁用力挤、揉、按术眼，以防切口裂开、眼内出血等。

（3）给予高蛋白、多维生素的清淡食物，利于创口愈合。

（4）术后包盖双眼的患者，自理能力下降，应协助及指导患者的饮食、起居、大小便及个人卫生清洁等。

2. 病情观察　观察患者生命体征、伤口情况及有无其他异常。换药时需特别注意术眼敷料有无渗血、分泌物及切口愈合情况等。有分泌物者应注意分泌物性状。如出现发热、术眼疼痛或头痛突然加剧等，应及时报告医生。

3. 用药护理　遵医嘱眼局部或全身用药，并观察药物疗效及有无药物不良反应。常规应用抗生素预防感染；眼疼痛剧烈、呕吐时遵医嘱给予镇痛、止吐药等。

4. 出院指导　嘱患者合理饮食，保持心情愉快，注意保护手术眼。遵医嘱正确用药和按时复诊，出现异常情况，如术眼充血、视力下降等应尽快回医院就诊等。

课后练习

单项选择题

70. 外眼手术术眼准备不正确的是（　　）。

A. 术前 3 天滴抗生素眼药水　　B. 手术当天检查有无手术禁忌

C. 剪去术眼睫毛　　D. 术前 1 小时常规涂眼膏

E. 术前常规冲洗结膜囊

71. 青光眼手术后护理，错误的是（　　）。

A. 严禁用力揉、按术眼　　B. 换药时观察术眼敷料有无渗血

C. 用抗生素预防感染　　D. 术后当天协助患者起居

E. 术后每天冲洗结膜囊 1 次

（王增源）

项目十一　低视力及盲患者的护理与康复

【项目目标】

1. 说出低视力与盲的定义及导致低视力与盲的常见原因；简述低视力与盲患者的护理措施和康复方法；说出爱眼日的日期。

2. 通过对低视力与盲患者的评估，能正确列出主要护理问题；能根据低视力与盲的分级标准判断患者视力损伤的类别和级别。

3. 通过学习，进一步确立爱眼防盲的意识。

任务准备

【疾病概述】

按世界卫生组织（WHO）1973 年制定的低视力（low vision）与盲（blindness）分级标准（表 2-3），将其分为 5 级：1~2 级属于低视力，3~5 级属于盲。但从社会学角度讲，盲又指不能胜任某些职业，甚至生活不能自理者，故又有职业性盲和生活盲之称。低视力是指两眼中好眼最佳矫正视力在 0.05~0.3；盲的标准是指好眼最佳矫正视力 <0.05，或最佳矫正视力虽然 $\geqslant 0.05$，但视野半径 $<10^{\circ}$ 者亦为盲。

表 2-3　低视力和盲的分级标准（WHO，1973）

视力损伤		最佳矫正视力	
类别	级别	较好眼	较差眼
低视力	1 级	＜0.3	≥ 0.1
	2 级	＜0.1	≥ 0.05（指数 /3 m）
盲	3 级	＜0.05	≥ 0.02（指数 /1 m）
	4 级	＜0.02	光感
	5 级	无光感	

视力损伤包括低视力和盲，是世界范围内严重的公共卫生、社会和经济问题。目前估计全世界视力损伤的人群为 1.8 亿人，其中 4 000 万~4 500 万是盲人。全世界盲人患病率为 0.7%，我国是世界上盲人最多的国家，盲人口占全世界盲人的 18%，患病率为 0.5%~0.6%，盲人数约为 500 万人，每年新增盲人约 45 万人。因此，防盲治盲是整个医疗卫生工作中的重点之一。

（一）健康史

根据 1987 年的全国残疾人抽样调查结果，致盲原因前 4 位分别为：白内障（41.06%）、角膜病（15.38%）、沙眼（10.87%）和青光眼（8.80%）。

1. 白内障　是致盲的最主要原因，我国目前盲人中有近半数是由白内障引起的，每年新增白内障盲人约为 40 万。随着年龄增长和老龄化，这一数字还会增加。因此，白内障是我国防盲治盲工作中最优先考虑的问题。

2. 角膜病　角膜病也是致盲的主要原因，以细菌性、病毒性、真菌性等感染性角膜炎最多见。

3. 沙眼　是最常见和可预防的致盲性眼病，青少年发病率较高。

4. 青光眼　青光眼引起的视功能损伤是不可逆的，是我国主要致盲眼病之一。

5. 儿童盲是“视觉 2020”行动提出的防治重点，多由维生素 A 缺乏、新生儿结膜炎、先天性或遗传性眼病和早产儿视网膜病变引起。

6. 糖尿病眼病　糖尿病可引起多种眼部疾病。其中，糖尿病视网膜病变和白内障最常见，是导致视力下降和失明的主要原因。

7. 其他　屈光不正、弱视、眼外伤等。

（二）临床表现

患者因视力问题影响生活、学习和工作，甚至不能自理。

（三）辅助检查

1. 视力检查　远、近视力检查是低视力患者最基本、最重要的检查，是反映低视力眼病严重程度的主要指标，也是计算低视力助视器放大率的基础。低视力患者验光较一般患者复杂，应以检影验光为基础。主觉验光以插片为主，一般不主张用综合验光仪。

2. 视野检查　是了解患者病变程度和提供低视力助视器的依据。

3. 对比敏感度检查　低视力患者常伴有对比敏感度降低，检查此情况有助于验配助视器。

4. 其他检查　色觉、光觉、眼部 B 超以及视觉电生理等检查。

【心理－社会状况】

1. 患者接受视力残疾过程的情感变化可有：震惊、否认、怨恨、消极、试图改变结果、接受等。一般后期阶段患者情绪稳定，为低视力康复的最佳阶段。

2. 由于社会环境多以视觉的标准构建，视力残疾人常因社交障碍，易产生个性心理反应，如偏执、敏感、孤僻、怯懦、情绪不稳定、有依赖性等。

【治疗要点】

防治主要致盲性眼病，向视力残疾患者提供合适的助视器，并通过适当的训练，使其能熟练掌握助视器的使用，能最大限度地利用其残存的视力，提高生活自理的能力。

【护理问题 / 诊断】

1. 有受伤的危险　与视力残疾，不能正常识别环境中的危险因素有关。

2. 自理缺陷　行走、穿衣、如厕不便与视力残疾，不能正常分辨和适应周围环境有关。

3. 功能障碍性悲哀　与视力下降，长期不能恢复，影响生活自理有关。

4. 知识缺乏：缺乏低视力与盲相关自我保健知识。

任务目标

1. 患者学会基本的居家自我保健知识。

2. 患眼居家和环境尽量消除不安全因素，不发生意外受伤。

3. 患者通过训练提高生活自理能力。

4. 患者有自我心理调节能力，积极面对生活。

任务实施

主要的护理措施及康复方法有以下方面。

（一）心理疏导

视力丧失是情感上最难以接受的躯体障碍之一，涉及心理和社会问题较多，对视力丧失者、整个家庭及其他相关人员都有影响。因此，应予以足够重视。应和患者及家属多交流，耐心解释病情及治疗情况，倾听其心理感受，安慰和开导患者接受视力残疾现实，提供有效的康复帮助。使其坚持进行低视力康复，树立生活自信心。

（二）康复治疗

1. 手术治疗　白内障、青光眼、角膜瘢痕等眼科疾病均可通过手术方式治愈，恢复视力的。应根据患者的具体情况和手术方式，做好术前准备及术后护理。

2. 助视器　低视力患者或仍有部分视力的盲人，可建议其使用助视器提高生活质量。

（1）目前使用的助视器有远、近两种。远用助视器，它是借助其光学性能来提高视力的，常用放大倍数为 2.5 倍的 Galileo 式望远镜以看清远方景物。但远用助视器不适于行走时佩戴。近用助视器的种类较多，常用的有手持放大镜、立式放大镜等。

（2）指导患者训练使用助视器。首先讲解助视器的使用方法及注意事项，指导患者进行远、近距离视觉功能性训练，使其学会用助视器认识、注视、辨认、追踪、搜寻、记忆目标等技能，最大限度地利用残存的视力。

3. 高科技产品应用　现代科学技术生产的高科技产品，如声纳眼镜、障碍感应发生器、激光手杖等，虽不能使盲人复明，但可带来方便。

（三）健康指导

指导低视力患者学会日常生活技巧，生活用品放置要固定，取放要方便，以提高生活自理能力；低视力残疾人的生活、居住环境应安全和无障碍物，以免受伤。

1. 根据日常生活需要和客观条件，在电话使用、写字、看书看报方面尽可能提供为低视力患者特制的物品，如大型号拨号盘或触摸式电话，以及字非常大的紧急使用电话本等，指导患者通过触摸辨认钱币面值大小。

2. 针对活动有困难的低视力患者，使他们在复杂环境中能有效地使用视功能独立行走或使用公共交通工具以及安排好日常的基本生活。

3. 指导使用长手杖，有条件的提供引路犬。

任务关键

防盲治盲的关键是重视各种致盲性疾病的早发现早治疗，定期在学校中进行视力普查。防盲治盲的重点在社区，通过初级保健服务、卫生宣教、普及知识，指导低视力患者和盲人的康复治疗，以及他们家属对患者的居家护理。为患者提供方便和大多数人能

负担起的眼镜和助视器，达到社会和谐。

爱眼日

1992 年 9 月 25 日，天津医科大学眼科教授王延华与流行病学教授耿贯一首次向全国倡议，在国内设立爱眼日，并在天津召开了全国爱眼日第一次研讨会。1996 年，卫生部、教育部、团中央、中国残联等 12 个部委联合发出通知，重新确定每年 6 月 6 日为“全国爱眼日”。

课后练习

单项选择题

72. 盲的标准是指好眼最佳矫正视力为（　　）。

A. ＜0.1　　B. ＜0.08　　C. ＞0.06

D. ＜0.05　　E. ＜0.02

73. 目前我国致盲率最高的眼病是（　　）。

A. 白内障　　B. 青光眼　　C. 沙眼

D. 角膜病　　E. 屈光不正

74. 盲与低视力健康指导不包括（　　）。

A. 指导患者学会日常生活技巧

B. 定期进行视力检查

C. 生活用品放置要固定，取放要方便

D. 生活、居住环境应安全和无障碍物

E. 避免受伤

75. 全国爱眼日是（　　）。

A. 5 月 12 日　　B. 3 月 3 日　　C. 8 月 20 日

D. 10 月 15 日　　E. 6 月 6 日

（76—77 题共用题干）

患者，男，62 岁。双眼患开角型青光眼 15 年，已行手术治疗，同时口服药物及滴眼药水控制眼压治疗，双眼视力仍缓慢下降。眼科检查：右眼视力 0.04，左眼视力 0.02，双眼视盘明显萎缩。

76. 该患者属视力损伤（　　）。

A. 1 级　　B. 2 级　　C. 3 级

D. 4 级　　E. 5 级

77. 该患者的护理措施中不包括（　　）。

A. 心理疏导　　B. 指导使用长手杖　　C. 有条件的提供引路犬

D. 佩戴偏光眼镜　　E. 避免受伤

（王增源）

HEP

第二部分

耳鼻咽喉科护理

HEP

模块三 耳的应用解剖及生理功能

【模块目标】

1. 叙述耳部的解剖特点及生理功能。
2. 能够在模型、挂图上指出耳的解剖结构。
3. 在所掌握的知识结构基础上，能树立整体观念和认真细致的学习态度。

一、耳的应用解剖

耳（ear）由外向内分为外耳、中耳和内耳（图 3-1）。

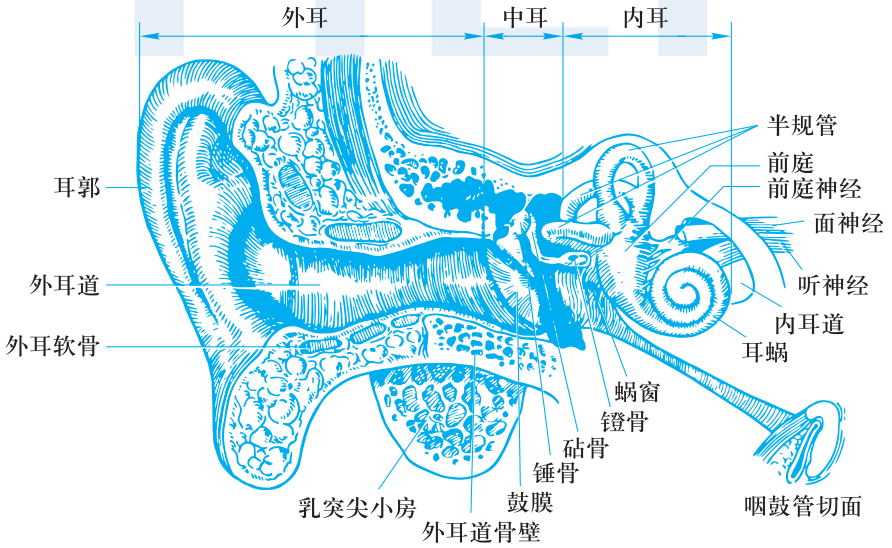


图 3-1　外耳、中耳、内耳关系示意图

（一）外耳

1. 耳郭（auricle）　主要由软骨支架构成，被覆软骨膜和皮肤。

2. 外耳道（external acoustic meatus）　分为骨部和软骨部。起自外耳道口，止于鼓膜。外 1/3 为软骨部，内 2/3 为骨部。软骨部皮肤有耵聍腺、毛囊和皮脂腺，是耳疖的好发部位。

耳郭

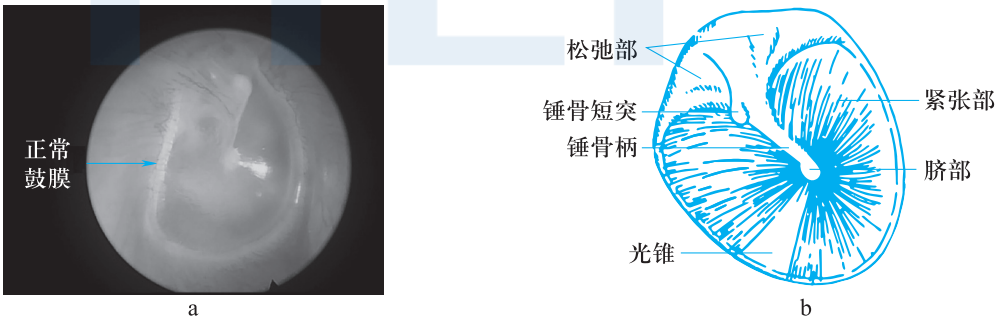
耳郭皮肤血管表浅、皮下血循环较差，冬天可引起冻疮；耳郭软骨膜与皮肤黏着紧密，炎症时易出现压迫，若引起软骨膜炎，会导致耳郭畸形。

（二）中耳

中耳（middle ear）由鼓室、鼓窦、乳突和咽鼓管组成。

1. 鼓室（tympanic cavity）　为鼓膜与内耳外侧壁之间的含气腔。鼓膜紧张部上缘平面以上部分为上鼓室，紧张部下缘平面以下部分为下鼓室，上、下鼓室之间为中鼓室。

（1）鼓室壁：有外、内、前、后、上、下 6 个壁。① 外壁主要被鼓膜占据，为椭圆形、半透明之薄膜，有 6 个解剖标志（图 3–2）。② 内壁是内耳的外壁，鼓岬系耳蜗底周，在内壁中央膨凸，前庭窗位于鼓岬后上方，蜗窗位于鼓岬后下方。面神经的水平部管突，位于前庭窗上方。外半规管凸位于面神经管突后上方。③ 前壁上部有二口，上有鼓膜张肌半管的开口，下有咽鼓管半管的鼓室口。④ 后壁上部有鼓窦入口，是上鼓室和鼓窦相通之处。⑤ 上壁与颅中窝的大脑颞叶分隔，又称鼓室盖。⑥ 下壁为薄骨板，将下鼓室与颈静脉球分隔。



a　　b

图 3–2　鼓膜

a. 右耳正常鼓膜像　b. 鼓膜标志

（2）鼓室内容：由锤骨、砧骨和镫骨相连接而成听骨链。锤骨柄连接鼓膜，镫骨足板借环韧带连接于前庭窗。

2. 鼓窦（tympanic sinus）为鼓室后上方的含气腔，前方通向上鼓室，向后下连通乳

突气房，上壁以鼓窦盖与颅中窝相隔。

3. 咽鼓管（pharyngotympanic tube）鼓室口起于鼓室前壁，向内、下、前方斜行止于鼻咽侧壁的咽鼓管咽口。当张口、吞咽、呵欠时，咽口开放，保持鼓室内、外气压平衡。小儿咽鼓管短而宽，又接近水平，因此小儿的咽部炎症容易经咽鼓管感染到中耳引起中耳炎。

4. 乳突（mastoid process）乳突腔内含有似蜂窝样、大小不同、相互连通的气房，2岁以后乳突气房开始发育，按照其发育程度分为气化型、板障型、硬化型、混合型，后壁借骨板与乙状窦和颅后窝相隔。

（三）内耳

内耳（internal ear）又名迷路，膜迷路位于骨迷路之内。骨迷路与膜迷路之间充满外淋巴，膜迷路含有内淋巴，内、外淋巴互不相通（图3-3）。

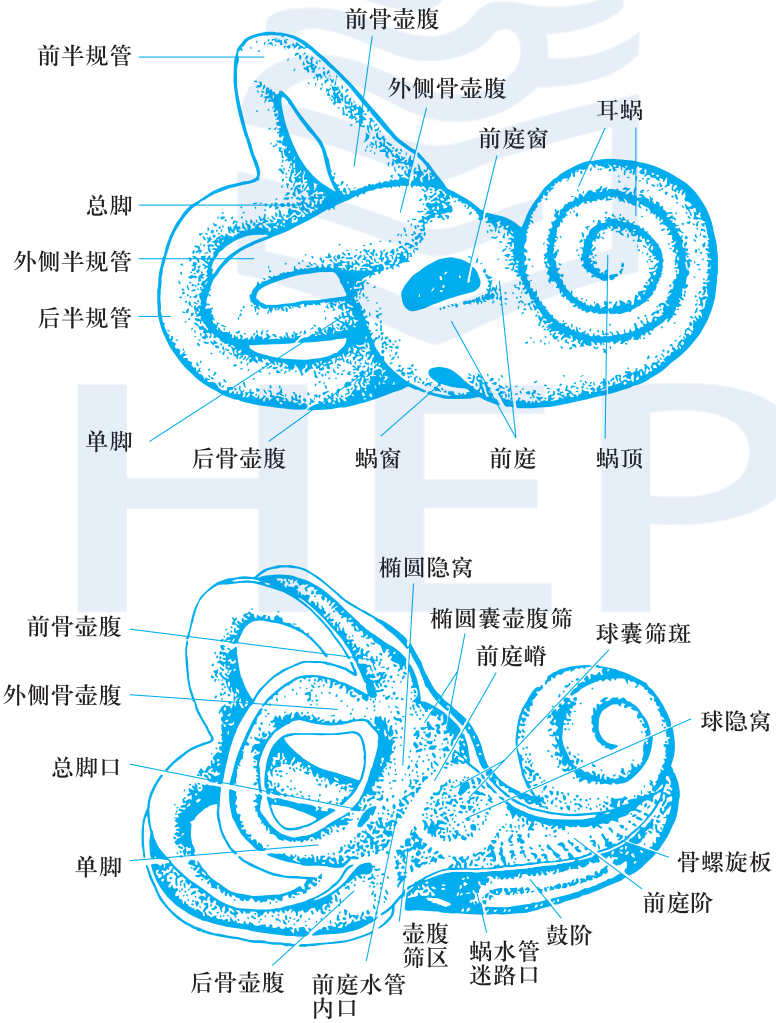


图3-3　内耳

1. 骨迷路　为骨性结构，包括耳蜗、前庭和半规管。

（1）前庭：位于耳蜗和半规管之间，略呈椭圆形，后上部与3个骨半规管的5个开口相通，其外壁即鼓室内壁的一部分，有前庭窗为镫骨足板所封闭。

（2）骨半规管：位于前庭的后上方，3个骨管均呈弓状弯曲，互为直角。依其所在部位，分别称外（水平）、前（垂直）、后（垂直）半规管。每个半规管的两端均开口于前庭，其一端膨大称壶腹。前半规管内端与后半规管上端合成一总脚通向前庭，因此3个半规管共有5孔通入前庭。

（3）耳蜗：位于前庭的前面，形似蜗牛壳，由中央的蜗轴和周围的骨蜗管构成。骨蜗管旋绕蜗轴2.5~2.75周，底周相当于鼓岬。骨蜗管被前庭膜和基底膜分为上、中、下三部分。

2. 膜迷路　由椭圆囊、球囊、膜蜗管及膜半规管组成，各部相互连通，借纤维束固定于骨迷路内。位于基底膜上的螺旋器又名Corti器，是由内、外毛细胞、支柱细胞和盖膜等组成，是听觉感受器的主要部分。椭圆囊和球囊内分别有位觉斑，感受位觉。

二、耳的生理功能

耳有听觉和平衡功能。

（一）听觉功能

声波通过空气传导和颅骨传导进入内耳，再将神经冲动送至听觉中枢，前者称为空气传导，后者称为骨传导。正常情况下，以空气传导为主（图3-4）。

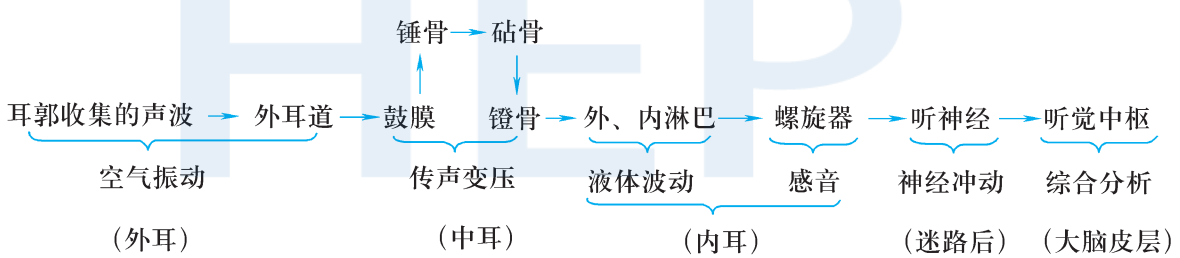


图3-4　声波的传导

会说话的玻璃窗

在德国北莱茵－威斯特法伦州早高峰时间的城铁里，不少乘客把头倚靠在窗玻璃上打盹。突然，那些头靠着窗玻璃的乘客听到有人在耳边说悄悄话，睡意全无的人们立刻坐直身体，声音也随之消失，当人们再把头贴在窗玻璃上，神秘的声音再度响起。这就是德国BBDO广告公司联合助听器制造商一起研发并测试的“会说话的玻璃窗”，利用的是骨传导技术。骨传导是声波直接经颅骨振动途径，使耳内淋巴液发生相应的波动，激动耳蜗的螺旋器而产生听觉。

（二）平衡功能

人维持平衡，主要依靠前庭系统、视觉系统和本体感觉系统，其中前庭系统是最重要的平衡系统。前庭系统能感知头位及其变化，半规管感受角加速度的刺激，前庭中的球囊斑和椭圆囊斑能感受直线加速度的刺激，维持身体的平衡。

课后练习

单项选择题

78. 听骨链的连接自外向内是（　　）。

A. 锤骨——砧骨——镫骨　　B. 锤骨——镫骨——砧骨

C. 砧骨——镫骨——锤骨　　D. 镫骨——锤骨——砧骨

E. 镫骨——砧骨——锤骨

79. 关于外耳道的描述，错误的是（　　）。

A. 略呈 S 形弯曲　　B. 是声波传导的通道

C. 骨部中段狭窄　　D. 外 1/3 为骨部

E. 皮肤内含有耵聍腺

80. 关于中耳的解剖，错误的是（　　）。

A. 位于颞骨内　　B. 以鼓室盖与颅中窝相隔

C. 下壁与颈静脉球相隔　　D. 通过一管道与鼻咽相通

E. 内壁为鼓膜

81. 对鼓膜的描述，错误的是（　　）。

A. 是外耳道与中耳之间的隔膜　　B. 附于锤骨上

C. 外观呈珠白色　　D. 后下方有光锥

E. 有 6 个解剖标志

82. 乳突气房开始发育的年龄是（　　）。

A. 2 岁后　　B. 3 岁后

C. 出生后 15 个月　　D. 出生后 2 个月

E. 出生后即开始

83. 通过感知头位及其变化，维持人体平衡的主要器官是（　　）。

A. 皮肤　　B. 眼　　C. 耳

D. 小脑　　E. 大脑

（姜宪辉）

模块四 耳科疾病患者护理

项目一　耳部常见疾病患者的护理

【项目目标】

1. 说出常见中耳炎和梅尼埃病的主要临床表现及治疗要点；指出急性化脓性中耳炎最常见的感染途径。

2. 能对外耳道炎、鼓膜外伤、眩晕发作做出初步处理；通过对患者的评估，能正确列出常见中耳炎和梅尼埃病的主要护理问题；学会耳部常见疾病的护理措施。

3. 能依据临床表现判断耳聋的分类和分级，并能对耳聋患者进行康复指导。

4. 通过学习，培养严谨的工作态度，关爱耳疾患者，提高防聋意识。

一、外耳道炎

任务准备

【疾病概述】

外耳道炎（external otitis）是外耳道皮肤的弥漫性炎症，有急性和慢性两类。

（一）健康史

患者常因挖耳、游泳或洗头外耳道进水、化脓性中耳炎脓液刺激等引起，主要是细菌感染，糖尿病患者机体抵抗力下降较易患此病。

（二）临床表现

1. 症状　急性外耳道炎者表现为轻度耳痛、灼热感，有少量分泌物。按压耳屏或牵拉耳郭耳痛稍加重，可有耳周淋巴结肿大、压痛。慢性者以外耳道痒为主。

外耳道疖

早期明显耳痛，张口、咀嚼时加重，牵拉耳郭及按压耳屏疼痛加剧。查体：外耳道壁有丘状隆起，皮肤充血。疖肿成熟破溃后，耳痛减轻。疖肿堵塞外耳道时，有听力减退及耳鸣。

2. 体征　急性外耳道炎检查见外耳道皮肤弥漫性红肿、糜烂。慢性外耳道炎检查可有外耳道皮肤增厚、皲裂、脱屑等，少数患者有分泌物，外耳道腔变窄。

（三）辅助检查

实验室检查　外耳道分泌物涂片镜检，排除外耳道真菌感染。

【心理－社会状况】

因外耳道疼痛、瘙痒等不适出现焦虑、烦躁心理。

【治疗要点】

以滴耳、洁耳等局部治疗方法为主，控制炎症，减轻或消除耳痛、耳痒等不适。

【护理问题/诊断】

1. 急性疼痛　耳痛，与外耳道急性炎症刺激有关。
2. 知识缺乏：缺乏外耳道炎的防治及护理知识。

任务目标

1. 患者耳痛减轻或消失。
2. 患者学会外耳道日常护理常识，戒除易造成外耳道损伤或污染的不良习惯，能配合护理和治疗。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

发病期间嘱患者忌吃油炸食物，糖尿病者需按医嘱合理饮食。

（二）治疗护理

1. 洁耳和滴耳　分泌物多者可用3%过氧化氢溶液清洁外耳道，每日2~3次。洁耳时使用耳用棉签擦拭，动作应轻柔。遵医嘱滴用抗生素类滴耳液，常用药物有3%硼酸乙醇滴耳液、0.3%氧氟沙星滴耳液、0.5%氯霉素滴耳液等，每日2~3次。

2. 用药护理　必要时遵医嘱给予口服抗生素治疗，首选大环内酯类抗生素。外耳道分泌物较多或耳痒较重，可酌情给予抗组胺药或糖皮质激素治疗。

3. 理疗　局部给予红外线照射等物理治疗，促使炎症消退，缓解疼痛。

（三）人文护理

耐心向患者介绍外耳道炎治疗和护理的方法，鼓励患者克服焦虑情绪，积极配合护理工作。

（四）健康指导

1. 纠正经常挖耳的习惯；洗头、洗澡时尽量避免水进入外耳道内，游泳后可将耳朝下片刻，让水自然流出后擦干。

2. 定期清理耵聍，但注意勿损伤外耳道皮肤。

任务关键

减少对外耳道的刺激，保持外耳道干燥。

二、鼓膜外伤

任务准备

【疾病概述】

鼓膜外伤（tympanic membrane trauma）是指鼓膜受到直接或间接的外力冲击所致的损伤。多为单耳，偶见双耳。

（一）健康史

常见的原因有以下两方面。

1. 挖耳、取耵聍或外耳道异物时不慎损伤。

2. 外耳道气压突发升高，如巨大爆破声、高台跳水、被掌击耳部等。意外事故如车祸导致颞骨纵行骨折可造成鼓膜损伤。

（二）临床表现

1. 症状　单纯鼓膜外伤，表现为突发耳鸣、耳痛、伴听力减退、耳闭塞感。如合并

内耳受损，则出现眩晕、恶心、呕吐。

2. 体征　外耳道有少量血迹，鼓膜多呈圆形或不规则裂隙状穿孔（图 4-1），边缘有少量血迹或血痂。较小的穿孔不易观察。颞骨骨折者，外耳道流血较多，可有脑脊液耳漏。

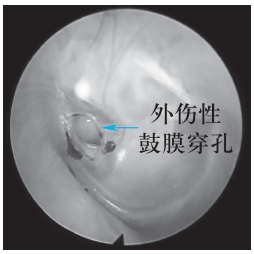


图 4-1　左耳鼓膜外伤穿孔

（三）辅助检查

音叉检查：伤耳为传导性聋或混合性聋。

【心理 - 社会状况】

可因耳鸣、听力急剧减退而产生恐惧心理。部分患者担心听力无法恢复而焦虑不安。

【治疗要点】

1. 保持外耳道清洁，预防感染。
2. 穿孔较大不能自然愈合，可行鼓膜修补术。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉紊乱　听力下降、耳鸣，与鼓膜受损有关。
2. 有感染的危险　与外伤有关。
3. 知识缺乏：缺乏预防鼓膜外伤的相关知识。

任务目标

1. 患者耳鸣减轻或消失，促进听力提高。
2. 消除可能引起感染的各种因素。
3. 患者学会预防鼓膜损伤的常识，懂得一旦发生鼓膜损伤如何避免伤耳污染，能配合护理和治疗。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

预防感冒，避免噪声刺激，眩晕者宜卧床休息。

（二）治疗护理

1. 伤耳护理　清除外耳道异物，用 75% 乙醇棉球擦拭消毒外耳道及耳郭后，外耳道口留置 1 个消毒干棉球，防止水及污物经外耳道进入中耳。堵塞外耳道的棉球每天更

换 1 次。

2. 用药护理　遵医嘱给予抗生素口服 3~5 天，预防感染，常用的药物有头孢类和大环内酯类抗生素。耳鸣、眩晕较重者，酌情给予安定及 B 族维生素口服。

3. 病情观察　鼓膜穿孔多在伤后 3~4 周内自行愈合，较大且经治不愈的穿孔可行鼓膜修补术。鼓膜修补术后注意观察有无感染征象，如有异常，及时报告医生处理。

（三）人文护理

帮助患者树立信心，告知患者大多数鼓膜损伤预后良好，缓解其紧张焦虑心理，积极配合治疗和护理。

（四）健康指导

1. 告知患者外伤后 3 周内外耳道不可进水或滴药，勿用力擤鼻涕、打喷嚏。
2. 养成良好的卫生习惯，戒除经常挖耳的习惯。
3. 鼓膜外伤后需预防上呼吸道感染，谨防细菌经咽鼓管进入中耳腔，引起中耳炎。

任务关键

患侧耳禁止冲洗及滴药，以免继发感染。伴有脑脊液耳漏者，置头高脚低体位，禁止堵塞外耳道。

三、分泌性中耳炎

任务准备

【疾病概述】

分泌性中耳炎（secretory otitis media）是以鼓室积液及传导性聋为主要特征的中耳非化脓性炎症。本病多发于冬春季节，是听力下降常见的原因之一。分泌性中耳炎有急性和慢性两种，病程超过 8 周以上者为慢性。

（一）健康史

一般认为本病原因有 3 方面。

1. 咽鼓管功能障碍　包括咽鼓管机械性阻塞及咽鼓管口开闭功能障碍。常见儿童腺样体肥大、鼻炎、后鼻孔填塞、鼻咽癌等。

2. 感染　多见于上呼吸道感染，一些低毒性细菌进入中耳腔引起轻微的感染。

3. 变态反应　儿童免疫系统尚未完全发育成熟，上呼吸道感染后易诱发中耳腔变态反应。

（二）临床表现

1. 症状　患者可有发热、乏力等不适。觉轻微耳痛、耳闭塞感，听力下降伴低音调间歇性耳鸣，有自声增强现象。小儿表现为对声音反应迟钝、注意力不集中、学习成绩下降等。

2. 体征　急性者鼓膜周边或全鼓膜充血，鼓膜内陷，鼓膜标志变形或消失。鼓室积液时可见到凹面向上的液平面。慢性者鼓膜内陷、增厚、色浑浊，充血不明显。

（三）辅助检查

1. 听力检查　纯音听阈测试及音叉试验均示传导性聋。声导抗图为平坦型（图 4-2b），提示有鼓室积液，是分泌性中耳炎的典型曲线；负压型（图 4-2c）则提示咽鼓管功能不良。

2. 影像学检查　鼻咽部 CT 扫描或鼻内镜检查，排除鼻咽癌。

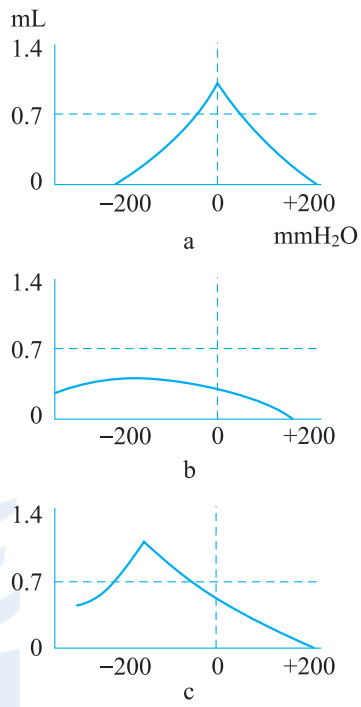


图 4-2　声导抗图

a. 正常型　b. 平坦型　c. 负压型

【心理 - 社会状况】

急性期因耳鸣、听力下降易产生焦虑不安。慢性患者由于病程长、听力差，影响人际沟通，会导致自卑。

【治疗要点】

1. 早期应用抗生素和糖皮质激素治疗，尽快控制感染。常用药物为头孢类抗生素和地塞米松，静脉滴注的效果较佳。

2. 施行鼓膜穿刺术，清除中耳腔积液。

3. 积极消除病因，改善咽鼓管通气功能。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉紊乱　听力下降、耳鸣，与鼓室积液有关。

2. 焦虑　与听力下降有关。

3. 知识缺乏：缺乏分泌性中耳炎的防治和护理知识。

任务目标

1. 患者耳鸣减轻或消失，听力好转。

2. 患者焦虑状况减轻或消失。

3. 患者了解分泌性中耳炎的常见原因，学会简单的听力康复方法，能配合护理和

治疗。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

全身症状较重的患者，嘱其休息，避免噪声刺激。患病期间以清淡饮食为主，忌烟、酒、辛辣刺激性食物。生活有规律，劳逸结合。

（二）治疗护理

1. 滴鼻　根据医嘱正确使用滴鼻剂，患者仰卧，用 0.5%～1% 麻黄碱滴鼻剂滴鼻，每日 3 次，收缩咽鼓管口黏膜，改善咽鼓管通气功能。

2. 急性期遵医嘱给予抗生素和糖皮质激素静脉滴注，控制感染，减轻中耳腔炎性渗出。

3. 增加中耳腔含气量　待上呼吸道急性炎症消退后可采用捏鼻鼓气法、波氏球法或导管法进行咽鼓管吹张，减轻中耳腔负压，提高听力。小儿可通过咀嚼口香糖等方法促使咽鼓管开放。

4. 清除鼓室积液　鼓室积液较多、治疗后吸收慢的患者，应采用鼓膜穿刺术，清除鼓室积液（图 4–3）。慢性患者也可行鼓膜切开或鼓室置管术。鼓膜穿刺抽液后，向鼓室内回注 0.5 mL 的盐酸泼尼松注射液，效果更佳。

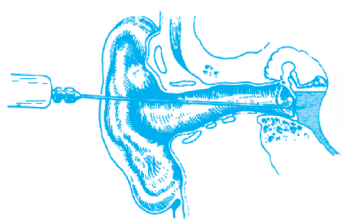


图 4–3　鼓膜穿刺术

鼓膜穿刺术

清洁外耳道后，用 75% 乙醇常规消毒 2 次，取耳用小棉签蘸取 1% 丁卡因溶液置于鼓膜表面麻醉，在一次性 2 mL 注射器套上长 5 号注射器针头（针尖斜面磨短），于鼓膜前下方进针，小心抽取鼓室积液。注意进针深度，勿损伤内耳。操作完成后，外耳道口置一个消毒干棉球。

（三）人文护理

帮助患者积极寻找病因，消除焦虑情绪。关心听力不佳的儿童，鼓励他们树立信心，克服自卑，积极配合治疗。

（四）健康指导

1. 加强锻炼，增强机体抵抗力，防止感冒，减少发病。

2. 积极治疗鼻及咽部疾病，成年患者常规做鼻咽镜检查，必要时行鼻咽部活检以排

除鼻咽癌。

3. 积极向家长及老师宣传本病的防治知识，建议 10 岁以下儿童定期进行听力检查，做到早发现早治疗。

任务关键

1. 治疗护理时，不能使用如庆大霉素等有耳毒性的药物，以免加重耳聋。

2. 施行鼓膜穿刺术时，须严格做到无菌操作，术后用消毒干棉球堵塞外耳道口，预防继发化脓性中耳炎。

四、急性化脓性中耳炎

导学案例与思考

患者陈某，女，6 岁。2 天前因感冒高热，右耳疼痛，咀嚼时加重，自觉听力明显下降。今天早上家长发现患儿耳有脓血性分泌物流出，量较多。就诊时 T 38.3 ℃，精神差，右耳流脓。如果你是责任护士，请思考：

1. 患者目前主要的问题是什么？

2. 患者为什么会出现这些问题？

3. 你怎样参与此患者的治疗护理？

任务准备

【疾病概述】

急性化脓性中耳炎（acute suppurative otitis media）是中耳黏膜的急性化脓性炎症。好发于儿童，年龄越小发病率越高。冬春季常见，多继发于上呼吸道感染。

（一）健康史

本病由细菌感染，主要致病菌为葡萄球菌、溶血性链球菌、肺炎球菌等。其感染途径有：

1. 咽鼓管途径　这是最常见的途径，细菌经咽鼓管直接进入中耳腔。由于婴幼儿咽鼓管具有短平宽特点，咽部致病菌或分泌物较成人更易由此侵入鼓室。

小儿咽鼓管的特点

为什么哺乳姿势不当可引起中耳炎？

不恰当的哺乳姿势如平卧位哺乳，婴儿呕吐鼻腔反流，乳汁经咽鼓管溢入中耳腔，

这些因素也为婴幼儿急性化脓性中耳炎最常见的诱因。

2. 鼓膜途径　致病菌可直接由外耳道经穿孔的鼓膜进入中耳。可见于鼓膜外伤、鼓膜穿刺、鼓膜穿孔未愈污水入耳等。

3. 血行感染　极少见。偶见外耳道疖等化脓性感染经血循环途径感染。

（二）临床表现

1. 症状　患者畏寒、高热、乏力。小儿较成人重，可伴呕吐、腹泻。初期常有耳闭塞感，继而出现剧烈耳痛，表现为搏动性跳痛或刺痛，可向同侧头部放射，伴低音调耳鸣和听力减退。治疗不及时，鼓膜穿孔流脓，早期为血性脓液。鼓膜穿孔后，全身症状及耳痛减轻，听力略有好转。

2. 体征　鼓膜呈弥漫性充血、水肿、外隆，正常标志消失。鼓膜穿孔多位于前下方。乳突部可有轻压痛。

（三）辅助检查

1. 听力检查　多为传导性聋。

2. 实验室检查　白细胞总数增多，中性粒细胞增加，鼓膜穿孔后血象逐渐正常。

【心理－社会状况】

急性化脓性中耳炎常见于小儿，其耳痛、听力下降、耳流脓等可引起患儿烦躁不安、哭闹，家长也因此焦虑。少数家长对本病不重视而延误治疗。

【治疗要点】

1. 尽快用抗生素控制感染，常用青霉素类、头孢类抗生素静脉滴注治疗。
2. 积极清理外耳道积脓，通畅引流，局部使用抗生素类滴耳液滴耳。

【护理问题 / 诊断】

1. 体温过高　与炎症引起全身反应有关。
2. 急性疼痛　耳痛，与中耳腔急性炎症有关。
3. 感知觉紊乱　听力下降、耳鸣，与鼓室积脓有关。
4. 知识缺乏：缺乏急性化脓性中耳炎的治疗和预防知识。

任务目标

1. 患者耳痛减轻或消失。
2. 体温恢复正常。
3. 患者听力好转或恢复正常。
4. 患者情绪平稳，能配合护理和治疗。家长学会基本的中耳炎防治常识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 嘱患者卧床休息，多饮水，给予营养丰富、易消化的饮食，保持大便通畅。

2. 高热者实施物理降温或遵医嘱给予解热镇痛药。

（二）治疗护理

1. 用药护理　遵医嘱早期、足量使用有效的抗生素治疗。使用青霉素类、头孢菌素类等药物治疗前，应做皮试。症状特别严重的可酌情加用糖皮质激素。患者退热、耳流脓停止后，仍需继续用药 5~7 天。停药过早，治疗不彻底易反复发作。

2. 耳部护理

（1）鼓膜穿孔前：重点是消炎止痛，常使用 2%酚甘油、0.3%氧氟沙星滴耳液滴耳。

（2）鼓膜穿孔后：先用耳用棉签拭净外耳道脓液，给予 3%过氧化氢清洁之；然后滴用抗生素类滴耳液，如 0.3%氧氟沙星滴耳液等。不再使用 2%酚甘油滴耳，以免脓液与药液起化学反应，损伤鼓室黏膜。炎症逐渐消退后，可用 2.5%新霉素甘油或 3%硼酸乙醇滴耳液滴耳。禁止使用不溶于水的粉剂，以免与脓液混合后结块，影响引流。

如何正确滴耳?

（3）给予 1%地塞米松麻黄碱滴鼻液滴鼻，可改善咽鼓管的引流，减轻中耳炎症。

3. 病情观察　如持续高热，耳痛加剧，耳后软组织红肿、压痛，可能合并急性乳突炎，应报告医生处理。

（三）人文护理

针对住院的患儿，病房布置尽可能体现家庭式的舒适、温馨、方便，有利于消除患儿的陌生感和恐惧感。护士需及时了解患儿病情变化、需求和家长的顾虑，详细介绍急性中耳炎治疗护理的方法，善于与患儿及家长沟通交流，鼓励他们积极配合治疗和护理，早日康复。

（四）健康指导

1. 向社区群众宣传急性中耳炎的预防方法：感冒时宜采用正确的擤鼻方法，防止并发中耳炎；哺乳期妇女需采用正确的哺乳姿势；平时要劳逸结合，加强锻炼，增强机体抵抗力等。

2. 小儿感冒后出现耳痛、摇头抓耳、哭闹不安等，应及时到耳鼻咽喉科就诊，排除急性中耳炎；教会患者或家长正确洁耳、滴耳的方法。

3. 中耳炎未愈不宜游泳，防止迁延为慢性化脓性中耳炎。

任务关键

急性化脓性中耳炎患者多为小儿，他们不能正确讲述病史。早发现，早治疗，护理得当是至关重要的，可避免并发症，保护听力。

案例分析

患儿发热、耳痛、听力下降、耳流脓，是急性化脓性中耳炎的临床特点。本病例患儿感冒后会因擤鼻使鼻咽部气压增大，而小儿咽鼓管具有短、平、宽的特点，细菌易经咽鼓管逆行感染中耳腔导致中耳炎。其护理措施包括：降低体温、合理饮食、遵医嘱静脉滴注抗生素等，耳部护理时需注意鼓膜穿孔前后选用的药物不同。急性化脓性中耳炎治疗力求彻底，护士在护理过程中，应密切注意病情观察，并及时向医生反馈信息。

堂上练习（单项选择）

患者陈某，女，6岁，因感冒高热，右耳疼痛，咀嚼时加重，自觉听力明显下降。今天早上家长发现患儿耳有脓血性分泌物流出，量较多。就诊时T 38.3 ℃，精神差，右耳流脓。

1. 患儿可能患有（　　）。

A. 龋齿　　B. 耳疖　　C. 急性分泌性中耳炎

D. 急性化脓性中耳炎　　E. 耳外伤合并感染

2. 感冒引起耳部流脓，感染的途径最主要的是（　　）。

A. 鼻泪管途径　　B. 咽鼓管途径　　C. 鼓膜途径

D. 血循环途径　　E. Schlemm管途径

3. 患者的耳部护理不选择的药物是（　　）。

A. 2%酚甘油滴耳液　　B. 3%过氧化氢溶液　　C. 2.5%氯霉素甘油滴耳液

D. 0.3%氧氟沙星滴耳液　　E. 5%复方碳酸氢钠滴耳液

急性化脓性中耳炎堂上练习答案练习答案

五、慢性化脓性中耳炎

任务准备

【疾病概述】

慢性化脓性中耳炎（chronic suppurative otitis media）是中耳黏膜、骨膜或骨质的慢

性化脓性炎症。通常与慢性乳突炎合并存在，病程迁延超过 8 周以上。其临床特点是耳反复流脓、鼓膜穿孔及听力下降。慢性化脓性中耳炎可引起颅内、颅外并发症，严重者会危及生命。

（一）健康史

多因急性化脓性中耳炎治疗不及时或用药不当所致，主要为细菌感染。慢性化脓性鼻窦炎、慢性扁桃体炎、腺样体肥大等局部病灶可成为本病诱因。

（二）临床表现

1. 单纯型　最多见。病变局限于鼓室黏膜，无肉芽组织增生。表现为间歇性耳流脓，量多少不等。脓液无臭味，鼓膜多呈中央穿孔（图 4–4）。听力为轻度传导性聋。

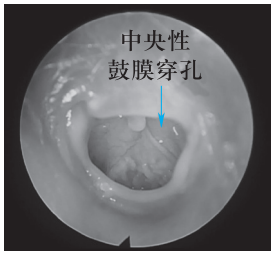


图 4–4　慢性化脓性中耳炎鼓膜中央穿孔

2. 骨疡型　多有不同程度的听小骨损坏，鼓室内有肉芽形成。表现为持续性耳流脓，脓液较黏稠，可有臭味，鼓膜穿孔较大。听力为轻、中度传导性聋。

3. 胆脂瘤型　中耳有胆脂瘤形成。表现为长期耳流脓，量不多，可混有血丝，伴恶臭味。鼓膜松弛部穿孔或紧张部后上方边缘性穿孔。听力检查为中、重度传导性聋，若病变波及内耳，可引起混合性聋或感音神经性聋。

胆脂瘤

胆脂瘤是由鼓膜、外耳道的复层鳞状上皮坏死脱落堆积而成的炎性团块物，灰白色，呈“豆腐渣”样。其外层由纤维组织包围，内含坏死上皮、角化物和胆固醇结晶，非真性肿瘤。胆脂瘤能分泌“肿瘤坏死因子 α”，有破坏骨质作用。

4. 耳源性并发症　分为颅内和颅外并发症两类。颅内并发症有：硬脑膜外脓肿、耳源性脑膜炎、耳源性脑脓肿、乙状窦血栓性静脉炎等，可危及患者生命。颅外并发症包括：耳后骨膜下脓肿、颈部贝佐尔德脓肿、迷路炎、耳源性面瘫等。

（三）辅助检查

1. 听力检查　纯音听力测试显示传导性聋或混合性聋。

2. 乳突 X 线片和颞骨 CT 扫描　作为常规检查，可显示病变范围及程度。

【心理 – 社会状况】

由于长时间听力障碍，耳流脓且伴有臭味，影响人际交流和自我形象，患者易产生自卑心理。或因担心手术疼痛及效果，而产生焦虑不安。出现并发症后，严重不适可导致恐惧。少数患者不重视本病治疗最终成为聋人。

【治疗要点】

1. 以局部治疗为主，积极控制炎症，尽可能提高或保持听力。
2. 反复不愈者可手术治疗，清除病灶，通畅引流，重建听力。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉紊乱　听力下降，与中耳结构破坏有关。
2. 焦虑　与病情反复发作及对手术治疗不了解有关。
3. 潜在并发症：耳源性颅内、外并发症等。
4. 知识缺乏：缺乏慢性化脓性中耳炎的防治和自我护理知识。

任务目标

1. 患者能保持现有听力或提高听力。
2. 患者情绪平稳，能配合护理和治疗。
3. 避免或及早发现并发症。
4. 患者和家长学会基本的中耳炎家庭护理常识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

忌烟酒，不使用有耳毒性的药物，避免长时间噪声刺激，保护残存听力。嘱患者劳逸结合，增强机体抵抗力，减少发作。

（二）治疗护理

1. 耳部护理　先用 3% 过氧化氢溶液清洗外耳道，棉签拭干后再滴入抗生素滴耳液，如 0.3% 氧氟沙星滴耳液等，每日 3~4 次。

2. 用药护理　急性发作期间，按急性化脓性中耳炎处理。或遵医嘱给予抗生素、复合维生素及营养神经药口服。

3. 病情观察　观察患者耳流脓、听力下降等有无加重；有无面瘫、眩晕、恶心、呕吐、剧烈头痛及平衡障碍等症状，警惕耳源性并发症的发生。情况异常者，应及时报告医生并协助处理。

4. 胆脂瘤型中耳炎必须及时手术治疗，彻底清除病灶，预防并发症。护士应按手术医嘱做好术前术后护理。

治疗

慢性单纯型中耳炎停止流脓后 1 个月，咽鼓管通畅，可行鼓膜修补术，提高听力；慢性骨疡型中耳炎，药物治疗不能控制炎症时，可行鼓室成形术，清除病灶，修复鼓膜，置入人工听骨，挽救听力。

（三）人文护理

由于患者听力障碍，应注重对患者的关心、帮助与安慰，并贯穿临床护理的全过程，解决住院患者出现的各种负面情绪及心理需求，增进护患之间的理解及协调。讲解病情及相关知识，特别是手术治疗的必要性，缓解其焦虑心情，能配合护理工作。

（四）健康指导

1. 加强锻炼，增强机体抵抗力，防止感冒加重本病。教会患者正确洁耳、滴耳的方法。

2. 向患者讲授慢性化脓性中耳炎的居家护理常识，懂得如何保护听力，了解什么是“危险性中耳炎”，应及时彻底治疗。

危险性中耳炎

任务关键

长期使用抗生素滴耳液治疗的患者，需注意有否二重感染（合并真菌感染）现象，给予及时处理。

六、梅尼埃病

任务准备

【疾病概述】

梅尼埃病（Ménière disease）是以发作性眩晕、耳鸣及听力下降、耳胀满感为临床特征的内耳疾病。多发生于 30~50 岁的青壮年，单耳患病者较多，约占 85%，可反复发作，且无明显规律。其病理特征是膜迷路积水。

（一）健康史

病因不明。研究认为梅尼埃病的发生机制主要是内淋巴的产生和吸收失衡。

（二）临床表现

1. 症状　患者多表现为突发旋转性眩晕，持续数十分钟至数小时不等，伴患耳或头部有胀满感，恶心呕吐，出冷汗等症状，2~3 小时后可自然减轻。眩晕反复发作，可持续数天。眩晕发作前常出现耳鸣，发作期间耳鸣加重。听力减退呈波动性，发作期加重，

间歇期减轻。

2. 体征　发作时面色苍白，血压偏低，眼球震颤。但鼓膜检查正常，咽鼓管功能良好，神志清楚。

（三）辅助检查

1. 听力检查　呈感音神经性聋。

2. 甘油试验　试验前先测试听力，作为基准听力。然后按 2.4～3.0 mL/kg 的量顿服 50% 甘油，服后 3 小时内，每隔 1 小时做 1 次纯音测听。若患耳在服用甘油后平均听阈提高 15 dB 或以上为阳性，提示膜迷路积水。

【心理－社会状况】

患者因眩晕反复发作影响其正常的生活和工作，而产生焦虑情绪。

【治疗要点】

1. 改善内耳微循环，调节自主神经功能，酌情使用脱水剂治疗，常用的药物有丹参注射液、山莨菪碱、苯海拉明、B 族维生素等。

2. 听力丧失，眩晕严重者可手术治疗。

【护理问题 / 诊断】

1. 舒适改变　眩晕，与膜迷路积水有关。

2. 感知觉紊乱　耳鸣、听力下降，与膜迷路积水有关。

3. 有受伤的危险　与平衡失调有关。

4. 焦虑　与反复眩晕、听力下降影响生活和工作有关。

5. 知识缺乏：缺乏梅尼埃病治疗和护理知识。

任务目标

1. 患者眩晕减轻或消失，生活能自理。

2. 患者耳鸣减轻或消失，听力恢复。

3. 患者病床和行动的安全设施得当。

4. 患者情绪平稳，能配合护理和治疗。

5. 患者和家长学会眩晕发作时基本的安全防护及家庭护理常识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 患者卧床休息，病房应光线略暗，安静，不要随意搬动患者，以免加重眩晕。

2. 饮食护理　发作期间采取低盐限水饮食，清淡及少吃多餐。

3. 重症者应加床栏，防止坠床。发作期间嘱患者在床上大小便。若下床活动，需搀扶患者，防止跌倒受伤。

（二）治疗护理

1. 发作期间遵医嘱给予丹参注射液、低分子右旋糖酐、10% 葡萄糖 + 维生素 B_6 等静脉滴注；苯海拉明肌内注射；盐酸氟桂利嗪（西比灵）胶囊等口服。利尿脱水药本病较少用。

2. 病史长，眩晕重，听力已丧失，为控制眩晕发作，可选择患耳迷路切除术等手术治疗。按手术医嘱做好术前术后护理。

（三）人文护理

通过观察患者的面部表情、手势、姿势、皮肤颜色、有无出汗等，判断其舒适程度，及时给予恰当的护理措施和解释，缓解焦虑，使患者达到相应的舒适状态。向患者及亲友讲授梅尼埃病相关知识，帮助其树立信心，积极配合治疗和护理。

（四）健康指导

1. 告诉患者要缓解心理压力，有规律地生活和工作，调节好饮食，忌烟酒和浓茶，加强锻炼身体，尽量避免或减少复发。

2. 发作频繁者建议不要单独外出、骑车或登高等。禁止从事驾驶、高空作业等职业，防止发生意外。

任务关键

患者眩晕发作期间的护理，安全是第一位。

七、耳聋的预防与康复

任务准备

【疾病概述】

耳聋（deafness）是耳的传音或感音机构发生器质性或功能性病变所产生的听力下降的总称。目前我国听力障碍发病率为 7%～10%，以中老年人居多，部分患者伴有耳鸣。

生活中影响听力的不良习惯

吸烟酗酒，滥用药物，噪声刺激，随意挖耳，用力擤鼻涕，长时间戴耳机听音乐。

（一）耳聋的分类

根据病变的部位和性质，可分为5类：传导性聋、感音神经性聋、混合性聋、功能性聋及伪聋；根据发病时间的不同分为先天性聋和后天性聋。

（二）耳聋的原因

1. 先天性

（1）基因或染色体异常等遗传因素导致听觉器官发育缺陷。

（2）母体妊娠期病毒感染或大量使用耳毒性药物。

（3）新生儿窒息、产伤和核黄疸症等。

2. 后天性

（1）感染：如外耳道疖、中耳炎。

（2）外伤：如头颅外伤、颞骨骨折、耳气压伤、噪声刺激。

（3）外耳道异物或耵聍阻塞。

（4）各种耳毒性药物或化学制品的应用引起内耳损害。

（5）高血压、动脉硬化、高脂血症、糖尿病等疾病，以及某些微量元素如碘、铁、锌等缺乏也可引起感音神经性耳聋。

（6）年长者，听觉器官功能退化。

（三）常用的检查方法

1. 听功能检查

（1）音叉试验：是门诊最简单、最常用的听力检查法。可初步判定和鉴别传导性或感音神经性聋，但不能确定听力损失程度。

（2）纯音测听检查：是临床最常用的听力检查法。在听力检查室通过纯音听力计检查，可判断耳聋的类型和听力损失程度（图4-5）。

图4-5　纯音测听检查

（3）声导抗检查：用于判断鼓室气压功能和听骨链的完整性。

（4）电反应测听：是通过检测声波经内耳及听觉通路到听觉中枢传递过程中产生的各种生物电位的客观测听法，可用于听觉医学鉴定。

2. 影像学检查

可选择耳部X线、CT或MRI检查，协助确定病变部位、范围及程度等。

（四）耳聋分级标准

2021 年世界卫生组织发布了最新的听力损失分级标准（表 4-1），相比 1997 标准有以下不同：① 轻度听力损失由 25 dB 降低到 20 dB；② 程度分级为每 15 dB 为一级；③ 增加了单侧听力损失的标准；④ 分别诠释了极重度听力损失和全聋的定义。⑤ 2021 年标准将听力损失分为 7 级；⑥ 2021 年的分级标准更关注到听力损失在安静和噪声环境下的不同反应。

表 4-1　2021 年世界卫生组织（WHO）听力损失分级标准

分级	好耳的听力阈值/dB	多数成年人在安静环境下的听力体验	多数成年人在噪声环境下的听力体验
正常听力	＜ 20	听声音没有问题	听声音没有或几乎没有问题
轻度听力损失	20～35	谈话没有问题	可能听不清谈话声
中度听力损失	35～50	可能听不清谈话声	在谈话中有困难
中重度听力损失	50～65	在谈话中困难，提高音量后可以正常交流	大部分谈话都很困难
重度听力损失	65～80	谈话大部分内容都听不到，即便提高音量也不能改善	参与谈话非常困难
极重度听力损失	80～95	听到声音极度困难	听不到谈话声
完全听力损失 / 全聋	≥ 95	听不到言语声和大部分环境声	听不到言语声和大部分环境声
单侧聋	好耳＜ 20 差耳≥ 35	除非声音靠近较差的耳朵，否则不会有问题。可能存在声源定位困难	可能在言语声、对话中和声源定位存在困难

（五）聋人的心理变化

患者因听力下降，影响正常生活和学习、工作，易产生焦虑情绪；久治不愈者会失去信心，较为悲观；自小听力障碍者多有自卑心理，不愿与人交往。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）耳聋的预防

大多数耳聋是可以预防或延缓其发展的：① 避免近亲结婚，加强孕产期的妇幼保

健，减少新生儿耳聋的发病率。开展婴幼儿听力筛查，早发现、早处理；② 积极治疗各种致聋性疾病，预防耳外伤，挽救或恢复听力；③ 预防或延缓老年性聋的发生与发展；④ 远离强噪声环境，加强耳的防护；⑤ 锻炼身体，营养均衡，不滥用耳毒性药物等。

（二）耳聋的康复

1. 治疗护理

（1）积极协助医生、患者寻找发病原因，并有效地执行医嘱给予适当的药物治疗。如抗生素、抗病毒药物，类固醇激素、免疫抑制剂、降低血压及血液黏稠度药物，营养神经药物等。

（2）感音神经性聋需早期干预，如药物性聋、噪声性聋、突发性聋、老年性聋等，治疗越早，效果越好。针灸、理疗、高压氧治疗可用于康复期患者。

（3）保守治疗无效且有手术适应证者，可采取相应的手术方法提高听力。全聋患者，尤其是儿童，建议施行人工耳蜗植入术恢复听觉。按手术医嘱进行术前及术后护理。

2. 人文护理

（1）帮助患者克服自卑心理，解除疑虑，树立信心。护理人员除了同情之心、关爱之情外，还要有高度的责任心和专业知识，善于从患者的眼神、表情、体态等非语言行为中读懂他们的需要和渴望，尽量满足他们。

（2）重度耳聋的患者，可通过书写、手语等方式与其沟通交流。指导他们学习和应用互联网技术，拓展其交流空间，如上网、通讯软件聊天等。

（3）有残余听力的聋人，应促使其选佩助听器，及早进行听觉训练，使其能够学习或强化语言功能。护理人员应教会他们正确使用和保管助听器。

3. 健康指导　防聋的重点在社区，护理人员应与社区工作者密切合作，普及防聋治聋的知识，使老百姓真正体会到健全的听力是身体健康的一部分，它与我们的生活息息相关，需要全社会长年不懈的共同参与和支持。

爱耳日

1998 年 3 月，在政协第九届全国委员会第一次会议上，社会福利组 15 名委员针对我国耳聋发病率高、数量多、危害大，预防薄弱这一现实，提出了《关于建议确立爱耳日宣传活动》的第 2330 号提案。这一提案引起了有关部门的高度重视，经中国残疾人联合会、卫生部等 10 个部门共同商定，确定每年 3 月 3 日为全国爱耳日。

课后练习

单项选择题

84. 梅尼埃病患者的护理，错误的是（　　）。

A. 避免过多搬动患者　　B. 维护患者行动安全　　C. 适当镇静

D. 嘱其多饮水　　E. 缓解焦虑

85. 急性化脓性中耳炎的感染途径，最主要的是（　　）。

A. 咽鼓管途径　　B. 鼓膜途径　　C. 血循环途径

D. 鼻泪管途径　　E. 腮腺导管途径

86. 门诊最简单、最常用的听力检查方法是（　　）。

A. 纯音测听检查　　B. 声导抗检查　　C. 音叉试验

D. 电反应测听　　E. 语音检查

87. 患者，女，6岁。因感冒出现高热，右耳疼痛，咀嚼时加重，自觉听力明显下降。今天早上家长发现患儿耳有脓血性分泌物流出，量较多。就诊时T 38.3 ℃，精神差，右耳流脓。耳部护理常用的滴耳药是（　　）。

A. 3%过氧化氢溶液　　B. 0.3%氧氟沙星滴耳液

C. 2%酚甘油滴耳液　　D. 0.4%氯化钠溶液

E. 3%硼酸乙醇滴耳液

（88—90题共用题干）

患者，男，65岁。双耳听力下降5年，无耳流脓史。查体：需大声说话才能听到，纯音听力检查听力损失程度为68 dB。

88. 患者属于（　　）。

A. 轻度聋　　B. 中度聋　　C. 中重度聋

D. 重度聋　　E. 极度聋

89. 预防耳聋加重，不正确的是（　　）。

A. 离开强噪声环境　　B. 预防耳外伤　　C. 不滥用耳毒性药物

D. 营养均衡　　E. 长时间戴耳机听音乐

90. 根据患者情况，你的建议是（　　）。

A. 配助听器　　B. 人工耳蜗植入术　　C. 手机通讯软件聊天

D. 高压氧治疗　　E. 学习手语

（李东风）

项目二　耳部手术患者的常规护理

耳部手术常见的有鼓膜修补术、鼓室成形术、乳突根治术、外耳整形、耳前瘘管切除术等。手术方式常有经外耳道或耳后切开手术，外耳整形还需转移皮瓣修复等。

一、术前护理

1. 评估　了解患者的生命体征、疾病诊断、手术与麻醉方式和对手术治疗的知晓程度和合作程度。了解患者术前检查的结果是否正常；是否有糖尿病、高血压、心脏病等内科疾病；有无手术禁忌证，以保证手术安全。

2. 心理护理　配合医生与患者或其家人谈话，了解患者的心理状态，说明术中、术后可能出现的疼痛、出血、面瘫、听力恢复不理想等问题，做好充分的心理准备，争取他们的理解和配合。

3. 基础护理

（1）术晨测量并记录患者体温、脉搏、呼吸、血压。遵医嘱给予术前药及做皮肤过敏试验。

（2）局麻患者术晨可进少量普食；全麻者术前晚 23∶00 时开始禁食禁饮。

（3）术前 1 天搞好个人卫生，修剪指（趾）甲。术晨嘱患者排空大、小便，更衣。个人贵重物品和首饰交家属保管。

4. 耳部准备　为便于手术消毒、包扎，备皮时需剃去患者术耳周围 5~7 cm 范围内的头发，并清洁该区域皮肤。女性患者还应将头发梳理至健侧，用发夹、橡皮筋扎好，以免污染术野。

二、术后护理

1. 基础护理

（1）患者回病房后及时监测体温、脉搏、呼吸和血压。

（2）嘱患者卧床休息，头偏健侧，全麻清醒后可选择平卧位或健侧卧位或半卧位。

（3）注意保暖，防止感冒。

（4）局麻患者术后 2 小时，全麻患者清醒后 4 小时可进流质或半流质饮食，3~5 天后视病情改为普食，以高蛋白、高维生素、清淡易消化食物为宜。

2. 伤口护理

（1）术后医生常于术腔填塞碘仿纱条，利于引流或止血。护理查房时应观察伤口引流情况，敷料潮湿及时更换，嘱患者不能自行取下敷料，并保持干净整洁。

（2）鼓室成形术者术后切忌用力咳嗽和擤鼻，打喷嚏，洗头时防止污水流入术耳而导致感染使手术失败。2 周后可酌情行咽鼓管吹张术，防止鼓室粘连。吹张过程用力要轻。

（3）患者术后 6~7 天拆线，2 周内逐渐抽出耳内纱条。协助医生换药，嘱患者洗头洗澡时勿让水进入外耳道。

3. 病情观察　术后嘱患者勿过早下地活动，观察患者有无异常出血、眩晕、恶心呕吐、面瘫、眼球震颤、头痛、意识障碍、昏迷等症状出现，注意鉴别是内耳刺激症状（有眩晕、恶心、呕吐）还是麻醉药不良反应（只有恶心、呕吐）。如术后患者立即出现面瘫时，可能为手术损伤同侧面神经或麻醉药暂时阻滞，应立即报告医生。

4. 用药护理　按医嘱使用抗生素，预防感染，促进伤口愈合。

课后练习

单项选择题

91. 耳部手术后护理，错误的是（　　）。

A. 避免污水进入外耳道

B. 观察患者有无异常出血、眩晕

C. 嘱患者自行抽出耳内纱条

D. 患者平卧，头偏健侧

E. 按医嘱使用抗生素，预防感染

92. 患者，男，25 岁。因左侧胆脂瘤型中耳炎入院。医嘱明天上午在局麻下行“乳突根治术”，耳手术前备皮，应剃去术耳周围头发的范围是（　　）。

A. 5~7 cm　　B. 5~7 mm　　C. 8~10 cm

D. 1~2 cm　　E. 15 cm

（吴梅坚）

模块五 鼻的应用解剖及生理功能

【模块目标】

1. 描述鼻部的解剖特点及生理功能；说出鼻的动脉、静脉特点。
2. 能够在模型、挂图上指出鼻的解剖结构及利特尔区；能区分四组鼻窦。
3. 在掌握知识的基础上，树立整体观念。

一、鼻的应用解剖

鼻（nose）由外鼻、鼻腔和鼻窦3部分构成。

（一）外鼻

外鼻（external nose）突出于颜面中央，形似一基底向下的三角锥体形。鼻根位于两眶之间，与鼻尖之间为鼻梁，鼻梁两侧为鼻背，鼻尖两侧为鼻翼，鼻底上有两个前鼻孔，两前鼻孔之间的软组织分隔是鼻小柱。鼻尖、鼻翼及鼻前庭皮肤富有皮脂腺、汗腺和毛囊，为鼻疖的好发部位。外鼻支架由骨和软骨构成，鼻骨下端宽薄，因此外伤时易骨折（图5-1）。外鼻的静脉回流有两个方向：① 向上经内眦静脉流向眼上静脉、眼下静脉，进入颅内与海绵窦相连通（图5-2）；② 经面静脉汇入颈内静脉。面部静脉无瓣膜，呈网状分布，血液可逆向流动。当挤压鼻或上唇疖肿时，则有引起海绵窦血栓性静脉炎或颌面部蜂窝组织炎之危险。

（二）鼻腔

鼻腔（nasal cavity）前起于前鼻孔，后止于后鼻孔，与鼻咽部相通。鼻中隔将鼻腔分成两腔，每侧鼻腔又分为鼻前庭和固有鼻腔。

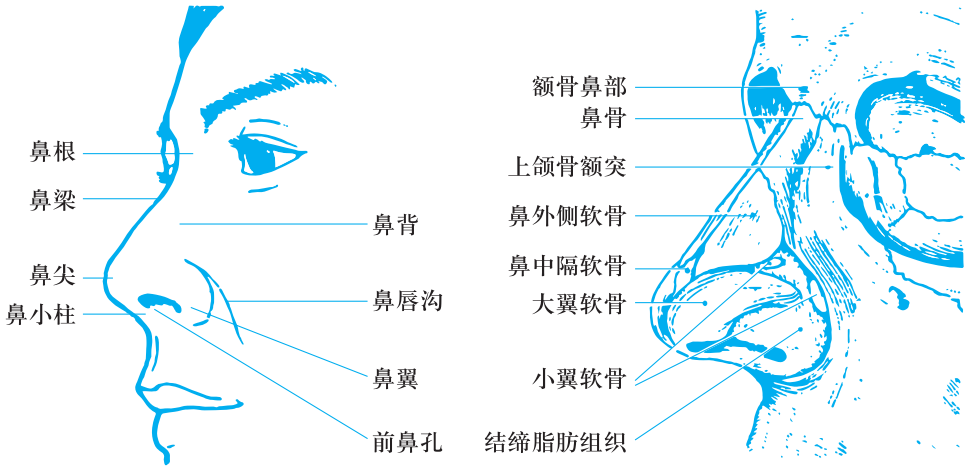


图 5-1　外鼻标志与支架

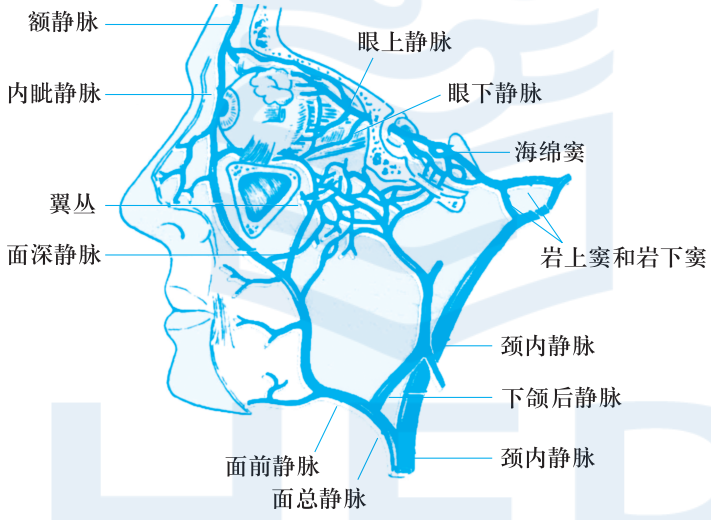


图 5-2　外鼻静脉与海绵窦的关系

1. 鼻前庭（nasal vestibule）　位于鼻腔前部，由皮肤覆盖到鼻阈，皮肤上有鼻毛、皮脂腺和汗腺，易患疖肿。由于缺乏皮下组织，皮肤与软骨膜紧密黏合，故发生疖肿时，疼痛较重。

2. 固有鼻腔（nasal fossa proper）　简称鼻腔，在鼻阈和后鼻孔之间。鼻前庭皮肤与固有鼻腔黏膜移行处称鼻阈，每侧鼻腔有内、外、顶、底四壁。

（1）内侧壁：即鼻中隔，主要由鼻中隔软骨和筛骨正中板构成。鼻中隔前下部的黏膜内动脉血管组成网丛，此处称为利特尔区（Little area），又称易出血区（图 5-3）。

（2）外侧壁：鼻腔外侧壁从上至下有三个呈阶梯状排列的长条骨片，外覆黏膜，依次称为上、中、下鼻甲。各鼻甲的外下方均有一裂隙样空间，对应地依次称为上、中、下鼻道（图 5-4）。鼻甲与鼻中隔之间的不规则间隙称为总鼻道。

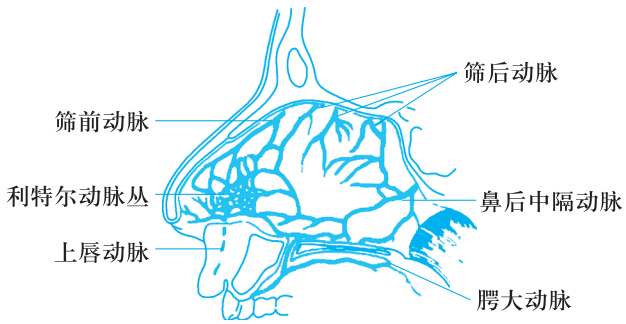


图 5-3　利特尔区

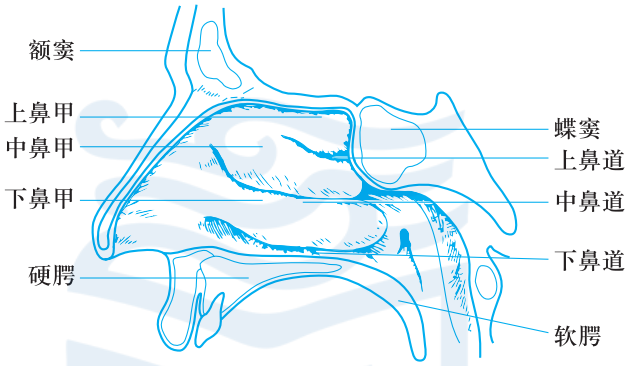


图 5-4　鼻腔外侧壁

上鼻甲属筛骨结构，位于鼻腔外侧壁上后部位，前鼻镜检查一般窥不到上鼻甲。上鼻甲后端的后上方有蝶筛隐窝，蝶窦开口在此，后组筛窦则开口于上鼻道。

中鼻甲亦属筛骨的一个结构，附着于筛骨顶壁和筛骨水平板的连接处。中鼻甲下方为中鼻道，有额窦、前组筛窦及上颌窦自然开口。外侧壁中鼻甲、钩突、筛泡、半月裂孔、筛漏斗、上颌窦开口这一范围称为“窦口鼻道复合体”是鼻内镜手术的重要解剖标志。

以中鼻甲游离缘为界，其上方鼻甲与鼻中隔之间的间隙为嗅沟，此处以上区域为嗅区，有嗅神经末梢分布。此部位以下区域为呼吸区，黏膜下含有丰富的腺体及杯状细胞，且毛细血管与小静脉之间形成海绵状血窦，具有重要的生理和病理意义。

下鼻甲是最大的鼻甲，其前端接近鼻阈，后端距咽鼓管咽口 1.0～1.5 cm。下鼻甲肿胀或肥厚时引起鼻塞，也可影响咽鼓管通气和引流，进而引起分泌性中耳炎而出现耳聋、耳鸣等症状。下鼻甲前上方有鼻泪管的开口。下鼻道外侧壁前端近下鼻甲附着处最薄，是上颌窦最佳穿刺部位。

（3）顶壁：主要由筛骨水平板构成，属颅前窝底的一部分，嗅丝通过此壁抵达颅内，筛板薄而脆，易因外伤或手术误伤导致脑脊液鼻漏或鼻源性颅内并发症。

（4）底壁：即硬腭的鼻腔面，与口腔相隔，由上颌骨腭突、腭骨水平部构成。

（三）鼻窦

鼻窦（accessory nasal sinuses）是围绕鼻腔颅骨内的含气空腔，左右成对，共有 4 对。依其所在颅骨命名，分别为上颌窦、筛窦、额窦和蝶窦。按其解剖位置和窦口所在部位，分为前后两组：前组鼻窦包括上颌窦、前组筛窦和额窦，分别开口于中鼻道；后组鼻窦包括后组筛窦和蝶窦，前者开口于上鼻道，后者窦口位于蝶筛隐窝（图 5-5）。

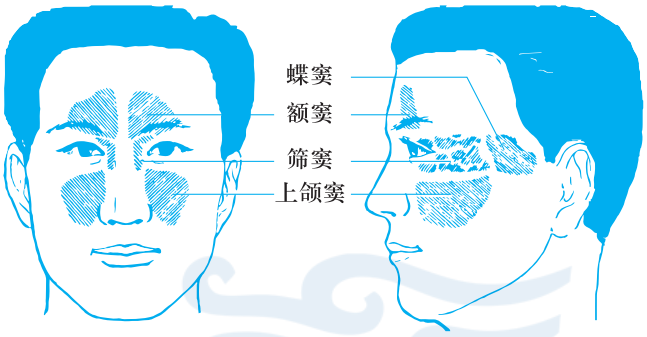


图 5-5　鼻窦体表投影区

1. 上颌窦（maxillary sinus）　居于上颌骨体内，为鼻窦中最大者。成人上颌窦的平均容积为 13.83 ± 5.70 cm^3，有 5 个壁：前壁的中央最薄，称尖牙窝，是上颌窦手术的进路。眶下缘下方有一眶下孔，为血管和神经通过处；上壁构成眼眶底壁内侧部，故上颌窦疾病和眶内疾病可相互影响；底壁，即上颌骨牙槽突，故牙齿根尖炎可引起牙源性上颌窦炎；内侧壁，即鼻腔外侧壁下部，此壁后上部有窦口与中鼻道相通。因窦口位置较高，不易引流，易感染成上颌窦炎；后外壁与翼腭窝和颞下窝毗邻，邻近翼内肌，上颌窦恶性肿瘤破坏此壁累及此肌可致张口受限。

2. 筛窦（ethmoidal sinus）　形似蜂窝状结构，位于鼻腔外侧壁上部，介于鼻腔和眼眶之间，以中鼻甲基板为界分为前、后二组。前组开口于中鼻道，后组则开口于上鼻道。其外侧壁即眼眶内侧壁，菲薄如纸，称纸样板，此板极易被鼻腔肿瘤破坏侵犯眶内，筛窦手术也易损伤此壁和眶内结构。顶壁借一骨板与颅前窝相隔。因此，筛窦病变、外伤及手术可破坏此壁造成颅内并发症。

3. 额窦（frontal sinus）　居于额骨鳞部之下和眶部之上。前壁较厚，含骨髓，炎症或外伤可致骨髓炎。后壁较薄。底壁相当于眼眶内上角，此壁甚薄，炎症时有明显压痛。底壁内下方有额窦开口，经鼻额管引流到中鼻道前端。

4. 蝶窦（sphenoidal sinus）　居于蝶骨体内。外侧壁与颅中窝、海绵窦、颈内动脉和视神经管毗邻，此壁为重要解剖部位，蝶窦手术时应注意勿损伤视神经管和颈内动脉。顶壁为蝶鞍底，经鼻、蝶窦，脑下垂体瘤摘除术即经顶壁施行。前壁有窦口，下壁为后鼻孔上缘和鼻咽顶。

二、鼻的生理功能

（一）鼻腔的生理功能

1. 呼吸功能

（1）清洁作用：鼻毛可阻挡空气中的较大尘粒、黏膜表面的黏液能黏附小的尘埃和微生物，借纤毛运动送入咽部吐出或咽下。

（2）温度调节作用：吸入的空气通过鼻腔时，温度被黏膜面及丰富的血液供应所调节，空气经过鼻腔到达咽部时，可被调节至 32～34 ℃。

（3）湿度调节作用：鼻黏膜每昼夜可分泌 1 000 mL 左右的液体，用以提高吸入空气的湿度，有利于肺泡的气体交换和维持呼吸道黏膜的正常纤毛运动。

2. 嗅觉功能　吸入鼻腔内含有气味的微粒到达嗅区黏膜，刺激嗅细胞产生神经冲动，经嗅神经通路传至嗅觉中枢而感知嗅觉。嗅觉既可影响食欲，又可辅助消化和识别环境，后者对机体有保护作用。

3. 反射功能　吸入刺激性气体会产生喷嚏反射。

4. 共鸣作用　鼻腔在发音时起共鸣作用。鼻塞时出现闭塞性鼻音，鼻咽腔闭合不全或不能关闭时可出现开放性鼻音。

（二）鼻窦的生理功能

一般认为鼻窦对鼻腔的共鸣功能有辅助作用，并可减轻头颅重量，缓冲外来冲击力，对重要器官有一定的保护作用。

课后练习

单项选择题

93. 下述鼻尖及鼻翼皮肤特点，错误的是（　　）。

A. 皮肤与软骨膜粘连紧密　　B. 富有皮脂腺

C. 鼻尖皮肤较厚　　D. 鼻翼皮肤较薄

E. 是疖肿的好发部位

94. 外鼻疖肿并发海绵窦感染，其原因是（　　）。

A. 面部血管丰富　　B. 外鼻静脉血可回流至海绵窦

C. 细菌毒力强　　D. 鼻部有丰富的淋巴

E. 面静脉与海绵窦相通

95. 蝶筛隐窝有（　　）鼻窦的开口。

A. 前组筛窦　　B. 后组筛窦　　C. 额窦

D. 上颌窦　　E. 蝶窦

96. 嗅沟（嗅裂）位于（　　）。

A. 鼻腔顶部　　B. 下鼻甲与鼻中隔之间

C. 中鼻甲游离缘与鼻中隔之间　　D. 上鼻甲与鼻中隔之间

E. 下鼻道内

（姜宪辉）

HEP

模块六 鼻科疾病患者护理

项目一　鼻部常见疾病患者的护理

【项目目标】

1. 叙述变应性鼻炎、鼻窦炎常见的临床表现及治疗要点；说出鼻出血的主要止血方法。分析海绵窦栓塞性静脉炎发生的原因。

2. 能区分单纯性鼻炎和肥厚性鼻炎；学会鼻部常见疾病的护理措施。能针对鼻腔常见疾病开展卫生宣教。

3. 通过学习，理解鼻部急性疾病及鼻出血患者的痛苦，同情和关爱他们，乐意帮助他们。

一、鼻疖

任务准备

【疾病概述】

鼻疖（furuncle of nose）是指鼻前庭毛囊、皮脂腺或汗腺的局限性急性化脓性炎症，偶可发生在鼻尖或鼻翼。

（一）健康史

多为挖鼻、拔鼻毛使皮肤损伤所致，也可继发于鼻前庭炎。全身抵抗力低下，特别

是糖尿病患者易发病。主要致病菌为金黄色葡萄球菌。

（二）临床表现

1. 症状和体征　主要表现是局部红、肿、热、痛，重者伴全身不适、发热。疖肿成熟后，尖端可见黄白色脓点，多在 1 周内自行破溃流脓而愈。

2. 并发症　如鼻疖处理不当或受挤压，炎症通过静脉系统向周围扩散，可引起上唇及颌面部蜂窝组织炎、海绵窦血栓性静脉炎等。

【心理－社会状况】

患者认为疖肿是小病，常不予重视，不及时治疗。疖肿形成后因局部肿痛、色素沉着，可影响面容，或因挤压排脓造成严重的并发症，从而产生焦虑、恐惧心理。

【治疗要点】

早期热敷，局部涂抗生素软膏；疖肿成熟后，切开排脓；伴有全身症状，疖肿较大者，应用抗生素控制感染，预防并发症。

【护理问题 / 诊断】

1. 急性疼痛　鼻痛，与局部炎症刺激有关。
2. 潜在并发症：颌面部蜂窝组织炎、海绵窦血栓性静脉炎等。
3. 知识缺乏：缺乏本病护理和并发症预防知识。

任务目标

1. 患者局部疼痛减轻或消失。
2. 患者无海绵窦血栓性静脉炎等并发症发生。
3. 患者戒除挖鼻、拔鼻毛等不良习惯，掌握本病的防治知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 多喝水，多吃新鲜蔬菜水果，忌吃油炸烧烤食物。保持大便通畅。
2. 注意体温的变化，如有高热，应给予物理降温或药物降温。

（二）治疗护理

1. 鼻部护理

（1）疖肿未成熟时，应防止感染扩散并促进炎症吸收。可给予理疗、热敷。局部涂 2% 碘伏、抗生素软膏（如莫匹罗星软膏等）或 10% 鱼石脂膏等。

（2）疖肿已成熟，可用 75% 乙醇消毒疖肿周围皮肤，取一次性针头挑破脓头，排出脓栓后，局部涂 2% 碘伏即可。

2. 用药护理　全身症状较重或出现并发症，应遵医嘱使用敏感的抗生素治疗。

3. 病情观察　注意观察病情变化，若出现眼睑水肿，结膜充血水肿，眼球突出，眼球运动障碍，视力下降，伴高热、寒战、头痛、恶心呕吐等表现，考虑合并海绵窦血栓性静脉炎，应及时报告医生并协助处理。

（三）人文护理

耐心向患者解释鼻疖的治疗和自我护理方法，科学处理局部病灶，消除焦虑情绪。

（四）健康指导

小痘痘大危险

1. 向患者讲解本病的护理和并发症预防知识，保持面部及鼻部清洁，戒除挖鼻、拔鼻毛等不良习惯。

2. 如发生高热、头痛及眼部症状时，应警惕并发症，及时就诊。

3. 疖肿未成熟时，切忌挤压，以防炎症扩散。

任务关键

严禁挤压鼻疖。

二、慢性鼻炎

任务准备

【疾病概述】

慢性鼻炎（chronic rhinitis）是鼻腔黏膜和黏膜下层的慢性炎症性疾病。以鼻腔黏膜肿胀、分泌物增多，病程持续数月以上或反复发作为特征。分为慢性单纯性和慢性肥厚性两种。

（一）健康史

1. 局部因素

（1）急性鼻炎反复发作迁延而成。

（2）鼻腔、鼻窦慢性炎症及邻近器官感染性病灶的影响，如慢性鼻窦炎、鼻中隔偏曲、慢性扁桃体炎等。

（3）长期使用影响鼻腔血管舒缩功能和黏膜纤毛输送功能的药物，如麻黄碱类滴鼻液。

2. 全身因素　营养不良、内分泌失调可导致鼻黏膜的慢性病变。

3. 其他因素　长期吸入有害气体和粉尘，长期疲劳、烟酒过度等。

（二）临床表现

1. 慢性单纯性鼻炎　症状与体征：表现为间歇性或交替性鼻塞，鼻分泌物增多，以黏液涕为主，嗅觉下降不明显。鼻腔检查可见鼻甲黏膜肿胀，暗红色，表面光滑、柔软而富有弹性。对减充血剂（如麻黄碱）反应灵敏。

2. 慢性肥厚性鼻炎　症状与体征：表现为单侧或双侧持续性鼻塞，鼻分泌物少，呈黏液性或黏脓性，难以擤出。嗅觉下降明显，可伴有闭塞性鼻音、耳鸣或耳闭塞感。鼻腔检查可见鼻甲黏膜暗红色、肥厚，黏膜表面不平，呈桑葚样或结节样，弹性差。对减充血剂（如麻黄碱）不敏感。

找不同（两种类型鼻甲对比图）

【心理－社会状况】

因慢性疾病长期困扰，影响患者工作与生活，可表现出焦虑、苦闷的心理。部分患者对本病不重视，不进行规范的治疗。因此，易引起并发症。

【治疗要点】

1. 改善鼻腔通气功能　以局部治疗为主，采用滴鼻、雾化吸入、鼻腔冲洗、下鼻甲注射、迎香穴注射等方法。

2. 药物治疗　中成药治疗为主。

3. 手术治疗　如下鼻甲部分切除术。

【护理问题/诊断】

1. 舒适改变　鼻塞，与鼻黏膜充血肿胀、肥厚有关。
2. 焦虑　与久治不愈和担心手术治疗效果有关。
3. 感知觉改变　嗅觉减退或消失，与鼻塞和嗅觉神经末梢变性有关。
4. 潜在并发症：鼻窦炎、中耳炎。

任务目标

1. 患者鼻塞减轻或消失。
2. 患者焦虑情绪减轻或消失，积极配合治疗和护理。
3. 患者嗅觉功能改善或恢复。
4. 患者不出现鼻窦炎、中耳炎等并发症。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

普食，忌烟酒，少吃辛辣刺激性食物。春夏、秋冬季节交替时注意保暖，预防感冒。协助医生寻找致病原因。

（二）治疗护理

1. 鼻部护理　根据病情，遵医嘱选择以下治疗护理措施：

（1）滴鼻：用 0.5%～1% 呋喃西林麻黄碱滴鼻液滴鼻，每日 2～3 次。但连续使用应不超过 1 周，以免引起药物性鼻炎。

（2）雾化吸入：可选用滴通鼻炎水、丙酸倍氯米松鼻喷剂等鼻腔喷雾，每日 2 次。

（3）鼻腔冲洗：用生理盐水、鼻腔洗剂进行鼻腔冲洗，每周 2～3 次。

（4）下鼻甲注射：用 50% 葡萄糖注射液 + 醋酸泼尼松龙注射液混合下鼻甲注射，每周 1 次，一个疗程 3～4 次。

（5）迎香穴注射：用 2% 利多卡因注射液 + 醋酸泼尼松龙注射液混合迎香穴注射，每周 1 次，一个疗程 3～4 次。

2. 用药护理　遵医嘱给予中成药口服，如各种鼻炎片（丸）等。除非必要，一般不使用抗生素治疗。

3. 手术护理　慢性肥厚性鼻炎患者鼻塞较重，可行下鼻甲部分切除术，以及激光、微波、冷冻、射频等疗法。配合医生做好术前准备，按医嘱施行术前和术后护理。

（三）人文护理

因长期鼻塞、嗅觉减退影响了患者正常的生活与工作，易产生焦虑心理。应多与患者沟通，耐心地解释病情，介绍治疗方法，使其解除忧虑，树立治愈疾病的信心，积极配合治疗。

（四）健康指导

1. 指导患者加强锻炼，增强体质。积极寻找病因，并正规治疗。

2. 改善工作环境，避免有害粉尘和气体吸入。戒除烟酒等不良嗜好，生活规律，劳逸结合。

3. 避免长期使用损害鼻腔血管、黏膜功能的减充血剂。

任务关键

慢性鼻炎的鼻部治疗护理，主要由护士执行，应建立良好的护患关系，取得患者的

理解和配合。

三、变应性鼻炎

导学案例与思考

患者汪某，女，26岁。反复鼻塞、打喷嚏3年，伴流清水样鼻涕。近10天加重，鼻塞、打喷嚏在晨起和傍晚时明显，持续时间半小时至1小时不等，自行缓解，无发热、头痛。曾以为“感冒”口服“抗感冒药”治疗效果不理想。请思考：

1. 患者是否患“感冒”，说明原因。
2. 该病的发病条件有哪些？
3. 该病应如何防治，为什么口服“抗感冒药”治疗效果不理想？

任务准备

【疾病概述】

变应性鼻炎（allergic rhinitis，AR）又称过敏性鼻炎，是发生于鼻黏膜的变态反应性疾病。分为常年性变态反应性鼻炎和季节性变态反应性鼻炎两种。

（一）健康史

1. 特应性体质　患者常有家族史。

2. 接触变应原　通过吸入、吃入或皮肤接触等方式，是诱发本病的主要原因。常年性变应性鼻炎主要由室尘、螨虫、真菌、动物皮屑、羽毛、棉絮、甲醛、二氧化硫等引起，少数患者因食物或化妆品引起。季节性变应性鼻炎主要由某些花粉引起，大量花粉随风飘移，被吸入呼吸道后引发本病，故又称花粉症。

（二）临床表现

1. 症状　本病典型表现是突发鼻痒，连续性打喷嚏，流大量水样鼻涕。发作时鼻塞伴嗅觉减退。可伴有眼、咽、耳痒等不适。

2. 体征　鼻腔检查可见鼻黏膜水肿，以下鼻甲为主，黏膜呈苍白或浅蓝色。鼻腔内有大量水样分泌物，少数患者中鼻甲息肉样变。

（三）辅助检查

实验室检查：① 变应原皮肤试验和鼻黏膜刺激试验可为阳性；② 发作期鼻分泌物涂片可见较多嗜酸性粒细胞；③ 血清特异性IgE抗体检测呈阳性。

查找谁是过敏元凶：变应原皮肤试验

【心理－社会状况】

由于鼻痒，连续性打喷嚏，流大量水样鼻涕，反复发作，影响患者工作与生活，甚

至妨碍正常社交，易产生焦虑心理。部分患者就诊时对疗效期望值过高，易产生对医务人员的不信任。

【治疗要点】

1. 避免接触变应原。
2. 目前首选的方法是应用抗组胺药和鼻用糖皮质激素治疗。
3. 脱敏治疗，即特异性免疫疗法。主要针对吸入变应原所致的Ⅰ型变态反应。

【护理问题 / 诊断】

1. 舒适改变　鼻塞、大量水样涕、打喷嚏，与鼻黏膜变态反应有关。
2. 潜在并发症：支气管哮喘、鼻窦炎等。
3. 知识缺乏：缺乏本病的防治及护理知识。

任务目标

1. 患者鼻痒、鼻塞、打喷嚏等症状减轻或消失。
2. 患者无支气管哮喘等并发症。
3. 患者了解变应性鼻炎的防治及护理知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 协助医生和患者寻找可能致病的变应原。
2. 普食。但牛奶、虾、蟹等高蛋白食物易引起变态反应，对这些食物过敏者应忌吃。
3. 季节转换时注意保暖，预防感冒。

（二）治疗护理

1. 用药护理

（1）非特异性疗法：遵医嘱给予糖皮质激素、抗组胺药、抗白三烯药物、肥大细胞膜稳定剂、减充血剂等，糖皮质激素常用鼻腔喷雾剂，如丙酸氟替卡松（辅舒良）、丙酸倍氯米松（伯克纳）等，每日 2 次。或组织胺人免疫球蛋白注射剂 12 mg 皮下注射，每周 1 次。应注意观察药物的疗效及不良反应。

（2）特异性免疫疗法：按医嘱用皮试阳性的变应原浸液从低浓度开始皮下注射（或舌下给药），逐渐增加浓度和剂量，提高机体对致敏变应原的耐受能力。本疗法需持续较长时间，嘱患者坚持完成。要详细填写治疗卡，协助医生跟踪疗效。

（3）中医中药疗法：遵医嘱给予中药口服或建议患者在“三伏”和“三九”时节做“天灸治疗”。

2. 鼻部护理　按医嘱施行下鼻甲注射、迎香穴注射、鼻腔冲洗等。应注意治疗过程中患者是否有不良反应。

（三）人文护理

与患者沟通交流，帮助寻找变应原。向患者说明疾病的规律、治疗和护理计划，解除忧虑，树立信心，使他们能主动配合医生治疗。

（四）健康指导

1. 向患者讲解本病的特点，加强锻炼，增强体质，避免接触过敏源，减少发作。

2. 保持室内清洁，常通风，注意个人卫生，不滥用化妆品。

3. 患者应在医生指导下使用抗组胺药和激素类药，认真阅读药品说明书，注意其不良反应，不过量服药。

4. 在为患者做治疗护理时，教会他们自我护理，如穴位（迎香穴）按摩、睡前热水泡脚、正确滴鼻及鼻腔雾化吸入、避免或减轻药物的不良反应等。

任务关键

避免接触变应原是本病防治和护理的关键。

案例分析

患者罹患的是变应性鼻炎而非“感冒”，变应性鼻炎的特点是突发鼻痒、连续性打喷嚏、流大量水样鼻涕，可自行缓解且不伴全身症状，而“感冒”常有全身感染的症状，自然病程5~7天。该病的发生与患者的特应性体质并接触相应变应原有关。避免接触变应原是防治的重点，同时可应用鼻用糖皮质激素和抗组胺药对症治疗。“抗感冒药”中可能含少量抗组胺药但治疗效果并不理想。

堂上练习（单项选择）

患者汪某，女，26岁。反复鼻塞、打喷嚏3年，伴流清水样鼻涕。近10天加重，鼻塞、打喷嚏在晨起和傍晚时明显，持续时间半小时至1小时不等，自行缓解，无发热、头痛。曾以为“感冒”口服“抗感冒药”治疗效果不理想。

1. 患者可能是（　　）。

A. 急性鼻炎　　B. 上呼吸道感染　　C. 急性鼻窦炎

D. 变应性鼻炎　　E. 慢性鼻炎

2. 下列哪个是它的典型体征？（　　）

A. 鼻黏膜充血水肿　　B. 鼻黏膜增生肥厚　　C. 鼻黏膜苍白水肿

D. 鼻黏膜表面凹凸不平　　E. 鼻黏膜对血管收缩剂不敏感

3. 下列哪个说法是错误的？（　　）

A. 该病是感染性疾病　　B. 可并发支气管哮喘

C. 是Ⅰ型变态反应　　D. 分为常年性和季节性两种类型

E. 避免接触变应原是防治的关键

变应性鼻炎堂上练习答案

四、急性鼻窦炎

导学案例与思考

患者陆某，男，19岁。因着凉感冒出现鼻塞，流清水涕。2天前加重，发热，头痛，流脓涕，嗅觉下降。左侧颌面部疼痛。查体：T 38.3 ℃，左侧鼻腔大量脓性分泌物，左侧上颌窦区压痛明显。请思考：

1. 患者目前主要的问题是什么？

2. 有哪些护理措施可以缓解这些问题？

3. 该患者罹患此病的原因可能是什么？

任务准备

【疾病概述】

急性鼻窦炎（acute sinusitis）是鼻窦黏膜的急性炎症性疾病，常与鼻炎并存。

（一）健康史

1. 局部因素

（1）鼻部疾病，如鼻炎、鼻息肉、鼻中隔偏曲等。

（2）邻近器官的感染病灶，如扁桃体炎、腺样体炎等。

（3）鼻腔内填塞物留置过久。

（4）鼻窦外伤合并感染。

2. 全身因素　过度劳累，着凉、营养不良等导致全身抵抗力下降、变态反应、内分泌失调、环境污染、上呼吸道感染和急性传染病等均可诱发本病。

（二）临床表现

1. 全身症状　表现为发热、食欲减退、全身不适等。儿童则出现腹泻、呕吐、咳嗽

等消化道和呼吸道症状。

2. 局部症状

（1）鼻塞：患侧持续性鼻塞，伴嗅觉下降。

（2）流脓涕：鼻腔内大量黏脓性或脓性分泌物。

（3）头痛及局部疼痛：由于患侧鼻窦开口堵塞，窦腔内负压形成，细菌毒素吸收等原因，患者有明显的头痛和相应的鼻窦区疼痛。

3. 体征　鼻腔检查见鼻黏膜充血、肿胀，鼻腔内大量黏脓性或脓性分泌物，患侧鼻窦区红肿和压痛。

（三）辅助检查

1. 影像学检查　主要有鼻内镜检查、鼻窦 CT 扫描。

2. 实验室检查　血常规检查示白细胞数增加，中性粒细胞比例升高。

【心理 – 社会状况】

患者可因头痛、鼻塞、流涕等而影响正常生活、可产生焦虑不安等心理。

【治疗要点】

1. 及时应用抗生素治疗，控制感染。常用头孢类、喹诺酮类抗生素，口服或静脉滴注。重症者，可酌情加用糖皮质激素。

2. 消除病因，通畅鼻腔引流，减轻疼痛不适。

【护理问题 / 诊断】

1. 舒适改变　鼻塞，与鼻黏膜充血肿胀、鼻腔分泌物多有关。

2. 急性疼痛　头痛或相应鼻窦区域痛，与窦腔内负压形成、细菌毒素吸收有关。

3. 体温过高　与鼻窦炎症反应有关。

4. 潜在并发症：咽炎、喉炎、气管炎、中耳炎等。

任务目标

1. 患者鼻塞改善或消失。

2. 患者头痛或相应鼻窦区疼痛缓解或消失。

3. 患者体温恢复正常。

4. 患者无并发症发生。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 嘱患者注意休息，多饮水，以清淡、易消化饮食为主，多吃新鲜蔬菜、水果。少吃刺激性食物，保持大便通畅。

2. 注意保暖。持续高热者，应给予物理降温或药物降温。

（二）治疗护理

1. 鼻部护理

擤鼻方法不对问题多

（1）消除鼻塞：遵医嘱使用血管收缩剂滴鼻或鼻腔雾化吸入疗法。减轻鼻黏膜水肿，畅通鼻窦引流。指导患者正确使用滴鼻剂并正确擤鼻以清除鼻腔内分泌物。

（2）理疗：遵医嘱为患者施行微波、超短波等鼻部理疗，每日 1~2 次。

2. 用药护理　遵医嘱给予足量的敏感抗生素治疗，重症者酌情加用小剂量糖皮质激素。常用青霉素类、头孢类或喹诺酮类抗生素，静脉滴注或口服。年长者或小儿忌用喹诺酮类抗生素，以免损害肾功能。中成药如藿胆丸、鼻窦炎口服液也有较好疗效。

3. 病情观察　注意观察患者体温变化、鼻腔分泌物的量和性质、药物的疗效和不良反应等，情况异常时及时报告医生并协助处理。

4. 口腔护理　患者鼻塞，常张口呼吸，或鼻分泌物向后鼻孔引流，引起不适。应给予含漱液漱口，保持口腔清洁。

（三）人文护理

患者因头痛、鼻塞、流涕、嗅觉下降影响生活、学习和工作，针对他们的不适，主动关心，耐心解释，通过积极有效的沟通，缓解患者的焦虑情绪，使其能积极配合治疗和护理。

（四）健康指导

1. 加强锻炼，增强体质，防寒保暖，生活规律，预防感冒。

2. 向患者讲述本病防治的基本知识，力争痊愈，以免反复发作迁延成为慢性鼻窦炎。

任务关键

在为患者治疗护理时，虽然鼻分泌物较多，但不宜鼻腔冲洗。鼻涕黏稠不易擤出时，告知患者切忌紧捏双侧鼻翼用力擤鼻涕，以防鼻分泌物经咽鼓管进入中耳腔，导致急性中耳炎。

案例分析

急性鼻窦炎的临床特点是发热、头痛、鼻塞、脓涕多、嗅觉下降明显。它与急性鼻

炎的区别是相应的鼻窦区域有压痛及叩痛。遵医嘱抗感染治疗和改善鼻腔引流是护理的重点，注意指导患者正确滴鼻和擤鼻。患者罹患此病的原因可能是上呼吸道感染后致病菌沿鼻腔黏膜感染鼻窦，同时鼻腔黏膜水肿妨碍了鼻窦的正常引流，从而导致了鼻窦感染的发生。

堂上练习（单项选择）

患者陆某，男，19岁。因着凉感冒出现鼻塞，流清水涕。2天前加重，发热，头痛，流脓涕，嗅觉下降。左侧颌面部疼痛。查体：T 38.3 ℃，左侧鼻腔大量脓性分泌物，左侧上颌窦区压痛明显。

1. 患者可能是（　　）。

A. 急性鼻炎　　B. 上呼吸道感染　　C. 急性上颌窦炎

D. 变应性鼻炎　　E. 慢性鼻炎

2. 下列哪个表现有助于区别急性鼻炎？（　　）

A. 鼻黏膜充血水肿　　B. 鼻腔有脓性分泌物

C. 左侧上颌窦区压痛明显　　D. 发热、头痛

E. 嗅觉下降

3. 以下护理措施哪项是错误的？（　　）

A. 3% 过氧化氢溶液滴鼻　　B. 遵医嘱静脉点滴抗生素治疗

C. 1% 呋喃西林麻黄碱滴鼻　　D. 含漱液漱口保持口腔清洁

E. 健康指导

急性鼻窦炎堂上练习答案

五、慢性鼻窦炎

任务准备

【疾病概述】

慢性鼻窦炎（chronic sinusitis）是鼻窦黏膜的慢性化脓性炎症，病程超过12周。可为单个鼻窦发病，也可为多个鼻窦发病。本病与慢性鼻炎共存，又称“慢性鼻—鼻窦炎”。

（一）健康史

1. 多为急性鼻窦炎反复发作或治疗不彻底迁延而成。

2. 邻近器官炎症病灶的影响，如扁桃体炎、6、5 | 5、6 龋齿。

3. 特异性体质与本病关系甚为密切。

（二）临床表现

1. 全身症状　常表现为精神不振、头昏易倦、注意力分散、记忆力减退等。

2. 局部症状　主要表现为鼻塞、流脓涕、嗅觉障碍等。亦可有头痛，但较轻。

3. 体征　鼻黏膜慢性充血、肿胀或肥厚，中鼻甲或筛泡肥大及鼻息肉样变。鼻腔内可有脓性分泌物引流。

（三）辅助检查

1. 影像学检查　鼻窦 X 线平片或 CT 可显示窦内黏膜增厚，液平面或息肉阴影。

2. 上颌窦穿刺冲洗　对上颌窦炎有诊断和治疗双重作用。

【心理－社会状况】

患者因病情反复发作导致学习成绩下降，工作效率降低，易产生焦虑情绪或自卑心理。

【治疗要点】

1. 积极消除病因，改善鼻腔和鼻窦的通气引流。

2. 小剂量长疗程使用抗生素和激素治疗，配合中医中药治疗。

3. 手术治疗　目前主要是鼻内镜鼻窦手术，微创口，疗效确切。

【护理问题 / 诊断】

1. 清理呼吸道无效　与鼻黏膜肿胀、分泌物多而粘稠有关。

2. 舒适改变：鼻塞，与鼻黏膜肿胀、分泌物多有关。

3. 感知觉紊乱　嗅觉减退或消失，与鼻塞或嗅神经功能减退有关。

4. 焦虑　与病情反复发作及担心手术疗效有关。

任务目标

1. 患者鼻窦通气引流改善，鼻腔分泌物减少或消失。

2. 患者鼻塞减轻或消失。

3. 患者嗅觉提高或恢复正常。

4. 患者情绪稳定，能积极配合治疗和护理。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

给予易消化、富营养的普食，多吃新鲜蔬菜、水果。少吃刺激性食物，忌烟酒。生

活规律，劳逸结合，提高机体的抵抗力。

（二）治疗护理

1. 用药护理　遵医嘱给予小剂量长疗程的抗生素和激素治疗，配合中医中药治疗。如成年人，用罗红霉素片 0.15，每日 1 次；地塞米松片 0.75 mg，每日 1 次（或布地奈德鼻喷雾剂，鼻腔吸入，每日 2 次），连续治疗 3 个月。中成药可选藿胆丸、鼻窦炎口服液等。用药期间注意观察药物的不良反应并报告医生。

2. 鼻部护理

（1）鼻腔冲洗：用温生理盐水进行鼻腔冲洗，每日 1 次，连续 1~2 周。

（2）鼻窦置换疗法：通过负压吸引法将含抗生素的生理盐水导入鼻窦，置换原窦腔内脓液。操作时，负压吸引器的负压不宜过大（负压＜ 24 kPa），持续时间不能太长，以免引起鼻出血。儿童及急性鼻炎、鼻出血、鼻腔术后伤口未愈、高血压患者不适用此法。

（3）上颌窦穿刺冲洗：遵医嘱在表麻下行上颌窦穿刺冲洗，本方法仅适用于慢性上颌窦炎。每周冲洗 1~2 次，冲洗时注意观察冲出的脓液性质和量，并做好记录。

3. 手术护理　应配合医生做好手术前检查，已行手术者，加强手术后护理。

（三）人文护理

向患者耐心讲解疾病特点、治疗和护理方案，说明坚持治疗或鼻窦手术治疗的必要性及可能出现的情况，消除其焦虑情绪，增强信心，能积极配合治疗和护理工作。

（四）健康指导

1. 向患者讲授本病的基本知识，养成良好的生活习惯，改善生活和工作环境，避免过度劳累，戒除烟酒嗜好。

2. 坚持治疗，争取治愈。

任务关键

在鼻部护理时，操作应熟练、轻柔，并告诉患者如何配合及治疗后的注意事项。

六、鼻出血

导学案例与思考

一位母亲焦虑地对护士说：“我孩子今年 15 岁，近一年来经常无缘无故鼻出血，每次出血量不太一样，无特殊不适，也查不出原因。前几天孩子在参加中考时，在考场上又流鼻血，影响了考试成绩。真不知该怎么办？”如果你是这名护士，请思考：

1. 是什么原因导致孩子鼻出血呢，你会如何回答母亲的这个问题？

2. 如果以后发生类似的情况，应该如何处理？

3. 面对母亲的忧虑，如何进行健康教育？

任务准备

【疾病概述】

鼻出血（epistaxis）是鼻腔、鼻窦及鼻咽部疾病常见症状之一，也是某些全身性疾病在鼻部的表现。多为单侧鼻腔出血，亦可双侧出血。

（一）健康史

1. 局部因素　常见鼻和鼻窦的外伤，鼻腔与鼻窦的急性炎症，鼻中隔偏曲，鼻及鼻咽部肿瘤（如鼻血管瘤、上颌窦癌、鼻咽癌等）。

2. 全身因素

（1）心血管疾病：如高血压、动脉硬化等。

（2）某些急性传染病：如流行性出血热、流行性感冒、麻疹等。

（3）血液病：如白血病、血友病、血小板减少或严重的缺铁性贫血等。

（4）维生素缺乏：如维生素 C、维生素 K、维生素 P 缺乏。

（5）其他：如严重的肝、脾、肾慢性疾病，内分泌失调，某些药物的不良反应等。

（二）临床表现

轻者仅涕中带血，重者可致失血性休克。可为间歇性反复出血，也有持续性出血。除外伤外，一般不伴有疼痛等不适。全身因素引起的鼻出血，多有原发病的表现。

儿童及青少年出血部位多在鼻中隔前下方的利特尔区，中老年人则在鼻腔后部鼻 – 鼻咽静脉丛或鼻中隔后动脉出血。

（三）辅助检查

1. 实验室检查　血常规、凝血机制检查、骨髓检查等。

2. 鼻内镜检查　可见局部病变和出血部位。

3. 影像学检查　必要时可行 CT 或 MRI 检查。

【心理 – 社会状况】

儿童和青少年偶尔有少量的鼻出血大多不在意，甚至不告诉家长，初次出血很少到医院就诊。反复出血，尤其是大量出血时，易引起患者及其家属恐惧感，能主动配合医护人员的诊治。

【治疗要点】

1. 尽快止血，可根据不同的出血部位、出血量采用不同的止血方法。

（1）烧灼法：先用 1% 丁卡因和 1% 麻黄碱棉片，麻醉和收缩出血部位黏膜后，用棉签蘸少许 50% 硝酸银或 30% 三氯醋酸烧灼出血点。亦可用微波、YAG 激光或高频电刀止血。治疗后局部涂抗生素眼膏。此方法适用于出血量不大，出血点明确者。

（2）填塞止血法：先用 1% 麻黄碱棉片收缩出血部位黏膜后，依次填入无菌止血材料，如凡士林纱条或碘仿纱条、吸收性明胶海绵等。根据出血部位，采用前鼻孔填塞或后鼻孔填塞，填塞时间一般为 24～48 小时，不超过 72 小时。此方法适用于大面积渗血或出血较多及出血部位不明确者。

2. 依据病情应用止血药物、抗休克、预防感染。

【护理问题 / 诊断】

1. 恐惧　与出血量大或反复出血有关。
2. 潜在并发症：失血性休克、鼻部感染、分泌性中耳炎等。
3. 知识缺乏：缺乏鼻出血的初步止血及鼻出血的自我护理知识。

任务目标

1. 患者恐惧感减轻或消失，能配合治疗和护理。
2. 患者出血减少或停止，无并发症发生。
3. 患者及家长了解鼻出血的相关防治和护理知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 体位　患者取坐位，头稍前倾，张口呼吸。休克患者取平卧位或半卧位。

2. 饮食　给予易消化、富营养的半流质饮食，鼻腔填塞后吞咽受影响，可给予流质饮食。

3. 卧床休息，减少活动，保持大便通畅。

（二）治疗护理

1. 止血护理

（1）简易止血法：接诊患者后，用含 1% 麻黄碱或 0.1% 肾上腺素的棉片放入出血侧鼻腔，使血管收缩而止血。同时，冷敷鼻部、前额或颈部。嘱患者用拇指和食指捏紧两

侧鼻翼 10~15 分钟，简便有效。此方法适用于利特尔区出血。

（2）协助医生止血：为医生准备 1% 麻黄碱或 0.1% 肾上腺素溶液；无菌棉片、纱条、止血纱球、敷料；消毒弯盘、枪状镊、鼻内窥镜等。安置好患者体位，配合医生进行止血。

（3）鼻腔填塞后的护理：① 嘱患者将口中分泌物轻轻吐出，切勿咽下，以便了解是否继续出血。② 预防患者打喷嚏，以免填塞物松动或脱出引起出血。③ 鼻腔填塞物取出后嘱患者勿用力擤鼻，防止再次出血。④ 保持口腔清洁，每日给予含漱 1~2次。

2. 病情观察

（1）首先是观察患者生命体征，重点是测血压、脉搏。注意面色、神志、尿量的变化，发现休克先兆，及时报告医生并协助处理。

（2）初步检查鼻腔，判断出血部位。给患者一个弯盘接流出的血，观察出血量。

（3）已做鼻腔填塞的患者，注意有无发热、头痛、耳痛、耳闭塞感等，及早发现鼻部感染或分泌性中耳炎等。

3. 用药护理　遵医嘱给予抗生素预防感染。出血量大或反复出血者，按医嘱给予止血剂静脉滴注或肌内注射。情绪紧张或烦躁不安的患者可遵医嘱酌情给予镇静剂，如安定 10 mg，肌内注射。

4. 手术护理　经局部止血方法和药物止血效果不佳者，可选用相应的血管结扎术或血管栓塞术，如筛前动脉结扎术、颈外动脉结扎术等，应配合医生做好术前准备，按鼻部手术常规护理。

（三）人文护理

鼻出血属于急症，特别是出血多的情况下，患者及陪伴者多精神紧张。在接诊时，要安慰和鼓励患者消除紧张情绪及恐惧心理，并说明在止血时，如烧灼止血或鼻腔填塞时可引起局部不适和头痛，需张口呼吸等，让其有思想准备，以便配合治疗和护理。

（四）健康指导

1. 向患者介绍鼻出血的有关知识，积极查找病因，纠正挖鼻等不良习惯。

2. 教会患者简便止血方法。告知患者鼻腔止血后 4~6 周避免用力擤鼻、重体力劳动、剧烈运动，以减轻鼻腔压力；避免使用易引起出血的药物，预防再出血。

3. 鼻出血原因复杂，发生鼻出血应及时到医院耳鼻咽喉科诊治。

任务关键

鼻出血的治疗原则：先止血，查原因，对因对症处理，预防并发症和止血后再出血。

案例分析

鼻出血是鼻科的常见症状，由于引起鼻出血的病因很多，可以是鼻部因素也可以是全身因素导致。故临床表现多样，出血量多少不一。反复出血者，需耐心查找病因，注意排除全身性疾病引起的鼻出血。鼻出血发生时，最简单、最有效的方法是用拇指和食指捏紧两侧鼻翼 10～15 分钟，即可达到初步止血的目的。如出血不止应及时到医院耳鼻咽喉科诊治。

堂上练习（单项选择）

一位母亲焦虑地对护士说："我孩子今年 15 岁，近一年来经常无缘无故鼻出血，每次出血量不太一样，无特殊不适，也查不出原因。前几天孩子在参加中考时，在考场上又流鼻血，影响了考试成绩。真不知怎么办？"如果你是这名护士，请思考：

1. 关于引起鼻出血的病因，以下哪个说法是错误的？（　　）

A. 鼻中隔偏曲　　B. 维生素 D 缺乏　　C. 某些急性传染病

D. 严重的肝、肾疾病　　E. 白血病

2. 如果类似的情况再次发生，最佳的处理是（　　）。

A. 呼叫 120 出诊　　B. 即用手指捏紧两侧鼻翼 15 分钟

C. 鼻腔涂清凉油　　D. 让他躺下休息

E. 用干净纸巾塞入出血侧鼻腔止血

3. 如出血不止需采用前鼻孔填塞法止血，以下哪项护理是不正确的？（　　）

A. 常用填塞材料是凡士林纱条　　B. 填塞时间 24～48 小时

C. 患者口干可给予含漱　　D. 常规用抗生素预防感染

E. 填塞时间一般应超过 78 小时

鼻出血堂上练习答案

课后练习

单项选择题

97. 慢性单纯性鼻炎的主要症状是（　　）。

A. 两侧持续性鼻塞　　B. 双侧交替性或间歇性鼻塞

C. 阵发性打喷嚏　　D. 清水样鼻涕多

E. 嗅觉下降明显

98. 青少年鼻出血最常发生的部位是（　　）。

A. 下鼻甲　　B. 中鼻道　　C. 鼻顶部

D. 鼻中隔前下区　　E. 鼻中隔前上方

99. 急性上颌窦炎面部的压痛点位于（　　）。

A. 颌面部　　B. 眶下缘　　C. 尖牙窝

D. 鼻根部　　E. 上唇部

100. 下列不是鼻出血的全身原因的是（　　）。

A. 凝血机制障碍　　B. 高血压　　C. 风湿热

D. 维生素 A 缺乏　　E. 化学物质中毒

101. 患者，女，24 岁。鼻尖部胀痛 2 天。查体：鼻尖部有丘状隆起，皮肤充血，压痛明显，诊断为“鼻疖”。以下护理措施错误的是（　　）。

A. 热敷、理疗

B. 疖肿成熟时挑开脓头，切忌挤压

C. 局部涂抗生素软膏

D. 切开排脓，并挤压以利引流

E. 合并高热、头痛、呕吐、眼睑水肿者，及时报告医生。

（102—103 题共用题干）

患者，男，42 岁。反复流脓鼻涕、鼻塞伴嗅觉减退及记忆力下降 3 年，时有头痛，以前额及同侧颌面部胀痛为主。查体：鼻黏膜慢性充血、肿胀，中鼻甲肥大及鼻息肉样变。

102. 临床诊断首先考虑为（　　）。

A. 慢性鼻炎　　B. 变应性鼻炎　　C. 慢性上颌窦炎

D. 慢性筛窦炎　　E. 慢性蝶窦炎

103. 以下护理措施效果最佳的是（　　）。

A. 上颌窦穿刺冲洗　　B. 预防并发症　　C. 心理护理

D. 密切观察病情　　E. 鼻窦置换疗法

（吴梅坚、古　源）

项目二　鼻部手术患者的常规护理

鼻部手术常见鼻甲部分切除术、鼻息肉摘除术、鼻中隔矫正术、上颌窦根治术、鼻整形术等。手术方式常有经前鼻孔传统手术、鼻内镜手术和鼻侧切开术。

一、术前护理

1. 评估　核对患者姓名、性别、年龄。了解疾病诊断、手术时间、手术和麻醉方式、相关实验室检查等。了解患者有无急性上呼吸道感染，是否在月经期。患者对手术治疗的了解和合作程度。

2. 心理护理　配合医生向患者介绍手术的目的和注意事项，说明术中可能出现的如大出血等情况和应如何配合手术的要求，使患者有充分的思想准备，解除其精神紧张，如恐惧及焦虑等。

3. 鼻部准备　剪鼻毛，成年男性刮胡须。鼻分泌物较多者术前需进行鼻腔冲洗，上颌窦手术前 1 天应行上颌窦穿刺冲洗，术前 1~2 天可给予复方硼砂溶液漱口。

4. 饮食护理　局麻患者术晨可进少量普食，全麻患者术前晚 23∶00 时开始禁食禁饮。

二、术后护理

1. 基础护理

（1）患者回病房时及时监测体温、脉搏、呼吸和血压。

（2）局麻患者采取半卧位或平卧高头位，以减轻头部充血，利于口内分泌物吐出，避免低头动作。全麻患者宜平卧头侧位，按全麻术后的常规护理。

（3）局麻患者术后 2 小时，全麻患者清醒后 4 小时可进流质或半流质饮食。术后 48 小时内患者由于鼻腔填塞、饮食不便，应给予高蛋白、富含营养及多种维生素的流质、半流质饮食。第 3 天后酌情改普通饮食。食物温度不可太热，以免引起伤口出血。

2. 心理护理　由于手术刺激、术后鼻腔填塞等原因，使患者鼻面部肿痛，影响其呼吸、睡眠，常出现焦虑。此时应多关心他们，做耐心细致的解释，消除其不安情绪，使之保持良好心态，以利于康复。

3. 治疗护理

（1）预防出血：嘱患者将口腔内分泌物轻轻吐出，勿将血液咽下，以免引起胃部不适和恶心、呕吐。术后 24 小时内可冷敷鼻、额部，促进血管收缩，减少出血。嘱患者术后 48 小时内尽量避免打喷嚏和用力咳嗽，以防引起伤口出血。

（2）病情观察：观察填塞的鼻腔有无血液渗出，填塞物有无松脱。填塞物渗血多，应报告医生，按医嘱使用止血药。

（3）口腔清洁：术后鼻腔填塞，鼻腔不能通气，患者需张口呼吸，感觉口干。可给予含漱，加强口腔护理，保持口腔清洁，防止口腔感染，消除口臭。

（4）鼻部护理：鼻腔填塞的纱条在术后 24~48 小时拔除，纱条拔除后，定时滴 1% 麻黄碱滴鼻液，每日 3 次，以保持鼻腔通畅，避免黏膜粘连。嘱患者勿用力擤鼻、挖鼻腔。术后 2 周用温生理盐水鼻腔冲洗，清除分泌物和痂皮。

（5）用药护理：按医嘱及时使用抗生素，预防感染。

课后练习

单项选择题

104. 鼻部手术术前护理最重要的是（　　）。

A. 剪鼻毛　　B. 禁食禁饮　　C. 评估患者

D. 鼻腔冲洗　　E. 术前含漱

105. 鼻部手术术后护理错误的是（　　）。

A. 术后 24 小时内热敷鼻部　　B. 局麻患者采取半坐卧位

C. 观察鼻腔填塞物有无松脱，渗血　　D. 按医嘱使用抗生素预防感染

E. 术后 2 周用温生理盐水冲洗鼻腔

（吴梅坚）

HEP

模块七 咽喉的应用解剖及生理功能

【模块目标】

1. 描述咽的分部、扁桃体结构及免疫功能；说出咽峡的组成、喉腔分区及各区特点；指出各喉软骨的位置。

2. 能够解释咽、喉的解剖结构病变对该器官生理功能的影响。

3. 培养细致观察、联系实际的学习态度。

一、咽的应用解剖

咽上起颅底，下达第 6 颈椎平面，前后扁平，上宽下窄，略呈漏斗状，是呼吸道和消化道的共同通道。前方与鼻腔、口腔及喉相通，下端与食管相接。

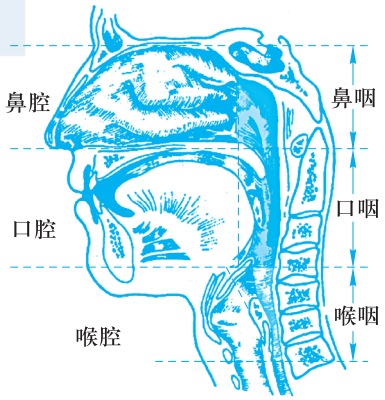


图 7-1　咽的矢状剖面观

（一）咽的分部

自上向下将咽部分为 3 部分（图 7-1）。

1. 鼻咽（nasopharynx）　硬腭水平线以上的咽部称鼻咽。顶后壁有腺样体附着，前方以后鼻孔为界入鼻腔。后壁为第 1、第 2 颈椎，下方与口咽相通。两侧壁有咽鼓管咽口，此管与中耳腔相通。咽鼓管咽口周围有散在的淋巴组织，称咽鼓管扁桃体。咽口后上方有一隆起，称咽鼓管圆枕。圆枕后上方为咽隐窝，是鼻咽癌好发部位。

2. 口咽（oropharynx） 位于软腭平面和会厌上缘平面之间，前方经咽峡与口腔相通。所谓咽峡，是指上为腭垂（悬雍垂）和软腭游离缘、下由舌背、两侧由腭舌弓和腭咽弓围成的环形狭窄部分（图 7–2），两弓之间为腭扁桃体，在腭舌弓的后方有条状淋巴组织又名咽侧索，咽后壁黏膜下有散在淋巴滤泡，舌根上面有舌扁桃体。

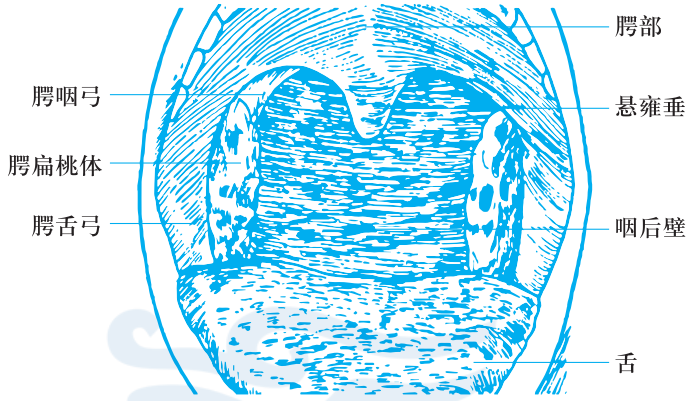


图 7–2　咽峡

3. 喉咽（laryngopharynx） 又称下咽。上接口咽，下界为食管入口，前方通喉腔。舌根与会厌之间左右各有一浅窝，称会厌谷，是异物易存留之处。两侧会厌壁的外下方有梨状窝，喉上神经内支经此入喉，分布于此窝黏膜下。两侧梨状窝之间、环状软骨板之后称环后隙。

（二）咽的淋巴组织

咽部的淋巴组织非常丰富，有些聚成团块如扁桃体，有些淋巴滤泡散布在黏膜下，相互间有淋巴管相通，形成内环。包括腭扁桃体、腺样体、舌扁桃体、咽鼓管扁桃体、咽后壁淋巴滤泡及咽侧索等。淋巴外环主要由咽周围淋巴结组成，包括下颌角淋巴结、下颌下淋巴结、颏下淋巴结、咽后下淋巴结等（图 7–3）。

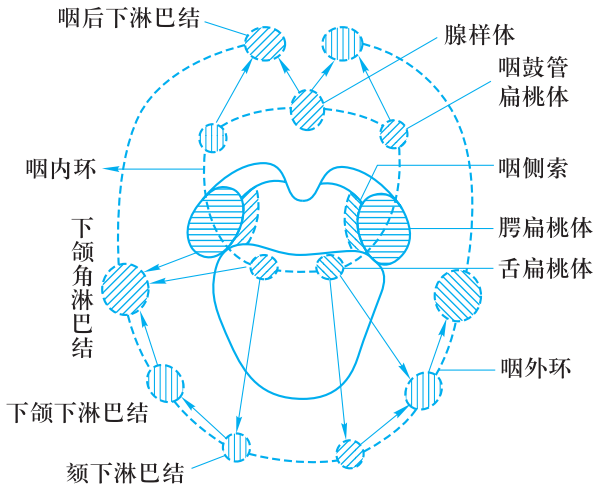


图 7–3　咽淋巴环

内环淋巴液可引流到外环淋巴结，但外环淋巴液不可逆流至内环。因此，咽部的感染或恶性肿瘤，可扩散或转移到相应的内环淋巴组织及外环淋巴结。内环的淋巴组织在儿童期处于增生状态，有重要的免疫功能，一般在 10 岁以后开始萎缩退化。

1. 腭扁桃体（palatine tonsil）　习惯称为扁桃体，位于腭舌弓和腭咽弓之间的扁桃体窝内，左右各一。是咽部最大的淋巴组织和重要的免疫器官。其内侧面覆盖鳞状上皮的黏膜，黏膜上皮向扁桃体实质内陷入形成一些分支状盲管，深浅不一，盲管开口在扁桃体表面的隐窝。细菌易在盲管和陷窝内存留繁殖，形成感染“病灶”。扁桃体外侧包裹一层结缔组织包膜，易于完整剥离切除（图 7-4）。

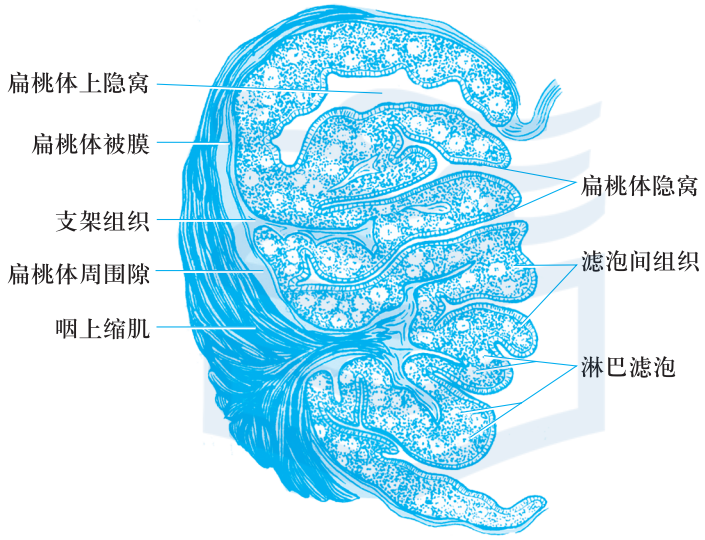


图 7-4　扁桃体

2. 腺样体（adenoids）　又称咽扁桃体，位于鼻咽顶与后壁交界处，表面有 5~6 条纵行沟裂，易存留细菌。腺样体肥大可引起鼻阻塞、打鼾等，也可影响咽鼓管功能，易患中耳炎。

二、咽的生理功能

咽为呼吸和消化的共同通道，常见的生理功能有以下方面。

1. 呼吸功能　咽腔是上呼吸道的重要组成部分，具有类似鼻腔的作用。黏膜含有丰富的腺体，当吸入的空气经过咽部时，可继续得到调温、湿润。同时，黏膜纤毛上皮和黏液能吸附气流中的尘粒、细菌等，故能保持吸入空气的清洁。

2. 吞咽功能　咀嚼后的食物进入咽部，靠一系列反射性活动，完成吞咽。

3. 反射功能　吞咽反射可阻止食物进入鼻腔或下呼吸道，恶心呕吐反射，可排出有害物质。

4. 防御功能　来自鼻和咽鼓管的分泌物，可借咽的反射作用而吐出。在吞咽和呕吐时，由于反射性地关闭鼻咽和声门，从而避免食物返流入鼻腔或吸入气管。

5. 调节中耳气压　吞咽时咽鼓管开放，使中耳气压与外界气压保持平衡，以维护耳的正常听力。

三、喉的应用解剖

喉（larynx）位于颈前正中部，上通喉咽腔，下连气管，相当于在成人第 3~5 颈椎平面之间。是由软骨、肌肉、韧带、纤维组织和黏膜等构成的一个锥形器官。

（一）喉软骨

喉由软骨构成支架。主要有会厌软骨、甲状软骨、环状软骨及杓状软骨，喉软骨间由纤维韧带连接（图 7-5）。

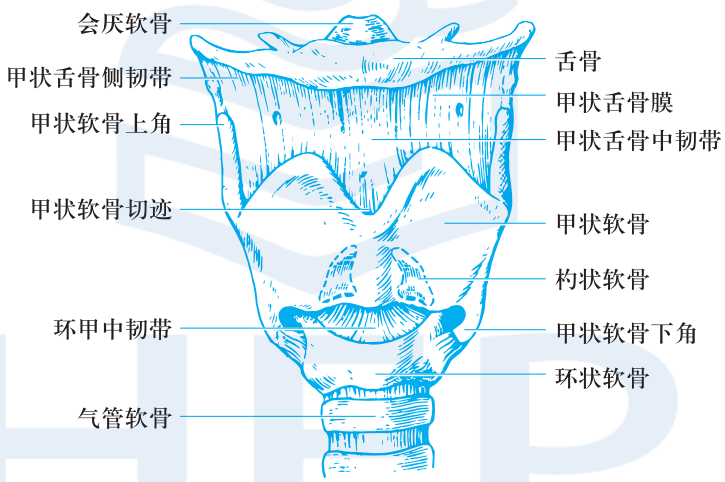


图 7-5　喉软骨

1. 会厌软骨　位于喉的最上部，比较扁平，上缘游离呈弧形，茎在下端，借韧带附着在甲状软骨切迹的后下方，会厌舌面组织较疏松。儿童时期会厌呈卷叶状，质较软。

2. 甲状软骨　为喉部最大软骨。由两侧对称的四边形软骨板在前面中线融合而成，构成喉支架的前壁和大部分侧壁。此软骨正中上方呈 V 形凹陷，称甲状软骨切迹，是颈部中线的标志。成年男性此切迹下方向前突出，称为喉结。左右侧软骨板后缘分别向上、下延伸，形成上角和下角，上角长、下角短。

3. 环状软骨　位于甲状软骨之下，下接气管。前部较窄，称环状软骨弓；后端宽，称环状软骨板，此软骨呈完整环状，是保持喉腔通畅的重要支架。若被损伤，易造成喉狭窄。

4. 杓状软骨　呈三角锥形，左右各一，位于环状软骨板上，杓状软骨与环状软骨构

成环杓关节，其运动使声带张开或闭合，底部外侧为肌突，为声带附着处。

（二）喉肌

喉肌分内外两组。喉外肌将喉与周围结构相连接，有固定喉、牵拉喉体上升或下降的功能。喉内肌按其功能分为以下四组。

1. 使声门张开　主要来自环杓后肌，该肌收缩使杓状软骨的声带突向外侧转动，将声门裂的后端分开，开大声门。

2. 使声门关闭　包括环杓侧肌和杓肌。

3. 使声带紧张和松弛　包括甲杓肌和环甲肌。

4. 使会厌活动的肌群　包括使喉入口关闭的杓会厌肌和使喉入口开放的甲状会厌肌。

（三）喉腔

喉腔被声带分隔成声门上区、声门区和声门下区（图 7-6）。

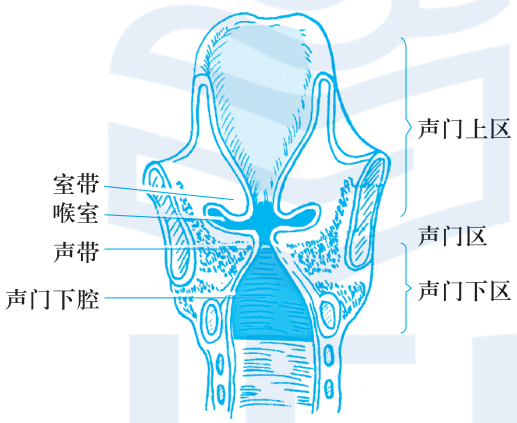


图 7-6　喉腔的分区

1. 声门上区　位于声带上缘以上，至会厌游离缘。声门上区黏膜下有丰富的血管和淋巴组织。

2. 声门区　位于声带之间。声带左右各一，声带张开时，出现一个顶向前的等腰三角形的裂隙称声门裂，简称声门，为喉腔最狭窄处。

3. 声门下区　位于声带下缘和环状软骨下缘之间，该腔上小下大。幼儿期该处黏膜下组织疏松，炎症时水肿严重，导致喉腔狭窄，引起喉阻塞。

（四）喉的神经

有喉上神经和喉返神经，两者均为迷走神经的分支。喉上神经于舌骨大角平面分为内支、外支。外支为支配环甲肌的运动神经，维持声带张力；内支支配除环甲肌之外的喉内各肌，为感觉神经，司喉腔大部分感觉。喉返神经主要司声带运动和声门下区感觉。左侧喉返神经的行程较右侧长，故左侧喉返神经损伤较右侧多见。

四、喉的生理功能

1. 呼吸功能　喉腔是呼吸的通道，声门是呼吸道最狭窄处。声带的内收或外展，可调节声门裂大小。

2. 发音功能　呼出的气流冲击声带而发音，发出的声音，受咽、口、鼻、鼻窦、气管及肺等器官的共鸣作用影响而使之发生变化，又由舌、唇、牙及软腭协调配合而完成语言构成。

3. 保护功能　喉上部黏膜非常敏感，稍受刺激即引起反射性咳嗽，将异物或痰咳出，防止误吸，保护下呼吸道。喉腔黏膜还有加温和湿润吸入空气的作用。

4. 屏气功能　吸气后声门紧闭，呼吸暂停、膈肌活动受到抑制，胸部固定，腹压增加，有利于完成排便、跳跃、分娩等活动。

课后练习

单项选择题

106. 咽隐窝是（　　）。

A. 扁桃体癌的好发部位　　B. 咽扁桃体癌的好发部位

C. 鼻咽纤维血管瘤的好发部位　　D. 鼻咽癌的好发部位

E. 咽乳头状瘤的好发部位

107. 以下不是喉软骨的是（　　）。

A. 锤骨　　B. 甲状软骨　　C. 会厌软骨

D. 杓状软骨　　E. 环状软骨

108. 咽峡的组成不包括（　　）。

A. 软腭游离缘　　B. 腭弓　　C. 悬雍垂

D. 舌背　　E. 咽后壁

109. 咽淋巴内环结构不包括（　　）。

A. 管扁桃体　　B. 腭扁桃体　　C. 舌扁桃体

D. 咽后淋巴结　　E. 腺样体

110. 对保证喉的形状和呼吸通畅起重要作用的是（　　）。

A. 会厌软骨　　B. 杓状软骨　　C. 甲状软骨

D. 环状软骨　　E. 楔状软骨

111. 小儿声门下区组织疏松，炎症时可发生（　　）。

A. 发音障碍　　B. 恶心呕吐　　C. 呼吸困难

D. 吞咽困难　　E. 咯血

（姜宪辉）

HEP

模块八 咽喉科疾病患者护理

项目一　咽部常见疾病患者的护理

【项目目标】

1. 叙述扁桃体炎的临床表现、并发症及治疗要点；比较咽炎与扁桃体炎的临床特点；说出扁桃体摘除术患者手术后病情观察的主要内容。

2. 通过对咽炎、扁桃体炎、腺样体肥大患者的护理评估，能确定其主要的护理问题并实施护理。能向患者及社区群众进行相关的健康教育。

3. 在护理咽部疾病患者过程中应具备认真负责的态度，关心、尊重、爱护患者。

一、慢性咽炎

任务准备

【疾病概述】

慢性咽炎（chronic pharyngitis）为咽部黏膜、黏膜下组织及淋巴组织的慢性炎症。

（一）健康史

多由急性咽炎演变而来。鼻部慢性炎症、下呼吸道慢性炎症、烟酒等有害物质的长期刺激，消化系统等全身慢性疾病亦是常见的病因。

（二）临床表现

1. 症状　患者常表现为咽部阻塞感、微痛、异物感、咽痒、干咳，烟酒过度及劳累

后症状加重，不影响进食，喝水后有舒适感。

2. 体征　检查时可发现下述三种类型。① 慢性单纯性咽炎：咽黏膜暗红，血管扩张，咽后壁附有少量黏稠分泌物。② 慢性肥厚性咽炎：咽黏膜暗红增厚，咽侧索肥厚，咽后壁淋巴滤泡明显增生、肥大，甚至融合成片状。③ 慢性萎缩性咽炎：临床较少见，多由萎缩性鼻炎发展而来，咽黏膜干燥，萎缩变薄，黏膜表面常附有黏稠分泌物或带臭味的黄褐色痂皮。

【心理－社会状况】

该病病程长，症状顽固，工作压力大，睡眠不足，抑郁、焦虑等情绪不佳时患者症状更明显。部分患者四处求医，甚至产生恐癌心理。

【治疗要点】

积极消除病因，以对症治疗为主，多采用超声雾化吸入法，适当使用含片和中成药。一般不使用抗生素治疗。

【护理问题 / 诊断】

1. 舒适改变　咽干、咽痒，与咽部慢性炎症引起的刺激有关。

2. 知识缺乏：缺乏慢性咽炎的防治知识。

任务目标

1. 患者咽干、咽痒等咽部刺激症状得到改善。

2. 患者获得咽炎的相关防治知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

进食清淡饮食，多饮水，少吃烧烤食物或刺激性大的食物，忌烟酒。适当休息，嘱患者不要熬夜。

（二）治疗护理

1. 咽部护理　① 含漱：给予含漱液含漱，嘱患者含漱时将头后仰，发“啊”的声音，使药液充分接触咽后壁，但注意不要吞下。常用的含漱液有复方硼砂含漱液（朵贝氏液）、复方氯己定含漱液等。② 也可给予超声雾化吸入法，每日 1~2 次。

2. 用药护理　遵医嘱给予含片含服，常用的含片有草珊瑚含片、西地碘（华素片）含片等。口服中成药治疗，可选择金嗓利咽丸、知柏地黄丸等。

（三）人文护理

耐心向患者介绍咽炎的基本知识和护理方法，症状重时，应舒缓情绪，分散注意力，使其树立信心，恰当治疗，促进疾病康复。

（四）健康指导

1. 积极治疗原发疾病，消除病因，忌烟酒及辛辣刺激性食物。
2. 坚持锻炼身体，提高免疫力，增强体质。改善生活工作环境，劳逸结合。

任务关键

合理饮食，保持身心愉快和适当治疗相结合，可减轻或消除症状。

慢性咽炎为何反复发作?

一些患者并不重视咽炎的治疗，仅凭经验用药或滥用抗生素，治疗效果不佳；工作压力大，生活无规律，饮食不当（喜吃烧烤、冰冻等食物）；用嗓多、饮水少、情绪差；长期接触有害气体或粉尘刺激等均可诱发咽炎。

二、急性扁桃体炎

导学案例与思考

患儿任某，男，6 岁。2 天前出现咽喉痛。今晨患儿突然发热，咽痛加剧，T 39.5 ℃，在家服美林混悬液 3 mL，症状未见好转，故来医院就诊。查体：T 39 ℃，咽部充血，双侧扁桃体Ⅱ度肿大，表面有散在的黄白色脓点，实验室检查：WBC 10.6×10^9/L，中性粒细胞 75.4%，淋巴细胞 21.2%。请问：

1. 患儿目前主要护理问题是什么？
2. 如何对该患儿进行护理？
3. 有什么潜在问题，如何预防？

任务准备

【疾病概述】

急性扁桃体炎（acute tonsillitis）是腭扁桃体的急性非特异性炎症，多发生于儿童及青年，临床上有卡他性扁桃体炎和化脓性扁桃体炎两种类型。

（一）健康史

多因劳累、受凉、烟酒过度、有害气体刺激及上呼吸道疾病诱发。卡他性扁桃体炎多为病毒感染所致；化脓性扁桃体炎属细菌感染，常见致病菌有溶血性链球菌、葡萄球菌等。

（二）临床表现

1. 症状　咽痛，可放射至耳部，常伴吞咽困难。急性化脓性扁桃体炎可有高热、恶寒，伴关节酸痛及全身不适。

2. 体征　① 卡他性扁桃体炎：扁桃体及腭舌弓表面黏膜充血肿胀、扁桃体实质无显著肿大，表面无脓性分泌物。② 化脓性扁桃体炎：扁桃体充血肿大，表面有点片状黄白色脓点，下颌淋巴结肿大并触痛明显。

3. 并发症　最常见为扁桃体周脓肿。也可引起急性中耳炎、急性淋巴结炎、咽旁脓肿、心肌炎等。

（三）辅助检查

实验室检查：血常规显示白细胞总数和中性粒细胞升高，咽拭子涂片检查或培养能提供细菌学依据。

【心理－社会状况】

患者常因咽痛剧烈、吞咽困难、高热等而出现焦虑不安。

【治疗要点】

1. 抗感染　卡他性扁桃体炎以抗病毒和对症治疗为主，酌情给予抗生素，预防细菌感染。化脓性扁桃体炎以抗生素治疗为主，常用青霉素、头孢类抗生素静脉滴注或口服，辅以清热解毒的中药。

2. 局部治疗　含漱、含喉片、雾化吸入等，并发扁桃体周脓肿应及时切开排脓。

【护理问题/诊断】

1. 急性疼痛　咽痛，与腭扁桃体充血肿大有关。
2. 体温过高　与急性炎症反应有关。
3. 潜在并发症：扁桃体周脓肿、风湿热、急性肾炎等。
4. 知识缺乏：缺乏急性扁桃体炎防治和护理的相关知识。

任务目标

1. 患者咽痛症状得到缓解。
2. 患者体温保持在正常范围内。
3. 患者没有出现扁桃体周围脓肿、风湿热等并发症。
4. 患者获得急性扁桃体炎防治和护理的相关知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

高热患者应卧床休息，适当降温处理。给予富营养、易消化的流质或半流质饮食，要求患者多喝水，忌烟酒及刺激性食物。

（二）治疗护理

1. 咽部护理　给予复方硼砂溶液、淡盐水或 1∶5 000 呋喃西林溶液含漱，保持口腔清洁。超声雾化吸入可较好缓解咽痛症状，每日 1~2 次。

2. 用药护理　遵医嘱给予抗生素，首选青霉素治疗，用药前应询问有无药物过敏史，并做过敏试验，用药后应严密观察有无不良反应及疗效，炎症完全消退后还需用药 3~5 天，以免病情反复。

3. 病情观察　观察患者体温变化，持续多日高热患者，伴严重乏力、胸闷、关节酸痛等需警惕并发心肌炎、风湿热。如一侧咽痛加剧、张口受限，吞咽困难，言语不清，应检查是否形成扁桃体周脓肿。发现异常应报告医生并协助处理。

（三）人文护理

帮助患者解除焦虑心理，积极配合治疗和护理工作。

（四）健康指导

1. 注意口腔卫生，少食辛辣食物，戒烟酒。
2. 坚持锻炼身体，提高机体免疫力，避免过度劳累。
3. 合并扁桃体周脓肿者，建议炎症消退 2~3 周后行扁桃体摘除术。

任务关键

1. 急性扁桃体炎易引起各种并发症，因此病情观察应细致，通过患者的表情、体温变化、语言表达、咽部检查等及早发现病情变化。
2. 本病有一定的传染性，患者应适当隔离。

案例分析

患儿咽喉痛、发热，咽部重度充血，双侧扁桃体Ⅱ度肿大，表面有脓性分泌物，是急性化脓性扁桃体炎的临床特点。其护理措施包括：降低体温、流质或半流质饮食、遵医嘱静脉滴注抗生素，抗生素应首选青霉素。用药前应询问有无药物过敏史，并做过敏试验，用药后应严密观察病情，待炎症完全消退后还需用药 3~5 天方可停药。该病有并发扁周

脓肿、风湿热、急性肾炎等疾病的可能，应及时足量足疗程使用抗生素。

堂上练习（单项选择）

患儿任某，男，6岁，2天前出现咽喉痛。今晨患儿突然发热，咽痛加剧，T 39.5 ℃，在家服美林混悬液3 mL，症状未见好转，故来医院就诊。查体：T 39 ℃，咽部充血，双侧扁桃体Ⅱ度肿大，表面有散在的黄白色脓点，实验室检查：WBC 10.6×10^9/L，中性粒细胞75.4%，淋巴细胞21.2%。

1. 该患儿的医疗诊断是（　　）。

A. 扁桃体周脓肿　　B. 急性化脓性扁桃体炎　　C. 急性会厌炎

D. 口底蜂窝织炎　　E. 慢性扁桃体炎

2. 急性化脓性扁桃体炎的主要致病菌是（　　）。

A. 溶血性链球菌　　B. 肺炎球菌　　C. 变形球菌

D. 念珠菌　　E. 大肠杆菌

3. 下列急性扁桃体炎护理中哪项不正确？（　　）

A. 增强机体抵抗力　　B. 避免吃辛辣刺激性食物

C. 含漱　　D. 急性发作期给予抗生素治疗

E. 儿童患者应立即行扁桃体切除术

急性扁桃体炎堂上练习答案

三、慢性扁桃体炎

任务准备

【疾病概述】

慢性扁桃体炎（chronic tonsillitis）是指腭扁桃体的慢性非特异性炎症。

（一）健康史

1. 急性扁桃体炎反复发作，迁延不愈，扁桃体隐窝引流不畅。

2. 隐窝中的细菌长期与机体接触，引起变态反应，扁桃体演变成为机体内的一个病灶。

（二）临床表现

1. 症状　常表现为反复发作的咽痛。平时可有咽部不适、异物感或微痛，少数患者有口臭、低热、乏力及消化不良等。

2. 体征　检查见腭舌弓暗红色，扁桃体表面凹凸不平有疤痕，隐窝口扩大或有黄白色脓栓，下颌角淋巴结肿大。如扁桃体过度肥大，可能出现呼吸、吞咽或语言共鸣障碍。

扁桃体炎与肾炎的关系

慢性扁桃体炎的全身危害

慢性扁桃体炎常为全身感染“病灶”之一，易并发风湿热、风湿性关节炎、心脏病、肾炎等全身性疾病。因此，临床护士在进行慢性扁桃体炎的护理评估时，应注意评估患者的全身状况。

（三）辅助检查

实验室检查：血沉、抗链球菌溶血素“O”、血清蛋白、心电图、尿常规等异常，应警惕并发症。

【心理－社会状况】

病情反复发作，患者易产生焦虑紧张心理，尤其是发生心脏病、关节炎、肾炎等全身并发症时，会产生懊悔、悲观的情绪。

【治疗要点】

1. 对无并发症或不愿施行手术者行保守治疗，保持口腔清洁，急性发作时按急性扁桃体炎处理。

2. 反复发作或有并发症者应行扁桃体切除术。

【护理问题 / 诊断】

1. 舒适改变　咽痛和吞咽障碍，与扁桃体过度肿大有关。

2. 焦虑　与扁桃体慢性炎症久治不愈或引起并发症有关。

3. 潜在并发症：风湿热、肾炎、关节炎、术后出血及感染等。

4. 知识缺乏：缺乏慢性扁桃体炎的防治和自我护理知识。

任务目标

1. 患者咽痛、吞咽障碍等症状得到改善。

2. 患者的焦虑情绪得到缓解。

3. 患者没有出现风湿热、肾炎、关节炎等并发症。

4. 患者获得慢性扁桃体炎防治和护理的相关知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）非手术治疗患者的护理

1. 扁桃体炎不发作时，主要是饮食护理和咽部护理，减少发作或减轻症状。

2. 扁桃体炎发作时，参照急性扁桃体炎处理。

（二）手术治疗患者的护理

慢性扁桃体炎反复发作或产生并发症，可行扁桃体切除术。

1. 术前护理　① 配合医生向患者介绍手术的目的及注意事项等，缓解其紧张情绪。② 口腔清洁，术前用复方硼砂液漱口。③ 术日晨禁食，遵医嘱给予适量阿托品和苯巴比妥肌内注射。④ 药敏试验。

2. 术后护理　① 全麻者应取平卧位，头偏向右侧；局麻患者术后取半卧位。② 颈部可用冰袋冷敷，嘱患者轻轻吐出口中分泌物，勿咽下。③ 病情观察：重点是创面是否出血及白膜生长情况。患者吐出分泌物中若有较多鲜血或血块，或有频繁的吞咽动作，提示创面有活动性出血，应立即检查伤口，报告医生及时采取止血措施。术后 24 小时扁桃体窝已完全覆以白膜，对创面具有保护作用，勿触动之。如白膜变厚，色黄，有臭味，提示创面感染，按医嘱应用抗生素治疗。④ 术后 4 小时如无出血，可进冷流食；术后第 2 日咽痛减轻，可进半流质饮食，连续 7 日，两周内忌硬食及粗糙食物。⑤ 术后当天不刷牙、不漱口。次日开始遵医嘱给予含漱液漱口，每日 3 次，以保持局部清洁。⑥ 术后咽痛特别严重者，可遵医嘱给予止痛剂肌内注射。

（三）健康指导

1. 加强身体锻炼，增强机体抵抗力。
2. 注意休息，劳逸结合，生活要有规律。
3. 扁桃体切除术后患者应注意饮食护理，避免吃硬的、带刺的及辛辣刺激性食物。

任务关键

扁桃体摘除后的扁桃体窝无须缝合，存在术后出血的危险，大出血者可迅速休克，故术后应尽快建立静脉输液通路，备抢救之用。

四、腺样体肥大

任务准备

【疾病概述】

腺样体肥大（adenoid hypertrophy）是指腺样体因炎症的反复刺激而发生病理性增生，从而引起鼻腔堵塞、张口呼吸的症状，本病多见于 3~5 岁儿童，常与慢性扁桃体炎、扁桃体肥大合并存在，成人罕见。

（一）健康史

本病的常见原因为急慢性鼻炎、扁桃体炎等鼻咽部及其邻近部位的炎症反复发作，使腺样体发生病理性增生。

（二）临床表现

1. 症状

（1）局部症状：① 耳部症状：咽鼓管咽口受阻，导致听力减退和耳鸣。② 鼻部症状：常并发鼻炎、鼻窦炎，有鼻塞及流鼻涕等症状。说话呈闭塞性鼻音，睡后有鼾声，严重者出现睡眠呼吸暂停。③ 咽、喉和下呼吸道症状：因分泌物向下流并刺激呼吸道黏膜，常引起夜间阵咳，易并发气管炎。④ 腺样体面容：由于长期张口呼吸，致使面骨发育发生障碍，颌骨变长，腭骨高拱，牙列不齐，上切牙突出，唇厚，缺乏表情，出现所谓“腺样体面容”。

（2）全身症状：患儿表现为厌食，呕吐、消化不良，继而营养不良，引起生长发育障碍，还有注意力不集中，情绪多变、夜惊、磨牙、尿床等症状。

2. 体征　纤维鼻咽镜检查是目前腺样体检查的最常用的方法。在鼻咽顶部和后壁可见表面有纵行裂隙的分叶状淋巴组织，形似半个剥了皮的橘子。常常堵塞后鼻孔 2/3 以上。

（三）辅助检查

影像学检查：纤维鼻咽镜检查、鼻内镜检查、鼻咽 CT 检查等。

腺样体肥大的危害

【心理 – 社会状况】

腺样体肥大主要见于儿童，其耳、鼻、咽、喉等处症状常引起患儿营养发育不良、反应迟钝等，家长因此焦虑不安。

【治疗要点】

积极治疗原发病，常使用青霉素类药物治疗。随着年龄的增长，腺样体将逐渐萎缩，病情可能得到缓解或症状完全消失。若保守治疗无效，可手术治疗。

【护理问题 / 诊断】

1. 感知觉紊乱　耳鸣、听力下降，与咽鼓管咽口受阻合并分泌性中耳炎有关。
2. 自我形象紊乱　与疾病引起的“腺样体面容”有关。
3. 知识缺乏：家长缺乏腺样体肥大的治疗和预防知识。

任务目标

1. 患者耳鸣、听力下降等症状得到改善。
2. 腺样体面容得到改善，患儿及家长能正确面对患儿自身形象的改变。

3. 患儿家长获得腺样体肥大的治疗和预防知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

清淡饮食，注意营养均衡，多吃新鲜蔬菜、水果。睡眠时尽量侧卧。

（二）治疗护理

1. 用药护理

（1）鼻腔雾化吸入：遵医嘱用布地奈德鼻喷剂（雷诺考特）等喷鼻腔，每日 2 次，以减轻腺样体水肿。但长期使用应注意观察其不良反应。

（2）抗感染治疗：重症者遵医嘱给予抗生素治疗，首选青霉素肌内注射。

（3）抗过敏治疗：小儿可遵医嘱给予氯雷他定咀嚼片、孟鲁司特钠咀嚼片等口服。以减轻鼻塞症状。

2. 手术护理　保守治疗无效者应尽早行腺样体切除术，手术常同扁桃体切除术一起施行，如果扁桃体无明确手术指征，也可单独切除腺样体。参见扁桃体切除术护理。

（三）健康指导

1. 注意营养，加强锻炼，提高机体抵抗力，防止感冒，减少本病的发生。

2. 提高对本病的预防　家长应密切观察患儿，尤其是 2～10 岁的儿童，如长期反复感冒，出现流鼻涕、揉眼睛、打喷嚏等症状，同时伴听力下降、明显打鼾等症状，应及时去医院就诊。

任务关键

腺样体肥大患者严重时可出现睡眠呼吸暂停综合征，夜间需细心看护。

课后练习

单项选择题

112. 急性扁桃体炎的主要致病菌是（　　）。

A. 溶血性链球菌　　B. 肺炎球菌　　C. 变形球菌

D. 念珠菌　　E. 大肠杆菌

113. 下列慢性扁桃体炎护理中不正确的是（　　）。

A. 增强机体抵抗力　　B. 避免吃辛辣刺激性食物

C. 含漱　　D. 急性发作期给予抗生素治疗

E. 儿童患者应立即行扁桃体切除术

114. 患者，男，52 岁。嗜好烟酒，患慢性咽炎已近 20 年，近 1 周咽不适，异物感加重，并时有刺激性咳嗽，最有效的措施是（　　）。

A. 服用抗生素　　B. 用氯己定漱口　　C. 雾化吸入治疗

D. 休息　　E. 戒烟酒

115. 患者，男，22 岁。咽痛反复发作 6 年，3 天前再次发作，今天出现高热，体温达 40 ℃，左侧咽痛剧烈，张口受限，言语不清。检查见左侧扁桃体向中线移位，软腭红肿。该患者可能发生了（　　）疾病。

A. 咽后脓肿　　B. 扁桃体周脓肿　　C. 急性会厌炎

D. 口底蜂窝织炎　　E. 食管周围脓肿

（姜宪辉、古　源）

项目二　喉部常见疾病患者的护理

【项目目标】

1. 叙述急性会厌炎、小儿急性喉炎、喉阻塞的临床表现及治疗要点；说出小儿急性喉炎发生呼吸困难的主要原因及相应的护理措施；说出喉外伤的分型及主要临床表现。

2. 能根据临床表现判断呼吸困难的分度，提出处理措施；学会气管切开术护理及异常情况的判断和排除；能运用所学知识进行健康教育。初步具备观察力和应急处理能力。

3. 通过学习，培养自己的责任心，有良好医德，同情和关爱呼吸困难的患者。

一、急性会厌炎

任务准备

【疾病概述】

急性会厌炎（acute epiglottitis）是一种严重的喉部急性炎症，具有起病急、进展快、症状重，易导致喉阻塞的临床特点。由于病变很少侵犯声门区，故又称声门上喉炎。

（一）健康史

患者常有急性上呼吸道感染史，主要是细菌感染。异物损伤、吸入有害气体、药物

或食物过敏等也可成为诱因。

（二）临床表现

1. 症状　起病较急，高热、畏寒，伴周身不适。患者喉痛，吞咽时更甚。可出现吞咽困难，进食呛咳、流涎、语言含糊不清等。随着病情发展，渐出现吸气性呼吸困难，严重者可窒息死亡。因病变不累及声带，故无声音嘶哑。

2. 体征　间接喉镜检查可见会厌舌面充血水肿（图 8-1），若会厌形成脓肿，会厌呈球状改变，表面有黄白色脓点，无法抬举，声门不能窥见，呼吸困难严重者有三凹征及缺氧表现。

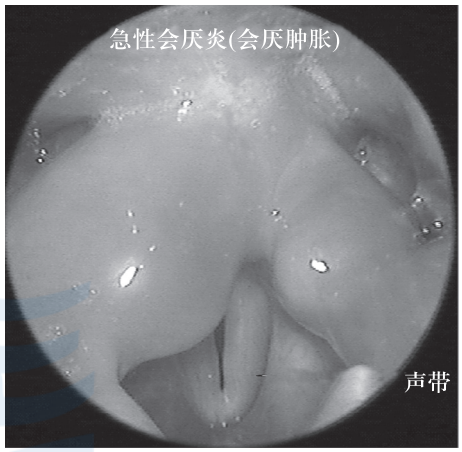


图 8-1　会厌肿胀

（三）辅助检查

1. 血常规检查　多有白细胞数及中性粒细胞比例升高。

2. 儿童间接喉镜检查不合作，采用直接喉镜检查。

【心理 - 社会状况】

多数患者及其家属对本病缺乏认识，常以为是重感冒，不予重视。或因医生误诊而耽误病情，导致病情加重。当呼吸困难发生后易产生恐惧感。

【治疗要点】

1. 及时应用敏感的抗生素和糖皮质激素治疗，尽快控制感染，改善症状。
2. 疑似患者应做间接喉镜检查以明确之，及早发现和消除呼吸困难。

【护理问题 / 诊断】

1. 急性疼痛　喉痛，与会厌充血肿胀有关。
2. 体温过高　与急性感染有关。
3. 有窒息的危险　与会厌肿胀引起的喉阻塞有关。
4. 知识缺乏：缺乏本病相关的防治和护理知识。

任务目标

1. 患者喉痛减轻或消失，吞咽顺利。
2. 患者体温恢复正常。
3. 注意患者呼吸情况变化，及早发现呼吸困难，有应对窒息的措施。
4. 患者情绪平稳，了解本病的危害性，能配合护理和治疗。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 一旦确诊，应嘱患者卧床休息，减少活动量，以免加重呼吸困难。

2. 以清淡、易消化、富营养的饮食为主，多饮水，保持大便通畅。体温持续升高或退热后大量出汗者要及时补充液体和维生素。

3. 高热者实施物理降温，如 30% 乙醇擦浴或温水擦浴。必要时遵医嘱给予解热镇痛药肌内注射。

4. 呼吸困难明显者，给予低流量持续吸氧。床边备抢救药品和气管切开包。

（二）治疗护理

1. 用药护理　遵医嘱给予足量敏感的抗生素和糖皮质激素静脉滴注，尽快控制感染。首选青霉素、头孢类抗生素，必要时可联合使用两种以上抗生素治疗。

2. 对症护理　遵医嘱给予生理盐水、抗生素和糖皮质激素混合液进行超声雾化吸入疗法，减轻会厌水肿和疼痛，每日 1~2 次，每次 15~20 分钟。

3. 病情观察　密切观察生命体征变化，若呼吸困难加重，立即报告医生并协助处理。

4. 紧急情况下，配合医生行环甲膜切开术或气管切开术，挽救患者生命。已行气管切开术的患者，按气管切开术后常规护理。

（三）人文护理

耐心向患者讲述本病的特点和治疗、护理的要求，消除患者或家属对呼吸困难的恐惧，解释气管切开术是解除呼吸困难的最有效方法，争取他们的理解和配合。

（四）健康指导

1. 向患者及亲友进行急性会厌炎相关的科普教育，重视本病的防治。

2. 告知患者及亲友急性会厌炎可出现严重的呼吸困难而危及生命，紧急情况下做气管切开术的必要性，以及气管切开术后患者及亲友如何配合护理工作等。

任务关键

急性会厌炎病情发展较快，需特别注意呼吸情况变化，提前做好应对措施。

二、小儿急性喉炎

导学案例与思考

患儿李某，男，2岁。两天前“感冒”，发热，咳嗽，声音嘶哑。昨晚病情加重，呈犬吠样咳嗽，出现呼吸困难。今天由妈妈带来急诊，查体：T 39.2 ℃，R 20次/分，烦躁，口唇发绀，医生诊断为“急性喉炎”。你作为护士，请思考：

1. 患儿有什么临床特点？
2. 患儿有哪些主要的护理问题？
3. 如何护理这个患儿？

任务准备

【疾病概述】

急性喉炎（acute laryngitis）是喉黏膜的急性非特异性炎症。这是声音嘶哑的最常见原因，多发于冬春季节。3岁以下的小儿患本病时，症状较重者，可引起喉阻塞而窒息。

小儿急性喉炎发生呼吸困难的原因是多方面的。其中，喉腔狭小，声门下区黏膜下组织疏松，有丰富的淋巴及腺体，炎症时该区组织水肿是导致喉阻塞最重要的因素。

（一）健康史

引起急性喉炎的病因主要有两方面。

1. 感染　初期多为病毒感染，后很快继发细菌感染，使病情加重。常见的致病菌有金黄色葡萄球菌、B型流感嗜血杆菌等。流感、百日咳等急性呼吸道传染病也可导致本病发生。

2. 诱发因素　包括用嗓过度、饮食不当或吸入有害理化物质等。

（二）临床表现

多数患儿出现发热、乏力等全身不适，病情较成人严重。主要症状有以下方面。

1. 发病初期仅为轻度喉痛，咽干，多伴有咳嗽咳痰。

2. 声音嘶哑是最主要症状，重者可失音。

3. 小儿急性喉炎可出现夜间突然加重的吸气性呼吸困难，犬吠样咳嗽，伴吸气性喉喘鸣。

小儿不合作，需采取直接喉镜检查。可见喉黏膜呈弥漫性充血，声带充血水肿，发音时声门闭合不全，声门下区组织肿胀。呼吸困难明显者，出现“三凹征”，烦躁不安，出冷汗，面色苍白，口唇发绀。重者引起循环呼吸衰竭，最终死亡。

成人急性喉炎

小儿急性喉炎呼吸困难的原因

成人急性喉炎全身症状较轻，以声音嘶哑、咳嗽咳痰、喉痛为主。不出现呼吸困难。

（三）辅助检查

1. 血常规检查　白细胞数及中性粒细胞比例升高。

2. 血气分析　小儿急性喉炎出现呼吸困难后，血氧饱和度下降。

【心理－社会状况】

由于声音嘶哑，甚至失音，影响与人沟通，使患者焦虑不安。少数家长误将小儿急性喉炎当作普通感冒不予重视，以致发生呼吸困难才送医院急诊。

【治疗要点】

1. 应用抗生素和糖皮质激素静脉滴注，尽快控制感染。常用药物是头孢类抗生素和地塞米松。

2. 通过超声雾化吸入等方法，恢复发音功能。

3. 小儿喉炎患者须加强观察，做好抢救准备，避免因呼吸困难而窒息。

【护理问题/诊断】

1. 语言沟通障碍　声音嘶哑或失音，与喉部炎症引起声带充血肿胀有关。

2. 体温过高　与喉部感染有关。

3. 有窒息的危险　与小儿急性喉炎引起的喉阻塞有关。

4. 潜在并发症：低氧血症。

任务目标

1. 患者声嘶消失，语言清晰。

2. 患者体温恢复正常。

3. 注意患者呼吸情况变化，及早发现和消除呼吸困难，有应对窒息的措施。

4. 患者呼吸平顺，缺氧纠正。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 噤声　嘱患儿少说话，以利于声带休息。

2. 饮食护理　以清淡饮食为主，多饮水，避免进食烧烤、煎炸、辛辣等刺激性食物。

3. 小儿持续高热时，施行物理降温或遵医嘱给予解热药物。注意及时补充体液，以免小儿发生脱水和高热抽搐。卧床休息，减少活动，以防病情加重。

（二）治疗护理

1. 用药护理　遵医嘱给予抗生素和糖皮质激素治疗，输液时应控制滴速，注意有无不良反应。患儿不会咳痰，故忌用有抑制呼吸作用的镇咳药物，如可卡因、喷托维林等。

2. 超声雾化吸入，每日 1~2 次。或给予喉片含服，有良好的辅助治疗效果。

3. 预防窒息

（1）病情观察：要特别注意急性喉炎小儿的夜间看护，注意缺氧状况有无改善。呼吸困难加重时，应及时报告医生处理。

（2）护理操作时，尽量做到动作轻柔，态度亲切和蔼，减少患儿哭闹，以免加重缺氧。

（3）小儿急性喉炎出现呼吸困难时，给予低流量持续吸氧，床边备气管切开术包及其他抢救物品。

（三）人文护理

1. 小儿要多加安抚，消除其对医院和医务人员的恐惧，使之安静，能配合医生的治疗。

2. 心理护理　观察患儿的心理变化，布置与居家环境相似的病房，备一些玩具，使他们配合护理工作。

（四）健康指导

1. 锻炼身体，改善生活和居家环境，积极防治上呼吸道感染。

2. 告知患者家属小儿急性喉炎的危险性和预防措施，及时就诊。

嗓音保护

1. 平时要养成科学用声的习惯：说话平缓开始，适当音量，注意节奏，尽量避免大声喊叫。

2. 改善生活和工作环境，积极防治上呼吸道感染。声音嘶哑时，尽量少说话，多饮水，不熬夜，积极治疗，以免延误而发展成慢性喉炎。

3. 青少年变声期，妇女月经期避免过度用嗓。

任务关键

噤声和积极控制感染是急性喉炎治疗和护理的关键。

案例分析

患儿发病急，高热、声音嘶哑、犬吠样咳嗽，符合小儿急性喉炎的临床特点。其烦躁、口唇发绀，表明已存在缺氧，需要及时纠正。护理措施包括：禁声、合理饮食、吸氧、遵医嘱静脉点滴抗生素和激素抗炎治疗、超声雾化吸入等。

堂上练习

患儿李某，男，2岁。两天前“感冒”，发热，咳嗽，声音嘶哑。昨晚病情加重，呈犬吠样咳嗽，出现呼吸困难。今天由妈妈带来急诊，查体：T 39.2 ℃，R 20次/分，烦躁，口唇发绀，医生诊断为“急性喉炎”。请思考：

1. 诊断“小儿急性喉炎”的特征性表现是（　　）。

A. 声音嘶哑　　B. 发热　　C. 呼吸困难

D. 口唇发绀　　E. 犬吠样咳嗽

2. 以下哪个不是“小儿急性喉炎”的护理问题？（　　）

A. 体温过高　　B. 语言沟通障碍　　C. 低氧血症

D. 潜在并发症　　E. 清理呼吸道无效

3. 护理这个患儿的最关键措施是（　　）。

A. 合理饮食　　B. 禁声和抗感染　　C. 安抚患儿

D. 指导发音　　E. 健康教育

小儿急性喉炎堂上练习答案

三、喉外伤

导学案例与思考

张某驾驶的小货车与前方正常行驶的大货车追尾相撞，小货车车头损毁，张某被困驾驶室内。被交警救出时，张某神志模糊，随即被送往医院急救。急诊检查，张某左前臂及左小腿骨折，颈部皮肤瘀血、肿胀，声音嘶哑，咳血，呼吸困难。你若是急诊科护士，请思考：

1. 通知何科室医生紧急会诊？
2. 患者首要的护理问题是什么？
3. 为预防窒息，最关键的医护配合措施是什么？

任务准备

【疾病概述】

喉外伤相对眼、耳、鼻的外伤少，常见于成年人。严重的喉外伤若处置不当，可危及生命或留下明显的后遗症。

（一）健康史

引起喉外伤的原因有以下方面。

1. 颈部受到撞击、锐器切割、枪击等，少数为自缢。
2. 吸入高温气焰或有害气体。
3. 偶因喉部异物损伤、内镜检查和气管插管等。

（二）临床表现及分型

1. 闭合性喉外伤　患者喉痛，声嘶，可伴咳嗽、咯血等症。严重时有呼吸困难和吞咽困难。颈部皮肤瘀血、肿胀、触痛或喉体变形，但皮肤无破裂，少数有皮下气肿。喉镜检查见喉黏膜肿胀或瘀血，部分患者声门变形、声带断裂或运动障碍。

2. 开放性喉外伤　患者喉痛，失音，呛咳，呼吸困难较重，颈部伤口有气泡溢出。合并颈动脉或颈静脉破裂，迅速出现失血性休克和窒息，现场难以抢救而很快死亡。

3. 理化性喉外伤　理化性喉外伤有明显的口腔及咽部损伤，黏膜充血、肿胀或糜烂及伪膜形成。

（1）轻微损伤：多发生在声门上区，主要表现为喉痛、声嘶和吞咽困难。喉黏膜充血水肿。

（2）中型损伤：累及声门下区和气管，患者频繁咳嗽，有血丝痰。喉黏膜水肿、糜烂。

（3）重型损伤：以吸气性呼吸困难为主要表现，剧烈咳嗽，咳脓血痰，如不及时做气管切开术，可在较短时间内发生窒息死亡。

（三）辅助检查

1. 血液生化检查　重症患者血气分析提示低氧血症。

2. 影像学检查　颈部 CT 检查可明确喉损伤的部位和程度。

【心理－社会状况】

喉外伤发生突然，声音嘶哑或失音，伴咳嗽、血丝痰、呼吸困难等症，而往往无法及时就医或现场处理，患者因此产生恐惧，急于求治。

【治疗要点】

1. 迅速止痛、止血，尽快建立静脉输液通道，补充血容量，纠正休克。
2. 紧急实施气管插管或环甲膜切开术，吸氧，解除呼吸困难，挽救生命。

3. 积极抗感染治疗，常用头孢类抗生素和地塞米松静脉滴注。

4. 喉部骨折者尽快手术复位、固定，喉腔内置喉模，预防喉狭窄。

【护理问题 / 诊断】

1. 有窒息的危险　与喉外伤引起的喉阻塞有关。

2. 急性疼痛　喉痛，与喉部外伤有关。

3. 清理呼吸道无效　与喉的肿胀变形有关。

4. 语言沟通障碍　声音嘶哑或失音，与声带损伤或气管切开术有关。

5. 潜在并发症：失血性休克、低氧血症、急性肾衰竭等。

任务目标

1. 及早发现和缓解呼吸困难，有应对窒息的措施。

2. 减轻患者喉痛。

3. 配合医生确保患者呼吸道通畅，及时清除其呼吸道血液、分泌物或异物。

4. 患者声嘶减轻或消失，语言表达清楚。

5. 及早发现或预防并发症，有明确的应对措施。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 卧床休息、呼吸困难患者采用半坐卧位。

2. 饮食护理　手术前需禁食，以免发生呕吐误吸，导致气管异物，危及生命。术后或非手术治疗者给予营养丰富、易消化的半流质或流质饮食，少食多餐。不能经口进食的患者，要留置胃管鼻饲流食。

（二）治疗护理

1. 喉部护理　伤后 24 小时内给予颈部冰敷，必要时应遵医嘱肌内注射止痛剂，缓解疼痛。闭合性喉外伤及理化性喉外伤采用超声雾化吸入疗法，减轻疼痛及喉黏膜水肿。

2. 医护配合

（1）开放性喉外伤需要急诊手术，清创缝合伤口，严密止血，恢复喉腔形态。配合医生尽快按全麻手术的要求做好术前准备，术后施行喉部手术常规护理。

（2）床边备气管切开包、气管插管及抢救药品，随时吸出呼吸道分泌物，保持呼吸道通畅。低流量持续吸氧。

（3）遵医嘱输血、补液，及时纠正休克和电解质紊乱。静脉滴注广谱抗生素及糖皮质激素，预防感染。由于患者呼吸困难，忌用吗啡、苯巴比妥等有抑制呼吸作用的药物。

（4）配合医生施行气管切开术，并按气管切开术后常规护理。

3. 病情观察　严密观察患者生命体征，重点观察出血量及呼吸情况。部分患者随着伤后时间延长，呼吸困难逐渐加重。故每 30~60 分钟应观察 1 次，记录血压、脉搏、呼吸、尿量等，情况异常应及时报告医生。

（三）人文护理

向患者及其亲友做必要的解释，给予心理安慰，消除恐惧感。患者由于喉外伤或因气管切开术后暂时失去说话能力，无法进行正常的语言沟通，需指导他们改用非语言方式进行交流，如书写、打手势等方式表达意愿，增进护患之间的理解和协调。

（四）健康指导

大多数喉外伤是可以预防的：① 乘坐快速交通工具，应保持清醒，可减少突发事故中的喉外伤；② 戒除冲动，避免因斗殴导致喉外伤；③ 在火灾现场可用湿毛巾或衣帽等捂住口鼻，防止吸入高温气焰导致呼吸道烧伤。

任务关键

1. 喉外伤的护理工作是围绕配合医生为患者止痛、纠正休克、保持呼吸道通畅三大任务展开，挽救生命第一。

2. 喉外伤确诊后，即使当时呼吸困难不明显，也应留院观察 4 小时，确保安全。

案例分析

患者张某因车祸发生肢体骨折和颈部外伤。其颈部皮肤瘀血、肿胀，声音嘶哑，咳血，呼吸困难，是典型的闭合性喉外伤。喉外伤在五官科疾病中较少见，但关乎患者生命安全，因此是优先考虑的问题。现场的急救重点是维护呼吸道通畅和抗休克；入院后护理重点是减轻或解除呼吸困难，止痛，预防感染。搬动患者时，注意保护骨折肢体，不发生二次伤害。给予患者全方位的人文关怀，促进康复。

堂上练习（单项选择）

张某驾驶的小货车与前方正常行驶的大货车追尾相撞，小货车车头损毁，张某被困驾驶室内。被交警救出时，张某神志模糊，随即被送往医院急救。急诊检查：张某左前臂及左小腿骨折，颈部皮肤瘀血、肿胀，声音嘶哑，咳血，呼吸困难。请思考：

1. 通知何科医生紧急会诊？（　　）

A. 呼吸内科　　B. 耳鼻咽喉科　　C. 感染科

D. 中医骨伤科　　E. 康复科

2. 患者首要的护理问题是什么？（　　）

A. 有窒息的危险　　B. 语言沟通障碍　　C. 清理呼吸道无效

D. 急性疼痛　　E. 潜在并发症

3. 为预防窒息，最关键的医护配合措施是什么？（　　）

A. 清创缝合伤口　　B. 低流量持续吸氧

C. 遵医嘱输血、补液　　D. 颈部冰敷

E. 床边备气管切开包、气管插管及抢救药品

喉外伤堂上练习答案

四、喉阻塞

导学案例与思考

患者黄某，男，32岁。发热、咳嗽、咽喉疼痛3天，经中药治疗效果不明显，早晨起床后觉呼吸困难，饮水呛咳，无法进食，无声音嘶哑。急诊时查体：T 39 ℃，精神差，面色苍白，安静时有明显的呼吸困难，伴吸气性喉喘鸣。请思考：

1. 患者的呼吸困难几度？
2. 护理的重点是什么？
3. 如果患者呼吸困难继续加重，如何解决？

任务准备

【疾病概述】

喉阻塞（laryngeal obstruction）是由于喉或其邻近器官、组织病变导致喉腔变形、狭窄，出现以吸入性呼吸困难为特征的临床急症。在临床各科均可遇到，病情复杂，变化快，若抢救不及时，可发生窒息死亡。

（一）健康史

喉阻塞的常见原因有以下方面。

1. 炎症　如急性会厌炎、小儿急性喉炎、咽后脓肿、破伤风、白喉等。
2. 喉外伤　各种严重的喉外伤。
3. 肿瘤　如喉癌、喉乳头状瘤、甲状腺癌等，呼吸困难呈渐进性加重。
4. 异物　下咽部及食管上段较大异物、喉异物等。

5. 喉水肿　如变态反应引起的喉水肿。

6. 其他　如先天性喉蹼、喉骨折畸形愈合、双侧声带不完全性麻痹等。

（二）临床表现

1. 症状与体征

（1）吸气性呼吸困难：表现为吸气时间延长、费力，呼吸深而慢。

（2）吸气性喉喘鸣：患者用力吸气时，喉部发出的喘鸣声。喉阻塞越严重，喘鸣声越响。

（3）吸气性“三凹征”：喉阻塞患者用力吸气时，胸腔内负压增大，出现胸骨上窝、锁骨上窝、剑突下软组织内陷。

（4）声音改变：病变累及声带时，出现声音嘶哑，甚至失声。

（5）缺氧：主要表现为面色苍白、烦躁、口唇发绀、心率加快，甚至呼吸功能衰竭。

2. 喉源性呼吸困难的分度见表 8-1。

表 8-1　喉源性呼吸困难的分度

分度	临床表现
Ⅰ°	安静时无呼吸困难，哭闹或活动时出现轻度的呼吸困难，无缺氧表现
Ⅱ°	安静时有轻度的呼吸困难，哭闹或活动时加重。但不影响进食和睡眠，无明显“三凹征”和缺氧症状
Ⅲ°	安静时有明显的呼吸困难，伴喉喘鸣和“三凹征”，出现烦躁不安，脉搏加快，口唇或甲床轻度发绀等缺氧表现
Ⅳ°	呼吸极度困难，不能平卧，面色苍白，口唇发绀，出冷汗，心律不齐，血压下降，定向力丧失，大小便失禁等。若不及时处理，可出现昏迷，呼吸心跳停止

（三）辅助检查

1. 血气分析　通过观察 PaO_2 和 $PaCO_2$ 变化，判断呼吸衰竭程度。

2. 喉内镜检查　直接观察喉腔情况。

3. 影像学检查　喉部 X 线检查、CT 扫描有助于喉肿瘤、外伤、金属异物等的诊断。

喉源性呼吸困难的分度及处理原则

【心理 - 社会状况】

患者常因呼吸困难而恐惧不安，多能及时就医。少数患者和亲友对早期症状不重视，待病情严重时才肯就医，延误了治疗时机。

【治疗要点】

1. 首先要判断喉源性呼吸困难的分度，迅速采取有效的措施，解除喉阻塞。

2. 严密观察病情，及早发现和处理并发症。

【护理问题 / 诊断】

1. 有窒息的危险　与喉腔变形、狭窄有关。
2. 低效型呼吸型态　与喉阻塞引起吸气性呼吸困难有关。
3. 潜在并发症：低氧血症，术后出血等。
4. 知识缺乏：缺乏喉阻塞防治及护理的知识。
5. 恐惧　与病情危重有关。

任务目标

1. 采取一切必要措施缓解呼吸困难。
2. 减轻患者缺氧状态。
3. 及早发现或预防并发症，有明确的应对措施。
4. 减轻或消除患者恐惧心理，能配合治疗和护理。
5. 卫生宣教，普及喉阻塞预防知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 保持病室安静，嘱卧床休息，采用半坐卧位或坐位。限制探视人数和次数，减少对患者的刺激。避免小儿因哭闹、活动加重呼吸困难。

2. 饮食护理　给予易消化、富营养的流质或半流质饮食。

（二）治疗护理

1. 消除病因　配合医生采取各种措施，尽快消除病因。

2. 医护配合

（1）针对感染引起的喉阻塞，遵医嘱给予广谱、敏感的抗生素和糖皮质激素治疗，尽快控制炎症。需注意患者用药物后的疗效及不良反应，并向医生反馈。

（2）床边准备气管插管、气管切开包、立灯、负压吸引器和抢救药物，并迅速配合医生做好气管切开的术前准备。

（3）呼吸困难Ⅲ°以上者，如病因不能很快解除，应协助医生及时行气管切开术，建立新的呼吸通道。紧急情况下可先行气管插管或环甲膜切开术，挽救患者生命。

（4）随时吸痰，保持呼吸道通畅。当 $PaO_2 < 60$ mmHg、$PaCO_2 > 50$ mmHg 时，提

示Ⅱ型呼吸衰竭，应给予低流量持续吸氧。

（5）病情观察：注意生命体征的变化，尤其是缺氧是否已经改善。还应注意各种监护设备（仪器）的工作是否正常，并做好记录。

（6）给予超声雾化吸入，减轻喉部水肿，改善呼吸，每日 1~2 次。

（7）需要手术治疗的患者，应尽早做好术前准备，待病情稳定后送手术室。

3. 预防并发症　缺氧时间过长，常合并心、脑、肾功能损害及代谢性酸中毒，成为重要的死亡原因。观察患者的面色、心率、血压、尿量和神志，分析血液生化报告，发现并发症应及时向医生报告，同时采取相应的护理措施。

（三）人文护理

由于呼吸困难，患者担心危及生命而恐惧。要做好对患者和亲友的安慰和解释工作，避免不良刺激，缓解紧张情绪，能配合治疗和护理工作。对于烦躁和不合作者，要理解他们的痛苦和渴望，满足他们的需求。

（四）健康指导

利用各种健康教育形式，让社区群众、患者和家属了解发生喉阻塞的主要原因、现场急救的基本知识。

任务关键

喉阻塞患者需要一级护理，甚至监护。病情观察是护理工作的重点，要做到医、护、患三者相互配合。

案例分析

患者黄某，因发热、咳嗽、咽喉疼痛 3 天，经治疗无好转，出现呼吸困难，饮水呛咳，无法进食，无声音嘶哑。急诊时查体：T 39 ℃，精神差，面色苍白，安静时有明显的呼吸困难，伴吸气性喉喘鸣。这是一个“急性会厌炎”导致喉阻塞患者。喉阻塞是一种临床急症，救治必须争分夺秒。作为护理人员，首先要掌握喉源性呼吸困难的分度，围绕解除呼吸困难这一中心工作制订护理计划，落实护理措施。

堂上练习（单项选择）

患者黄某，男，32 岁。发热、咳嗽、咽喉疼痛 3 天，经中药治疗效果不明显，早晨起床后觉呼吸困难，饮水呛咳，无法进食，无声音嘶哑。急诊时查体：T 39 ℃，精神差，面色苍白，安静时有明显的呼吸困难，伴吸气性喉喘鸣。请思考：

1．患者的呼吸困难几度？（　　）

A. Ⅰ°　　B. Ⅱ°　　C. Ⅲ°

D. Ⅳ°　　E. Ⅴ°

2．护理的重点是什么？（　　）

A. 缓解紧张情绪　　B. 低流量持续吸氧　　C. 半流质饮食

D. 病情观察　　E. 超声雾化吸入

3．如果患者呼吸困难继续加重，如何解决？（　　）

A. 加大流量吸氧　　B. 气管切开术　　C. 止咳平喘

D. 拍背排痰　　E. 注射镇静剂

喉阻塞堂上练习答案

五、气管切开术的护理

任务准备

【手术适应证】

气管切开术是为迅速解除喉阻塞、恢复通气功能的急救手术。其适应证有：① 各种原因引起的喉阻塞；② 下呼吸道分泌物潴留，无法自行咳出，需要通过气管切开术抽吸痰液，改善气体交换；③ 为保证头颈部、口腔等大手术和麻醉的安全，可做预防性气管切开术；④ 毒蛇咬伤、破伤风、呼吸道烧伤等的抢救。

气管切开术已普遍应用于临床各科，故气管切开术后护理是每个护士必备的知识和技能。

【物品准备】

物品准备包括：① 气管切开包、气管套管（图 8–2）、气管插管（图 8–3）、立灯、负压吸引器、氧气；必要时上呼吸机辅助呼吸；② 消毒液，如 2% 碘伏，75% 乙醇；③ 注射器、麻醉及抢救药品，如 1% 普鲁卡因或 2% 利多卡因注射液、强心剂及呼吸兴奋剂等。

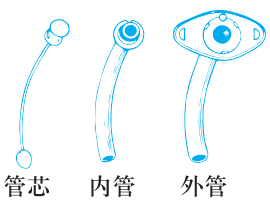


图 8–2　气管套管

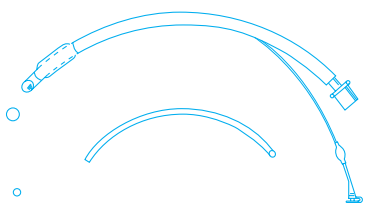


图 8–3　气管插管

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

【术前护理】

1. 术前禁食禁饮。

2. 建立静脉输液通道，以便术中抢救之用。

【术中配合】

1. 摆体位　患者肩部垫枕仰卧，头后仰颈部伸直，暴露气管部位。

2. 协助医生抽吸麻药，烦躁的患者遵医嘱给予镇静剂肌内注射。

3. 协助医生戴手套、消毒皮肤、固定孔巾。

4. 打开气管切开包。

5. 气管切开后，协助医生吸取气管内的分泌物。

6. 手术结束，患者去枕平卧，恢复舒适体位。观察呼吸情况，安慰患者及亲友，交代注意事项。

7. 分类处理手术用物、污物。

【术后护理】

（一）基础护理

患者取平卧位，安静休息。术后 1 周内给予流质或半流质饮食，病情明显好转后，可改为普食。鼓励患者多饮水。因病情较重或治疗需要，无法经口饮食者，采用鼻饲流质饮食。

（二）治疗护理

1. 保持气管套管通畅

（1）清除呼吸道分泌物：气管切开术后的第 1 周，气管内分泌物、小血块较多，应随时吸除。

（2）定期清洗内套管：术后的第 1 周，每 4~6 小时取出内套管 1 次，在流动水下清洗内套管管腔，然后煮沸 30 分钟后取出，用无菌生理盐水冲洗后重新插入，固定。第 2 周以后，病情已好转，改为每日清洗内套管 1~2 次。

（3）防止异物落入气管套管：用纱块遮盖气管套管口，防止因进食不慎或呕吐，食物残渣被吸入管腔内。

2. 预防套管脱出　每日应检查和调节套管系带的松紧度，防止幼儿和烦躁患者拔出气管套管，或因咳嗽、坐起时气管套管自行脱出。

3. 保持呼吸道湿润

（1）病室内温度和湿度设置，以温度 22～26 ℃，湿度 50%～60% 为宜。

（2）在气管套管口覆盖 1～2 层湿纱布，增加吸入的空气湿度。每日可用 0.45% 氯化钠溶液缓慢滴入气管内，每日 1～2 次，每次 2～3 mL。或用生理盐水、抗生素、糜蛋白酶混合液进行雾化吸入，每日 1～2 次。湿化空气，预防感染。滴药或雾化吸入要控制速度和量，以免引起呛咳。

4. 预防伤口感染及并发症

（1）预防感染：每天定期用生理盐水、2% 碘伏清洁消毒切口周围皮肤，更换切口的纱布垫。遵医嘱给予抗生素、维生素静脉滴注，常用的有头孢类、喹诺酮类抗生素。肾功能损害者忌用喹诺酮类抗生素。

（2）病情观察：密切注意患者体温、脉搏、血压、尿量、神志等变化，有无皮下气肿和活动性出血，发现异常应立即报告医生并协助处理。气管切开术后重新出现呼吸困难，多为气管套管被堵塞，可将内套管取出，观察呼吸是否改善，将内套管清洁消毒后，重新插入。

蝶型宽胶布切口封闭

5. 拔管护理　病愈后，医嘱指示拔除气管套管，护士在拔管前应先用一个塞子试堵管 24～48 小时，观察其呼吸、睡眠、发音，正常者可拔除气管套管。如不正常，可先更换稍小的气管套管后再重新堵管。拔管后消毒切口，用蝶型宽胶布将切口封闭，3～5 日切口即可愈合，无须缝合。

（三）人文护理

需做气管切开术的均为危重患者，生活不能完全自理，且暂时失去说话能力，应有专人陪护。针对气管套管所产生的不适，要耐心做好解释和安慰。鼓励他们树立信心，帮助他们解决生活上的问题，更好地配合我们的护理工作。

（四）健康指导

向患者及亲友讲授相关知识，使他们能理解气管切开术后护理的要求。病愈需要带管出院的患者，护士在其出院前要教会他们自我护理的方法。如怎样取出和放入内套管；如何进行清洗和消毒；意外脱管怎样紧急处理；严防异物落入气管套管内；定期回医院复诊等。

任务关键

保持气管套管通畅，防止套管脱出是气管切开术后护理的重要原则。

课后练习

单项选择题

116. 喉阻塞患者的护理，病情观察的重点是（　　）。

A. 心率是否整齐　　B. 缺氧是否改善　　C. 监护设备是否正常

D. 咳嗽是否减轻　　E. 声嘶是否好转

117. 急性喉炎患者的护理，最关键的是（　　）。

A. 禁声和控制感染　　B. 多饮水、通便　　C. 协助医生做气管切开术

D. 健康指导　　E. 卧床休息

118. 小儿急性喉炎发生呼吸困难的原因主要是（　　）。

A. 声门上区组织水肿　　B. 声门下区组织水肿　　C. 小儿喉腔发育不良

D. 年龄小、体质虚弱　　E. 小儿喉黏膜松弛，易感染

119. 气管切开术患者治愈后，拔管前堵管时间应为（　　）。

A. 12 小时　　B. 72 小时　　C. 24～48 小时

D. 48～72 小时　　E. 4～6 小时

120. 张某驾驶的小货车与前方正常行驶的大货车追尾相撞，小货车车头损毁，张某被困驾驶室内。被交警救出时，张某神志模糊，随即被送往医院急救。入院时查，张某左前臂及左小腿骨折，颈部皮肤瘀血、肿胀，声音嘶哑，呼吸困难，咳血。其护理措施不包括（　　）。

A. 保持呼吸道通畅　　B. 人文关怀　　C. 预防感染

D. 严密观察呼吸情况　　E. 协助医生清创缝合

121. 患者，男，21 岁。发热，咽喉剧烈疼痛 2 天，不伴声音嘶哑，安静时有轻度呼吸困难，不影响进食和睡眠，口唇发绀不明显，目前呼吸困难是（　　）。

A. Ⅱ°　　B. Ⅰ°　　C. Ⅳ°

D. Ⅲ°　　E. Ⅴ°

（122—123 题共用题干）

患儿，男，2 岁。两天前“感冒”，发热，咳嗽，声音嘶哑。昨晚病情加重，呈犬吠样咳嗽，出现呼吸困难。今天由妈妈带来急诊，查体：T 39.2 ℃，R 20 次 / 分，烦躁，口唇发绀，医生诊断为“急性喉炎”。

122. 小儿急性喉炎的典型症状是（　　）。

A. 发热、咳嗽　　B. 呼吸困难　　C. 声音嘶哑、犬吠样咳嗽

D. 发热，咳嗽，呼吸困难　　E. 烦躁，口唇发绀

123. 护理措施不正确的是（　　）。

A. 低流量持续吸氧　　B. 床边备气管切开术包　　C. 物理降温

D. 禁食　　E. 减少患儿哭闹

（李东风）

项目三　咽喉部手术患者的常规护理

咽喉部手术常见的有扁桃体摘除术、咽后脓肿切开排脓术、声带手术、气管切口术、全喉或半喉切除术等。手术方式有经口腔或颈部切开手术、喉内镜手术等。

一、术前护理

1. 评估　核对患者姓名、性别、疾病诊断、手术和麻醉方式，须准确无误；了解患者有无急性上呼吸道感染，是否在月经期；患者对手术治疗的了解和配合程度。

2. 心理护理　配合医生向患者及家属介绍手术的目的和注意事项，说明术中、术后可能出现大出血、呼吸困难等情况，必要时需做气管切开术。可能暂时或永久失去说话能力。给予安慰和关心，消除其恐惧、焦虑情绪，争取患者的理解和配合。

3. 基础护理

（1）口腔护理：择期手术者术前 1~2 天给予复方硼砂溶液漱口，术晨嘱患者刷牙。

（2）饮食护理：术前 6 小时禁食，以防止术中患者因咽部受刺激引起呕吐，影响手术，甚至窒息。

（3）其他：成年男性需剃胡须。呼吸困难明显者应予吸氧。

二、术后护理

1. 基础护理

（1）患者回病房时监测体温、脉搏、呼吸和血压。

（2）保持病室安静，局麻者术后取半卧位，利于吐出口内分泌物和呼吸。全麻者则采用平卧侧头位。

（3）加强口腔护理，可给予含漱，保持口腔清洁。

（4）喉内镜术后嘱患者少讲话，有利于声带休息。

（5）术后 4 小时可根据手术情况、麻醉方法及患者的病情给予半流质或普通饮食。咽后脓肿切开排脓术、全喉或半喉切除术的喉癌患者，不能经口进食，应鼻饲流质饮食。

2. 心理护理　由于手术影响患者的呼吸、发音和睡眠，常出现焦虑不安，特别是行气管切开或喉切除手术的患者，存在语言交流障碍，更应给予心理安慰，加强与患者的非语言交流和沟通，及时满足他们的需要，保持情绪稳定。

3. 治疗护理　按医嘱给予止痛、止血、抗感染、雾化吸入等治疗。已做气管切开术的患者，按气管切开术后常规护理。

4. 病情观察

（1）观察出血情况：嘱患者将口内分泌物轻轻吐出，切勿咽下，以利于观察有无出血。伤口或手术创面异常出血者，应及时报告医生并协助处理。

（2）观察呼吸情况：呼吸困难者术后是否已经改善？必要时应予吸氧。

课后练习

单项选择题

124. 咽喉部手术前护理，不包括（　　）。

A. 术前护理评估　　B. 患者取半坐卧位　　C. 术日晨刷牙或含漱

D. 禁食　　E. 更衣后嘱患者自行到手术室门口等候

125. 咽喉部手术后护理，不正确的是（　　）。

A. 患者回病房后监测生命体征　　B. 观察出血情况

C. 观察呼吸情况　　D. 一律留置胃管鼻饲饮食

E. 与患者交谈，加强护患沟通

（吴梅坚）

模块九

气管、支气管及食管的应用解剖及生理功能

【模块目标】

1. 简述气管、支气管及食管的解剖特点及生理功能。

2. 能够在模型和挂图上指出气管、支气管及食管的解剖结构；能说出气管异物或食管异物常停留的部位。

3. 在掌握知识的基础上，培养自己的临床思维和认真细致的态度。

一、气管、支气管的应用解剖

气管（trachea）始于第 6 颈椎水平，上端相接在环状软骨下缘，下端于隆突处分为左、右主支气管。成人男性气管平均长度 12 cm 左右，女性则约 10 cm。气管由 12～20 个马蹄形透明软骨环构成支架，其软骨环的缺口向后，软骨环间由结缔组织连接。

支气管（bronchi）分为左、右主支气管，分界处有一纵向尖锐的嵴，称为隆嵴。大约在第 5 胸椎上缘水平，右主支气管较粗短，长约 2.5 cm，与气管纵轴之延长线约成 25° 角，因而异物易落入右侧主支气管。左主支气管比右侧细长，其长度约为 5 cm，与气管纵轴延长线约成 45° 角（图 9-1）。

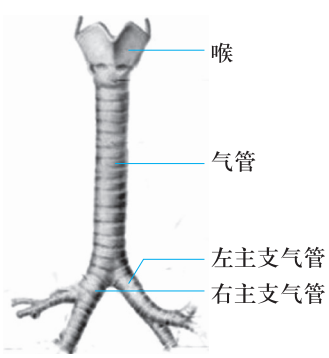


图 9-1　气管与支气管

二、气管、支气管的生理功能

1. 清洁功能　呼吸道清洁作用，有赖于气管、支气管内黏液与纤毛的协同作用。呼吸道的黏液，主要来源于气管、支气管黏膜上皮层中黏膜下的黏液腺，每日分泌黏液量为 100～200 mL，以湿润呼吸道黏膜，并维持黏膜层纤毛的正常运动，对细菌、机械性刺激与化学性损伤起表面保护作用。

2. 免疫功能　在呼吸道分泌物中含有与抗感染有关的免疫球蛋白，如 IgA、IgG、IgM 与 IgE 等，这些免疫球蛋白来自气管、支气管黏膜层内的浆细胞，具有增强呼吸道防御能力的功能。呼吸道分泌物中的免疫球蛋白，一般以 IgA 为主，具有抑制细菌生长及中和毒素的作用，是使呼吸道免受感染的主要免疫球蛋白。

3. 防御功能　包括咳嗽反射和屏气反射。气管、支气管内壁黏膜下具有丰富的传入神经末梢，刺激神经末梢而引起咳嗽反射；吸入冷空气或刺激性强的化学性气体后，反射性引起呼吸暂停，声门关闭，支气管平滑肌收缩，使气体不易进入下呼吸道。

4. 通气及呼吸调节功能　气管、支气管是吸入氧气、呼出二氧化碳和进行气体交换的主要通道，还具有调节呼吸的功能。

三、食管的应用解剖

食管（esophagus）为一肌性管道，是消化道的起始部，在喉咽下端和胃的贲门之间。成人食管长 23～25 cm，门齿距食管起点约 15 cm。食管有 4 个生理性狭窄（图 9-2），第 1 狭窄即食管入口，在距上中切牙约 16 cm 处，是食管最狭窄处，异物最易嵌顿于此。第 2 狭窄由主动脉弓压迫食管左侧壁而成，位于距上中切牙约 23 cm 处，相当于第 4 胸椎面。第 3 狭窄为左侧主支气管压迫食管前壁所形成，位于第 2 狭窄下 4 cm 处，相当于第 5 胸椎面。第 4 狭窄系食管通过横膈裂孔而成，位于距上切牙 40 cm 处，相当于第 10 胸椎面。该 4 处狭窄属于生理性，常为食管异物停留或瘢痕性狭窄、憩室、肿瘤等病变所在的区域。

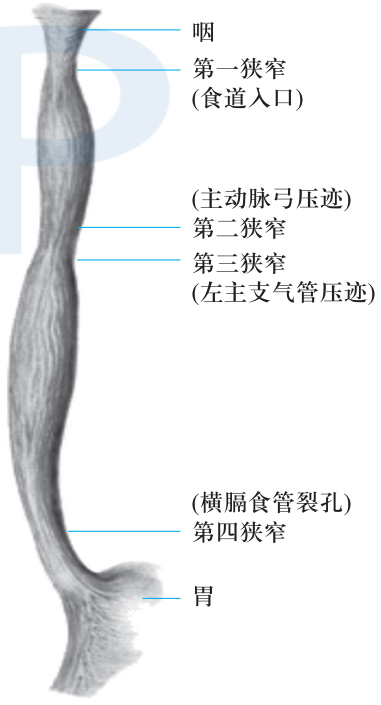


图 9-2　食管的 4 个生理性狭窄

四、食管的生理功能

食管的生理功能是传输作用，主要是由其蠕动功能来

完成的。食物由口腔进入食管后，食管舒张收缩交替进行呈现波形状蠕动将食团送入胃中，食物在食管中通常不能被消化和吸收。食管出现炎症、狭窄、肿瘤时，食管蠕动不规律，食物可停留在食管中间，产生吞咽困难和疼痛。

课后练习

单项选择题

126. 下列（　　）不是食管生理性狭窄。

A. 咽与食管交界处　　B. 主动脉弓压迹处

C. 左主支气管压迹　　D. 相当于左心室水平处

E. 穿过膈肌裂孔处

127. 食管最狭窄处是（　　）。

A. 第 1 狭窄　　B. 第 2 狭窄　　C. 第 3 狭窄

D. 第 4 狭窄　　E. 以上都不是

128. 气管环有（　　）。

A. 12~16 个　　B. 8~12 个　　C. 12~20 个

D. 13~14 个　　E. 12~22 个

129. 气管的生理功能不包括（　　）。

A. 清洁功能　　B. 免疫功能　　C. 防御功能

D. 呼吸调节功能　　E. 发声功能

（姜宪辉）

模块十 气管、支气管及食管异物患者护理

【模块目标】

1. 简述气管、支气管及食管异物的临床表现及护理措施；说出气管异物及食管异物的辅助检查方法；理解气管异物和食管异物的任务关键。

2. 能运用所学知识向社区群众进行有关气管异物及食管异物防治的健康教育。

3. 通过学习，培养自己认真负责的工作态度、救死扶伤的人道主义精神。

项目一　气管与支气管异物患者的护理

导学案例与思考

患者梁某，女，4岁。在吃果冻时，因用力吸吮，突然发生剧烈咳嗽，伴呼吸困难，被幼儿园老师送来急诊。查体：不发热，口唇轻度发绀，呼吸促，频繁咳嗽。听诊右侧肺呼吸音明显减弱。以“支气管异物？”入院。作为病房护士，请思考：

1. 如何安置患儿体位？

2. 诊断为“支气管异物”的依据是什么？

3. 患儿术前护理的重点是什么？

任务准备

【疾病概述】

气管与支气管异物（foreign body in the trachea and bronchi）是耳鼻咽喉科急危重症之一，发病突然，重者可窒息死亡。本病常见于5岁以下幼儿，偶见成年人。

异物的种类

外源性异物以植物种子最常见，如豆、瓜子、花生仁、玉米粒等，少数是动物的骨头、塑料制品，偶见金属类小物品。内源性异物是呼吸道病变所形成的痂皮、伪膜、坏死组织或血凝块等。

（一）健康史

1. 最常见的是进食时不慎将异物误吸入呼吸道。

2. 幼儿在进食时因哭、笑、说、唱等原因将食物误吸入呼吸道。成人口中的异物，如牙签、活动义齿等不慎误吸。

3. 偶见于医疗事故。

（二）临床表现

1. 气管异物

（1）症状：异物进入气管后，立即发生剧烈呛咳，伴有呼吸困难。较大的异物常阻塞气管导致严重呼吸困难或窒息。小而光滑的异物可随咳嗽或呼吸上下跳动，引起阵发性咳嗽。

（2）体征：患者多有憋气，面色青紫。听诊两肺呼吸音无明显差异，可有喘鸣音。在颈下段或胸骨上端听诊，可闻及异物活动时产生的“拍击音”。

拍击音

拍击音是由于气管内异物随着咳嗽气流冲击气管壁而产生的一种类似拍门的声音，听诊器置于颈下段或胸骨上端即可听到。

2. 支气管异物

（1）症状：主要表现为阵发性剧烈咳嗽，体位改变时可诱发。若异物停留时间较长，易合并感染，出现发热、咳痰、气喘等支气管炎的表现。

（2）体征：由于支气管解剖的特点，支气管异物常发生在右侧支气管，少数异物位于左侧。听诊时患侧呼吸音减弱或消失。由于异物刺激，患者反复咳嗽，听诊可闻及干

湿啰音。

3. 并发症　常见的并发症有急性支气管炎、肺气肿、肺不张。剧烈咳嗽可使肺泡破裂造成气胸，纵隔气肿或皮下气肿等。

（三）辅助检查

1. 影像学检查　X 线透视及照片是一种常规的检查方法：① 金属异物能直接发现；② 支气管异物，常显示患侧肺气肿或肺不张，呼吸时出现纵隔摆动现象。

2. 支气管镜检查　疑似病例可行支气管镜检查协助确诊。

【心理 – 社会状况】

患者大多数是幼儿，病史讲述不清。不典型的病例易误诊为急性支气管炎而延误治疗。少数患者及家属对呼吸道异物的危害性认识不足，或对支气管镜检查取异物缺乏了解。

【治疗要点】

1. 已经确诊的患者应尽快在支气管镜下取出异物。支气管镜经声门进入气管，能直接发现异物，并取出。

2. 吸氧，用抗生素静脉滴注预防感染，呼吸困难较明显者酌情加用糖皮质激素治疗。

【护理问题 / 诊断】

1. 清理呼吸道无效　与气管或支气管内存留异物有关。
2. 有窒息的危险　与异物阻塞呼吸道或引起喉痉挛有关。
3. 潜在并发症：急性支气管炎、肺气肿、肺不张等。
4. 知识缺乏：缺乏气管与支气管异物的预防和护理知识。

任务目标

1. 配合医生尽快取出气管或支气管异物。
2. 预防窒息，并有窒息发生的应急预案。
3. 及早发现或预防并发症，有明确的应对措施。
4. 卫生宣教，普及气管或支气管异物预防和院前急救知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

患者卧床安静休息，减少活动，预防窒息。采取半坐卧位或坐位，减轻呼吸困难。

（二）治疗护理

1. 术前护理

（1）术前禁食 6 小时。

（2）对症护理：缺氧者给予吸氧。频繁咳嗽的患者，遵医嘱酌情给予止咳药，常用异丙嗪止咳糖浆口服。但痰多者忌用，以免痰液咳不出来滞留在患儿的呼吸道内，加重感染和呼吸困难。异丙嗪止咳糖浆过量服用，可引起患儿头晕、口干、恶心、腹泻等不良反应。

（3）病情观察：严密观察生命体征，如呼吸困难突然加重，立即报告医生及时施行有效的救治措施，如环甲膜切开术或气管切开术。

（4）配合医生按全麻手术要求尽快做好支气管镜检查前的各项准备。

2. 术后护理

（1）饮食护理：患者麻醉清醒后，呼吸困难解除，术后 4 小时可予半流质饮食。

（2）用药护理：含脂类的异物，如豆、花生、瓜子等极易引起呼吸道感染，按医嘱给予广谱抗生素静脉滴注。

（3）支气管镜检查术后，按全麻术后常规护理，测量生命体征，预防呕吐。

（4）异物取出后若呼吸困难未能解除，伴声嘶，多为器械损伤喉黏膜，引起局部水肿，按医嘱给予超声雾化吸入。

（三）人文护理

营造一个和谐的护患沟通环境，尽快消除患者的陌生感、恐惧感和孤独感，使之保持安静。向患者及其家属说明呼吸道异物的危害性，理解术前禁食的必要性，消除对内窥镜检查取异物的疑虑，增强信心，积极配合治疗和护理。

（四）健康指导

海姆立克急救法

1. 预防为主　向患者或其家属、幼儿园保育员等讲述气管与支气管异物的防治知识，纠正幼儿进食时的各种不良习惯，倡导文明进食。教育他们不要口含物品玩耍，以免发生意外。

2. 疑似气管与支气管异物的患者应做相应的检查，以免漏诊误治。

3. 院前急救　气管异物发生时可采用海姆立克法进行急救。

任务关键

气管与支气管异物的患者，易因体位改变或哭闹导致异物移动，突然加重呼吸困难。故门诊护士应陪护患者进入病房，并做好交接工作。

案例分析

患者为幼儿，在吃果冻时，因用力吸吮，突然发生剧烈咳嗽，伴呼吸困难，查体：不发热，口唇轻度紫绀，呼吸促，频繁咳嗽。听诊右侧肺呼吸音明显减弱。应考虑“支气管异物”。气管与支气管异物是幼儿高发的急重症，发病突然，危及生命。其进食过程中“突发剧烈呛咳，伴呼吸困难”这一临床特点，是初步判断的依据。护理工作围绕预防窒息这一中心问题展开，尽快做好支气管镜检查前的各项准备。

堂上练习（单项选择）

患者梁某，女，4岁。在吃果冻时，因用力吸吮，突然发生剧烈咳嗽，伴呼吸困难，被幼儿园老师送来急诊。查体：不发热，口唇轻度紫绀，呼吸促，频繁咳嗽。听诊右侧肺呼吸音明显减弱。以“支气管异物？”入院。请思考：

1. 如何安置患儿体位？（　　）

A. 平卧位　　B. 半坐卧位　　C. 俯卧位

D. 侧卧位　　E. 臀高头低位

2. 诊断患儿为“支气管异物”的依据是什么？（　　）

A. 口唇轻度紫绀　　B. 呼吸急促　　C. 咳嗽咳痰

D. 年龄小　　E. 进食时突发剧烈呛咳，伴呼吸困难

3. 患儿术前护理的重点是什么？（　　）

A. 术前禁食　　B. 病情观察　　C. 止咳化痰

D. 心理安慰　　E. 吸氧

气管与支气管异物堂上练习答案

（李东风）

项目二　食管异物患者的护理

任务准备

【疾病概述】

食管异物（foreign body in esophagus）为耳鼻咽喉科常见的急症之一。本病可发生于任何年龄，如不及时取出，易引起并发症，甚至危及生命。

最常见的异物为动物骨头，如鸡鸭骨头、鱼刺等。也可为其他小物品。

（一）健康史

1. 进食时误将混在食物中的异物咽下所致。

2. 老人咀嚼功能减退，牙齿稀少，食物没嚼烂即咽下。

3. 酒醉、昏迷或全麻时口中活动的义齿脱落发生误咽。

4. 少数精神异常或轻生者故意吞下异物。

（二）临床表现

1. 症状

（1）吞咽困难：进食中突发吞咽疼痛或阻塞感，吞咽时加重。异物较小仍可进食流质或半流质食物，若异物较大，则不能继续进食。

（2）疼痛：主要发生在颈下部、胸骨上窝、胸骨后或胸背部。

（3）呼吸困难：食管上段较大的异物可压迫气管后壁，引起呼吸困难甚至窒息。

2. 体征　食管异物体征不明显，可有梨状窝积液。

3. 并发症　食管异物不及时取出，多在发病后第 2 周合并感染，出现发热现象。少数患者损伤颈动静脉或主动脉则有吐血和黑便，最终休克死亡。

（三）辅助检查

1. 食管吞钡挂棉透视或照片　是首选的检查方法。用于判断有无异物及所在部位（图 10-1）。

2. 食管镜检查　疑似病例可通过此方法进行确诊，同时取出异物。

3. 其他方法　疑似食管穿孔、出血的患者不宜采用金属食管镜检查，改用食管碘油造影或胃镜检查。

图 10-1　食管异物（鱼钩）

【心理 - 社会状况】

部分患者对食管异物的危害性了解不多，采用一些不恰当做法：大量饮醋试图化解异物，或强行吞咽食物企图将异物推下胃等，使病情加重，甚至产生并发症。少数病人恐惧食管镜检查，不愿及时就医，延误诊治。

【治疗要点】

1. 食管镜检查取出异物，是本病最有效的治疗方法。

2. 积极预防感染和并发症。

【护理问题 / 诊断】

1. 吞咽障碍　与异物阻塞食管有关。

2. 急性疼痛　吞咽痛，与异物损伤食管壁有关。

3. 有感染的危险　与异物停留时间过长，继发感染有关。

4. 潜在并发症：咽后脓肿、颈动静脉或主动脉破裂大出血、食管穿孔等。

5. 知识缺乏：缺乏食管异物的预防及处理知识。

任务目标

1. 配合医生尽快取出食管异物。
2. 减轻或缓解吞咽疼痛。
3. 密切观察，及早发现并发症，与医生配合应对突发情况。
4. 卫生宣教，普及食管异物预防和院前科学处置知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 嘱患者卧床休息，减少吞咽动作，可减轻疼痛。

2. 病情观察　测量患者生命体征，观察有无发热、胸痛、呕血、黑便或呼吸困难等新情况，异常情况应立即报告医生并协助处理。

（二）术前护理

1. 配合医生做好食管镜检查术前的各种准备工作，如取出活动义齿、口腔清洁。向患者解释食管镜检查的方式及交代注意事项。有呕血或便血者，需备血。

2. 食管镜检查前禁食禁饮。

3. 异物停留时间长，全身状况较差者，遵医嘱给予补液，纠正电解质紊乱和酸中毒，加强支持治疗和控制感染，待病情稳定后再行食管镜检查。

（三）术后护理

1. 饮食护理

（1）异物取出后，吞咽困难和吞咽疼痛消失，术后 4 小时可进食流质或半流质食物，无其他并发症者，逐步恢复正常饮食。

（2）若食管损伤较重或有并发症，术后应插胃管鼻饲流食，保证营养，直至痊愈才能正常饮食。

2. 并发症护理　合并咽后脓肿、脓胸等严重感染患者，按医嘱给予广谱抗生素、维生素及其他药物治疗。咽后脓肿切开排脓后需加强口腔护理；胸腔闭式引流术者，要记录每天引流量。

（四）人文护理

要消除食管异物患者的侥幸心理，向他们说明取出异物的必要性，给予安慰和关心，尽快缓解紧张焦虑的情绪，能配合术前护理和食管镜检查。

（五）健康指导

1. 提倡文明进食，细嚼慢咽，可有效预防食管异物发生。

2. 活动的义齿要定期复诊、调整，以免进食时脱落被误吞。

3. 发生食管异物后可试验催吐，将异物排出。如不成功应尽早就医，及时取出，切勿采用强咽食物的方法，加重食管损伤。

任务关键

施行食管镜检查术前，要求患者必须做到的是禁食禁饮，已经进食较多的患者需等待胃排空后再做食管镜检查，以免术中器械刺激咽部时发生呕吐导致窒息。

课后练习

单项选择题

130. 食管异物取出后，无并发症，何时才能进食？（　　）

A. 立即可以　　B. 1 小时之内　　C. 4 小时之后

D. 24 小时之后　　E. 48 小时之后

131. 小儿突发剧烈咳嗽，怀疑气管异物，以下（　　）可以确诊。

A. 支气管镜检查　　B. 直接喉镜检查　　C. 食管镜检查

D. 间接喉镜检查　　E. B 超检查

132. 患者，男，40 岁。以“食管异物”收入院，准备行“食管镜检查取异物术”。护士在做术前护理时，明确要求患者必须配合的是（　　）。

A. 缓解疼痛　　B. 测量生命体征　　C. 禁食

D. 术前用药　　E. 安慰和解释

（133—135 题共用题干）

患者，男，4 岁。进食中突发剧烈呛咳，面色青紫，呼吸困难，呕吐少许胃内食物，不发热，由妈妈带来急诊。

133. 你作为急诊室护士，首先考虑的是（　　）。

A. 急性气管炎　　B. 气管异物　　C. 食管异物

D. 急性胃肠炎　　E. 食物过敏

134. 属于气管异物的典型症状是（　　）。

A. 进食中突发剧烈呛咳　　B. 吸气性喉喘鸣　　C. 面色青紫，呼吸困难

D. 呕吐　　E. 声音嘶哑

135. 院前急救最有效的方法是（　　）。

A. 催吐　　B. 人工呼吸　　C. 倒立抖动

D. 海姆立克法　　E. 服用止咳药

（李东风）

项目三　内镜检查患者的常规护理

内镜检查已成为耳鼻咽喉科常规的诊疗手段，主要包括：直接喉镜检查、耳内镜检查、鼻内镜检查、纤维喉镜检查、支气管镜检查、食管镜检查等。护士在内镜检查时主要工作是协助医生进行检查治疗操作，观察病情，配合医生处理突发事件，以及检查前后将器械及时消毒和妥善保管。

一、检查前护理

1. 评估　核对患者姓名、性别、疾病诊断、内镜检查时间；了解患者术前是否已经进食，有无禁忌证，是否有急性上呼吸道感染，是否有吐血黑便；了解患者或家属对内镜检查的知晓程度和配合程度。

2. 心理护理　患者进入检查室前应向他们说明内镜检查或治疗的目的、麻醉方法及需要配合的事项，消除患者的紧张心理，争取他们的配合。

3. 全麻患者术前 6 小时禁食。为咽、喉、支气管、食管检查的患者取出活动义齿。

4. 遵医嘱为患者表面麻醉，给予术前用药。常用的表麻药为 1% 丁卡因溶液。

5. 引导患者更衣、换鞋，进入检查室。需全麻患者配合麻醉师实施麻醉。

6. 检查仪器设备是否准备到位，功能正常。

7. 呼吸困难患者检查床边准备气管切开包，吸引器、立灯、氧气等急救物品，做好气管切开准备。

二、术中配合

1. 测量生命体征，安置好患者体位，镜头使用前用无菌生理盐水冲洗，减轻消毒液对患者黏膜的刺激。

2. 密切观察检查中患者的脉搏、呼吸、面色、神态，为医生传递物品。如发现患者情况异常，应及时报告医生，建议暂停检查或治疗，并协助医生做相应的处理。

三、检查后护理

1. 检查或治疗结束后，注意观察或询问患者有无不适。未清醒的患者应移至观察床休息，注意呼吸情况，预防呕吐。

2. 完成检查的患者，需护送离开检查室，并向患者或家属交代注意事项。住院患者应与病房护士交接。

3. 及时清洁、消毒镜头，各种仪器要拿稳轻放，用脱脂纱布擦干后放回原处。

4. 处理患者检查中遗留的分泌物及其他污物，分类包装放入指定位置。

课后练习

单项选择题

136. 内镜检查术前护理，错误的是（　　）。

A. 1% 丁卡因表麻　　B. 引导患者更衣、换鞋

C. 心理疏导　　D. 准备急救物品

E. 器械由医生准备

137. 内镜检查术后护理，不包括（　　）。

A. 及时清洁、消毒内镜镜头　　B. 护送患者离开检查室

C. 处理污物　　D. 取出活动义齿

E. 向患者或家属交代注意事项

（吴梅坚）

模块十一 常见神经疾病患者护理

【模块目标】

1. 说出周围性面瘫及三叉神经痛的典型表现；简述周围性面瘫及三叉神经痛的护理措施；说出三叉神经痛治疗的首选药物及其不良反应。

2. 能为三叉神经痛患者进行健康指导。

3. 通过学习，培养自己尊重患者、关爱患者的精神。

项目一　周围性面瘫患者的护理

任务准备

【疾病概述】

周围性面瘫（peripheral facial palsy）是以同侧面部表情肌弛缓性瘫痪为特征的疾病。多为单侧发病，是面神经核以下部分面神经受损所致。

面神经（facial nerve）司颌面部表情肌的运动、舌前 2/3 的味觉和涎腺的分泌。面神经从茎乳孔出颅，经腮腺深浅叶之间分出颞支、颧支、颊支、下颌缘支及颈支，呈扇形分布于面部，支配表情肌的运动。

（一）健康史

最常见的病因有以下方面。

1. 原发性　病因不明，也称“贝尔面瘫（Bell’s palsy）”。占周围性面瘫的 80%。

2. 感染性　常见病毒感染引起的面神经炎、慢性化脓性中耳炎等。

3. 医源性　常见中耳手术、腮腺手术误伤面神经所致。

此外，少数由于颌面部外伤、腮腺肿瘤压迫、糖尿病并发症所致。

（二）临床表现

患侧面部表情运动丧失，额纹消失，眼睑闭合不全，鼻唇沟变浅或消失，口角向健侧歪斜，鼓腮漏气。

（三）辅助检查

1. 肌电图检查　可记录面肌动作电位。

2. 影像学检查　主要做 CT 或 MRI 扫描，排除占位性病变或乳突部胆脂瘤。

【心理－社会状况】

由于面瘫影响容貌，患者羞于外出，妨碍其正常生活和工作、社交，或担心不能治愈，常焦虑不安。

【治疗要点】

1. 积极寻找和消除病因，解除对面神经的损害。

2. 急性期多采用营养神经，改善微循环、糖皮质激素，补充 B 族维生素等方式治疗。

3. 后期可采用理疗、针灸、按摩等辅助治疗。

【护理问题 / 诊断】

1. 焦虑　与面瘫有关。

2. 潜在并发症：干眼症等。

任务目标

1. 心理疏导，舒缓患者焦虑情绪。

2. 减轻或缓解干眼症状。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

针对病因给予生活照料。如外伤引起的面神经瘫痪给予半流质饮食，急性病毒感染所致并伴有较重的全身症状，嘱患者多休息，多饮水。

（二）治疗护理

1. 眼部护理　患侧眼睑闭合不全，白天可用羟糖甘滴眼液滴眼，睡前涂四环素眼

膏，减轻眼干涩症状。

2. 口腔护理　进食后给予淡盐水或清水含漱，保持口腔清洁。

3. 治疗配合

（1）原发性周围性面瘫，急性期遵医嘱采用营养神经，改善微循环、糖皮质激素，补充 B 族维生素等药物治疗。常用三磷酸腺苷、血栓通、地塞米松、维生素 B_1、维生素 B_6、维生素 B_{12} 等静脉滴注或肌内注射，每日 1 次。感染性周围性面瘫，按医嘱给予抗生素或抗病毒药物治疗。

（2）需要手术治疗的患者，按手术医嘱进行术前、术后常规护理。

（3）恢复期患者，配合医生进行面部针灸、按摩等治疗。

（三）人文护理

面瘫患者需要比较长时间的治疗，面部容貌明显改变，心情抑郁，应给予细心的关怀及心理疏导，向他们讲述本病的基本知识，树立信心，使他们能积极配合医护人员工作。

（四）健康指导

周围性面瘫大多数原因不明，发病较快，体征典型。应向社区群众进行相关的健康教育，避免疲劳、感染、着凉等可能诱发的因素。患病后如及早就医，绝大多数患者是可以治愈或很大程度恢复的。

（李东风）

项目二　三叉神经痛患者的护理

导学案例与思考

患者刘某，女，51 岁。因右侧面颊及下颌部发作性针刺样疼痛 3 天就诊。每次发作持续时间 1~2 分钟，表情痛苦。洗脸、刷牙可诱发，能自然缓解。入院时体温正常，未发现神经系统阳性体征，右侧结膜充血。头颅及鼻咽部 CT 扫描未见异常。请思考：

1. 患者的临床特点是什么？
2. 缓解患者症状首选的药物是什么？
3. 患者长期用药应注意什么问题？

任务准备

【疾病概述】

三叉神经痛（trigeminal neuralgia）是在三叉神经分布区内的反复发作的阵发性剧烈

疼痛的疾病，是头面部神经性疼痛疾病中最常见的一种。本病常于 40 岁后起病，患者女性多于男性。

三叉神经

三叉神经（trigeminal nerve）司颌面部的感觉和咀嚼肌的运动。其感觉神经分为三支出颅，即眼支、上颌支、下颌支。其中上、下颌支与本病关系较为密切。

（一）健康史

三叉神经痛分为原发性和继发性两大类。

1. 原发性　病因不明，临床上占多数。

2. 继发性　多由肿瘤、蛛网膜粘连、带状疱疹病毒感染等引起。

（二）临床表现

1. 症状　患者常无先兆，呈突然闪电样发作，犹如刀割、烧灼、针刺或电击样，持续数秒至 2 分钟。随着病史延长，发作越来越频，疼痛程度也随之加重。发作时患者表情痛苦、呆木，常以手掌紧按面部或用力揉搓疼痛处。发作时可伴面肌痉挛，口角向病侧歪斜，结膜充血，流泪或流涎等表现。间歇期可完全正常。

2. 体征　仅限于面部三叉神经分布区，以三叉神经第 2 支或第 3 支常见。多为单侧，右侧居多。50% 以上的患者有一个或多个特别敏感的疼痛触发点，称“扳机点”。以上下唇、口角、鼻翼、颊部、舌等处最敏感，当进食、讲话、洗脸、刷牙时刺激到触发点，即可引起疼痛发作。

（三）辅助检查

影像学检查　CT 或 MRI 扫描，排除鼻咽部及颅内桥小脑角三角区病变。

【心理 – 社会状况】

患者频繁的三叉神经痛发作，严重影响其生活和工作，心情极为焦虑、烦躁。四处求医无效时，常常灰心失望。

【治疗要点】

1. 原发性　目前无特效治疗方法，主要为药物治疗，常用卡马西平、苯妥英钠、三维 B 片等口服。病史长、发作频繁且症状重患者，也可采取封闭治疗或手术治疗。

2. 继发性　除药物治疗外，肿瘤类疾病可手术治疗或放射治疗。

【护理问题 / 诊断】

1. 急性疼痛　三叉神经痛，与本病发作有关。

2. 焦虑　与频繁发作、久治不愈有关。

3. 知识缺乏：缺乏本病的自我护理知识。

任务目标

1. 患者三叉神经痛减轻或消失。
2. 心理疏导，舒缓患者焦虑情绪。
3. 患者学会三叉神经痛的自我护理知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 保证患者有充足的睡眠。听轻音乐，使他们的心情平和。

2. 饮食护理　因用力咀嚼可诱发三叉神经痛，应给予流质或半流质饮食，如鸡蛋羹、面条、粥等。忌吃油炸、坚果类食物，不吃不闻刺激性的调味品，如辣椒、芥末、胡椒粉等，以免因打喷嚏而诱发疼痛。

3. 避免刺激“扳机点”　嘱患者洗脸、刷牙等日常生活动作要轻柔，避免冷风直接刺激面部，不要刺激“扳机点”。

（二）治疗护理

1. 用药护理　发作期间遵医嘱给予药物治疗，止痛和调节神经功能，首选药物是卡马西平口服，辅以复合维生素口服。无法入睡者酌情使用镇静药，如安定等。感染引起的继发性三叉神经痛，需应用抗生素或抗病毒药物治疗，控制炎症。治疗过程中，护士要注意观察卡马西平的不良反应，及时报告医生，调整药量。

2. 对症护理　每日饭后给予淡盐水和复方硼砂溶液漱口，加强口腔清洁。

3. 发作特别频繁的患者，配合医生实施局部封闭治疗，每周 1~2 次。封闭治疗最常用药物是纯乙醇。

4. 药物治疗效果不佳者，可行微血管减压术治疗，是一种经耳后切口的微创手术。按耳部手术前后的常规护理。

（三）人文护理

在护理过程中给予患者充分的理解和同情，根据他们不同的心理特征进行沟通交流，解决他们各种负面情绪及心理需求，减轻焦虑。使其处于最佳的身心状态，乐于接受治疗及护理，以提高疗效。

（四）健康指导

1. 帮助患者及家属掌握本病的基本知识，教会他们居家自我护理方法，避免刺激“扳机点”。在日常生活中劳逸结合，保持乐观，戒除急躁易怒情绪，减少诱发疼痛。

2. 指导患者培养多种兴趣爱好，分散注意力，可减轻疼痛程度。

3. 原发性三叉神经痛无三叉神经功能损害，故只可缓解，不能自愈。患者需在医生护士指导下坚持治疗，不可擅自换药和自行停药。

4. 鼓励患者在日常生活中适当参加体育锻炼，增强体质。如打太极拳、散步等，避免剧烈运动。

任务关键

卡马西平不良反应较多，主要有口干、恶心、头晕、皮疹，严重者肝功能损害、白细胞减少，护理查房时需加以注意。嘱患者每月检查 1 次肝功能和血常规。

案例分析

患者刘某为中年女性，因右侧面颊及下颌部发作性针刺样疼痛 3 天就诊。每次发作持续时间约 1~2 分钟，表情痛苦。洗脸、刷牙可诱发，能自然缓解。入院时体温正常，未发现神经系统阳性体征，右侧结膜充血。头颅及鼻咽部 CT 扫描未见异常。三叉神经痛的典型表现是骤然闪电样发作，犹如刀割、烧灼、针刺或电击样，持续时间短，多为单侧，右侧居多，可有一个或多个特别敏感的疼痛触发点。在护理过程中，要特别注意心理护理、饮食护理和健康指导，减少发作。本病的首选治疗药物是卡马西平，视病情给药，但须观察其不良反应。

堂上练习（单项选择）

患者刘某，女，51 岁。因右侧面颊及下颌部发作性针刺样疼痛 3 天就诊。每次发作持续时间 1~2 分钟，表情痛苦。洗脸、刷牙可诱发，能自然缓解。入院时体温正常，未发现神经系统阳性体征，右侧结膜充血。头颅及鼻咽部 CT 扫描未见异常。

1. 三叉神经痛的临床表现，不包括（　　）。

A. 患侧面部表情肌麻痹　　B. 突发面颊部针刺样疼痛

C. 每次发作持续时间短　　D. 有“扳机点”

E. 无神经系统阳性体征

2. 缓解患者症状首选的药物是什么？（　　）

A. 安定（地西泮）　　B. 庆大霉素

C. 卡马西平　　D. 青霉素

E. 维生素 B_1

3. 患者长期用药应注意的问题是（　　）。

A. 尿量　　B. 心率

C. 呼吸频率　　D. 发音

E. 肝功能损害

三叉神经痛堂上练习答案

课后练习

单项选择题

138. 以下不是周围性面瘫的临床表现的是（　　）。

A. 患侧面部表情运动丧失　　B. 患侧眼睑闭合不全

C. 鼓腮漏气　　D. 患侧鼻唇沟变浅

E. 吞咽困难

139. 周围性面瘫患侧眼睑闭合不全，干涩，可选用药物滴眼的是（　　）。

A. 羟苄唑滴眼液

B. 羟糖甘滴眼液

C. 四味珍层冰硼滴眼液（珍视明滴眼液）

D. 苄达赖氨酸滴眼液（莎普爱思滴眼液）

E. 利福平滴眼液

140. 三叉神经痛的临床表现不包括（　　）。

A. 间歇期可完全正常　　B. 有一个或多个疼痛触发点

C. 骤然闪电样发作性疼痛　　D. 患侧额纹消失

E. 限于面部三叉神经分布区

141. 患者，女，55 岁。近 1 周常右侧下颌突然闪电样发作疼痛，犹如针刺，每次持续数秒至 2 分钟不等，发作时以手掌用力揉搓疼痛处。洗脸、刷牙可诱发，能自然缓解。护理措施不包括（　　）。

A. 流质或半流质饮食　　B. 健康指导

C. 避免刺激“扳机点”　　D. 口腔清洁

E. 取出活动义齿

（142—143 题共用题干）

患者，女，65 岁。因右侧面颊部发作性刀割样疼痛 2 周就诊。每次疼痛持续 30 秒到 2 分钟不等，进食可诱发。查体：未发现神经系统阳性体征，头颅 CT 未见异常。

142. 临床诊断首先考虑（　　）。

A. 舌咽神经痛　　B. 三叉神经痛　　C. 急性腮腺炎

D. 牙周炎　　E. 急性鼻窦炎

143. 治疗首选（　　）。

A. 哌替啶　　B. 吗啡　　C. 布洛芬

D. 卡马西平　　E. 阿司匹林

（李东风）

HEP

第三部分

口腔科护理

HEP

模块十二 口腔的应用解剖及生理功能

【模块目标】

1. 说出口腔前庭和固有口腔的组成、解剖形态结构。
2. 描述牙齿的名称和形态、结构及记录方法。
3. 运用所学知识能在颌骨模型上说出颌骨的组成、形态、特点。
4. 有严谨、认真的学习态度。

一、口腔的应用解剖

口腔（oral cavity）是消化道的开始部分，是由牙齿、颌骨及唇、颊、腭、舌、口底、涎腺等组织器官组成的功能性器官，为摄取、咀嚼、吞咽食物及辅助发音的器官。其前端以口裂开口于外界，后端以咽峡通咽，闭口时由上下牙列、牙槽骨和牙龈组织将口腔分为口腔前庭和固有口腔两部分。

（一）口腔前庭

口腔前庭（vestibule of mouth）为位于唇、颊与牙列、牙龈和牙槽黏膜之间蹄铁形的潜在腔隙。唇、颊黏膜移行于牙槽黏膜的转折沟为口腔前庭沟，构成口腔前庭的上下界，是口腔局部麻醉穿刺及手术切口的常用部位。前庭沟正中线上有连接唇与牙龈的线形黏膜皱襞为唇系带。相当于上下尖牙与双尖牙部位的黏膜皱襞为颊系带。上颌第二磨牙牙冠相对的颊黏膜上有一乳头状突起称腮腺乳头，为腮腺导管开口处，腮腺化脓性炎症时，可见导管口红肿。

1. 唇　唇（lips）分为上唇和下唇，上唇上面与鼻底相连，两侧以鼻唇沟为界，上唇中央有一条垂直沟称人中。上下唇形成口裂，两端联合处称口角，上下唇黏膜和皮肤的移行处称唇红。唇红与皮肤交界处称唇红缘，常呈弓背形，进行唇裂修复手术时，应注意恢复其外形，以免造成畸形。

2. 颊　颊（cheeks）位于面部的两侧，形成口腔前庭的外侧壁，由外至内主要由皮肤、浅层表情肌、颊脂体、颊肌和黏膜构成。在颊肌与颊黏膜之间有一脂肪团，称颊脂垫，其尖端称颊脂垫尖，正对翼下颌皱襞前缘，下牙槽神经麻醉时，以此尖作为穿刺进针的标志之一。

（二）固有口腔

固有口腔（oral cavity proper）是口腔的主要部分，其范围上为硬腭和软腭，下为舌和口底，前界和两侧界为上、下牙弓，后界为口咽。牙及牙列、牙槽骨及牙龈、舌、腭、口底等组织器官的表面形态构成固有口腔的外表形态。

1. 舌和口底　舌（tongue）为重要的肌性器官，具有语言、咀嚼、味觉和吞咽功能。舌以人字沟为界，舌前 2/3 为舌体，舌后 1/3 为舌根。舌体上面为舌背，下面为舌腹。舌背黏膜有许多乳头突起，具有味觉和触觉功能。舌腹面中线一条黏膜皱襞称舌系带，舌系带过短可限制舌的活动，造成吮吸、咀嚼及语言障碍，需做舌系带矫正术，矫正时间以 1~2 岁为宜。

在舌体的下方，下颌骨体部以内的部位称为口底，表面覆盖黏膜。舌系带两旁有乳头突起，称为舌下肉阜，是颌下腺和舌下腺的共同开口处。

2. 腭　腭（palate）为口腔的上壁，分隔口腔和鼻腔。腭分为前 2/3 的硬腭和后 1/3 的软腭部分。硬腭是以腭骨为基础，表面覆盖黏膜。两上颌中切牙之间腭侧有黏膜突起称切牙乳头，其下方有一骨孔称为切牙孔，是鼻腭神经阻滞麻醉进针的标志。上颌第二磨牙腭侧牙龈距腭中缝中外 1/3 交界处左右各有一骨孔，称腭大孔，腭前神经血管通过此孔，是麻醉进针的标志。软腭呈垂幔状，前与硬腭连续，后为游离缘，其中有一小舌样物体，称为腭垂。软腭后部向两侧形成前后两条弓形皱襞为腭舌弓和腭咽弓，两弓之间容纳腭扁桃体。

（三）牙体组织

1. 牙的数目、名称和萌出　人的一生中有两副牙齿，分别称为乳牙和恒牙。

（1）乳牙（deciduous teeth）：正常乳牙有 20 颗，上下颌左右侧各 5 颗，从中线起向两旁排列分别为乳中切牙、乳侧切牙、乳尖牙、第一乳磨牙和第二乳磨牙。出生后 6~7 个月开始萌出，大约每 4 个月萌出一对，2 岁半左右全部萌出。6~7 岁开始脱落，被恒牙替换，13 岁左右全部替换。

乳牙过早缺失的危害

1. 咀嚼功能明显下降，影响营养的摄入，进而影响儿童的生长发育，降低机体免疫力。

2. 使邻近的牙齿倾斜，占据缺失乳牙的空隙，待恒牙萌出时位置不足，常导致牙错位、牙列拥挤、前磨牙阻生、个别牙反𬌗等。

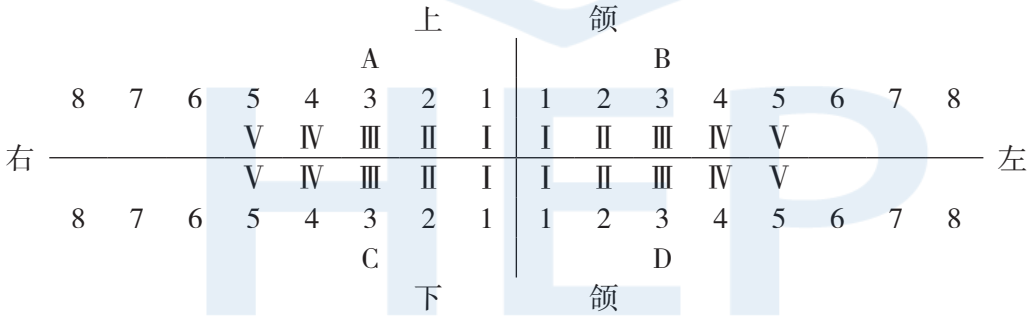
3. 乳前牙早失，不仅影响美观，而且影响正确发音。

因此，保护乳牙、维持替换恒牙的正常状态，是非常必要的。

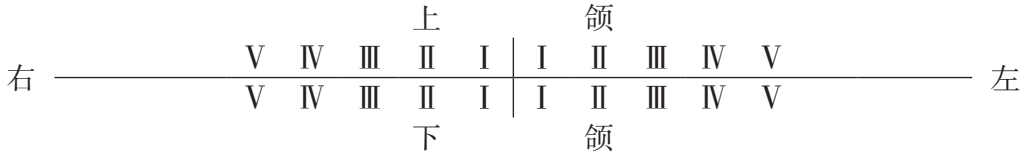
（2）恒牙（permanent teeth）：恒牙 28~32 颗，是乳牙脱落后萌出的第二副牙齿，上下颌左右侧各 8 颗，从中线起向两旁排列分别为中切牙、侧切牙、尖牙、第一前磨牙（前磨牙又称双尖牙）、第二前磨牙、第一磨牙、第二磨牙和第三磨牙。一般 6~13 岁先后萌出 28 颗，第三磨牙通常在 18 岁以后萌出，常因间隙不足，而萌出困难或位置不正，形成智齿阻生。通常 6 岁以前全为乳牙，称乳牙列，6~13 岁既有乳牙，又有恒牙，称混合牙列，13 岁以后全部为恒牙，称恒牙列。

2. 牙位记录　为了便于病历记录，采用牙位格式记录代表各类牙齿。

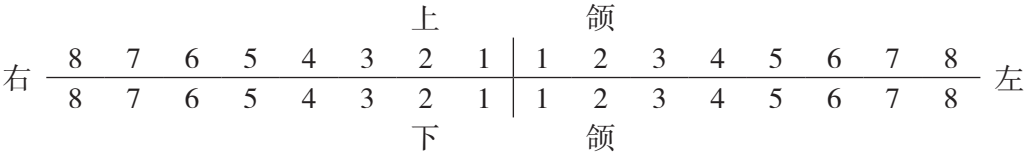
（1）“十”牙位表示法：一种方法是以“十”符号将全口牙齿分为 4 个区，横线上下各代表上、下颌，竖线为中线，两侧分别为左、右。另一种方法是用“A B / C D”代表 4 个区。



① 乳牙牙位用罗马数字表示：



② 恒牙牙位用阿拉伯数字表示：



（2）FDI 牙位表示法：是 1970 年国际牙科联盟提出的牙位表示法，为世界通用。

每颗牙用两位阿拉伯数字表示，第一位表示牙齿所在的象限：患者的右上、左上、左下、右下在恒牙为 1、2、3、4，在乳牙为 5、6、7、8；第二位表示牙齿的位置：从中门齿到第三磨牙为 1～8。左、右的区分以被检者为准。

FDI 牙位表示法

恒牙

	右上								左上								
右	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
	右下								左下								

乳牙

	右上					左上					
右	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	左
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	
	右下					左下					

3. 牙齿的解剖形态和结构

（1）牙齿的形态与功能：牙齿由牙冠、牙根和牙颈 3 部分组成。

牙冠（dental crown）：牙齿暴露于口腔内的部分称牙冠，牙冠的形态因其功能不同而各异：切牙如刀刃，有一锐利切缘便于切割食物；尖牙形如锥状，锐利的牙尖便于撕裂食物；前磨牙呈立方形有一咬𬌗面，一般有 2 个牙尖能协助尖牙撕裂食物及协助磨牙磨碎食物的作用；磨牙呈立方形，咬𬌗面宽大，其上有 4～5 个牙尖与沟窝便于磨碎食物。牙冠可分为 5 个面，即近中面、远中面、舌（腭）面、唇（颊）面和咬𬌗面（切缘）。

牙颈（dental cervix）：为牙冠与牙根交界部分。

牙根（root of tooth）：是牙齿包埋于牙槽骨内的部分，形态与数目因功能不同而各异，一般切牙、尖牙、前磨牙（上颌第一前磨牙双根除外）均为单根，下颌磨牙为双根（近、远中根），上颌磨牙为三根（近中根、远中根、腭侧根）。第三磨牙牙根数目、形态变异较大。

（2）牙体的组织结构：牙体组织由牙釉质、牙本质、牙骨质和牙髓组成（图 12-1）。

牙釉质（enamel）：是覆盖在牙冠表面的白色半透明钙化

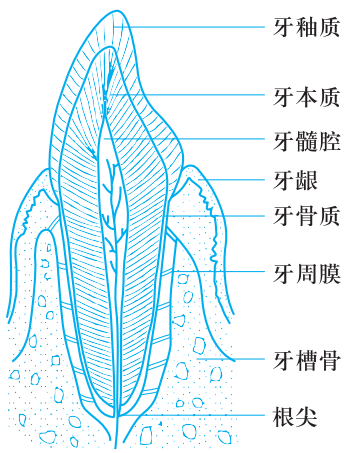


图 12-1　牙体组织

硬组织，含磷酸钙、碳酸钙等无机盐类约 96%，是人体中最硬的一种组织，对牙本质和牙髓具有保护作用，牙釉质在牙尖处最厚，沟窝处较薄，牙颈部最薄。

牙本质（dentin）：位于牙釉质和牙骨质的内层，是构成牙齿主体的组织，呈淡黄色，硬度比牙釉质低，略高于牙骨质。其内有一空腔，称牙髓腔。牙本质内有牙髓神经末梢，当牙本质暴露时，受到冷、热、酸、甜等刺激时有酸痛感。

牙骨质（cementum）：覆盖于牙根表面，呈淡黄色，构成和硬度与骨相似。牙骨质借牙周膜将牙体固定在牙槽窝内，当牙表面受到损伤时，牙骨质可新生且有修复功能。

牙髓（pulp）：是位于髓腔内的疏松结缔组织，包含神经、血管、淋巴、成纤维细胞和造牙本质细胞，具有营养牙体和形成继发性牙本质的功能。牙髓神经为无髓鞘纤维，对外界刺激异常敏感，稍受刺激即可引起剧烈疼痛，而无定位能力。

（四）牙周组织

牙周组织包括牙龈、牙周膜和牙槽骨，主要功能是保护和支持牙齿。

1. 牙龈　牙龈（gum）是覆盖于牙槽骨和牙颈部的口腔黏膜，色粉红，质坚韧而有弹性，不能活动。靠近牙颈处的游离牙龈，称为游离龈。它与牙齿间的空隙，称为龈沟，正常龈沟深度不超过 2 mm。两邻牙之间的龈突起，称为龈乳头。

2. 牙周膜　牙周膜（periodontal membrane）是介于牙根和牙槽骨间的致密结缔组织，含有丰富的神经、血管，并借其中大量胶原纤维将牙齿固定于牙槽窝内，具有营养、感觉和缓冲咀嚼压力的功能。

3. 牙槽骨　牙槽骨（alveolar bone）是颌骨包围牙根的突起部分，又称牙槽突，是支持牙齿的重要组织。牙槽骨容纳牙根的凹窝称牙槽窝。

（五）颌面部

颌面部是机体的主要显露部分，指面部的中 1/3 和下 1/3 部分，由颌骨、颞下颌关节、涎腺，以及肌肉、神经、血管和软组织构成。

1. 颌骨

（1）上颌骨（maxilla）是面中部最大的骨骼，由左右两侧形态结构对称但不规则的两块骨构成，并于腭中缝处连接成一体，上颌骨由一体四突构成（图 12-2）。

上颌骨体前面与上面交界处形成眶下缘，眶下缘中点下方 0.6~1 cm 处有眶下孔，眶下神经及血管从此通过，眶下孔是眶下神经阻滞麻醉的进针和注射部位。上面为眶面，构成眶下壁的大部分。后面又称颞下面，以颧牙槽嵴与前面为界，后下部分有粗糙的圆形隆起，称上颌结节，为上牙槽后神经血管通过，上牙槽后神经阻滞麻醉时麻药即注入此处。内面即鼻面，构成鼻腔的外侧壁，在中鼻道有上颌窦的开口通向鼻腔。上颌骨有四个突起分别为额突、颧突、腭突和牙槽突。上颌骨体内的空腔称为上颌窦。

（2）下颌骨（mandible）是颌面部唯一可以活动且最坚实的骨骼，在正中线处两侧

联合呈马蹄形。位于面部下 1/3 处，分为水平位的下颌体与垂直位的下颌支两部分，下颌体下缘与下颌支后缘相连接的转角处称为下颌角（图 12-3）。

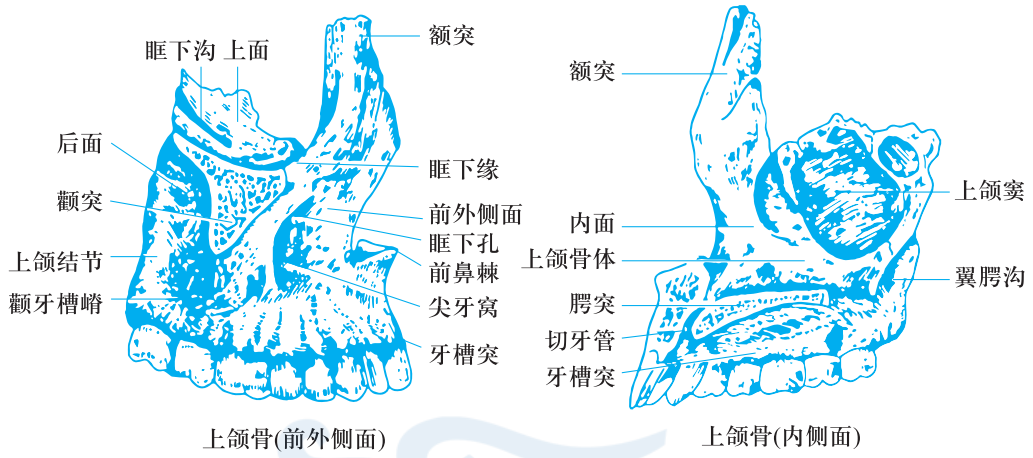


图 12-2　上颌骨

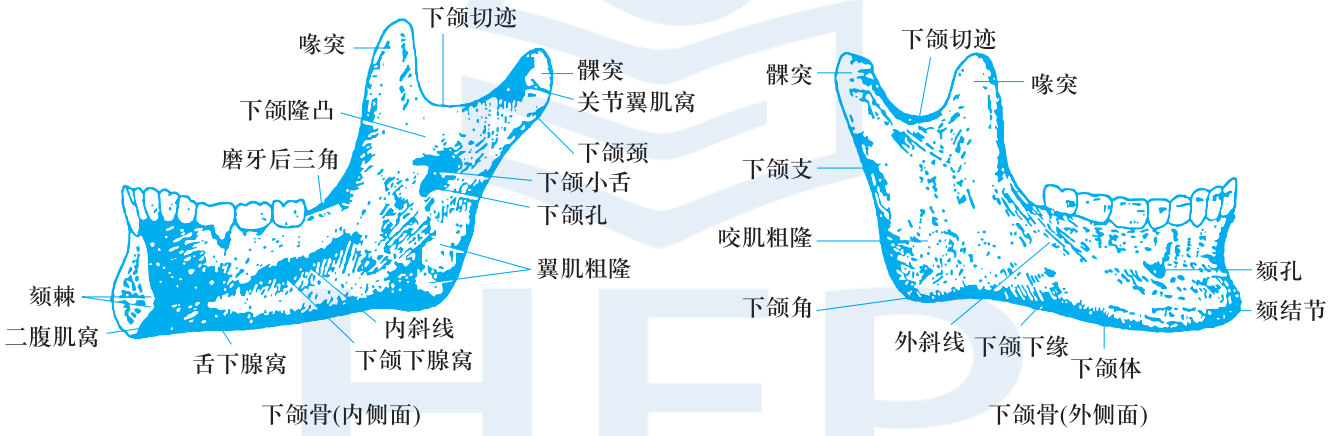


图 12-3　下颌骨

下颌体呈弓形，有内外两面及牙槽突和下颌体下缘。下颌体外侧面相当于前磨牙区上下缘之间有颏孔，正中有直嵴称正中联合，在其两旁近下颌缘处，左右各有一隆起称颏结节。下颌支上缘向前有喙突，向后有髁状突，之间有下颌切迹。下颌支的内侧面中央略偏后上方处有下颌孔，下牙槽神经血管束经此孔通入下颌管。

2. 肌肉　口腔颌面部肌肉可分表情肌与咀嚼肌两大群，其主要功能为咀嚼、语言、表情和吞咽等动作。

（1）表情肌：面部表情肌多薄而短小、收缩力弱，起于骨壁或筋膜浅面，止于皮肤。主要由眼轮匝肌、口轮匝肌、上唇方肌、下唇方肌、笑肌、颊肌等组成。当肌纤维收缩时，牵引额部、眼睑、口唇和颊部皮肤的活动，显露各种表情。

（2）咀嚼肌：主要附着在下颌骨上，司开口、闭口及下颌骨的前伸与侧方运动，可

分为闭口和开口两组肌群，此外还有翼外肌。其神经支配均来自三叉神经之下颌神经的前股纤维，主管运动。闭口肌群（升颌肌）主要有咬肌、颞肌、翼内肌。开口肌群（升颌肌）主要有二腹肌、下颌舌骨肌和颏舌骨肌。翼外肌在开口运动时，可牵引下颌骨前伸和侧向运动。

3. 血管

（1）动脉（artery）：颌面部血液供应特别丰富，主要有舌动脉、颌外动脉、颌内动脉和颞浅动脉等。这些分支在颌面部相互吻合密集成网，使颌面部血供非常丰富。

（2）静脉（vein）：颌面部静脉大多与同名动脉伴行，面静脉瓣膜发育不完善，稀少且薄，在一定的条件下可改变其血流方向，且与颅内海绵窦相通连。当肌肉收缩或挤压时，易使血液反流，颌面部的感染若处理不当，易逆行向颅内扩散，引起化脓性海绵窦血栓性静脉炎等严重并发症。

4. 淋巴　颌面部淋巴分布非常丰富，淋巴管组成网状结构，收纳淋巴液，汇入淋巴结，为颌面部的重要防御体系。颌面部较重要的淋巴结群有耳后淋巴结、腮腺淋巴结、颌上淋巴结、颌下淋巴结、颏下淋巴结和位于颈部的颈浅和颈深淋巴结。

5. 神经　口腔颌面部的运动神经主要是面神经，感觉神经主要是三叉神经。

6. 涎腺　口腔颌面部有三对大涎腺，即腮腺、颌下腺和舌下腺，各有导管开口于口腔。此外，还有遍布于唇、颊、腭、舌等处黏膜的小黏液腺。唾液腺分泌的涎液为无色而黏稠的液体，进入口腔内则为唾液，它有润湿口腔，软化食物的作用。

（1）腮腺（parotid gland）：是最大的一对涎腺，位于两侧耳垂前下方和下颌后窝内，其分泌液为浆液。腮腺导管开口于正对上颌第二磨牙的颊侧黏膜上。

（2）颌下腺（submaxillary gland）：位于颌下三角，分泌液主要为浆液，含有少量黏液，其导管开口于舌系带两旁的舌下肉阜。

（3）舌下腺（sublingual gland）：位于口底舌下，为最小的一对涎腺。分泌液主要为浆液，含有少量黏液，其导管有 5~10 条短而细的排泄管，直接开口于舌下襞的黏膜上，有的与颌下腺导管相通。

7. 颞下颌关节　颞下颌关节（temporomandibular joint）为唯一的联动关节，具有转动和滑动两种功能，其活动与咀嚼、语言、表情等功能密切相关。颞下颌关节上由颞骨关节窝、关节结节，下由下颌骨髁突，以及位于两者间的关节盘、关节囊和周围的韧带所构成。

二、口腔的生理功能

1. 咀嚼和吞咽功能　口腔是消化道的起端，唇、舌用于吮吸食物，牙齿用于咀嚼食

物，通过切咬和咀嚼，将食物切碎、磨细，并与唾液充分混合拌匀，使唾液中的消化酶开始对食物进行初步消化，形成柔软的食物团，便于吞咽，同时借舌的味觉器辨别食物的味道。

2. 辅助发音功能　口腔由唇、舌、齿、腭的协调动作，对完成发音和语言的清晰起到很大作用，鼻腔堵塞时，口腔能辅助呼吸。

课后练习

单项选择题

144. 具有支持、固定牙齿功能的是（　　）。

A. 牙周组织　　B. 口腔前庭　　C. 固有口腔

D. 唇颊部　　E. 舌腭部

145. 在解剖上分隔口腔和鼻腔的是（　　）。

A. 牙列　　B. 舌　　C. 腭

D. 口底　　E. 腭垂

146. 下牙槽神经阻滞麻醉进针点的标志是（　　）。

A. 牙槽骨　　B. 颊脂垫　　C. 牙周膜

D. 颊肌　　E. 颧骨

147. 人体当中最硬、最耐磨的组织是（　　）。

A. 牙槽骨　　B. 上颌骨　　C. 牙釉质

D. 牙本质　　E. 下颌骨

148. 乳牙的数目是（　　）。

A. 12 个　　B. 24 个　　C. 26 个

D. 20 个　　E. 32 个

149. 属于牙周组织的是（　　）。

A. 牙釉质　　B. 牙本质　　C. 牙骨质

D. 牙周膜　　E. 牙颈

（任　冬、王世清）

模块十三 口腔科常见疾病患者护理

项目一　牙体组织病患者的护理

【项目目标】

1. 叙述龋病、牙髓炎、根尖周炎等牙体组织常见疾病的病因、临床表现及治疗要点。

2. 通过对患者的正确评估，能找出牙体组织常见疾病的主要护理问题。

3. 运用所学知识，制定龋病的主要护理措施；能为患者进行健康指导。

4. 学会在护理过程中关心体贴患者，理解口腔科治疗中的医护合作，体现以人为本的护理理念。

一、龋病

导学案例与思考

患者关某，男，25岁。3个月前发现左下颌后牙遇冷热食物刺激或食物嵌塞而疼痛，平时无自发性疼痛。口腔检查：左下颌第一磨牙𬌗面深龋洞，冷刺激疼痛明显，刺激去除后疼痛即刻消失；探诊疼痛无穿髓孔，叩诊（－），牙齿无松动，牙周检查（－），余未见异常。请思考：

1. 患者目前的主要问题是什么？

2. 患者为什么会出现这些问题？

3. 你怎样参与此患者的治疗护理？

任务准备

【疾病概述】

龋病（dental caries）是由口腔细菌等因素的共同作用导致的牙齿硬组织慢性进行性破坏的一种疾病。龋病是人类的常见病、多发病，被世界卫生组织列为重点防治的疾病之一（图 13-1）。

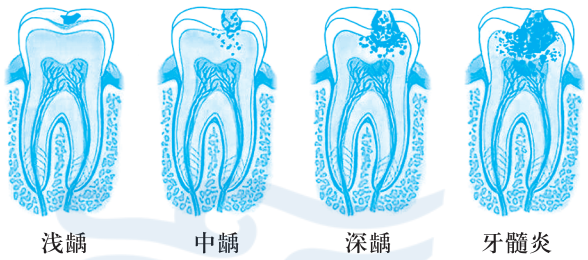


图 13-1　龋齿的发展过程

（一）健康史

龋病的发病机制至今仍未完全明确，其病因与以下因素有关。

1. 细菌　口腔内主要致龋菌是变形链球菌。其次是放线菌属和乳酸杆菌。细菌借助唾液糖蛋白牢固地黏附在牙面上，形成一种不定型、稠密的非钙化细菌团块，称牙菌斑。细菌在菌斑中繁殖、分解蔗糖、产酸，使菌斑下方的牙体组织脱钙、分解而缺损出现龋洞。

2. 食物　与龋病发生相关的食物主要是富于黏性的糖类，如各类糕点、糖果，富有黏性，易附着于牙面，细菌则利用糖类代谢产酸，可使牙齿硬组织脱矿溶解，形成龋洞。

3. 宿主　每个个体牙齿的形态、结构、位置、排列状况与龋病的发生有密切关系；唾液的性质、流量、流速、成分对龋病发病有重要的作用；机体的全身营养状况差，矿物质如氟、镁等缺乏，维生素缺乏等因素与龋病的发病有一定的关系。

4. 时间　龋病的发生和发展是一个慢性过程，从初期龋到临床形成龋洞一般需要 1.5～2 年，3～14 岁是乳恒牙患龋的易感期，因此这一时间段应特别注意防龋。

防龋食物

1. 牛奶和乳制品　含有大量的钙，能抑制细菌产酸，并能防止牙钙磷化合物溶解。此外，牛奶中所含的免疫球蛋白和酶等能抑制口腔中的细菌生长。

2. 鱼、米、扁豆、豌豆、蚕豆　这些食物含磷量高，因而具有预防龋齿的作用。

3. 动物肝和肾　含有丰富的铁和锌，能抑制细菌产酸。

龋病的病因

4. 苹果、梨等水果　其膳食纤维可以起机械擦洗作用，以除去黏附于牙齿表面的细菌阻止牙菌斑的形成。此外，水果中的果胶还有抑制细菌的作用。

5. 姜、葱、蒜　能抑制口腔中的细菌繁殖。

6. 红茶、海带、海蛰、虾、芋头　含氟化物，氟能与牙齿中钙磷化合物形成不易溶解的氟磷灰石，可抵抗酸对牙齿的腐蚀。

（二）临床表现

龋病最易发生于牙齿的𬌗面、邻面，另外病变常好发于磨牙、双尖牙。龋病的主要临床特征是牙齿色、质、形的改变。根据病变深度可分为浅龋、中龋和深龋。

1. 浅龋　病变只限于牙釉质或牙骨质，患者多无自觉症状。初期因牙釉质脱钙使牙表面失去光泽，呈白垩色、黄褐色或黑色。探针检查有粗糙感或有浅层龋洞形成，无探痛。

2. 中龋　病变已进展到牙本质浅层，黑色龋洞形成。牙齿遇冷、热、酸、甜等刺激产生酸痛感觉，以冷刺激尤为显著，但刺激去除后，症状立即消失。龋洞内有坏死的软化牙本质与食物残渣，探之质软，有探痛。

3. 深龋　病变已进展到牙本质深层，距牙髓组织较近。患者自觉症状明显，遇冷、热、酸、甜和食物嵌入洞内时，产生明显的疼痛症状，但无自发痛。检查可见很深的龋洞。龋洞内可有坏死的软化质牙本质或嵌塞食物，探痛明显。

（三）辅助检查

1. X 线检查　可借助 X 线摄像检查发现邻面龋、颈部龋等隐匿部位的龋损，并了解龋洞的深度。

2. 牙髓活力检测　多用冷热刺激进行检查，亦可使用电活力测定。了解深龋的牙髓状况，以确定治疗方案。

【心理－社会状况】

由于龋病病程缓慢，不危及生命，因此多不易受到患者重视，有的患者认为牙病不是病，不去口腔科就诊而延误了治疗时机，从而导致严重的并发症。而且患者普遍对钻牙存在恐惧心理，也是影响其就诊的原因之一。

【治疗要点】

龋病应早治，均需采用充填法进行治疗。

【护理问题 / 诊断】

1. 慢性疼痛　牙痛，与龋病牙髓受刺激有关。

2. 牙体组织完整性受损　与龋病造成牙体硬组织缺损有关。

3. 潜在的并发症：牙髓炎、根尖周炎、牙槽脓肿及颌骨骨髓炎等。

4. 知识缺乏：缺乏龋病防治及自我保健知识。

任务目标

1. 患者刺激性疼痛消失。
2. 用人工充填材料修复患者牙体硬组织的缺损。
3. 患者不发生并发症。
4. 患者学会龋病防治知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

1. 保持口腔诊室安静，协助患者采取舒适体位。
2. 以清淡饮食为主，避免进食冷、热、酸、甜等刺激性食物。
3. 保持口腔清洁，进食后应予漱口或刷牙，清除口腔内食物残渣。

（二）治疗护理

龋病的治疗主要采用充填术。在进行充填治疗过程中，护士应进行如下配合。

1. 术前准备

（1）器械准备：为医生准备所需器械。如检查盘、口镜、探针、镊子、树脂雕刻刀、粘固粉充填器、成型片、成型片夹、咬合纸、橡皮轮、各型抛光车针等。

（2）药品准备：丁香油、樟脑酚、2% 碘伏、75% 乙醇。

（3）材料准备：充填材料如复合树脂、氧化锌丁香油粘固粉、磷酸锌粘固粉、玻璃离子粘固粉、氢氧化钙等。

图 13-2　护士配合医生钻磨牙齿

2. 术中配合　安排患者就位，调节好椅位及光源。在医生治疗操作时，护士应在旁配合，保持术野清晰，按操作步骤及时准确地为医生提供所需器械及用物，遵医嘱调制各类充填材料（图 13-2）。

3. 术后指导　医生完成治疗后，向患者交代注意事项，预约复诊时间。

（三）人文护理

向患者介绍充填术的目的和治疗方法，做好解释工作，让患者了解治疗步骤及目的，取得患者的合作，消除患者对牙病治疗的恐惧心理。

（四）健康指导

1. 保持口腔卫生　养成饭后漱口、早晚刷牙的习惯，以减少菌斑及食物残渣的滞留时间。

2. 定期口腔检查　一般 2~12 岁每半年 1 次，12 岁以上每 1 年 1 次。以便早期发现龋病，及时治疗。

3. 采取特殊的防护措施　使用含氟牙膏、窝沟封闭等，提高牙齿的抗龋能力。

4. 合理饮食　少摄入糖果、饼干等食品，特别是教育儿童和青少年在临睡前勿吃甜食。

5. 龋齿治疗　使用银汞合金充填的牙齿，嘱患者 24 小时内不能用该牙咀嚼食物，以免充填物脱落。深龋充填后如有疼痛应及时到医院复诊。

任务关键

龋病的治疗主要采用充填术，四手操作技术，是医护配合的关键。

案例分析

患者 3 个月前发现左下颌后牙遇冷热食物刺激或食物嵌塞而疼痛，平时无自发疼痛。查体：左下颌第一磨牙𬌗面深龋洞；冷刺激疼痛明显，刺激去除后疼痛即刻消失；探诊疼痛无穿髓孔；叩诊（－），牙齿无松动；余未见异常。是深龋临床表现。护理措施包括：准备相应器械和材料，配合医生清除龋洞内腐质，制备洞形并消毒，氧化锌丁香油粘固粉垫底，观察患牙不痛后再用永久性充填材料进行充填，恢复牙齿外形和功能。对患者进行口腔卫生和防龋指导。

堂上练习（单项选择）

患者关某，男，25 岁。3 个月前发现左下颌后牙遇冷热食物刺激或食物嵌塞而疼痛，平时无自发疼痛。口腔检查：左下颌第一磨牙𬌗面深龋洞，冷刺激疼痛明显，刺激去除后疼痛感即刻消失；探诊疼痛无穿髓孔，叩诊（－），牙齿无松动，牙周检查（－），余未见异常。请思考：

1. 患者目前主要的诊断是（　　）。

A. 牙齿敏感症　　B. 急性中耳炎　　C. 三叉神经痛

D. 龋病　　E. 智齿冠周炎

2. 患者该疾病与以下因素有关，不包括（　　）。

A. 细菌　　B. 食物　　C. 宿主
D. 时间　　E. 身高

3. 其护理措施不包括（　　）。
A. 准备好利多卡因等麻醉药物
B. 消除患者对牙病治疗的恐惧心理
C. 配合医生进行填充治疗的材料准备
D. 观察患牙不痛后配合医生用永久性充填材料进行充填
E. 对患者进行口腔卫生和防龋指导

龋病堂上练习答案

全国爱牙日

1989 年，由卫生部、国家教委等部委联合签署，确定每年的 9 月 20 日为（中国）全国爱牙日。宗旨是通过爱牙日活动，广泛动员社会的力量，在群众中进行牙病防治知识的普及教育，增强口腔健康观念和自我口腔保健的意识，建立口腔保健行为，从而提高全民族的口腔健康水平。建立爱牙日是加强口腔预防工作、落实预防为主要方针的重要举措。

二、牙髓炎

导学案例与思考

患者陈某，男，55 岁。主诉 2 天前开始左上后牙自发性、阵发性剧烈疼痛，遇冷热刺激加重，并放射到同侧头面部。昨天夜间疼痛剧烈，不能躺下睡觉。检查：26 远中邻面深龋洞，探痛明显，露髓，无叩痛，无松动，冷热刺激疼痛剧烈并持续，牙龈无红肿，X 线片示根尖周无阴影。请思考：

1. 患者目前主要的诊断是什么？
2. 患者所患疾病诊断的依据是什么？
3. 你对患者的护理措施有哪些？

任务准备

【疾病概述】

牙髓炎（pulpitis）是深龋的常见并发症，也是临床上牙痛的主要原因。临床上分为急性牙髓炎和慢性牙髓炎两种。

（一）健康史

1. 感染　牙髓炎多继发于深龋，主要是细菌、毒素通过牙本质小管、暴露的牙髓和牙周途径刺激牙髓，造成牙髓组织的炎症。

2. 理化刺激　龋病治疗过程中的消毒药物（酚、樟脑、硝酸银）、垫底充填材料（磷酸锌粘固粉深龋垫底）等化学刺激可刺激牙髓，引起牙髓病变。

3. 温度刺激　牙体治疗时温度过高、电流及机械压力等物理刺激可引起牙髓充血，转化成牙髓炎。

（二）临床表现

1. 急性牙髓炎　临床特征是发病急，疼痛剧烈。本病具有以下特点。

（1）自发性疼痛：未受到任何外界刺激的情况下，可突然发生剧烈的自发性针刺样疼痛。早期疼痛持续时间短，缓解时间长。后期疼痛持续时间长，缓解时间较短。

（2）冷、热刺激可加剧疼痛：患牙早期对冷刺激敏感，牙髓化脓时热刺激可加剧疼痛，冷刺激却可缓解疼痛，故常见患者通过口含冷水来止痛。

（3）夜间疼痛：平卧时由于牙髓腔内充血，压力增加，故牙痛常夜间发作而使患者难以入睡，或从睡眠中痛醒。

（4）放射痛：疼痛常沿三叉神经分布区域放射至同侧上、下牙及头面部，甚至耳、颞部和咽部，患者有时不能明确定位。

2. 慢性牙髓炎　慢性牙髓炎是临床上最常见的一型牙髓炎，多由龋病发展而来。

临床特点：疼痛较轻，为隐痛、钝痛或胀痛，反复发作。当温度刺激或食物嵌入龋洞中可有剧烈的疼痛，去除刺激源疼痛会缓慢消失。患者常可定位患牙，自觉患牙咬合不适或轻度叩痛。检查可见穿髓孔或牙髓息肉。

（三）辅助检查

与龋病相同。

【心理－社会状况】

当急性牙髓炎发作，伴随难以忍受的疼痛时，患者会意识到其严重性，常有迫切求医的欲望，但又恐惧钻牙，产生焦虑不安。

【治疗要点】

1. 紧急开髓引流，解除患者的痛苦，待症状缓解后，再做进一步彻底治疗。

2. 尽量保留患牙，方法有盖髓术、活髓切断术、干髓术、根管治疗术和牙髓塑化术。

3. 抗感染治疗，尽快控制炎症。常用头孢类、喹诺酮类抗生素注射或口服。

【护理问题/诊断】

1. 急性疼痛　牙痛，与牙髓腔内充血，压力增高有关。

2. 睡眠形态紊乱　与疼痛干扰睡眠有关。

3. 焦虑　与疼痛反复发作有关。

4. 潜在的并发症：根尖周炎，颌骨骨髓炎。

5. 知识缺乏：缺乏牙髓炎预防、治疗及护理的相关知识。

任务目标

1. 患者疼痛减轻或消失。

2. 患者睡眠情况改善。

3. 患者情绪稳定，积极配合医护人员的处理。

4. 患者不发生并发症。

5. 患者初步学会牙髓炎防治及自我保健知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

急性期牙痛明显，咀嚼困难，采用少吃多餐，给予半流质饮食。忌烟酒。发作时可半坐卧位，以减轻疼痛。进食后嘱其清洁口腔，去除食物残渣。慢性者可普食，但需保持口腔卫生。

（二）治疗护理

1. 缓解疼痛

（1）开髓引流：是最有效的止痛方法。协助医生施行局麻，医生用牙钻开髓后，可见渗出物或脓液从牙髓腔流出，护士即用温生理盐水冲洗髓腔，并将丁香油小棉球置于髓腔内。

（2）对症护理：清除龋洞内软化牙本质与食物残屑后，遵医嘱给予丁香油或樟脑酚棉球置于龋洞内暂时止痛，必要时给予止痛药口服。

2. 医护配合　牙髓炎早期或晚期，根据病情配合医生做以下治疗：选择保留活髓的方法，如盖髓术、活髓切断术。不能保存活髓的牙齿时，可选用保存牙体的治疗方法，如干髓术、根管治疗、塑化治疗。

（三）人文护理

急性牙髓炎症状较重，应同情和关心患者，耐心听取其诉说。治疗前配合医生向患者解释治疗的目的及步骤，告知配合的要求，尽快消除其紧张、恐惧心理，使之能配合

治疗和护理。

（四）健康指导

1. 向患者介绍牙髓炎的病因、治疗方法和护理配合，以及牙病早期治疗的重要性，讲述保持口腔卫生、预防龋病的重要性。

2. 根管治疗需要多次完成，嘱患者遵医嘱按时复诊。

任务关键

牙髓炎治疗时医护配合十分必要，护士应熟练掌握四手操作技术。

案例分析

患者2天前开始左上后牙自发性、阵发性剧烈疼痛，遇冷热刺激加重，并放射至同侧头面部，昨天夜间疼痛剧烈，不能躺下睡觉。检查：牙位26远中邻面深龋洞，探痛明显，露髓；无叩痛，无松动，冷热刺激疼痛剧烈并持续，牙龈无红肿，X线片示根尖周无阴影。提示患者牙髓急性炎症。护理措施包括：准备相应器械和材料，配合医生进行局部麻醉和根管治疗等四手操作。对患者进行口腔卫生和防龋指导。

堂上练习（单项选择）

患者陈某，男，55岁。主诉2天前开始左上后牙自发性、阵发性剧烈疼痛，遇冷热刺激加重，并放射到同侧头面部，昨天夜间疼痛剧烈，不能躺下睡觉。查体：26远中邻面深龋洞，探痛明显，露髓，无叩痛，无松动，冷热刺激疼痛剧烈并持续；牙龈无红肿；X线片示根尖周无阴影。请思考：

1. 患者目前主要的问题是（　　）。

A. 龋病　　B. 牙齿敏感症　　C. 三叉神经痛

D. 急性牙髓炎　　E. 偏头痛

2. 该疾病诊断的依据，不包括（　　）。

A. X线片见根尖周较小的圆形阴影

B. 自发性、阵发性剧烈疼痛

C. 遇冷热刺激疼痛加重

D. 疼痛可放射到同侧头面部甚至头顶

E. 夜间疼痛加剧，不能躺下睡觉，甚至半夜痛醒

3. 对该患者进行护理的措施不包括以下哪项？（　　）

A. 准备相应器械和材料

B. 配合医生进行局部麻醉等四手操作

C. 配合医生进行根管治疗等四手操作

D. 对患者进行口腔卫生和防龋指导

E. 建议患者拔除该患牙

牙髓炎堂上练习答案

三、根尖周炎

任务准备

导学案例与思考

患者王某，男，35岁。主诉左下牙疼痛3天。左下牙有龋洞数年，咬合不适。3天前开始咀嚼疼痛，逐渐加重，昨晚疼痛加剧就诊。检查：体温38℃。牙位36深龋洞达牙髓腔，无探痛，松动二度，叩痛明显，根尖部红肿，扪痛。左侧面颊部肿胀。请思考：

1. 患者目前的临床特点是什么？

2. 患者出现这些问题的原因有哪些？

3. 患者首要的治疗护理措施是什么？

【疾病概述】

根尖周炎（periapical periodontitis）是指牙齿根尖部牙骨质及其周围的牙周膜和牙槽骨发生的炎症性疾病，多数是由牙髓病变继发而来的。临床上分为急性根尖周炎和慢性根尖周炎。

（一）健康史

1. 细菌感染　细菌通过根尖孔感染根尖组织，是根尖周炎最主要的感染途径。

2. 化学刺激　在牙髓病治疗过程中，药物使用不当或充填材料刺激性过强，可引起化学性根尖周炎。

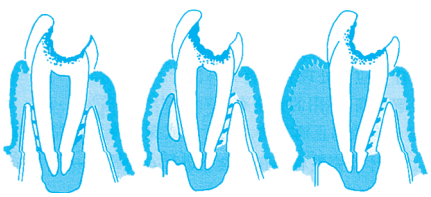
3. 创伤　牙齿的外伤和长期咬𬌗创伤，都可损伤根尖周组织引起病变。

（二）临床表现

1. 急性根尖周炎　炎症初期患牙有伸长浮出，咬合时有早接触和不适感，疼痛较轻，疼痛范围局限于患牙根部，故患者能够明确指出患牙。

当形成化脓性根尖周炎（牙槽脓肿）时（图13-3），患牙浮出和伸长的感觉逐渐加重，出现自发性、持续性钝痛及咬合痛和叩痛，疼痛不受温度变化的影响，且能准确定

位。局部牙龈黏膜红肿、压痛，体温升高。当脓肿达骨膜及黏膜下时，疼痛剧烈，可扪及波动感。脓肿破溃或切开引流后急性炎症可缓解，而转为慢性根尖周炎。



1. 根尖脓肿　2. 骨膜下脓肿　3. 黏膜下脓肿

图 13-3　急性牙槽脓肿的三个发展阶段

2. 慢性根尖周炎　多无明显症状，有时患牙咀嚼时伴不适感。口腔检查可查及深龋洞或充填体及其他牙体硬组织疾患，牙冠变色，探诊及牙髓活力测验无反应，叩诊反应无明显异常或仅有不适感，一般牙不松动，根尖区牙龈有瘘管。

（三）辅助检查

慢性根尖周炎牙髓活力测试无反应，X 线片显示根尖区有骨质破坏的影像。

【心理 - 社会状况】

急性根尖周炎患牙的剧烈疼痛，患者可有紧张、焦虑。慢性根尖周炎患者自觉症状不明显，常被患者忽视，当患牙出现脓肿及瘘管时，才促使患者就诊；由于患者对治疗过程缺乏了解，期望一次治愈，缺乏治疗耐心。

【治疗要点】

1. 及时开放髓腔、拔除根髓，使脓液或渗出液及时从根管引流。
2. 合并骨膜下或黏膜下脓肿，应行脓肿切开排脓术。
3. 给予抗生素等药物积极控制炎症，待急性期症状缓解后再作根管治疗。

【护理问题 / 诊断】

1. 急性疼痛　牙痛，与根尖周炎症反应，牙槽脓肿引流不畅有关。
2. 体温升高　与根尖周组织急性感染有关。
3. 焦虑　与疼痛反复发作、咀嚼不适有关。
4. 知识缺乏：缺乏本病的预防、治疗和护理相关知识。

任务目标

1. 患者肿痛消失。
2. 患者体温恢复正常。
3. 患者焦虑较轻，情绪稳定。
4. 患者初步学会根尖周炎防治及相关口腔保健知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

嘱患者适当休息，高热患者多饮水，必要时采取降温措施。以流质及半流质饮食为主，忌烟酒。注意口腔卫生。

（二）治疗护理

1. 开髓减压引流的护理　开髓减压引流是控制急性根尖周炎的首要措施。为医生备齐所需器械：消毒酚棉球及短棉签、3% 过氧化氢溶液及生理盐水。打开牙髓腔后，配合医生充分冲洗髓腔，吸净冲洗液，吹干髓腔及吸干根管。配合医生将消毒酚棉球及短棉签置入根管内及根管口，防止食物残渣掉入。窝洞不予封闭，以利引流。

2. 脓肿切开的护理　切开脓肿前，协助医生对术区进行清洁、消毒、隔湿准备。并按医嘱准备好麻醉药物，切开排脓时协助医生保持术野清晰，随时做好冲洗准备，深部脓肿，术后放置橡皮引流条，嘱患者定期换药至伤口清洁、无渗出物。

3. 牙体病专科治疗的护理措施　根尖周炎主要采取根管治疗术进行治疗，治疗过程中，护士应进行如下配合。

（1）术前准备：治疗前除准备好充填术使用的器械外，还需备根管扩挫针、光滑髓针、拔髓针、根管充填器、根管充填材料、消毒棉签等。

（2）术中配合：医生进行牙体专科各项治疗过程中，护士按其操作步骤与医生进行密切配合，及时准确地为医生传递所需器械及物品，遵医嘱调制各类充填材料。

（3）术后指导：向患者交代术后注意事项，嘱患者按医嘱准时复诊，保持治疗的连续性，以达到治疗的最佳效果。

4. 用药护理　遵医嘱给予抗生素、甲硝唑、镇痛剂、维生素等药物口服，注意观察用药后不良反应。

（三）人文护理

向患者解释治疗过程和可能出现的问题，及通过以上治疗后可以达到的预期效果，消除患者的焦虑情绪，使患者树立治疗疾病的信心。

（四）健康指导

1. 让患者了解根尖周炎的发病原因及危害、治疗过程及可能出现的问题。

2. 向患者讲明开髓减压及脓肿切开均是应急处理，当急性炎症消退后，必须继续采取根除病原的治疗方法，如根管治疗，才能达到根治目的。

3. 进行各项治疗时，需要患者的合作。在此过程中，嘱患者按时复诊，保证各项治疗的连续性，达到治疗的最佳效果。

任务关键

根尖周炎治疗时医护配合十分必要，护士应熟练掌握四手操作技术。

案例分析

患者左下牙疼痛3天。左下牙有龋洞数年，咬合不适。3天前开始咀嚼疼痛，逐渐加重，昨晚疼痛加剧就诊。检查：体温38 ℃。牙位36深龋洞达牙髓腔，无探痛，松动二度，叩痛明显，根尖部红肿，扪痛。左侧面颊部肿胀。符合急性根尖周炎特点。护理措施包括：准备相应器械和材料，配合医生进行根管治疗的四手操作。对患者进行口腔卫生和防龋指导。

堂上练习（单项选择）

患者王某，男，35岁。主诉左下牙疼痛3天。左下牙有龋洞数年，咬合不适。3天前开始咀嚼疼痛，逐渐加重，昨晚疼痛加剧就诊。检查：体温38 ℃。牙位36深龋洞达牙髓腔，无探痛，松动二度，叩痛明显，根尖部红肿，扪痛。左侧面颊部肿胀。请思考：

1. 患者目前主要的问题是（　　）。

A. 龋病　　B. 急性牙髓炎　　C. 急性根尖周炎

D. 急性腮腺炎　　E. 智齿冠周炎

2. 本患者发病的最主要原因是（　　）。

A. 感染因素　　B. 创伤因素　　C. 化学因素

D. 医源因素　　E. 免疫因素

3. 患者的治疗护理措施不包括（　　）。

A. 准备相应器械和材料

B. 消除患者的焦虑情绪，使患者树立治疗疾病的信心

C. 对患者进行口腔卫生和防龋指导

D. 医护配合四手操作

E. 建立静脉通道，及时给予补液

根尖周炎堂上练习答案

正确刷牙

1. 牙刷选择　选用保健牙刷，特点为刷毛柔软、刷面平坦、刷头不大，刷毛尖端磨圆，既能有效地消除牙菌斑，而又不损伤牙齿和牙龈。每次刷牙完毕，应将牙刷洗净将刷头朝上放入杯内，置于通风干燥处。每1~3个月应更换新牙刷。

2. 刷牙次数和时间　早晚必须刷牙、漱口。有条件者每餐之后应立即刷牙。每次刷牙时间不少于3分钟。临睡前刷牙最为重要，把留在牙缝和牙面上的食物残屑刷干净，刷完后不再吃东西，可以维护一夜的口腔卫生。

巴斯刷牙法

3. 刷牙方法　科学的方法是顺着牙缝上牙从上往下刷，下牙从下往上刷，顾及牙的三个面，能有效清洁牙缝里的各种食物残渣。刷牙时要使用轻柔的力量。

课后练习

单项选择题

150. 龋病的病因是（　　）。

A. 细菌因素　　B. 食物因素　　C. 细菌和牙菌斑因素

D. 细菌、食物、宿主因素

E. 细菌、食物、宿主、时间因素

151. 食物中特别容易致龋的物质是（　　）。

A. 蔬菜　　B. 蔗糖　　C. 肉类

D. 脂肪　　E. 矿物质

152. 急性牙髓炎止痛的最有效的方法是（　　）。

A. 药物止痛　　B. 开髓引流　　C. 直接或间接盖髓

D. 摘除牙髓　　E. 拔除患牙

153. 急性牙髓炎的主要疼痛特点是（　　）。

A. 锐痛　　B. 自发性持续性痛　　C. 电击样痛

D. 自发性阵发性痛　　E. 隐痛

154. 患者，男，48岁。2周前左侧牙咬物感到不适，冷水可引起疼痛。近2天来疼痛加剧，夜间痛，并引起同侧头、面部痛，痛不能定位。查体：左侧第二磨牙深龋洞。该患者最可能被诊断为（　　）。

A. 慢性牙髓炎急性发作　　B. 急性冠周炎　　C. 牙龈乳头炎

D. 三叉神经痛　　E. 急性中耳炎

（任　冬、王世清）

项目二　牙周组织病患者的护理

【项目目标】

1. 简述牙龈炎、牙周炎等牙周组织疾病的病因、临床表现及治疗要点。

2. 通过对患者的正确评估，能说出牙周炎的主要护理问题，制订牙周炎的主要护理措施。

3. 能运用所学知识开展牙周组织疾病的健康教育。

4. 学习认真细心，护理中体现人文关怀。

一、牙龈炎

任务准备

【疾病概述】

牙龈炎（gingivitis）是局限于牙龈组织的炎症，以儿童和青少年较为普遍。

（一）健康史

口腔卫生不佳、牙菌斑长期积聚、经常食物嵌塞、牙石、咬𬌗关系不良、不良修复体等局部因素刺激是本病的主要原因。妊娠期妇女由于雌、孕激素水平的改变，也可使原有的慢性牙龈炎加重和改变特性。

（二）临床表现

患者偶有牙龈发痒，发胀不适感，可有口臭。常因咬硬物或刷牙时出血，但无自发性出血。

检查见牙龈边缘和龈乳头充血、肿胀发亮，使正常粉红色的牙龈变为鲜红色或深红色，探之易出血。龈缘变厚，不再紧贴牙面，龈沟加深达 3 mm 以上，形成假性牙周袋。

（三）辅助检查

影像学检查：X 线片显示牙槽骨呈水平式吸收，牙周膜间隙增宽，骨小梁疏松等。

【心理 – 社会状况】

反复牙龈出血，可引起患者恐惧；口臭则影响人际交往，易产生焦虑和自卑心理。

【治疗要点】

1. 定期清除牙结石及菌斑，消除对牙龈的刺激。

2. 去除不良修复体。

3. 给予药物含漱、冲洗龈沟和牙龈涂药等局部治疗。

【护理问题 / 诊断】

1. 口腔黏膜受损　与牙龈炎症有关。

2. 社交障碍　与牙龈出血、口臭、牙齿缺失有关。

3. 知识缺乏：缺乏本病的预防、治疗和护理知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

指导患者合理营养饮食，多吃新鲜蔬菜和水果，通过机械性作用，减少牙菌斑，增加维生素 C 的摄入，忌烟酒。

（二）治疗护理

1. 洁治术的护理　协助医生或独立进行去除牙菌斑和牙结石，促进牙龈炎症消退，恢复牙龈正常形态。正确传递或使用洁牙机、消毒洁治器械。

2. 用药护理　① 遵医嘱指导患者用药，如服用抗生素、甲硝唑等；给予氯己定（0.1% 洗必泰）等含漱液漱口，消除口臭。② 协助医生进行龈沟或牙周袋冲洗：抽吸 3% 过氧化氢溶液与生理盐水供医生交替冲洗龈沟，拭干后涂布碘甘油。

（三）人文护理

耐心向患者解释牙龈炎的治疗知识，告知他们经过治疗后，牙龈炎的口臭等症状会很快消失，恢复患者的社交信心。

（四）健康指导

1. 开展卫生宣教，指导患者采取正确的刷牙方法及其他保持口腔卫生的措施，如牙线及牙签的正确使用。

2. 增强患者的防病意识，积极治疗牙龈炎并定期复查，以巩固治疗效果。

任务关键

口腔科护士可独立完成洁治术，操作中积极去除病因，耐心细致，全口洁治应分区进行，以免遗漏。

二、牙周炎

导学案例与思考

患者高某，女，45 岁。主诉 1 年来，刷牙时出血，下前牙松动，常伴有牙龈肿胀溢脓、口臭等。查体：下前牙排列不齐，牙石 2 度，牙龈红肿，轻探出血，牙周袋深 4~5 mm，内有脓液，探之根面粗糙有牙石。松动 1 度。X 线检查水平吸收达根长 1/3 左右。请思考：

1. 患者目前的临床表现与龋齿主要区别是什么？

2. 患者反复发作会出现怎样的心理问题？

3. 你在医生治疗操作的术前准备应包括什么内容？

任务准备

【疾病概述】

牙周炎（periodontitis）是牙龈、牙周膜、牙槽骨及牙骨质等牙周支持组织发生的慢性破坏性疾病。除有牙龈炎的症状外，牙周袋的形成是其主要临床特点。本病病程进展缓慢，可长达十余年甚至数十年。

（一）健康史

病因基本上与牙龈炎相同。病变向深层发展，累及牙周膜和牙槽骨，发展成牙周炎。

（二）临床表现

1. 牙龈红肿、出血　早期一般无明显症状和不适，常表现为无痛性牙龈出血。一组或数个牙的牙龈充血、肿胀，龈色变红或暗红、点彩消失，触之易出血。

2. 牙齿松动、咀嚼无力　由于牙周膜破坏，牙槽骨吸收，牙齿失去牙周支持力，牙齿出现松动、移位和咀嚼无力。

3. 牙周袋形成，牙龈溢脓　由于炎症的刺激，牙周膜破坏，牙槽骨吸收，牙龈上皮附着加深，龈与牙根分离，龈沟加深到 3 mm 以上，成为病理性牙周袋。

4. 牙周脓肿　由于牙周袋内分泌物排出不畅，或机体抵抗力降低时，可发生急性牙周脓肿。

5. 牙龈退缩　由于牙石的刺激与牙周袋的形成，致牙龈退缩，牙根暴露。

（三）辅助检查

影像学检查：X 线检查可见牙周膜间隙增宽，牙槽骨呈不同程度的吸收。牙槽嵴顶降低，严重时牙槽嵴顶部分或全部吸收、破坏甚至消失。

【心理－社会状况】

牙周炎是一种慢性疾病，早期仅有牙龈红肿和刷牙、进食时出血，常不被患者重视。当疾病进一步发展，出现牙周脓肿、牙齿松动、咀嚼无力，影响咀嚼功能及面容，患者易产生焦虑情绪。由于口臭影响患者的人际交往，可使其产生自卑心理。

【治疗要点】

1. 消除局部刺激因素，消除牙周袋，固定松动牙，拔除无法保留的患牙。

2. 加强抗感染治疗，尽快控制炎症。

3. 视病情制订治疗方案，有计划进行局部处理。

【护理问题 / 诊断】

1. 口腔黏膜受损　与牙龈炎症、充血肿胀有关。
2. 自我形象紊乱　与牙龈出血、口臭，影响正常的社交活动有关。
3. 急性疼痛　牙痛，与牙周脓肿形成有关。
4. 知识缺乏：缺乏口腔卫生保健知识及本病的预防与治疗知识。

任务目标

1. 患者口腔黏膜受损修复。
2. 患者牙龈肿胀、溢脓和口臭消失；正确刷牙不出血。
3. 患者疼痛减轻或消失。
4. 患者学会正确刷牙，初步掌握本病的预防与治疗知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

保持诊室安静，有助于患者休息和治疗。指导患者合理营养饮食，多吃新鲜蔬菜水果，增加维生素 C 的摄入，忌烟酒，少吃坚果类食物。

（二）治疗护理

1. 用药护理　遵医嘱使用抗生素，给予氯己定漱口剂等含漱；协助医生进行局部治疗用药，如用 3% 过氧化氢溶液冲洗牙周袋，袋内抹以碘甘油或碘酚等药物，涂擦时应避免烧灼邻近黏膜组织。

2. 协助医生完成各项局部治疗　牙周专科治疗主要有龈上洁治术、龈下刮治术、翻瓣刮治术、牙周肿切排引流、松动牙结扎固定术等。护士应进行如下配合。

（1）术前准备：① 配合医生向患者说明治疗的目的及操作方法，取得患者合作。② 准备好消毒洁治器或超声波洁牙机，备好磨光用具。牙周手术时准备手术所需的各种器械物品、牙周塞治剂及丁香油。③ 术前给予患者 0.1% 氯己定溶液含漱 1 分钟。用 2% 碘伏消毒手术区。

（2）术中配合：医生治疗操作时，保持术野清晰，协助牵拉口角，吸净冲洗液，按操作步骤及时准确地为医生提供所需器械及用物，与医生进行密切配合。

（3）术后指导：医生完成治疗后，向患者交代注意事项及预约复诊时间。如牙周袋手术后，嘱患者注意保护创面，24 小时内不要漱口、刷牙，宜进冷软食物。按医嘱服抗

生素，防止感染。术后 1 周拆线，术后 6 周内勿探测牙周袋。

（三）人文护理

消除患者的心理压力和思想顾虑，取得配合，增强治疗信心。

（四）健康指导

1. 牙周炎术后应定期复诊，以巩固疗效，防止疾病的进一步发展。

2. 牙周炎治疗后更应做好口腔卫生保健，养成饭后漱口及早晚刷牙的习惯，掌握正确的刷牙方法，经常进行牙龈按摩等。

3. 积极治疗全身性疾病，如糖尿病、贫血、消化系统疾病等，加强饮食营养，增强体质，提高机体抵抗力。

任务关键

牙周炎早发现、早治疗，口腔护理得当是非常关键的，及时治疗可减少并发症，保护牙齿，避免牙齿松动过早拔除。

案例分析

患者主诉 1 年来，刷牙时出血，下前牙松动，常伴有牙龈肿胀溢脓、口臭等。检查：下前牙排列不齐，牙石 2 度，牙龈红肿，轻探出血，牙周袋深 4~5 mm，内有脓液，探之根面粗糙有牙石。松动 1 度。X 线检查水平吸收达根长 1/3 左右。为牙周组织炎症改变。临床上牙周炎（慢性牙周炎）与牙龈炎的鉴别诊断：牙龈炎有牙龈炎症，但无牙周袋形成，无牙槽骨吸收，无牙齿松动等典型牙周炎临床表现。

堂上练习（单项选择）

患者高某，女，45 岁。主诉 1 年来，刷牙时出血，下前牙松动，常伴有牙龈肿胀溢脓、口臭等。检查：下前牙排列不齐，牙石 2 度，牙龈红肿，轻探出血，牙周袋深 4~5 mm，内有脓液，探之根面粗糙有牙石。松动 1 度。X 线检查水平吸收达根长 1/3 左右。请思考：

1. 患者目前的临床表现与龋齿最主要区别是（　　）。

A. 深牙周袋　　B. 牙齿松动　　C. 牙龈出血

D. 口臭　　E. 牙石 2 度

2. 患者反复发作出现最突出的心理问题是（　　）。

A. 焦虑　　B. 自卑　　C. 狂躁

D. 抑郁　　E. 自闭

3. 你在配合医生治疗操作时的术前准备，不包括（　　）。

A. 配合医生向患者说明治疗的目的及操作方法，得到患者理解

B. 准备好消毒洁治器或超声波洁牙机，备好磨光用具

C. 准备好所需的各种器械物品、牙周塞治剂及丁香油

D. 术前给予患者 0.1% 氯己定溶液含漱 1 min。用 1% 碘伏消毒手术区

E. 向患者交代注意事项及预约复诊时间

牙周炎堂上练习答案

课后练习

单项选择题

155. 引起牙龈炎的主要病因，不正确的是（　　）。

A. 牙菌斑和细菌　　B. 维生素缺乏　　C. 牙龈创伤

D. 食物嵌塞　　E. 不良修复体

156. 牙周炎的主要诊断依据是（　　）。

A. 牙龈红肿　　B. 牙周袋形成　　C. 龋病

D. 错颌　　E. 牙结石

157. 龈沟深度超过（　　）称为牙周袋。

A. 1 mm　　B. 1.5 mm　　C. 2 mm

D. 2.5 mm　　E. 3 mm

158. 牙周炎区别于牙龈炎的主要特点是（　　）。

A. 牙周炎有牙菌斑

B. 牙周炎有真性牙周袋

C. 牙龈炎的牙龈面水肿

D. 牙周炎有牙石的堆积

E. 牙周炎有软垢

159. 牙周病最有效的预防措施是（　　）。

A. 正确刷牙、定期洁治、养成良好的口腔卫生习惯

B. 盐水漱口，使用药物牙膏

C. 改变偏侧咀嚼习惯

D. 定期调和，去除创伤因素

E. 牙龈翻瓣手术

（160—161 共用题干）

某男，35岁，近半年来刷牙时经常出血，无其他不适。查体：全口较多结石，牙龈肿胀、暗红色，探查出血明显，牙齿无松动。

160. 最可能的诊断为（　　）。

A. 牙周炎　　B. 急性根尖周炎　　C. 慢性根尖周炎

D. 牙龈炎　　E. 龋病

161. 最主要的护理措施是（　　）。

A. 去除牙结石　　B. 含漱　　C. 健康指导

D. 补充维生素　　E. 拔牙

（任　冬、王世清）

项目三　口腔黏膜病患者的护理

【项目目标】

1. 简述常见口腔黏膜病的临床表现及治疗要点；比较三种常见口腔黏膜病的临床特点。

2. 能根据口腔黏膜病的主要护理问题，讲述相应的护理措施；能对患者进行用药指导。

3. 学会在护理过程中关心体贴患者，培养护患合作精神。

一、复发性口腔溃疡

导学案例与思考

患者赵某，女，42岁。近2个月工作较忙，经常加班，失眠。口腔反复出现自发性烧灼痛，进食时更甚。检查见唇、颊、舌缘多处黏膜散发的圆形或椭圆形浅溃疡，边界清晰，周围充血，边缘微凸，中心凹陷，表面覆以灰黄色的假膜。请思考：

1. 患者目前主要的临床表现是什么？

2. 该患者出现这些问题的诱因？

3. 你怎样参与此患者的健康教育？

任务准备

【疾病概述】

复发性口腔溃疡（recurrent oral ulcer）是一种周期性反复发作又有自限性特征的口

腔黏膜溃疡性损害的疾病，又称复发性口疮、复发性阿弗他溃疡等。本病患病率高达20%左右，居口腔黏膜病的首位。任何年龄均可发生，以中青年女性多见。

（一）健康史

复发性口腔溃疡的病因目前尚不清楚，与多方面因素有关：免疫功能失调、抑郁、长期失眠、便秘、黏膜损伤感染、内分泌失调、消化道溃疡、维生素缺乏等。

（二）临床表现

患者有自发性剧烈烧灼痛，进食时疼痛更甚。病程持续1~2周，具有不治而愈的自限性。口腔黏膜任何部位均可发生，但好发于唇、颊、舌缘、舌腹、前庭沟等角化较差的部位。初期口腔黏膜充血不适，很快破溃成圆形或椭圆形溃疡，周围有红晕，边缘微凸，中心凹陷，基地软，边界清晰，表面覆以灰黄色的假膜。

轻型口疮：溃疡数目为1~5个，呈孤立散在，一般直径2~4 mm。

口炎型口疮：溃疡数目多达数十个，散在分布于口腔黏膜任何部位。

腺周口疮：溃疡大而深，直径1~3 cm，中央凹陷、边缘不整齐而隆起，基底较硬，深及黏膜下层直至肌层，呈“弹坑状”。病程可持续数月之久，愈合后留有瘢痕，甚至造成舌尖、腭垂缺损。

【心理－社会状况】

复发性口腔溃疡反复发作，虽没有明显的全身症状和体征，但患者十分痛苦。溃疡发作期间，患者常惧怕进食，求治心切。

【治疗要点】

1. 局部治疗主要是保护创面，缓解疼痛，促进溃疡愈合。
2. 全身治疗主要是对因治疗，减少复发。

【护理问题/诊断】

1. 口腔黏膜受损　与口腔黏膜充血水肿、破溃有关。
2. 急性疼痛　口腔疼痛，与口腔黏膜破损、食物刺激有关。
3. 焦虑　与溃疡反复发作难以根治、进食疼痛有关。

任务目标

1. 患者受损黏膜恢复正常。
2. 患者口腔烧灼痛好转或恢复正常。
3. 患者消除紧张情绪。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

让患者充分休息，保证睡眠。发病期间给予全流、半流质温凉易消化饮食，忌食刺激性食物。多吃新鲜水果、蔬菜，保持大便通畅。

（二）治疗护理

1. 止痛　若疼痛剧烈，可在进食前用 0.5% 盐酸达克罗宁液或 1% 丁卡因溶液用棉签涂布溃疡面，可迅速止痛。

2. 口腔护理　① 单个溃疡用 10% 硝酸银或 50% 三氯醋酸等烧灼，进行治疗时，护士应协助隔离唾液、压舌，切勿使药液超出溃疡面，以免伤及周围正常黏膜。② 中药散剂局部喷撒，常用双料喉风散、锡类散、冰硼散等。③ 口腔溃疡药膜（由抗生素、激素、止痛剂等组成）贴敷，每日 3～4 次。也可用 2.5% 金霉素甘油糊剂涂布。对溃疡面大、经久不愈的腺周口疮可局部用糖皮质激素软膏涂抹创面。

3. 病情观察　密切观察药物疗效及不良反应、溃疡面的愈合情况及有无继发感染。情况异常应及时报告医生并协助处理。

4. 用药护理　反复发作者，可遵医嘱给予滋阴降火的中药治疗，如知柏地黄丸等。症状特别严重时可酌情给予地塞米松片口服，每次 0.75 mg，每日 2～3 次，连用 3 日即可。

（三）人文护理

耐心解释疏导，使其了解本病有自限性，不经治疗 7～10 天也能自愈，减轻焦虑情绪。特别是对重型溃疡患者，因其病情长而缺乏治疗的信心，应向患者解释病情，减轻其焦虑情绪，鼓励患者树立信心，积极配合治疗。

（四）健康指导

1. 注意口腔卫生，餐后漱口，早晚刷牙。

2. 开展疾病知识宣教，让患者了解复发性口腔溃疡的防治及自我护理常识，学会自我调节，去除诱因，防止复发。

任务关键

复发性口腔溃疡的护理重点是口腔护理，及时而恰当的处理可以缓解和消除患者的疼痛，促进溃疡的愈合。

案例分析

患者反复发作口腔剧烈的烧灼痛，检查见唇、颊、舌缘多处黏膜散发的圆形或椭圆形浅溃疡，边界清晰，周围充血，边缘微凸，中心凹陷，表面覆以灰黄色的假膜，符合复发性口腔溃疡的临床特点。本病的护理是止痛，加强口腔护理，消除病因及心理疏导。

堂上练习（单项选择）

患者赵某，女，42岁。近2个月工作较忙，经常加班，失眠。口腔反复出现自发性烧灼痛，进食时更甚。检查见唇、颊、舌缘多处黏膜散发的圆形或椭圆形浅溃疡，边界清晰，周围充血，边缘微凸，中心凹陷，表面覆以灰黄色的假膜。

1. 患者目前主要的临床表现，不包括（　　）。

A. 唇、颊、舌缘多处黏膜散发的圆形或椭圆形浅溃疡

B. 溃疡边界清晰，周围充血，边缘微凸，中心凹陷

C. 溃疡表面覆以灰黄色的假膜

D. 口腔黏膜广泛出现成簇小水泡，或融合成大片溃疡

E. 口腔黏膜出现自发性烧灼痛

2. 该患者出现这些问题的诱因，不包括（　　）。

A. 免疫功能失调　　B. 白色念珠菌感染　　C. 黏膜损伤感染

D. 长期失眠　　E. 维生素缺乏

3. 为预防本病的反复发作，健康教育需特别强调（　　）。

A. 注意口腔卫生　　B. 学会自我调节　　C. 消炎止痛

D. 促进愈合　　E. 去除诱因

复发性口腔溃疡堂上练习答案

二、口腔黏膜白斑

任务准备

【疾病概述】

口腔黏膜白斑（oral leukoplakia，OLK）是发生在口腔黏膜的白色或灰白色角化性病变的斑块状损害。少数白斑可发生癌变，其癌变率为3%~5%，以中老年男性多见。

（一）健康史

1. 吸烟　是最常见的原因，口腔白斑患者中吸烟者占80%~90%。

2. 饮食习惯　如饮酒、常吃过热或辛辣食物。

3. 口腔内的残根、残冠、不良修复等长期不良刺激均可能诱发白斑。

4. 其他　白色念珠菌感染、维生素 A、维生素 B_{12} 和叶酸的缺乏、缺铁性贫血、内分泌紊乱等因素能影响上皮角化，也与白斑的发生有关。

（二）临床表现

患者口腔黏膜有粗糙感、干涩感、味觉减退，当伴有溃烂时，可有刺激痛。

口腔白斑好发于颊黏膜，舌部次之。唇、前庭沟、腭、牙龈也有发生。斑块呈灰白色或乳白色，稍高于黏膜，边界清楚，表面粗糙，触之较硬。少数可有皲裂和溃疡。

【心理－社会状况】

当患者了解该病可为口腔黏膜癌前病变时，易产生焦虑、恐惧心理。有强烈治疗的意愿，但又对治疗结果缺乏信心。

【治疗要点】

消除刺激因素，对症治疗，定期复查。白斑治疗过程中如有增生、硬结、溃疡等改变时，应及早手术切除或冷冻治疗。

【护理问题 / 诊断】

1. 口腔黏膜受损　与口腔黏膜变色、增厚、皲裂、糜烂、溃疡有关。

2. 恐惧　与惧怕白斑癌变有关。

3. 知识缺乏：缺乏口腔白斑病的治疗与预防知识。

任务目标

1. 患者黏膜受损部分逐步恢复。

2. 患者理解本病的发展规律，正确对待，消除紧张情绪。

3. 患者了解口腔白斑病的治疗与预防知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

嘱患者戒烟。改正不良的饮食习惯，多吃新鲜蔬菜、水果，注意营养均衡。

（二）治疗护理

1. 遵医嘱用药，局部用 0.1%～0.3% 维生素 A 酸软膏或鱼肝油涂擦。口服维生素 A、维生素 E、叶酸等，或选用复合维生素制剂，连续 1～2 个月。

2. 协助医生拔除口腔内牙齿残根、摘除不良修复体等。

3. 白斑需手术切除或冷冻治疗时，遵医嘱准备好手术所需物品，如器械、冷冻剂、麻药、敷料、棉球等。术中正确传递器械，保持手术视野清晰，术后嘱患者遵医嘱服药，定期复诊。

4. 观察治疗后黏膜病变部位是否变薄、变软，面积是否缩小。

（三）人文护理

给予患者积极的心理支持，帮助其消除恐惧、焦虑情绪，使其能正确对待疾病、树立信心，积极配合治疗。如需手术时，术前向患者解释手术过程和手术的必要性，以争取患者的积极配合。

（四）健康指导

1. 让患者了解戒烟是预防口腔白斑病发生最有效的措施。

2. 注意口腔卫生，消除一切局部刺激因素。

3. 嘱患者遵医嘱定期复查。对已治愈的白斑患者需追踪观察，一般每半年或 1 年复查 1 次，以便对复发者早发现、早治疗。

任务关键

本病有恶变倾向，护理时需注意观察病灶变化，如久治不愈，白班出现增厚、皲裂、变硬应报告医生。手术治疗后的患者，定期复诊是必要的。

三、口腔念珠菌病

任务准备

【疾病概述】

口腔念珠菌病（oral candidiasis）是白假丝酵母菌（念珠菌）感染所引起的口腔黏膜疾病，又称新生儿鹅口疮或雪口病。以哺乳期婴幼儿及体弱儿童多见，具有传染性。

（一）健康史

白假丝酵母菌为单细胞真菌。25%～50% 的健康人，其口腔、消化道、阴道可带有念珠菌，但并不发病，当宿主防御功能降低以后，这种非致病性念珠菌就会转化为致病性的。婴儿常在分娩过程中被阴道念珠菌感染或通过被念珠菌污染的哺乳器及母亲乳头感染而致病。

（二）临床表现

本病以新生婴儿最多见，发生率约为4%，多在出生后2~8天发生。表现为烦躁不安，啼哭，拒食，偶有低热，全身反应较轻。

检查可见唇、颊、舌、腭等损害区黏膜充血，有散在的色白如雪的柔软小斑点，或相互融合为白色丝绒状斑片，斑片附着不十分紧密，稍用力可擦除而遗留潮红溢血的创面。

（三）辅助检查

实验室检查　在相应病灶取样涂片检查可发现典型的菌丝和孢子。

【心理－社会状况】

由于患儿躁动不安、哭闹拒食，家长易产生烦躁及焦虑情绪，求治心切。

【治疗要点】

1. 局部可用2%~4%碳酸氢钠（小苏打）溶液或浓茶水洗涤擦拭患儿口腔。
2. 母亲在哺乳前后应洗净乳头或严格消毒哺乳用具，以免重复感染。
3. 病情严重的成人患者可给予抗真菌药物。

【护理问题/诊断】

1. 口腔黏膜受损　与黏膜充血、白色斑块物覆盖有关。
2. 吞咽受损　与口腔黏膜病变影响吞咽有关。
3. 知识缺乏：患儿家长缺乏本病的预防和护理知识。

任务目标

1. 患者口腔黏膜逐步恢复正常。
2. 患者吞咽顺利。
3. 患者初步掌握本病的预防知识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

保持环境安静、温馨，细心照看，使患儿舒适。哺乳后用温开水清洗口腔，保持口腔清洁。

（二）治疗护理

1. 遵医嘱给予2%~4%碳酸氢钠液擦拭或漱口，使口腔呈碱性环境以抑制念珠菌的

生长繁殖。

2. 患处用消毒无菌纱布清洗后，涂制霉菌素液，每日 3~4 次。

（三）人文护理

耐心向患儿家长解释本病的发病原因，治疗和护理知识，消除他们的紧张焦虑情绪，能配合护理工作。

（四）健康指导

1. 告知患儿家长相应的预防措施，哺乳期间注意哺乳用具及母亲乳头要经常清洗消毒，保持清洁。

2. 经治疗病变消失后，仍需继续用药 3~5 日，预防复发。

任务关键

口腔念珠菌病患者多为婴幼儿，他们无法讲述病史。早发现、早治疗是护理工作的关键。

课后练习

单项选择题

162. 复发性口腔溃疡具有自限性，自愈一般需（　　）。

A. 3~5 天　　B. 5~7 天　　C. 7~10 天

D. 10~12 天　　E. 12~15 天

163. 复发性口腔溃疡首位的护理问题 / 诊断是（　　）。

A. 体温升高　　B. 口腔黏膜受损　　C. 吞咽受损

D. 语言沟通障碍　　E. 急性疼痛

164. 口腔念珠菌病的致病菌是（　　）。

A. 金黄色葡萄球菌　　B. 变形链球菌　　C. 绿脓杆菌

D. 大肠杆菌　　E. 白色念珠菌

165. 女婴，4 个月，1 周来口腔黏膜出现白色凝乳状的斑点及斑块，可擦掉，患儿啼哭，哺乳困难。考虑为（　　）。

A. 口腔念珠菌病　　B. 复发性口腔溃疡　　C. 疱疹性龈口炎

D. 球菌性口炎　　E. 克罗恩病

166. 口腔白斑的首要护理措施是（　　）。

A. 配合医生冷冻治疗　　B. 0.2% 维 A 酸溶液局部涂布

C. 维生素 A 口服　　D. 劝患者戒烟

E. 消除恐癌心理

（任　冬、王世清）

项目四　口腔颌面部感染患者的护理

【项目目标】

1. 简述智齿冠周炎、颌面部感染的临床表现及主要护理措施；分别说出它们的主要病因及治疗要点。

2. 能运用所学知识，对患者进行健康指导；能区分扁桃体周围脓肿、牙周炎、智齿冠周炎。

3. 通过学习，理解患者的感受，关心体贴患者，乐意帮助他们解除疾苦。

口腔颌面部感染是一种常见病，是指致病微生物入侵机体引起的口腔颌面部软、硬组织的炎症性疾病。常见的颌面部感染主要有：智齿冠周炎、颌面间隙感染等。

一、智齿冠周炎

任务准备

【疾病概述】

智齿冠周炎（wisdom tooth pericoronitis）是指第三磨牙在萌出过程中牙冠周围软组织发生的炎症。下颌第三磨牙较上颌第三磨牙发病率高，男女无明显差别，常见于 18～25 岁的青年，是口腔科的常见病和多发病。

（一）健康史

第三磨牙阻生是引起智齿冠周炎的最重要原因。智齿冠周盲袋形成（图 13-4）和龈瓣及附近组织细菌感染是导致智齿冠周炎的直接因素。

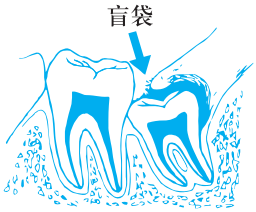


图 13-4　阻生牙和龈瓣之间的盲袋

（二）临床表现

临床上智齿冠周炎一般特指下颌第三磨牙冠周炎。

1. 症状　早期患者仅感磨牙后区不适，偶有轻微疼痛。炎症加重时，局部有自发性跳痛，并可向同侧耳颞部放射。炎症波及咀嚼肌则张口受限。炎症继续发展，出现发热、畏寒、头痛、食欲减退等全身症状。

2. 体征　检查可见下颌第三磨牙萌出不完全，牙冠周围软组织红肿、糜烂、触痛。探针可探及阻生牙，龈瓣下有脓性分泌物溢出，可形成冠周脓肿。严重者感染向邻近组织扩散，患侧颌下淋巴结肿大、触痛。

【心理－社会状况】

发病之初症状轻微，多被患者忽略，当感染迅速扩展、出现严重症状后才迫于就诊。阻生牙需拔除时患者因惧怕手术疼痛而产生恐惧心理，不愿拔除智齿。

【治疗要点】

1. 急性期应用广谱敏感的抗生素尽快控制感染，辅以消炎镇痛药物，形成冠周脓肿者需切开引流和防止感染扩散。

2. 急性症状缓解后，拔除阻生的第三磨牙，消除盲袋，以防再次感染。

【护理问题/诊断】

1. 急性疼痛　牙痛及颌面部疼痛，与第三磨牙冠周围软组织红肿糜烂有关。

2. 知识缺乏：缺乏本病的防治与护理知识。

3. 潜在的并发症：颌面部间隙感染等。

任务目标

1. 患者疼痛减轻或消失。

2. 患者初步了解本病的防治与自我护理相关知识。

3. 不发生或及早发现并发症。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

适当休息，避免过度劳累，保持口腔清洁，用高渗温盐水或口炎清、口泰等含漱剂漱口，每日3~4次。进食流质饮食，忌刺激性食物，戒烟戒酒。

（二）治疗护理

1. 协助医生对冠周炎盲袋用3%过氧化氢溶液和生理盐水反复冲洗，直到流出液清亮为止，用碘酚或碘甘油盲袋内上药，每日1次。

2. 对有足够萌出位置且牙位正常的智齿，协助医生在局麻下切除智齿冠周龈瓣，以消除盲袋。

3. 脓肿形成时协助医生切开引流，并置入碘仿纱条引流。

4. 局部及全身反应较重者，遵医嘱给予抗生素及甲硝唑等治疗，临床常用头孢类、喹诺酮类抗生素静脉滴注或口服。

5. 注意观察患者有无高热、张口困难、同侧颌面部肿胀等，情况异常及时报告医生并协助处理。

（三）人文护理

本病发作时较为痛苦，应向患者解释本病的发展过程，简介治疗方法，消除焦虑，树立治愈疾病的信心，使其积极地配合治疗。

（四）健康指导

宣讲智齿冠周炎的发病原因及早期治疗的重要性，预防颌面部间隙感染。急性炎症控制后，对无保留价值的阻生牙或病灶牙尽早拔除，以免复发。

任务关键

本病在治疗和护理时注意与扁周脓肿、牙周炎鉴别。

二、颌面部间隙感染

导学案例与思考

患者冯某，男，55岁。因“左上颌牙痛半个月，左侧眶下、面部肿胀3天”而就诊。查体：T 40 ℃，P 110次/分，R 28次/分，BP 85/55 mmHg，患者呈急性面容，表情淡漠，张口受限。左侧上颌第一磨牙叩（+++），牙龈充血红肿，前庭沟肿胀变浅，同侧面部、眶下区肿胀明显，局部皮温增高，压痛和波动感存在，眼裂变小。请思考：

1. 患者目前急需解决的问题是什么？

2. 患者有哪些护理问题？

3. 你怎样配合医生参与此患者的治疗护理？

任务准备

【疾病概述】

口腔颌面部间隙感染（oral and maxillofacial space infection）亦称颌面部蜂窝织炎，是指在口腔、颌面和颈上部潜在的筋膜间隙中发生的化脓性炎症的总称。

（一）健康史

致病菌以金黄色葡萄球菌和链球菌为主，临床上多为需氧和厌氧菌的混合细菌感染。

1. 牙源性感染　如智齿冠周炎、根尖周炎等。

2. 腺源性感染　婴幼儿多见。

（二）临床表现

本病的主要表现为局部红、肿、热、痛，功能障碍。感染发生在浅层的间隙，局部症状极为明显，炎症局限时可扪及波动感。发生在深层的间隙感染，局部症状多不明显，但有凹陷性水肿和压痛点。腐败坏死性感染的局部红、热体征不如化脓性感染明显，但局部软组织有广泛性水肿，甚至产生皮下气肿，触之可有捻发音。患者有高热、寒战、肌肉酸痛等全身中毒症状。

（三）辅助检查

1. 病灶穿刺检查　化脓性感染可抽出黄色或淡红色脓液；腐败坏死性感染脓液较稀且常有恶臭。

2. 实验室检查　可见白细胞计数明显升高。

【心理－社会状况】

颌面部间隙感染所致局部及全身症状严重，患者感到紧张及焦虑，表现出烦躁不安、失眠、沉默或多语，对疾病的预后十分担忧。

【治疗要点】

1. 积极抗感染治疗　常用头孢类抗生素和甲硝唑等静脉滴注，严重者可采用两种以上抗生素联合使用。

2. 局部治疗　炎症早期可外敷药物或理疗，脓肿形成则尽早切开排脓引流。

【护理问题/诊断】

1. 急性疼痛　颌面部疼痛，与颌面部多发性病灶有关。

2. 体温升高　与急性炎症反应有关。

3. 有窒息的危险　与颈部筋膜间隙脓肿引起喉阻塞有关。

4. 焦虑　与全身不适及担心预后不佳有关。

5. 潜在并发症：感染性休克、脓毒血症。

6. 知识缺乏：缺乏颌面部间隙感染防治及护理的相关知识。

任务目标

1. 患者疼痛减轻或消失。

2. 患者体温恢复正常。

3. 患者不出现或及早发现窒息，有应对预案。

4. 患者心情平静，焦虑缓解。

5. 不出现并发症。

6. 患者初步掌握颌面部间隙感染的预防及家庭护理的相关常识。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

保持病室环境安静，让患者处于舒适体位，充分休息。给予高营养易消化的流质饮食，张口受限者采取吸管进食。病情轻者用温盐水或漱口液漱口，重者进行口腔护理，每日用 3% 过氧化氢溶液清洗口腔 2~3 次。高热者采用物理或药物降温。

（二）治疗护理

1. 切开排脓　口底、颈部间隙已形成脓肿或脓肿引流不畅时，协助医生进行脓肿切开引流，以免发生呼吸道梗阻危及生命。用 3% 过氧化氢溶液和生理盐水冲洗脓腔，每日 1~2 次。

2. 用药护理　遵医嘱给予抗生素、甲硝唑等治疗，必要时可以两种以上抗生素联合静脉滴注，尽快控制病情。疼痛剧烈、精神紧张的患者，遵医嘱给予解热镇痛、镇静药物对症治疗，缓解不适。特别严重者可伴有感染性休克、电解质紊乱、代谢性酸中毒等，应遵医嘱及时纠正，并给予全身支持治疗。

3. 病情观察　密切观察患者生命体征的变化，特别注意血压、神志改变，出现休克者及时报告医生并协助处理。合并颈部间隙脓肿者注意保持呼吸道通畅。如颈部肿胀严重引起呼吸困难，协助医生行气管切开术，并按气管切开术护理。

4. 保持口腔清洁　给予温淡盐水或复方硼砂溶液含漱，每日 3 次。重者进行口腔护理。

（三）人文护理

向患者解释病情及治疗计划，减轻紧张情绪，消除顾虑。鼓励患者说出心理感受，并有针对性地进行心理疏导。

（四）健康指导

1. 向患者介绍口腔颌面部的解剖结构特点及重要性，使其认识口腔颌面部感染的危害性。

2. 指导患者进行自我护理，如口腔卫生、进食方式、局部创口的自我保护、预防感染的措施等。

3. 感染控制后，嘱患者及时处理病灶牙，对不能保留的患牙应尽早拔除。

任务关键

遵遗嘱尽快控制感染、脓肿切开引流、积极支持疗法是颌面部间隙感染治疗和护理的主要措施。同时，应密切观察病情，预防和协助医生处理并发症。

案例分析

患者左上颌牙痛半个月，左侧眶下、面部肿胀 3 天，高热，急性面容，表情淡漠。患者张口受限，左侧上颌第一磨牙叩（+++），牙龈充血红肿，前庭沟肿胀变浅，同侧面部、眶下区肿胀明显，局部皮温增高，压痛和波动感存在，眼裂变小，符合颌面部间隙感染诊断。患者入院时已表现休克征象，护士应立即协助医生积极进行抗休克治疗，如迅速建立静脉通路、控制感染、降温、维持水电解质平衡等治疗，密切观察患者生命体征、神志、瞳孔、尿量等变化，配合医生进行局部脓肿的处理。

堂上练习（单项选择）

患者冯某，男，55 岁。因“左上颌牙痛半个月，左侧眶下、面部肿胀 3 天”而就诊。查体：T 40 ℃，P 110 次 / 分，R 28 次 / 分，BP 85/55 mmHg，患者呈急性面容，表情淡漠，张口受限。左侧上颌第一磨牙叩（+++），牙龈充血红肿，前庭沟肿胀变浅，同侧面部、眶下区肿胀明显，局部皮温增高，压痛和波动感存在，眼裂变小。请思考：

1. 患者目前最急需解决的问题是（　　）。

A. 拔除左侧下颌第三磨牙　B. 抗休克治疗　C. 抗感染治疗

D. 脓肿切开引流　E. 安抚止痛

2. 患者的护理问题，不包括（　　）。

A. 急性疼痛　B. 体温升高　C. 清理呼吸道无效

D. 有窒息的危险　E. 焦虑

3. 本例患者的护理措施，以下哪项是错误的？（　　）

A. 立即协助医生进行抗休克治疗　B. 物理降温

C. 密切观察患者生命体征、神志、瞳孔、尿量等变化

D. 中流量吸氧

E. 配合医生进行局部脓肿的处理

颌面部间隙感染堂上练习答案

课后练习

单项选择题

167. 颌面部间隙感染最常见的原因是（　　）。

A. 血源性　　B. 腺源性　　C. 外伤性

D. 牙源性　　E. 继发于其他感染

168. 颌面部间隙感染的一般局部表现为（　　）。

A. 局部红、肿、热、痛、功能障碍

B. 局部软组织广泛性水肿

C. 局部产生皮下气肿，有捻发音

D. 局部剧烈疼痛，有脓肿形成

E. 张口受限，影响语言、咀嚼困难

169. 下列选项中（　　）是智齿冠周炎局部冲洗常用的药物。

A. 生理盐水　　B. 1∶5 000 高锰酸钾溶液　　C. 0.2% 氯己定

D. 2% 甲醛　　E. 2% 雷夫诺尔

170. 智齿冠周炎主要发生在（　　）。

A. 少年人群　　B. 中年人群　　C. 青年人群

D. 老年人群　　E. 幼儿时期

（任　冬、王世清）

项目五　先天性唇腭裂患者的护理

【项目目标】

1. 说出先天性唇裂、腭裂的病因、最佳治疗时机；简述临床表现及治疗要点。

2. 运用所学知识，讲述唇裂、腭裂手术前后的护理措施。能向患者和家属进行健康指导，介绍“微笑列车”公益性助残活动。

3. 通过学习，学会在护理中与患儿沟通，尊重患儿人格，体现人文关怀。

唇裂（cleft lip）和腭裂（cleft palate）是最常见的口腔颌面部先天性畸形。唇腭裂患者不仅是口腔、颌面骨骼及软组织形态、结构的异常，而且对咀嚼、吞咽、呼吸、语言等功能造成很大影响。对这类患者的治疗，主要采用手术整复的方法，以达到恢复外形和重建功能的目的。

一、先天性唇裂

任务准备

【疾病概述】

唇裂（cleft lip）是最常见的先天性颌面部发育畸形。70% 的患儿伴有腭裂或牙槽突裂，有的还伴有心脏及其他部位的畸形。

（一）健康史

引起口腔颌面部先天性畸形的原因目前尚未完全清楚，可能与在早期胚胎发育的过程中受到某些因素（如遗传、营养、感染、内分泌、理化因素或药物中毒等）的影响，使上颌突和球状突融合出现障碍有关。

（二）临床表现

先天性唇裂（图 13-5）主要表现为上唇裂开。临床上根据裂隙的部位和裂开的程度可分为三度：Ⅰ° 唇裂仅为红唇裂开；Ⅱ° 为裂隙超过红唇但未达鼻底；Ⅲ° 为裂隙由红唇至鼻底全部裂开。可分为单侧唇裂（图 13-6）和双侧唇裂（图 13-7）。唇裂可以单独发生或和腭裂同时发生，患儿因唇、腭部畸形，影响吮乳、进食或发音等。

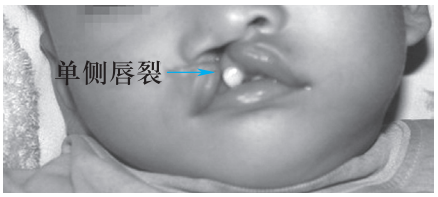


图 13-5　先天性唇裂

图 13-6　单侧唇裂的类型

图 13-7　双侧唇裂的类型

【心理 - 社会状况】

先天性唇裂患儿如未在婴幼儿期进行修复，成长后常被同伴耻笑，易产生自卑心理，性格孤僻，不愿与人交往。患儿父母也受到极大的心理创伤，多能积极求医。

【治疗要点】

手术修复是唯一治疗方法。单侧唇裂一般选择 3~6 个月龄手术为宜，双侧唇裂则推迟到 6~12 个月龄最合适。

【护理问题 / 诊断】

1. 组织完整性缺损　与先天性上唇畸形有关。
2. 潜在并发症：术后出血、伤口裂开等。
3. 知识缺乏：与父母对疾病认识不足及缺乏正确的喂养知识有关。

任务目标

1. 患者组织完整性缺损恢复。
2. 患者不出现并发症或及早发现。
3. 患者父母对疾病有基本认识，能配合医护处理。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

指导家长正确的喂养方法，保持口腔颌面部清洁，预防感染。

（二）治疗护理

1. 术前护理

（1）测量生命体征，向患儿父母介绍术前注意事项，注意患儿的保暖，防止患儿受凉感冒。

（2）指导患儿父母改变喂养方式，停止母乳或奶瓶喂养，改用汤匙或滴管喂食，使患儿术后能适应这种饮食方式。

（3）术前禁食 6 小时。

（4）皮肤准备：术前 1 天用肥皂水和清水清洁上下唇及鼻部，并用生理盐水棉球擦洗口腔。

2. 术后护理

（1）全麻术后未清醒患儿去枕平卧，头偏向一侧，以利口内分泌物流出。监测生命体征，观察患儿呼吸及伤口出血情况。保持病室安静，防止哭闹。注意保暖，以免感冒。

（2）麻醉清醒后 4 小时方可饮流质食物。

（3）遵医嘱应用抗生素治疗，常用青霉素、头孢类抗生素静脉滴注或肌内注射，预防感染。注射前应做药敏试验。小儿体重较轻，注意控制滴速。

（4）唇部护理：① 用夹板绷带固定患儿双肘关节或用绷带包裹手掌，以免搔抓伤口导致出血或裂开。② 术后第 1 天，将唇部敷料去除，暴露伤口并保持清洁、干燥，每日以 3% 过氧化氢溶液及 4% 硼酸乙醇轻轻擦拭清洗伤口，防止因血痂覆盖引起感染而影响伤口愈合。③ 唇部伤口在术后 5~7 天拆线，拆线后应叮嘱患儿家长加强看护，防止摔倒而致伤口裂开。

（三）人文护理

让患儿家长了解先天性唇裂患儿智力一般均属正常，不必过分忧虑，介绍唇裂的手

术预后情况，增强信心，消除患儿自卑感和心理创伤，积极鼓励参与社会活动和人际交往。

（四）健康指导

1. 教会患儿家长清洁唇部及口腔的方法。

2. 术后 3 个月内复诊，如发现唇部或鼻部的修复仍有缺陷，可考虑 12 岁或适当时间施行二期整复术。

任务关键

唇裂患儿的护理应着重指导家长科学喂养，减少感染机会。术后加强唇部护理，确保唇裂修复效果。

二、先天性腭裂

任务准备

【疾病概述】

腭裂（cleft palate）是胚胎时期腭突融合不全或完全不融合的口腔先天性畸形。

（一）健康史

腭裂与唇裂的病因相同。

（二）临床表现

先天性腭裂（图 13-8）的主要表现为腭部裂开，腭裂分类方法很多，通常按照裂隙程度腭裂可分为三度：Ⅰ° 为软腭裂；Ⅱ° 为软硬腭裂，Ⅰ° 和Ⅱ° 为不完全性腭裂；Ⅲ° 为完全性腭裂，包括牙槽突部裂开。按照裂隙部位又可分为单侧腭裂和双侧腭裂。

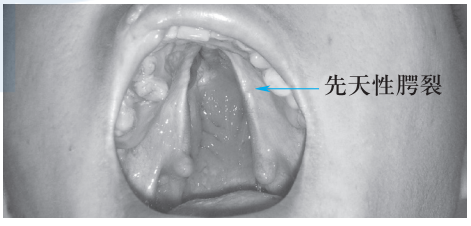


图 13-8　先天性腭裂

【心理 - 社会状况】

腭裂患儿由于畸形及功能障碍比唇裂患儿更为严重，所以其更容易发生社会心理问题，患儿言语不清，交往困难，性格更加孤僻，患儿及家长往往对手术效果表示担心或期望过高。

【治疗要点】

手术治疗是唯一的有效方法。腭裂修补手术的年龄一般认为在学龄前（6 岁）为宜。

青春期后再修复，其语言功能恢复较差。

【护理问题 / 诊断】

1. 组织完整性缺损　与腭部畸形有关。
2. 语言沟通障碍　与腭部畸形所致言语不清有关。
3. 吞咽受损　与腭部畸形食物易鼻腔反流有关。
4. 潜在并发症：化脓性中耳炎、支气管炎、术后出血、感染等。
5. 有窒息的危险　与全麻术后呕吐或喂养不当有关。

任务目标

1. 患者组织完整性缺损恢复。
2. 患者语言功能改善。
3. 患者吞咽功能恢复正常。
4. 不出现并发症或能及早发现。
5. 患者不出现窒息或及早发现，并有应对预案。

任务实施

主要的护理措施有以下方面。

（一）基础护理

指导家长正确的喂养方法，保持口腔颌面部清洁，预防感染。

（二）治疗护理

1. 术前护理　与唇裂手术一致。

2. 术后护理

（1）测量生命体征，麻醉未清醒患者取平卧，头偏一侧。清醒后采取头高卧位，以减轻局部水肿。注意保暖，以免感冒。每日清洗口腔 1～2 次，成人给予含漱液漱口。

（2）患儿麻醉清醒后 4 小时方可喂饮流质食物，术后 10～14 天内进全流质饮食，以后逐渐改为半流质饮食，1 个月后可进普食。

（3）遵医嘱应用抗生素，预防感染。

（4）术后 2 周，协助医生拆线，防止患儿哭闹，以免伤口裂开。

3. 语音训练　腭裂修复术后 1～2 个月开始语音训练，分两个阶段进行：

第一阶段，主要练习软腭及咽部的肌肉活动，使其有效地完成腭咽闭合动作。可采用：① 吹气法。用玻璃管吹水泡或肥皂泡，或练习吹气球、笛子、喇叭、口琴等，以训

练正确的呼吸方向，增加口腔中的气压。② 唇舌部肌肉活动练习。纠正过去不良习惯，重新训练唇舌运动，使唇舌肌肉灵活协调。

第二阶段，主要是发音练习：① 按汉语拼音法进行字母发音训练，练习单音。② 字母发音准确后练习单字的拼音。③ 在拼音的基础上练习语句及谈话。

（三）人文护理

让患儿家长了解先天性腭裂患儿治疗方法，介绍腭裂的预后情况，发音障碍可以通过手术后的语音训练得到矫正，使患儿和家长增强信心，消除自卑感和心理创伤，积极鼓励患儿参与社会活动和人际交往。

（四）健康指导

1. 术后 1 个月内避免进食较硬食物，确保伤口愈合。
2. 保持口腔清洁，每日餐后漱口。
3. 嘱术后 1 个月回医院复诊。

任务关键

腭裂修补手术后的最关键护理是防止伤口裂开。应指导家长科学喂食，注意保暖，预防感染，以保证手术效果。

微笑列车

“微笑列车”成立于 1999 年，是美籍华人王嘉廉先生在美国正式注册成立的一个非营利性国际儿童慈善组织。“微笑列车”组织的口号是，凡符合手术条件的唇腭裂患儿有一个做一个，不将遗憾带到下一年。其宗旨是为贫困的唇腭裂患者实施矫治手术、免费培训当地医生、为唇腭裂研究提供资金等。中华慈善总会在“微笑列车”成立之初即与其合作，由美国“微笑列车”出资，中华慈善总会负责组织实施，为中国贫困的儿童唇腭裂患儿进行初期矫治手术，免费培训医务人员。

课后练习

单项选择题

171. 单侧唇裂整复术最佳的年龄段是（　　）。

A. 1～2 月龄　　B. 3～6 月龄　　C. 1～2 岁

D. 3～6 岁　　E. 6～8 岁

172. 唇裂术后拆线的时间为（　　）。

A. 3 天　　B. 4 天　　C. 7 天

D. 10 天　　E. 14 天

173. 唇裂手术患儿在全麻清醒后（　　）可进流食。

A. 清醒后即可　　B. 1 小时　　C. 2 小时

D. 3 小时　　E. 4 小时

174. 患者，女，6 个月。右上红唇至鼻底完全裂开，该患者诊断分类为（　　）。

A. 右侧Ⅰ°唇裂　　B. 右侧Ⅱ°唇裂　　C. 右侧Ⅲ°唇裂

D. 单纯性唇裂　　E. 右侧唇腭裂

（任　冬、王世清）

项目六　口腔手术患者的常规护理

【项目目标】

1. 说出牙拔除术的适应证。

2. 通过学习，能掌握牙拔除术和口腔颌面部手术术前护理的口腔护理方法和常规用药。

3. 通过学习，能根据牙拔除术和口腔颌面部手术的术后护理要点，对患者进行健康教育。

一、牙拔除术患者的护理

牙拔除术是口腔颌面外科最基本的手术，是治疗某些牙病和由其引起的局部或全身一些疾病的手段，也是应用最广泛的手术。牙拔除术与其他的外科手术一样，能造成局部组织不同程度的损伤，如出现出血、肿胀、疼痛等反应，甚至出现全身反应。应按照无菌操作原则实施牙拔除术。

（一）适应证

1. 龋坏过大，不能治疗者。

2. 牙周病所致牙齿松动明显，而且影响咀嚼功能者。

3. 外伤裂劈或折断至牙颈部以下，或根折不能治疗或修复者。

4. 阻生牙反复引起冠周炎或颌面部间隙感染造成邻牙龋坏者。

5. 错位牙及多生牙影响正常咬合，妨碍咀嚼功能，影响美观，应根据正畸治疗的需要确定是否拔牙，或引起食物嵌塞，造成龋坏者。

（二）术前护理

1. 术前准备　对患者进行初步评估，了解其生命体征、身体及心理状况。嘱患者餐后就诊，避免空腹拔牙。遵医嘱做必要的药敏试验，为医生准备合适的拔牙器械，备好所需的敷料。

2. 口腔清洁　术前给予患者 1∶5 000 呋喃西林或 0.05% 氯己定溶液漱口。

（三）术中配合

1. 协助医生实施局部麻醉，及时传递医生需用的器械。在拔除下颌阻生牙需劈冠时，护士应一手托患者下颌骨，另一手拿骨锤，在看清医生凿放在准确的部位后用手腕闪击力量争取一次将牙冠劈开。击锤时一般击两下，第一下很轻，为预备性动作，即开始的信号，第二下用力快而脆。

2. 协助医生做好拔牙及创面的处理。

（四）术后护理

1. 牙拔除后，分类整理使用过的器械和敷料。嘱患者咬消毒干棉球 30 分钟后吐出，若出血较多可延长至 1 小时，但不宜留置太长时间，以免引起感染。

2. 术后 2 小时可进温凉软质或流质食物，嘱患者勿用患侧咀嚼。

3. 嘱患者拔牙后不要舔吸伤口或反复吐唾液、吮吸，当日不能漱口。

4. 遵医嘱给予抗生素、止痛剂，并做好用药指导。

拔牙禁忌证

1. 血液病患者凝血功能不佳，应尽量不拔牙，以免流血不止，甚至危及生命。

2. 高血压和心脏病患者应慎重拔牙，脑、心、肾已有损害及心脏病发作期间禁止拔牙。

3. 急性炎症期间不拔牙。

4. 慢性肝炎、肝硬化、肝功能损害患者拔牙时，有出血倾向，应慎重拔牙。

5. 糖尿病患者拔牙容易引起伤口感染，需慎重拔牙。

6. 疲劳过度、饥饿、紧张恐惧、妇女月经期宜暂缓拔牙。

二、口腔颌面部手术患者的常规护理

口腔颌面部手术常有腮腺肿瘤切除术、唇或腭裂修复术、上颌骨切除术、上下颌骨骨折复位术、舌癌根治术等。手术多在全麻下进行，术中、术后可能发生大出血或呼吸困难。

（一）术前护理

1. 评估　核对患者姓名、疾病诊断、手术与麻醉方式；了解患者有无禁忌证，是否有急性上呼吸道感染，是否是月经期；了解患者或家属对手术的知晓程度和配合程度。

2. 心理护理　配合医生介绍手术治疗方案、手术前后注意事项，以消除患者疑虑和恐惧心理，保持良好的心理状态，使患者能主动配合。

3. 口腔护理　术前 3 天给予含漱液含漱，清洁口腔。病重者加强口腔护理。术前日取出活动义齿。

4. 备皮与配血　成年男性患者剃胡须。根据手术需要，按医嘱配血。

5. 药敏试验　做好普鲁卡因、青霉素等皮肤过敏试验，记录结果，阳性者应通知医生。

6. 禁食　全麻患者术前 6 小时禁食禁饮。

7. 术前用药　进手术室前 30 分钟遵医嘱给术前用药。

（二）术后护理

1. 按全麻术后常规护理，监测生命体征。全麻患者麻醉未清醒时应去枕平卧，头偏向一侧；麻醉清醒后，保持患者半坐卧位，有利排痰，减轻面部水肿。

2. 保持呼吸道通畅　及时清除口、鼻、咽腔及气管分泌物、呕吐物及血液，防止窒息。已做气管切开术的患者，按气管切开术后常规护理。

3. 连接好各种引流管并妥善固定，保持引流通畅。观察引流出的液体量、色与性状并做好记录。

4. 全麻清醒后 4 小时，可给予少量温开水或流质饮食。根据患者年龄、手术情况的不同和医嘱，决定饮食和进食方法，如鼻饲法、匙喂法、管喂及自食。术后应给予富营养易消化的饮食，利于伤口愈合。

5. 病情观察　密切观察手术伤口是否有出血、是否出现呼吸困难，如有异常及时报告医生并协助处理。

6. 遵医嘱给予抗生素等药物治疗，预防感染。配合医生换药。疼痛特别明显者，遵医嘱酌情应用止痛药。

7. 术后患者语言沟通障碍，伤口疼痛，应加强巡视。通过患者的表情、肢体动作了解患者的需求，帮助他们解决问题，多关心照顾，促进康复。

8. 加强口腔护理，每日 2 次，保持口腔清洁、湿润。

9. 嘱患者出院后定期复查，如有不适及时返院就诊。

课后练习

单项选择题

175. 拔牙的禁忌证不包括（　　）。

A. 充血性心力衰竭患者

B. 一年前发生过心肌梗死患者

C. 近期有心绞痛的患者

D. 恶性肿瘤范围内的牙

E. 有Ⅲ°房室传导阻滞的患者

176. 患者，女性，21 岁。昨日拔右下颌第一磨牙后拔牙创出血不止，检查见拔牙创舌侧牙龈撕裂约 1 cm，局部渗血明显。正确止血方法为（　　）。

A. 棉纱球压迫止血　　B. 填塞碘仿纱条　　C. 行颈外动脉结扎术

D. 肌注酚磺乙胺　　E. 局麻下缝合牙龈裂口

177. 关于拔牙后的检查与处理错误的是（　　）。

A. 检查拔除的牙根是否完整　　B. 检查牙龈是否撕裂

C. 检查牙槽窝，如有异物应清除　　D. 口服抗生素

E. 无须咬棉球，可以自行凝血

178. 口腔颌面部手术术前护理评估不包括（　　）。

A. 核对患者姓名　　B. 患者对手术的知晓程度　　C. 患者有无禁忌证

D. 患者是否月经期　　E. 需要备血量

179. 关于颌面部术前准备，说法不正确的有（　　）。

A. 术前备皮

B. 术前做皮肤过敏试验，记录结果

C. 全麻患者术前日晚上应清洁灌肠

D. 全麻患者术前 6 小时禁食禁饮

E. 遵医嘱术前用药

（任　冬）

第四部分

五官科技能训练

HEP

任务一　视力与色觉检查

【任务目标】

通过练习，学会视力与色觉检查方法。

一、视力检查

视力检查

【任务准备】

1. 操作者衣着规范整洁。

2. 用物准备　远、近标准视力表、遮眼板、指示棒、平面反射镜（用于距离为2.5 m的远视力检查）。

3. 检查室安静、明亮。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

（一）检查步骤

核对“患者”姓名，向其说明检查的目的和配合的要求。

1. 远视力检查法

（1）“患者”取坐位或站位，检查距离为5 m，若用平面反射镜，则视力表与镜面距离为2.5 m。视力表的高度以1.0行视标（对数视力表5.0行视标）与被检眼等高为宜。检查时应有充足的自然光线或灯光照明。

（2）两眼分别进行检查，用遮眼板遮盖非检查眼。

（3）“护士”用指示棒由上而下指示视标，逐行逐个检查，“患者”能看清最小视标，该行旁边的标记数字即为该眼的远视力。如估计“患者”视力尚佳，则不必从最大视标0.1行（对数视力表4.0行）查起，可从较小视标行开始查起。能看清1.0行（对数视力表5.0行）或更小视标行者，即为正常视力（图实训-1）。

图实训-1　视力检查

（4）“患者”对某行视标部分看不清，如国际标准视力表0.4行，有两个标记看不清，记录为“0.4^{-2}”；如只看清其中一个标记，则记录为“0.3^{+1}”，其余类推。

（5）如“患者”在5 m处看不清最大视标0.1行，可嘱其向前走近视力表直到看清0.1行视标为止。此时视力的计算公式为：视力＝0.1 × 被检者与视力表距离（m）/5（m）。如“患者”在4 m处能看清0.1行视标，则视力记录为“0.08”（0.1 × 4/5＝0.08）。

（6）如“患者”在距离视力表1 m处仍看不清“0.1”行视标，则让其从1 m处开始辨认检查者的指数，向前移动到看清为止，并记录能看清的最远距离。如在30 cm处能看清指数，则记录为“指数/30 cm”或“FC/30 cm”。

（7）如“患者”不能辨认眼前指数，则改为让其辨认检查者手动，并记录其能看清手动的最远距离。如在10 cm处能看清手动，则记录为“手动/10 cm”或“HM/10 cm”。

（8）如“患者”不能辨认眼前手动，则改为在暗室内用手电光检查光感及光定位。有光感者，应记录其能看到光的最远距离，一般检查到5 m为止。如在2 m处能看到光，则记录为“光感/2 m”或“LP/2 m”。有光感者，还应检查光定位，嘱“患者”被检眼向正前方注视不动，在眼前1 m处，检查向上、下、左、右、正前方、左上、左下、右上、右下9个方位的光感，有光感的方位用“＋”表示，无光感的方位用“－”表示。

2. 近视力检查法　“患者”取坐位，检查距离为30 cm，两眼分别进行检查，用遮眼板遮盖非检查眼，正常近视力为1.0 / 30 cm。若视力不良，可移近或移远视力表，到看清最小视标为止，并记录最佳视力和距离，如1.0 / 20 cm。

（二）检查后整理

1. 整理用物。

2. 检查者记录、签名。

【注意事项】

1. 检查环境自然光线良好，视力表光线照明充足。

2. 两眼检查顺序一般为先右眼后左眼，先健眼后患眼；屈光不正者应先查裸眼视力，再查矫正视力。

3. 遮眼板必须完全遮盖非检查眼，注意勿压迫眼球，遮眼板用毕须清洁消毒，防止交叉感染。

4.“患者”须在 5 秒内辨认出视标缺口方向。

【任务评价】

评价要点：同学之间配合好，检查过程顺利，能正确记录视力检查结果。

评价方法：学生互评，老师点评。

二、色觉检查

色觉检查

【任务准备】

1. 操作者衣着规范整洁。

2. 用物准备　色盲检查图（假同色图）、秒表。

3. 检查室安静、明亮。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

1. 检查步骤

（1）核对“患者”。向其说明色觉检查的目的、读图方法、检查过程中的配合要求。

（2）“患者”取坐位。

（3）色觉检查：“患者”双眼同时看色盲检查图，眼图距离为 0.5 m，要求在 5 秒内读出图中数字、字母或图形，然后“护士”按所附说明书判断“患者”色觉为正常、色弱或色盲，同时判断是何种色觉障碍（图实训−2）。

2. 检查后整理

（1）整理用物。

（2）检查者记录、签名。

【注意事项】

1. 检查环境自然光线良好，避免在强光或有红绿色背景环境中检查。

图实训-2　色觉检查

2. 色盲检查图要保持整洁，不用手摩擦，防止弄脏和变色。

3. 被检者视力应＞0.5，屈光不正者应佩戴矫正眼镜检查。

4. 读图判断时间不能超过 5 秒。

【任务评价】

评价要点：同学之间配合好，检查过程顺利，能正确记录色觉检查结果。

评价方法：同学互评，老师点评。

（翟伟平）

HEP

任务二　滴眼药水

【任务目标】

滴眼药水是预防或治疗眼部疾病、眼部表面麻醉、散瞳、缩瞳的常规护理。通过练习，学会滴眼药水方法。

滴眼药水

【任务准备】

1. 操作者衣装规范整洁，剪指甲，流动水下洗手。

2. 用物准备　眼药水、消毒棉签或棉球。

3. 检查眼药水名称、浓度、有效期及有无沉淀、变色等变质现象。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

1. 操作步骤

（1）核对“患者”，向其说明滴眼药水的目的、操作过程中的配合要求。

（2）“患者”取坐位或仰卧位，头稍向后仰并向患侧倾斜，眼向上注视。

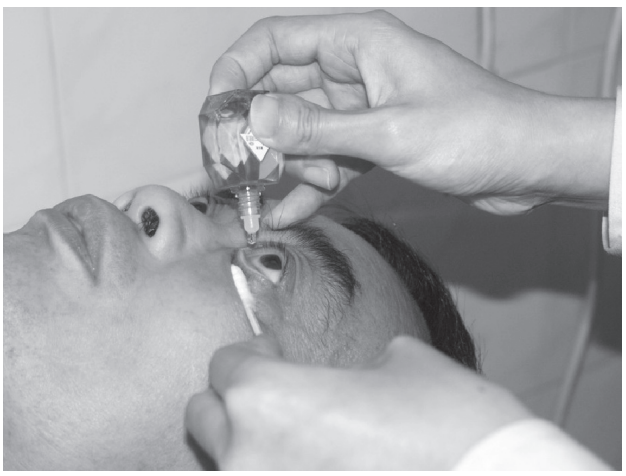
（3）滴眼药：“护士”用左手拇指或棉签轻轻向下拉开下睑，用右手持眼药瓶，新用眼药水应先挤掉 1~2 滴，再距眼 1~2 cm 处将 1~2 滴眼药水滴入下穹窿部结膜囊内，轻提上睑使眼药水均匀分布于结膜囊内（图实训-3）。

（4）滴眼药后用棉签或棉球擦去溢出的眼药水，并嘱“患者”轻闭眼 1~2 分钟。交代注意事项。

2. 操作后整理

（1）分类整理用物和处理污物。

（2）操作者洗手、记录、签名。



图实训-3　滴眼药水

【注意事项】

1. 滴眼药水时动作要轻柔，勿压迫眼球，尤其是角膜溃疡或手术后患者。

2. 眼药水不可直接滴在角膜上，眼药水瓶口勿接触眼部以免眼药水被污染。

3. 滴用有毒副作用的滴眼药水后应立即按压泪囊部 2~3 分钟，防止药液经鼻泪管流入鼻腔吸收后引起中毒反应。

4. 滴用两种以上眼药水时，每种之间隔 5~10 分钟，或按医嘱执行。

【任务评价】

评价要点：① 同学之间配合好，操作过程顺利，方法正确。② 护患沟通有效，“患者”无不适感。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（翟伟平）

任务三 涂眼药膏

【任务目标】

涂眼药膏法是治疗眼睑闭合不全、结膜炎等眼前段疾病及预防手术后感染的一种常用方法。通过练习，学会涂眼药膏方法。

涂眼药膏

【任务准备】

1. 操作者衣装规范整洁，剪指甲，流动水洗手。

2. 用物准备　软管眼药膏、消毒棉签或棉球。

3. 检查眼药膏名称、浓度、有效期。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

1. 操作步骤

（1）核对“患者”，向其说明涂眼药膏的目的和操作过程中的配合要求。

（2）“患者”取坐位或仰卧位，头稍向后仰，眼向上注视。

（3）涂眼药膏：“护士”用左手拇指与示指分开上下睑，用右手持软管眼药膏，新用眼药膏应先挤掉一小段，再距眼 1~2 cm 处将眼药膏横涂于下穹窿部结膜囊内，轻提上睑遮盖眼药膏（图实训-4）。

（4）涂眼膏后用棉签或棉球擦去溢出的眼药膏，并嘱“患者”轻闭眼 1~2 分钟。询问“患者”有否不适，交代注意事项。

2. 操作后整理

（1）分类整理用物和处理污物。

图实训-4　涂眼药膏

（2）操作者洗手、记录、签名。

【注意事项】

1. 滴眼药膏时动作要轻柔，勿压迫眼球，尤其是角膜溃疡或手术后患者。

2. 眼药膏不可直接涂在角膜上，眼药膏瓶口勿接触眼部以免眼药膏被污染。

3. 眼药膏影响视力，应在晚间睡前或手术后涂用。

【任务评价】

评价要点：① 同学之间配合好，操作过程顺利，方法正确。② 护患沟通有效，“患者”无不适感。

评价方法：自评、同学互评，教师点评。

（翟伟平）

任务四 结膜囊冲洗

【任务目标】

结膜囊冲洗用于清除结膜囊内异物、脓性分泌物及酸碱化学物质、手术前清洁结膜囊。通过练习，学会结膜囊冲洗法。

结膜囊冲洗

【任务准备】

1. 操作者衣装规范整洁，剪指甲，流动水洗手。

2. 用物准备　玻璃洗眼壶或冲洗用吊瓶、受水器、干消毒棉球、冲洗液（如生理盐水、3%硼酸溶液、2%碳酸氢钠液等）。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

1. 操作步骤

（1）核对“患者”姓名，向其说明结膜囊冲洗的目的和配合的要求。

（2）“患者”取坐位或仰卧位，自持受水器紧贴于冲洗眼面颊部一侧；若取仰卧位，受水器置于颞侧。

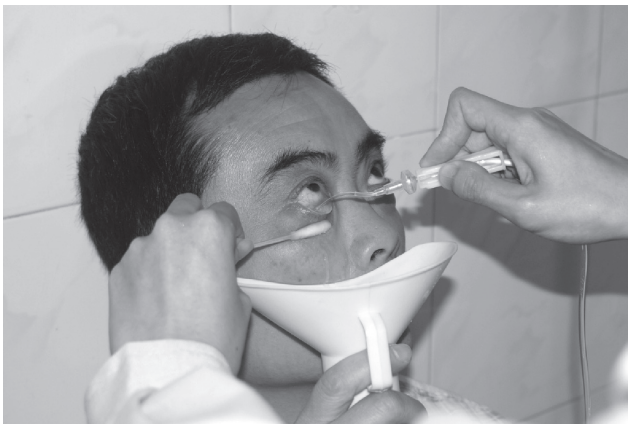
（3）“护士”一手分开“患者”上下睑，另一手持洗眼壶或吊瓶冲洗头，距眼3~5 cm，先用少量冲洗液冲洗颊部皮肤，再冲洗结膜囊，并嘱“患者”向各方向转动眼球，以便充分冲洗结膜囊各部（图实训-5）。

（4）冲洗完毕，用消毒干棉球擦拭干净，取下受水器。向“患者”交代注意事项。

2. 操作后整理

（1）分类整理用物和处理污物。

（2）操作者记录、签名。



图实训-5　结膜囊冲洗

【注意事项】

1. 洗眼壶或吊瓶冲洗针头距眼 3~5 cm，不可触及眼睑和眼球。
2. 冲洗液温度冷热适中，可将冲洗液滴在手背皮肤上，以能耐受为度。
3. 冲洗液不可直接冲向角膜，也不能流入健眼。
4. 传染性眼病患者使用过的冲洗用具应严格消毒。
5. 有眼球穿通伤和较深的角膜溃疡者禁忌冲洗。

【任务评价】

评价要点：① 同学之间配合好，操作过程顺利，方法正确，结膜囊冲洗干净。② 护患沟通有效。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（王增源）

任务五 球结膜下注射

【任务目标】

用于治疗眼球前段疾病。可提高眼局部药物浓度，延长药物作用时间，同时刺激血管扩张，有利于新陈代谢和炎症吸收。通过练习，学会在新鲜离体猪眼球上进行球结膜下注射。

球结膜下注射

【任务准备】

1. 操作者衣装规范整洁，剪指甲，流动水洗手。

2. 用物准备　1 mL（或 2 mL）注射器、4~6 号注射针头、注射药物、0.5%~1%丁卡因溶液或 0.4%盐酸奥布卡因滴眼液、抗生素眼膏、消毒棉签、纱布眼垫、胶布及消毒盘、新鲜离体猪眼球。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，采用新鲜离体标本猪眼球代替人眼进行轮换操作。

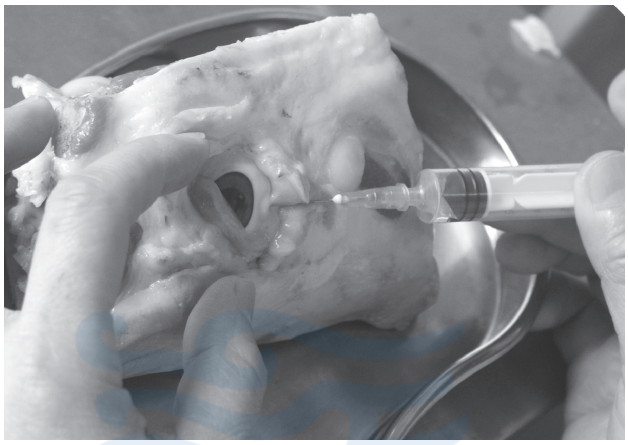
1. 操作步骤

（1）核对“患者”姓名、眼别、药物名称及剂量。

（2）“患者”取仰卧位，患眼滴 0.5%~1%丁卡因溶液或 0.4%盐酸奥布卡因眼液 2 次，每次间隔 3~5 分钟。

（3）“护士”以左手拇指和示指分开“患者”上下眼睑，右手持注射器，注射部位宜选在靠近穹窿部的球结膜，颞上方注射时嘱“患者”向下方注视，下方注射时嘱“患者”向上方注视。

（4）替代操作：预先用图钉将猪眼球固定在操作板上。“护士”用右手持注射器，针头与猪眼球表面呈 10°～15°，针尖斜面向上，避开结膜血管，挑起并快速刺入结膜下，缓缓注入药液，这时可见猪眼结膜下有药液小泡隆起，注射量一般为每次 0.3～1.0 mL（图实训-6）。



图实训-6　（猪眼）球结膜下注射

（5）注射后涂抗生素眼膏，盖眼垫，向“患者”交代注意事项。“患者”闭目休息片刻无反应方可离开。

2. 操作后整理

（1）分类整理用物和处理污物。

（2）操作者记录、签名。

【注意事项】

临床实际操作时，应注意以下问题。

1. 注射前应仔细核对眼别、药物，并询问有无药物过敏史。

2. 注射时针头勿指向眼球；注射针头斜面应朝向巩膜，并嘱患者切勿转动眼球，以免损伤眼球。

3. 为角膜溃疡患者注射时勿加压于眼球。

4. 对不合作患者，可用开睑器开睑后再注射。

5. 多次注射时，应更换进针位置，以免形成瘢痕。

【任务评价】

评价要点：① 同学之间配合好，操作过程顺利，方法正确，球结膜下注射准确无误。② 护患沟通有效。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（王增源）

任务六 眼包扎

【任务目标】

眼包扎是为了保护患眼，避免光线刺激和感染，预防并发症，减少眼球活动，使患眼得到充分的休息。通过练习，学会眼包扎法。

眼包扎

【任务准备】

1. 操作者衣装规范整洁，剪指甲，流动水洗手。

2. 用物准备　眼垫、眼膏、胶布、绷带（长 60 cm，宽 5 cm）、三角巾。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

1. 操作步骤

（1）核对“患者”姓名，向其说明眼包扎的目的和配合的要求。

（2）绷带包扎法：① 单眼包扎法：“患眼”涂眼膏，盖眼垫并用胶布固定，首先在“患者”眉心部留置一条长约 20 cm 的短绷带。其次从患侧耳上开始缠绕，经前额向后绕头 1~2 周固定留置的短绷带后，拉紧绷带向后斜经枕骨粗隆下方绕过患侧耳下，再向前上方经过“患眼”至健侧耳上，如此重复缠绕 3~4 次。最后再次将绷带经前额向后绕头 1~2 周，末端用胶布固定，并结扎留置的短绷带。② 双眼包扎法：双眼涂眼膏，分别盖眼垫并用胶布固定。按“8”字形绷带包扎法包扎双眼，从左右耳上开始包扎均可，如从右耳上开始，先将绷带经前额向后绕头 1~2 周固定起端，然后由前额向下经过左眼，由左耳下经过枕骨粗隆下方绕过右耳下，再向前上方经过右眼绕至左耳上，向后绕经头后出右耳上，成“8”字形状，如此重复缠绕 3~4 次，最后再次将绷带经前额向后绕头

1~2 周，末端用胶布固定（图实训-7）。

图实训-7　双眼包扎

（3）三角巾包扎法：① 单眼包扎法：将三角巾折成四指宽的带状巾，以三分之二向下斜放在“患眼”上，将下侧较长的一端经枕后绕到额前压住上侧较短的一端后，长端继续沿着额部向后绕至健侧颞部，短端反折环绕枕部至健侧颞部与长端打结。② 双眼包扎法：将三角巾折成四指宽的带状巾，将中央部盖在一侧“患眼”上，下端从耳下绕到枕后，再经对侧耳上至眉间上方压住上端，继续绕过头部到对侧耳前，将上端反折斜向下，盖住另一伤眼，再绕耳下与另一端在对侧耳上或枕后打结，也可用带状巾作交叉法包扎。双眼包扎法还可用三角巾折叠成四指宽的带状巾横向绕头两周，于一侧打结。

2. 操作完毕　询问“患者”有何不适，交代注意事项。

3. 操作后整理

（1）分类整理用物和处理污物。

（2）操作者记录、签名。

【注意事项】

1. 包扎时不可过紧或过松，切勿压迫鼻孔及耳郭。

2. 固定点必须在前额部，避免“患者”仰卧或侧卧时摩擦造成绷带松脱，也避免引起头部不适。

【任务评价】

评价要点：① 同学之间配合好，操作过程顺利，眼包扎顺利稳妥。② 护患沟通有效，“患者”无不适。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（王增源）

任务七 音叉检查与嗅觉检查

【任务目标】

音叉检查可粗略评估受检者的听力，初步判断耳聋的类型。通过练习，学会体检中最常用最简单的听力检查方法。嗅觉检查法可检查有无嗅觉功能。通过练习，学会嗅觉检查方法。

一、音叉检查

音叉检查

【任务准备】

1. 操作者衣着规范整洁，剪指甲，戴口罩。
2. 用物准备　C_{256} 和 C_{521} 音叉各 1 个。
3. 检查室安静、清洁。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

（一）操作步骤

1. 核对“患者”姓名，向其说明音叉检查过程中的配合要求。
2. “患者”取侧坐位，受检耳朝检查者。
3. 音叉检查的过程和记录

（1）林纳试验（Rinne test，RT）：气骨导比较试验，通过比较同侧耳气导和骨导听觉时间判断耳聋性质。将振动的音叉柄放置于受检侧乳突部，若受检耳听不到音叉声，

将音叉臂置于距受检耳外耳道口 1 cm 处，此时若又能听到，则气导＞骨导，记作 RT（＋），表示听力正常或感音神经性耳聋；如不能闻及则先测气导，再测骨导，比较两者时间，若骨导＞气导，记作 RT（－），表示传导性耳聋；两者相等，记作 RT（±）表示中度传导性耳聋或混合性耳聋（图实训-8）。

图实训-8　音叉检查

（2）韦伯试验（Weber test，WT）：骨导偏向试验，比较受检者两耳的骨导听力。将音叉敲击后叉柄底部紧压头颅中线的任一部位，让受检者辨别声音偏向何侧。以“←”或“→”表示偏向侧别，“＝”表示两侧相等。

（3）施瓦巴赫试验（Schwabach test，ST）：骨导比较试验，比较受检者与正常人的骨导听力。先试正常人骨导听力，正常人骨导消失后，立即测受检者同侧骨导听力，再按反向测试。受检耳骨导延长为 ST（＋），ST（－）表示缩短，ST（±）表示两者相似。（＋）为传导性耳聋，（－）为感音神经性耳聋，（±）为正常。

记录音叉试验结果（表实训-1）。

表实训-1　音叉检查结果记录一览表

测试方法	正常	传导性聋	感音性聋
林纳试验（RT）	（＋）	（－）（±）	（＋）
韦伯试验（WT）	（＝）	→病耳	→健耳
施瓦巴赫试验（ST）	（±）	（＋）	（－）

（二）操作后整理

1. 整理用物（音叉）放回原处。
2. 操作者记录、签名。

【注意事项】

1. 注意保持测试环境的安静。

2. 试验时音叉放于正确部位。

3. 检查者应手持音叉柄部，不能触及叉臂。

4. 禁止用音叉敲击硬物。

【任务评价】

评价要点：① 同学之间配合好，操作过程顺利，方法正确，能正确记录听力检查结果。② 护患沟通有效。

评价方法：自评、同学互评、老师点评。

二、嗅觉检查

嗅觉检查

【任务准备】

1. 操作者衣着规范整洁，剪指甲，戴口罩。

2. 用物准备　嗅觉检查剂可选用醋、95% 乙醇、香水、煤油等，用水作参照剂，分别装入颜色、大小、式样完全相同的有色小瓶内备用。

3. 检查室安静、清洁。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

1. 操作步骤

（1）核对“患者”姓名，向其说明嗅觉检查过程中的配合要求。

（2）“患者”取坐位，闭眼，面向检查者。

（3）“护士”用一手指堵塞“患者”一侧鼻孔，将上述小瓶盖打开，分别置于另一侧鼻孔下令其嗅之，再以同法施于对侧。全部能嗅出者为嗅觉良好，能嗅出其中 1 种为嗅觉减退，全不能嗅出为嗅觉丧失（图实训-9）。

图实训-9　嗅觉检查

2. 操作后整理

（1）分类整理用物，放回原处。

（2）操作者记录、签名。

【注意事项】

1. 受检者的嗅适应及嗅疲劳易影响本检查的准确性。

2. 水和嗅剂应放到颜色、大小、式样完全相同的有色小瓶中，以免影响检查结果。

【任务评价】

评价要点：① 同学之间配合好，操作过程顺利，方法正确，能正确记录嗅觉检查结果。② 护患沟通有效。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（姜宪辉）

HEP

任务八 耳滴药

【任务目标】

外耳道滴药可软化耵聍、治疗外耳道炎及中耳疾病。通过练习，学会耳滴药法。

耳滴药

【任务准备】

1. 操作者衣着规范整洁，剪指甲，戴口罩，流动水洗手。

2. 用物准备　滴管、滴耳药及消毒干棉球等。

3. 治疗室安静、清洁。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

1. 操作步骤

（1）核对“患者”姓名，向其说明滴耳过程中的配合要求。

（2）“患者”取坐位或卧位，头偏健侧，固定。

（3）“患者”头偏向健侧，患耳向上，清洁外耳道。操作者向后上外方牵拉耳郭，将药液经外耳道口滴入外耳道内 3~5 滴。然后用食指轻压“患者”耳屏数下或轻轻牵拉耳郭数次，使药液流入外耳道深处，并保持原头位 5 分钟，充分耳浴。外耳道口塞入消毒干棉球，以免药液流出（图实训-10）。

2. 操作后整理

（1）分类整理用物，滴耳液放回原处；污物放入医用垃圾桶。

（2）操作者记录、签名。

【注意事项】

1. 药液温度应与体温相近，以免滴药后“患者”出现眩晕不适。

图实训-10　耳滴药

2. 滴耳瓶口不应接触“患者”外耳道口，避免交叉感染。

3. 应教会“患者”或“患者”家属掌握滴药方法，以便他们能在家中自行滴药。

【任务评价】

评价要点：① 同学之间配合好，操作过程顺利，方法正确。② 护患沟通有效，“患者”无不适感。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（姜宪辉）

HEP

任务九 鼻腔滴药

【任务目标】

鼻腔滴药可收缩或湿润鼻腔黏膜，用于检查或治疗鼻腔、鼻窦和中耳的疾病。通过练习，学会鼻腔滴药法。

鼻腔滴药

【任务准备】

1. 操作者衣着规范整洁，剪指甲，戴口罩，流动水洗手。

2. 用物准备　滴鼻药物、滴管或喷雾器，清洁棉球等。

3. 治疗室安静、清洁。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

1. 操作步骤

（1）核对“患者”姓名，向其说明滴鼻过程中的配合要求。

（2）“患者”取坐位或卧位，头后仰，固定，鼻孔朝上。

（3）操作前嘱“患者”轻轻擤出鼻涕。“患者”取仰卧头低位，使鼻腔低于口及咽喉部；或坐位，头尽量后仰。操作者左手拇指轻轻将“患者”鼻尖翘起，使之鼻孔朝上。右手持滴瓶向鼻孔内滴入药液 3~4 滴，轻轻捏鼻翼数次，使药液与鼻腔黏膜广泛接触，两侧鼻腔轮流进行。保持原体位约 5 分钟后再恢复正常体位，用棉球擦去流出的药液。也可使用喷雾器将药液喷入鼻腔（图实训−11）。

2. 操作后整理

（1）分类整理用物，滴鼻液放回原处；污物放入医用垃圾桶。

（2）操作者记录、签名。

图实训-11　鼻腔滴药

【注意事项】

1. 不能取仰卧头低位者，可取侧卧患侧向下位。

2. 药瓶口、滴管口或喷雾器头不得插入鼻孔碰及鼻翼和鼻毛，以免污染。

3. 教会“患者”或“患者”家属滴鼻方法，使其能在家中自行滴药。

【任务评价】

评价要点：① 同学之间配合好，操作过程顺利，方法正确。② 护患沟通有效，“患者”无不适感。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（姜宪辉）

HEP

任务十　外耳道冲洗

【任务目标】

外耳道冲洗用于清除外耳道内的耵聍、小异物或胆脂瘤。通过练习，学会外耳道冲洗法。

外耳道冲洗

【任务准备】

1. 操作者衣着规范整洁，剪指甲，戴口罩，流动水洗手。

2. 用物准备　额镜、20 mL 的一次性注射器 1 个、16 号或 18 号针头（磨去针尖）1 个、消毒弯盘 2 个、温生理盐水 500 mL（温度与体温接近）、卷棉子、治疗巾。

3. 治疗室安静、清洁。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

1. 操作步骤

（1）核对“患者”姓名，向其说明外耳道冲洗过程中的配合要求。

（2）“患者”取侧坐位，头偏健侧。将“针头”套在注射器上。

（3）冲洗：“患者”侧坐，患耳朝向操作者，肩铺一次性治疗巾。嘱其用手托起弯盘紧贴于耳垂下，以盛接流出的冲洗液。操作者用左手将“患者”耳郭向后上方轻轻牵拉，右手持注射器，从弯盘中抽温生理盐水向外耳道上壁缓缓注入，借水的回流作用将耵聍或异物冲出，到冲净为止（图实训-12）。

（4）冲洗毕，用卷棉子擦干外耳道积水。观察“患者”有无眩晕或其他不适。

2. 操作后整理

（1）分类整理用物，弯盘清洗后备消毒；使用过的注射器、污物按医疗垃圾处理。

图实训-12　外耳道冲洗

（2）操作者记录、签名。

【注意事项】

1. 冲洗液温度应与体温接近，以免引起眩晕、恶心和呕吐。

2. 冲洗应缓慢，冲洗方向勿直对鼓膜，以免损伤鼓膜。

3. 急性化脓性中耳炎及鼓膜穿孔者禁忌冲洗。冲洗过程中，若“患者”出现眩晕，暂停操作。

【任务评价】

评价要点：① 同学之间配合好，操作过程顺利，方法正确。② 护患沟通有效，“患者”无不适感。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（姜宪辉）

任务十一 剪鼻毛

【任务目标】

剪鼻毛是鼻手术前护理的一项重要工作。通过练习，学会剪鼻毛方法。

剪鼻毛

【任务准备】

1. 操作者衣着规范整洁，剪指甲，流动水洗手。

2. 用物准备　额镜、消毒弯盘、消毒眼科小剪刀、凡士林软膏或抗生素眼膏、消毒棉签、75% 乙醇等。

3. 治疗室安静、清洁。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

1. 操作步骤

（1）核对“患者”姓名，向其说明剪鼻毛的目的和剪鼻毛过程中的配合要求。

（2）“患者”取坐位，头稍后仰，固定。

（3）在眼科小剪刀上涂少许凡士林软膏或眼膏，戴额镜，对光，看清鼻前庭，用棉签蘸 75% 乙醇清洁鼻前庭。操作者右手持剪刀，左手拇指轻轻抬起“患者”鼻尖，暴露鼻前庭，沿鼻前庭一周紧贴鼻毛根部剪除鼻毛，然后用蘸有凡士林软膏或眼膏的棉签擦净鼻前庭脱落的鼻毛，再次用 75% 乙醇清洁鼻前庭皮肤，并检查鼻毛是否剪干净（图实训−13）。

2. 操作后整理

（1）分类整理用物和处理污物。

（2）操作者记录、签名。

图实训-13　剪鼻毛

【注意事项】

1. 要求将鼻毛剪干净。

2. 注意勿伤及鼻前庭皮肤。

【任务评价】

评价要点：① 同学之间配合好，操作过程顺利，鼻毛全部剪完，鼻腔黏膜无损伤。② 护患沟通有效。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（李东风）

HEP

任务十一 鼻腔冲洗

【任务目标】

鼻腔冲洗是鼻腔、鼻窦慢性炎症治疗或鼻部手术后及鼻咽癌放疗后清除分泌物、痂皮的常规护理。通过练习，学会鼻腔冲洗方法。

鼻腔冲洗

【任务准备】

1. 操作者衣着规范整洁，剪指甲，流动水洗手。

2. 用物准备　鼻腔冲洗器、脸盆，纸巾、温生理盐水 500～1 000 mL、鼻腔洗剂（中成药）或按医嘱备药。

3. 治疗室安静、清洁。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

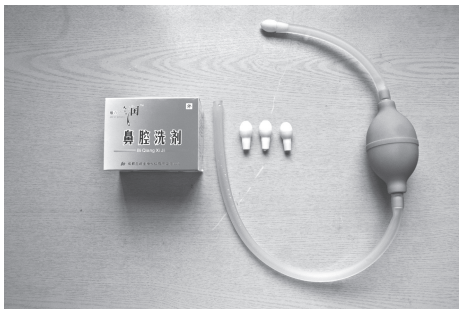
1. 操作步骤

（1）核对“患者”姓名，向其说明鼻腔冲洗的目的和冲洗过程中的配合要求。

（2）“患者”取坐位，身体前倾，头略低，张口呼吸。禁止吞咽或说笑，以避免呛水。

（3）冲洗前检查生理盐水有无杂质，将 1 包鼻腔洗剂缓缓倒入盐水瓶内，摇匀，待完全溶解后备用。“患者”调整好姿势后，两腿自然分开，之间放置接水脸盆，将鼻腔冲洗器吸水管伸入盐水瓶内，把鼻腔冲洗器的橄榄头紧塞于“患者”一侧鼻前庭，让其用手固定。操作者一手扶持盐水瓶，另一手缓缓挤压鼻腔冲洗器气囊（气囊内有特殊工艺加工制成的单向阀，可有效保证药液的单向流动、不回流），使冲洗液缓缓注入一侧鼻

腔，从另一侧鼻腔及口腔流出，收集在预先放置地上的脸盆内。此时，鼻腔内分泌物或痂皮随水冲出。两侧鼻腔交替进行（图实训-14 和图实训-15）。



图实训-14　鼻腔冲洗器

图实训-15　鼻腔冲洗

（4）冲洗后嘱“患者”用纸巾捂住鼻孔，轻轻将鼻腔内残留的冲洗液擤出。

（5）冲洗后用鼻内窥镜观察鼻腔是否已冲洗干净。询问“患者”有否不适，交代注意事项。

2. 操作后整理

（1）分类整理用物和处理污物。

（2）操作者记录、签名。

【注意事项】

1. 鼻及鼻窦的急性炎症期间和手术后 1 周内禁止冲洗。

2. 鼻腔冲洗时嘱“患者”不要说话，以免呛水。

3. 冲洗时挤压气囊用力应均匀，防止将冲洗液冲进咽鼓管致耳部不适。

【任务评价】

评价要点：① 同学之间配合好，操作过程顺利，冲洗干净，“患者”无耳痛、耳鸣等不适感。② 护患沟通有效。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（李东风）

任务十三 耳加压包扎

【任务目标】

耳包扎法是耳外伤现场急救或耳手术后患耳包扎止血固定的一种常用方法。通过练习，学会耳加压包扎方法。

耳加压包扎

【任务准备】

1. 操作者衣着整齐，戴口罩。

2. 用物准备　消毒弯盘 1 个、枪状镊 1 把、消毒棉球若干个、消毒纱块 3~5 块、棉垫 1 块、绷带 1 卷、75% 乙醇。

【任务实施】

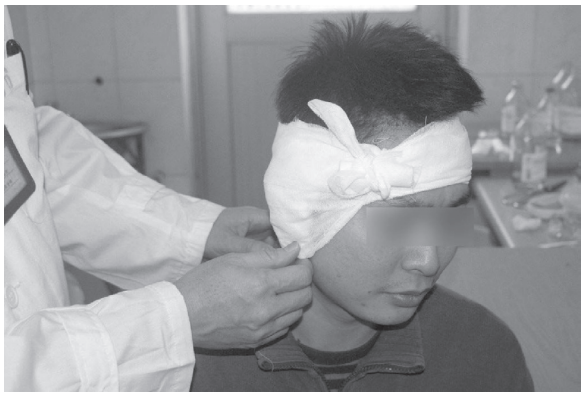
两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

1. 操作步骤

（1）核对“患者”姓名，向其说明耳包扎过程中的配合要求。

（2）“患者”取坐位或卧位。

（3）清洁、消毒患侧耳周及外耳道皮肤，清除异物（包括血迹），耳甲腔置消毒棉球，封闭外耳道口。耳郭前后依次垫上消毒纱块和棉垫，固定，用绷带进行加压包扎。绷带加压包扎的步骤：先在患侧耳与眼的外眦之间垂下一段绷带超过下颌 5~6 cm，上方延长至头顶折返同侧额部水平，折 90° 经前额从前到后绕额部 2~3 圈，用绷带固定棉垫上极，继而绕至耳垂下方紧压棉垫下极，再向上绕额部 1 圈，重复此动作，每次绕过耳部时均叠压原绷带的 1/2，最后再绕额部 2 圈。将原来留出的患侧耳与眼外眦之间上下各一段绷带打结，固定即可。调整额部的绷带至眉弓之上（图实训 -16）。



图实训-16　耳加压包扎

（4）向“患者”询问有无不适，交代注意事项。

2. 操作后整理

（1）分类整理用物和处理污物。

（2）操作者记录、签名。

【注意事项】

1. 操作中要按步骤进行，绷带不要压迫上眼睑，健耳耳郭应完全暴露。

2. 棉垫上下均不能露在绷带外。

3. 包扎不要过紧或过松。

【任务评价】

评价要点：① 同学之间配合好，操作过程顺利，方法正确，包扎稳固美观。② 护患沟通有效，“患者”无不适感。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（李东风）

任务十四 超声雾化吸入

【任务目标】

超声雾化吸入是治疗呼吸道炎症、喉外伤最常用的护理措施之一。通过练习，学会超声雾化吸入方法。

超声雾化吸入

【任务准备】

1. 操作者衣着规范整洁，剪指甲，流动水洗手。

2. 用物准备　超声雾化器、药杯、污物桶、纸巾、药物（常用药物为生理盐水20 mL、庆大霉素注射液8万单位、地塞米松注射液10 mg等，或其他医嘱药物）。

3. 治疗室安静、清洁。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

1. 操作步骤

（1）核对“患者”姓名，向其说明超声雾化吸入治疗的目的和治疗过程中的配合要求。

（2）“患者”取坐位。

（3）在超声雾化器水槽中加入冷蒸馏水250 mL，使水槽内浮标浮起。安装水槽盖，在超声雾化器的雾化罐内加入治疗药物，接上螺纹管和一次性喷嘴。接通电源，打开电源开关，调节雾量和时间。指导“患者”将一次性喷嘴放入口中，有规律地做深呼吸。治疗完毕，取下一次性喷嘴，放入医疗垃圾桶内，关电源（图实训-17）。

2. 操作后整理

（1）将“患者”手持部分的螺纹管取下，在流动水下冲洗，晾干后放入戊二醛溶液中泡浸消毒。

（2）分类整理用物和处理污物。

（3）操作者记录、签名。

图实训-17　超声雾化吸入

【注意事项】

1. 如果超声雾化器无法正常启动，应检查电源是否接通，雾化罐内是否加入治疗药物，水槽的水是否不足等。

2. 每次雾化吸入治疗的时间为 15~20 分钟。

3. 水槽及雾化罐中忌加热水，连续使用后水槽的水温升高（大于 60 ℃），需关机更换冷蒸馏水。

4. 不使用时将水槽的水排空。

【任务评价】

评价要点：① 同学之间配合好，操作过程顺利。② 护患沟通有效，“患者”无不适感。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（李东风）

任务十五 口腔超声波龈上洁治术

【任务目标】

通过练习，学会超声波龈上洁治术的操作方法。

【任务准备】

1. 操作者衣装规范整洁，剪指甲，流动水下洗手。

2. 用物准备　牙椅、托盘、口镜、镊子、探针、口杯、吸唾管、围布、超声波洗牙机、洁治手柄、工作尖等（图实训-18）。

图实训-18　超声波洗牙机及工作尖

3. 治疗室安静、清洁。

【任务实施】

两位同学一组，互为“护士”“患者”角色，轮换操作。

1. 操作步骤

（1）核对“患者”，嘱“患者”用3%的过氧化氢溶液或漱口水含漱1分钟，以减轻口腔污染。

（2）“患者”取仰卧位，操作者用改良握笔法握持手机，用无名指作支点（一般选用口外支点，必要时也可以邻近牙作支点），使用过程中，工作头前部侧缘与牙面成10°~15°（不应与牙面垂直）轻接触牙石，握持器械时要轻而稳，勿加压，来回移动，清除牙石。洁牙尖永远与牙龈方向保持一致，不至于损伤牙龈（图实训-19）。

（3）洁治应按一定顺序，全口分为6个区，分区进行洁治，分别是左上颌后牙区、左下颌后牙区、右上颌后牙区、右下颌后牙区、上颌前牙区、下颌前牙区，以免遗漏牙

石。根据牙龈的方向和牙齿的位置随时调整椅位。

（4）洁治时应根据牙石大小厚薄及部位来调整水量及振幅，水要调成喷雾状。

（5）洁治时勿使振幅过大，勿使工作尖停留于一处，以免造成牙齿损伤。

（6）操作结束，询问“患者”有何不适，交代注意事项。

图实训-19　超声波洁治操作

2. 操作后整理

（1）分类整理用物和处理污物。

（2）操作者记录、签名。

【注意事项】

1. 洁治前口腔内消毒，避免感染。

2. 一颗牙齿的洁治应该是唇舌向交替进行，这就需要学会用反光镜，看清楚牙石的位置，特别是舌侧。

3. 根据牙龈的方向和牙齿的位置随时调整椅位，在 120° 内移动，洁治前椅位和头托的调整很重要，这样才能让视野更清楚，使洁治操作更方便。

4. 洁治是靠超声波将牙石振松动脱落下来，而不是用力抠下来的，不需要用力。

【任务评价】

评价要点：① 同学之间配合好，操作过程顺利，掌握正确的操作方法。② 护患沟通有效，牙齿全部洁治，牙齿、牙龈无损伤。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（任　冬）

任务十六 口腔器械清洗消毒

【任务目标】

口腔科护士的护理工作包括器械清洗和消毒，器械的维护和保养。治疗以后的器械，分别采用废弃、水洗、灭菌和消毒等方法分别进行处理。

通过练习，学会器械清洗和消毒，器械的维护和保养。

【任务准备】

物品准备：托盘、探针、镊子和口镜，手术器械、拔牙钳、牙挺、牙科手机、2%戊二醛液等。

【任务实施】

学生两人一组，分别进行清洗、消毒、包装、保养。

（一）污染器材分类清洗与消毒

1. 对于一次性使用的塑料器械盘、注射器、托盘、探针、镊子和口镜等，按规定放入医疗废物桶内，通常采取毁灭或焚烧，严禁污染医疗用品重新使用或流向社会。

2. 患者使用后的治疗椅和治疗台，使用含消毒剂的纱布涂拭或消毒剂喷射，进行物体表面的灭菌和消毒。

（二）器械消毒与保养

1. 治疗器械清洗和消毒

临床治疗器械操作后常常附着不少污物、血渍等，必须及时清洗，然后按照物品性质，分别进行不同形式的消毒和灭菌处理。

2. 器械的灭菌和保养

一般治疗结束后，对使用过的高速或低速手机前部应及时清洗，手机表面可以用2%戊二醛擦拭和紫外线照射消毒。牙科手机、车针、根管治疗器械、拔牙器械、手术治疗器械、牙周治疗器械等使用前必须达到灭菌要求。需要灭菌的口腔诊疗器械，分别包装后用高压蒸汽灭菌的方法进行灭菌（图实训-20）。

图实训-20　高压蒸汽灭菌器

3. 器械的保养

每天保养的器械是高、低速手机，每周需要保养的器械是气泵内储气罐排水和适时添加润滑油。

【注意事项】

1. 小器械包括各类根管器械（如扩大针、镍钛锉、充填针等）、各类车针、超声洁牙机工作尖、各类磨头等体积较小的器械，回收时注意防丢失，防职业暴露。

2. 椅旁预清洁时注意防锐器刺伤，禁止用手直接接触锐器的尖端。

3. 回收器械时要注意保湿并密闭运送到消毒室。

4. 器械的包装、灭菌装载要符合规范。

【任务评价】

评价要点：掌握正确的器械清洗和消毒方法。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（任　冬）

任务十七　口腔常用充填材料调制

【任务目标】

通过练习，学会口腔充填材料的调制方法。

【任务准备】

1. 操作者衣装规范整洁，剪指甲，流动水洗手。

2. 用物准备　氧化锌丁香油酚粘固剂、磷酸锌粘固剂（水门汀）、玻璃离子粘合剂、玻璃调板、调刀等。

【任务实施】

两位同学一组，分别进行充填材料的调制练习。

1. 氧化锌丁香油酚粘固剂

（1）调制方法：按液体 0.5 mL、粉 1.5～1.8 g 的比例取适量，放在清洁干燥的调和玻璃板上调拌。左手固定玻璃板，右手握调拌刀，平放于玻璃板上顺一个方向旋转调和，使粉液调和成糊状或面团状即可（图实训-21）。

（2）主要用途：窝洞暂封、深龋垫底、根管充填。

2. 磷酸锌粘固剂（水门汀）

（1）调制方法：取适量的粉末和液体置于调和玻璃板上，将粉分成数份，逐份将粉末加入液体中，平握调和刀旋转调拌，当第一份粉与液体调匀后，再加入第二份粉，直至调和成适用稠度。调和应在 1 分钟内完成。

（2）主要用途：用于窝洞垫底、暂时充填、冠桥

图实训-21　充填材料调制

黏合。

3. 玻璃离子黏合剂

（1）调制方法：取适量的粉末和液体，置于清洁干燥的玻璃板上，用塑料调拌刀旋转调拌，调和成面团状即可。

（2）主要用途：窝洞充填、冠桥粘合。

4. 银汞合金

（1）调制方法：手工调制方法是，将银合金粉与汞按 5∶8（重量比）放入玻璃乳钵内，用杵研磨成无游离汞的材料。调制好的材料揉捻时可有握雪感或捻发音，即可使用。

（2）主要用途：后牙窝洞永久填充。

【注意事项】

调拌材料应在 1 分钟内完成。暂时封闭剂或窝洞垫底材料，调制时则可减少粉剂用量，使其流动性增大，玻璃离子水门汀充填剂，调制时按粉、液以 3∶1 的比例（重量比）。

调拌材料时为防止汞对人体伤害，操作者需戴口罩和手套。

【任务评价】

评价要点：掌握正确的充填材料调制方法。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（任　冬）

任务十八 口腔科护理四手操作技术

口腔科四手操作技术是指在口腔治疗过程中，一个医生和一个护士配合，医护二人采取舒适的座位，共四手同时进行工作。它是一种高效率的牙科治疗操作技术，在临床工作中已经被逐渐推广应用。

【任务目标】

通过练习，学会操作体位的调整配合，口腔器械传递及交换。

【任务准备】

设备设施：综合治疗台（牙椅，牙手用灯、机、三用枪、吸唾器、强力吸引器）、医生用椅、护士用椅、活动器械柜、固定柜、洗手池。

【任务实施】

3 位同学一组，互为“医生”“护士”“患者”角色，轮换操作。

一、体位调整与配合

1.“医生”体位

采用平衡舒适的座位，身体长轴平直，上臂垂直，肘维持与肋接触，双手保持在心脏水平，大腿与地面约呈 15° 角，头部微前倾，视线向下，眼与“患者”口腔距离为 35～45 mg。

2.“护士”的体位

面向“医生”，座位比“医生”高 10～15 cm，双脚放在座椅脚踏上，维持舒适的平衡工作位置。髋部与“患者”肩部平齐，大腿与地面平行。左腿靠近综合治疗台并与综

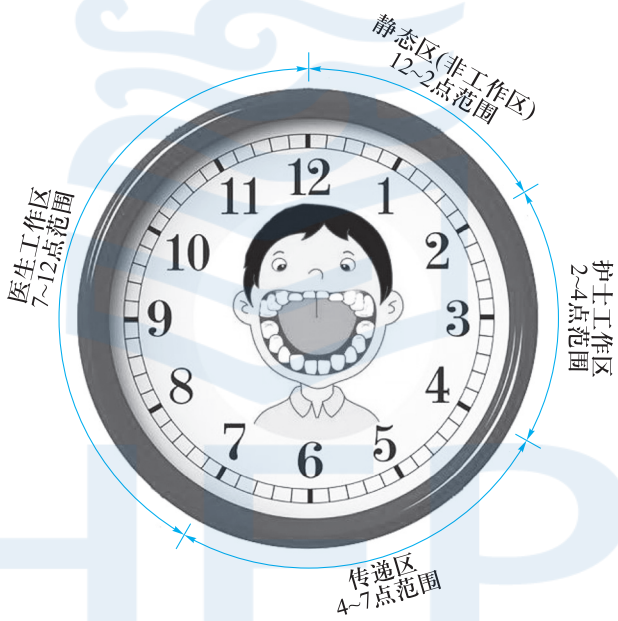
合治疗台边缘平行。“护士”座椅前缘应位于“患者”口腔的水平线上，方便与“医生”传递交换的器械和材料。

3.“患者”的体位

采用舒适平卧位，治疗上颌牙时，调节椅背使其与地面平行，上颌合平面与地面垂直。治疗下颌牙时，调节椅抬高 10~25 cm。

二、医、护、患的位置关系

医、护、患的位置关系用时钟形式分为 4 个时钟区，将仰卧位的“患者”头顶方向定为 12 点位置，按顺时针方向划分 (图实训-22)。



图实训-22　口腔科四手操作时钟区

1. 静态区（非工作区）

时钟 12~2 点范围。此区用于放置活动器械柜。

2. 护士工作区

时钟 2~4 点范围。便于“护士”在静止区活动柜内取所需器械、材料。此区不能放置物品。

3. 传递区

时钟 4~7 点范围。是“医生”和“护士”之间传递器械、材料的区域。

4. 医生工作区

时钟 7~12 点范围。“医生”最常用位置是 11 点，此区是较理想的诊断入口，有最清晰的操作视野。此区不能放置物品。

三、器械传递与交换

1. 器械传递

握笔式直接传递法：“护士”将器械在传递区的位置，方向与“患者”额部平行、肘部平行传递到“医生”手中。“医生”以拇指和食指握住器械工作端的 2/3 部位，中指置于器械下面作为支持。“医生”从“患者”口中拿出器械时，“护士”左手从传递区接过器械，所持部位是器械非工作端。

2. 器械交换

平行器械交换法：“护士”以左手拇指、食指及中指递送消毒好的器械，以无名指和小指接过使用后的器械。

四、吸引器的使用

吸唾器可根据需要弯成弓形、S 形。操作中，“护士”及时吸净口腔内的水、雾、粉末碎屑及唾液，保持手术视野清晰。（图实训–23）

图实训 –23　口腔科四手操作技术

【注意事项】

1. 操作轻柔，牵拉软组织时“患者”无不适感。不干扰“医生”工作。

2. 禁止“患者”头面部传递器械，以确保“患者”治疗安全；传递细小器械要准确、平稳。

3. 器械交换过程中，“护士”应注意握持器械的部位及方法，以保证器械交换顺利，无污染、无碰撞。

4. 使用吸引时，吸引器头避免接触“患者”的咽部、舌根部、软腭等敏感部位，以免引起呕吐。

【任务评价】

评价要点：掌握正确的操作体位的调整配合，口腔器械传递及交换。

评价方法：自评、同学互评、教师点评。

（王世清、李东风）

HEP

课后练习参考答案

1. B	2. A	3. E	4. D	5. E	6. C	7. A	8. D	9. B
10. A	11. E	12. D	13. C	14. E	15. A	16. E	17. E	18. B
19. A	20. E	21. B	22. D	23. E	24. C	25. B	26. A	27. C
28. B	29. A	30. D	31. C	32. A	33. E	34. B	35. D	36. E
37. D	38. B	39. E	40. C	41. A	42. D	43. A	44. D	45. A
46. D	47. E	48. C	49. D	50. A	51. E	52. D	53. E	54. D
55. C	56. B	57. A	58. B	59. B	60. A	61. E	62. D	63. C
64. B	65. A	66. C	67. D	68. D	69. E	70. D	71. E	72. D
73. A	74. B	75. E	76. C	77. D	78. A	79. D	80. E	81. D
82. A	83. C	84. D	85. A	86. C	87. B	88. C	89. E	90. A
91. C	92. A	93. D	94. B	95. E	96. C	97. B	98. D	99. A
100. D	101. D	102. C	103. A	104. A	105. A	106. D	107. A	108. E
109. D	110. D	111. C	112. A	113. E	114. E	115. B	116. B	117. A
118. B	119. C	120. E	121. A	122. C	123. D	124. E	125. D	126. D
127. A	128. C	129. E	130. C	131. A	132. C	133. B	134. A	135. D
136. E	137. D	138. E	139. B	140. D	141. E	142. B	143. D	144. A
145. C	146. A	147. C	148. D	149. D	150. E	151. B	152. B	153. A
154. A	155. B	156. B	157. E	158. B	159. A	160. A	161. A	162. C
163. B	164. E	165. A	166. D	167. D	168. A	169. A	170. C	171. B
172. C	173. E	174. C	175. B	176. E	177. E	178. E	179. C	

HEP

附　录

一、眼科常用药物

药名	主要作用	适应证	用法
一、洗眼药			
0.9% 氯化钠溶液	稀释酸碱化学药物、眼部清洁、冲洗眼表面异物	眼酸碱化学伤、急性结膜炎、眼表面异物伤	洗眼
2%～3% 硼酸溶液	中和碱性化学药物、收敛	眼碱性化学伤、急性结膜炎	洗眼
3% 碳酸氢钠溶液	中和酸性化学药物	眼酸性化学伤	洗眼
二、表面麻醉药			
0.5%～1% 丁卡因滴眼液	眼表面麻醉	眼科检查和小手术	滴眼，每次 1～2 滴，1 次 /5 分钟，共 3 次
0.4% 盐酸奥布卡因滴眼液	眼表面麻醉	眼科检查和小手术	滴眼，每次 1～2 滴，1 次 /5 分钟，共 3 次
0.5% 丙氧苯卡因滴眼液	眼表面麻醉	眼科检查和小手术	滴眼，每次 1～2 滴，1 次 /5 分钟，共 3 次
三、散瞳药			
0.5%～1% 阿托品滴眼液或眼膏	散瞳、麻痹睫状肌	用于儿童散瞳验光、虹膜睫状体炎、角膜炎。原发性青光眼禁用，40 岁者以上慎用	滴眼 3 次 / 日，滴眼后压迫泪囊 2～3 分钟；涂眼 3 次 / 日
0.5%～1% 托品酰胺滴眼液	散瞳，但作用快、持续时间短	成人散瞳验光、假性近视	滴眼 3 次 / 日，滴眼后压迫泪囊 2～3 分钟
2% 后马托品滴眼液	散瞳，但作用较弱	散瞳验光及检查眼底	滴眼 3 次 / 日，滴眼后压迫泪囊 2～3 分钟
四、抗感染药			
1. 抗生素药			

续表

药名	主要作用	适应证	用法
（1）氨基糖甙类			
0.3% 妥布霉素滴眼液或眼膏	抗菌消炎	铜绿假单胞菌、耐药金黄色葡萄球菌所致的结膜炎、角膜炎	滴眼 4~6 次 / 日；涂眼 1 次 / 睡前
0.3% 庆大霉素滴眼液或眼膏	抗菌消炎	铜绿假单胞菌、耐药金黄色葡萄球菌所致的结膜炎、角膜炎	滴眼 4~6 次 / 日；涂眼 1 次 / 睡前
（2）喹诺酮类			
0.3% 氧氟沙星（泰利必妥）滴眼液	抗菌消炎	各种细菌性外眼感染、沙眼及新生儿急性滤泡性结膜炎	滴眼 4~6 次 / 日
0.3% 左氧氟沙星（海伦）滴眼液	抗菌消炎	同氧氟沙星	滴眼 4~6 次 / 日
0.3% 环丙沙星滴眼液	抗菌消炎	同氧氟沙星	滴眼 4~6 次 / 日
（3）氯霉素类			
0.25%~0.5% 氯霉素滴眼液	抗菌消炎	结膜炎、沙眼、角膜炎、睑缘炎	滴眼 4~6 次 / 日
（4）四环素类			
0.5% 四环素眼膏	抗菌消炎	细菌性结膜炎、沙眼、角膜炎、睑缘炎	涂眼 1 次 / 睡前
0.5% 金霉素眼膏	抗菌消炎	细菌性结膜炎、沙眼	涂眼 1 次 / 睡前
（5）大环内酯类			
0.5% 红霉素眼膏	抗菌消炎	细菌性结膜炎、沙眼、角膜炎、睑缘炎	涂眼 1 次 / 睡前
（6）多粘菌素类			
0.1%~0.25% 多黏菌素 B 滴眼液	抗菌消炎	绿脓杆菌角膜溃疡	滴眼 4~6 次 / 日
（7）利福平			

续表

药名	主要作用	适应证	用法
0.1% 利福平滴眼液或眼膏	抗菌消炎	沙眼、细菌性结膜炎	滴眼 4~6 次 / 日；涂眼 1 次 / 睡前
2. 抗病毒类			
0.5% 利巴韦林（病毒唑）滴眼液	抑制病毒	病毒性角结膜炎及其他病毒性眼病	滴眼 6~12 次 / 日
0.1% 阿昔洛韦（无环鸟苷）滴眼液或眼膏	抑制病毒	病毒性角结膜炎及其他病毒性眼病	滴眼 6~12 次 / 日；涂眼 1 次 / 睡前
0.1% 碘苷（疱疹净）滴眼液或 0.4% 碘苷眼膏	抑制病毒	单纯疱疹病毒性角膜炎、流行性角结膜炎	滴眼 6~12 次 / 日；涂眼 1 次 / 睡前
3. 抗真菌类			
2% 咪康唑滴眼液或眼膏	抗真菌感染	真菌性角膜炎	滴眼 4~6 次 / 日；涂眼 1 次 / 睡前
五、糖皮质激素			
0.1% 地塞米松滴眼液或眼膏	抗炎、抗过敏	过敏性角结膜炎、虹膜睫状体炎、术后抗炎	滴眼 4~6 次 / 日；涂眼 1 次 / 睡前
0.5% 氢化可的松滴眼液或眼膏	抗炎、抗过敏	过敏性角结膜炎、虹膜睫状体炎、术后抗炎	滴眼 4~6 次 / 日；涂眼 1 次 / 睡前
0.1% 氟美龙（氟美童）滴眼液	抗炎、抗过敏	过敏性角结膜炎、虹膜睫状体炎、术后抗炎	滴眼 2~4 次 / 日
六、非甾体抗炎药			
0.1% 双氯芬酸钠滴眼液	消炎、解热、镇痛	非感染性角结膜炎、葡萄膜炎、术后抗炎	滴眼 3~4 次 / 日
0.1% 普拉洛芬（普南扑灵）滴眼液	消炎、解热、镇痛	角结膜炎、虹膜睫状体炎、术后抗炎	滴眼 3~4 次 / 日
氟比洛芬（欧可芬）滴眼液	消炎、解热、镇痛	虹膜炎、巨乳头性结膜炎、术后抗炎	滴眼 3~4 次 / 日
七、抗变态反应药			
2% 色甘酸钠滴眼液	抗过敏	春季角结膜炎和其他过敏性眼病	滴眼 4~6 次 / 日
0.05% 左卡巴斯汀滴眼液	抗过敏	过敏性结膜炎等	滴眼 3~4 次 / 日

续表

药名	主要作用	适应证	用法
八、抗青光眼药			
2% 匹罗卡品（毛果芸香碱）滴眼液或眼膏	缩瞳、降眼压	原发性青光眼	滴眼 2~3 次 / 日；涂眼 1 次 / 睡前
0.5% 噻吗洛尔（噻吗心安）滴眼液	减少房水分泌、降眼压	各型青光眼、高眼压症	滴眼 2 次 / 日
1% 布林佐胺（派立明）滴眼液	减少房水分泌、降眼压	各型青光眼、高眼压症	滴眼 2 次 / 日
0.5% 左布诺洛尔 (贝他根) 滴眼液	减少房水分泌、降眼压	各型青光眼、高眼压症	滴眼 2 次 / 日
0.004% 曲伏前列素（苏为坦）滴眼液	促进房水排出、降眼压	开角型青光眼、高眼压症	滴眼 1 次 / 晚
九、防治白内障药			
0.5% 苄达赖氨酸（莎普爱思）	预防或治疗白内障	早期年龄相关性白内障	滴眼 3 次 / 日
2% 谷胱甘肽滴眼液	延缓白内障的发展	各种白内障	滴眼 3 ~4 次 / 日
吡诺克辛钠（白内停）滴眼液	延缓白内障的发展	各种白内障	滴眼 4 次 / 日
十、人工泪液			
1% 复方硫酸软骨素滴眼液	湿润和润滑眼部	视力疲劳、干眼症	滴眼 4~6 次 / 日
羟糖甘（新泪然）滴眼液	湿润和润滑眼部	视力疲劳、干眼症	滴眼 4~6 次 / 日
0.1% 透明质酸钠（爱丽）滴眼液	湿润和润滑眼部	眼干燥综合征、角膜上皮损伤	滴眼 4~6 次 / 日
十一、血管收缩剂			
0.025% 羧甲唑啉滴眼液	收缩血管、减轻结膜充血	视疲劳、结膜充血	滴眼 2~4 次 / 日
维氨啉（新乐敦）滴眼液	收缩血管、减轻结膜充血	视疲劳、结膜充血	滴眼 2~4 次 / 日
十二、免疫抑制剂			
0.1% 环孢霉素 A 滴眼液	抑制免疫功能	角膜移植术后排斥反应及葡萄膜炎等免疫性眼病	滴眼 3~4 次 / 日
十三、染色药			
2% 荧光素钠滴眼液	染色剂	角膜染色	滴眼只用 1 次

（翟伟平、谢伟聪）

二、耳鼻喉科常用药物

药名	主要作用	适应证	用法
一、耳科用药			
3% 过氧化氢（双氧水）溶液	清洁、消毒、除臭	外耳道清洁	洁耳，每日 3~4 次
0.3% 氧氟沙星（泰利必妥）滴耳液	抗菌消炎	急慢性化脓性中耳炎、鼓膜炎、外耳道炎	滴耳，每日 3~4 次
复方新霉素滴耳液	抗菌消炎、抗过敏	急慢性化脓性中耳炎	滴耳，每日 3~4 次
2% 酚甘油滴耳液	消炎、止痛	早期急性中耳炎（穿孔前）、急性鼓膜炎	滴耳，每日 3~4 次
4% 硼酸乙醇滴耳液	消毒、收敛、止痒	慢性化脓性中耳炎、外耳道炎	滴耳，每日 3~4 次
4% 碳酸氢钠滴耳液	软化耵聍	耵聍栓塞	滴耳，每日 3~4 次
2% 水杨酸甘油滴耳液	止痒、抑真菌	外耳道真菌病	滴耳，每日 3~4 次
制霉菌素霜	抗真菌	外耳道真菌病	涂外耳道 每日 1~2 次
达克宁霜	抗真菌、止痒	外耳道真菌病	涂外耳道 每日 1~2 次
二、鼻科用药			
0.5%~1% 麻黄碱滴鼻液	收缩血管	鼻腔检查、止血	滴鼻，每日 3~4 次或加在棉片中置入鼻腔
呋喃西林麻黄滴鼻液	消炎、收缩血管、改善通气、减少分泌物	急慢性鼻炎、急慢性鼻窦炎	滴鼻，每日 3~4 次
复方薄荷石蜡油滴鼻液	润滑黏膜、除臭；刺激末梢神经功能	萎缩性鼻炎	滴鼻，每日 3~4 次
0.3% 庆大霉素滴鼻液	抗菌消炎	萎缩性鼻炎、鼻硬结病	滴鼻，每日 3~4 次
鼻炎滴剂（喷雾型）	收缩黏膜、消炎、减少分泌物	急慢性鼻炎、急慢性鼻窦炎	喷鼻腔 每日 2 次
左卡巴斯汀（立复汀）鼻喷剂	抗过敏	变应性鼻炎	喷鼻腔 每日 2 次
丙酸倍氯米松（伯克钠）鼻喷剂	抑制免疫球蛋白合成	变应性鼻炎、血管运动性鼻炎、鼻息肉病、鼻息肉摘除术后预防复发	喷鼻腔 每日 2 次

续表

药名	主要作用	适应证	用法
布地奈德（雷诺考特）鼻喷剂	增强局部抗炎能力	变应性鼻炎	喷鼻腔 每日 2 次
丙酸氟替卡松（辅舒良）鼻喷剂	增强局部抗炎能力	变应性鼻炎	喷鼻腔 每日 2 次
三、咽喉科用药			
复方硼砂含漱液（朵贝氏液）	抗菌消炎	急性咽炎、急性扁桃体炎、口腔溃疡	含漱 每日 3~4 次
0.02% 呋喃西林含漱液	抗菌、消炎	急慢性扁桃体炎、扁桃体摘除术后	含漱 每日 3~4 次
复方草珊瑚含片	疏风清热，消肿止痛、清利咽喉	急慢性咽炎、扁桃体炎	含服，1~2 片 / 次 每日 3~4 次
华素片（西地碘含片）	消炎、止痛、消肿	急慢性扁桃体炎、口腔溃疡、牙龈炎	含服，1~2 片 / 次 每日 3~4 次
氯己定苯佐卡因含片	抗菌消炎，止痛	急性扁桃体炎、口腔溃疡	含服，1~2 片 / 次 每日 3~4 次
西瓜霜含片	清音利咽，消肿止痛	急慢性咽炎、急性扁桃体炎、口腔溃疡、牙龈炎	含服，1~2 片 / 次 每日 3~4 次
双料喉风散	清热解毒，消肿利咽，止痛	急性咽炎、扁桃体炎、口腔溃疡、牙龈炎	喷患处 每日 3~4 次

（李东风）

三、口腔科常用药物

药名	主要作用	适应证	用法
一、防治龋病药物			
75% 氟化钠甘油糊剂	防龋、脱敏	龋病	清洁、吹干患牙，用小棉球蘸少量糊剂涂擦牙面
2% 氟化钠溶液	局部防龋	龋病	清洁、吹干牙面，用小棉球蘸药水涂患处 2~3 分钟，再吹干反复涂药 2~3 次，每周 1 次

续表

药名	主要作用	适应证	用法
二、用于龋洞消毒药物			
樟脑酚合剂	镇痛、杀菌防腐	窝洞及根管消毒和牙髓炎止痛	窝洞消毒：用蘸药小棉球涂擦窝洞 1 分钟。 镇痛：把蘸药小棉球放入洞内即可根管消毒：把蘸药棉捻封入根管 2~3 天
75% 乙醇溶液	消毒	窝洞消毒	用蘸药小棉球涂擦窝洞 1 分钟
三、治疗牙本质过敏药物			
碘酚溶液	脱敏	牙本质过敏	用蘸药小棉球涂擦狆面过敏区，并用烧热器械烫小棉球，可重复 2 次
碘化银	脱敏	前、后牙的牙本质过敏	干燥牙面后，用碘酊棉球涂擦牙面，吹干后再用硝酸银涂擦，可反复几次
四、牙髓安抚剂和镇痛剂			
丁香油酚	止痛	牙髓镇痛	将丁香油酚小棉球置于开孔处即可
氧化锌丁香油糊剂	止痛	安抚镇痛，抑菌防腐	将粉液调成糊状使用
五、活髓保存剂、牙髓失活剂和干髓剂			
氢氧化钙盖髓剂	抑制细菌生长、中和酸性产物、促进修复性牙本质形成	间接盖髓或直接盖髓	将粉液调成糊，放入深龋的洞底或直接放置在新鲜暴露的牙髓表面
亚砷酸	使组织坏死且无自限性	失活牙髓。但要严格掌握药量和封药时间	取粟粒大小亚砷酸置于露髓孔处，暂封，封药时间：24~48 小时
金属砷	失活牙髓，但作用比亚砷酸缓和	乳牙的牙髓失活	取粟粒大小的金属砷放在穿髓孔处、暂封，封药时间：5~7 天
干髓糊剂	使根髓保持长期无菌、干固状态。	用于干髓术	牙髓失活后去除冠髓，将干髓剂放在根管口处根髓的断面上，约 1mm 厚，垫底后充填
六、根管洗涤剂、根管消毒剂和根管充填剂			
3% 过氧化氢溶液	清洗、杀菌、除臭、止血	冲洗感染根管和牙周袋	用蘸药棉捻擦洗根管或用注射器插入根管缓慢冲洗，清除残屑

续表

药名	主要作用	适应证	用法
甲醛甲酚溶液	消毒防腐	根管消毒	把蘸药的棉捻或纸捻封入根管，封药时间为 5~7 天。因本药刺激性大，蘸药切勿过饱和
氧化锌丁香油糊剂	促进根尖修复	根管充填肉芽组织生长	将粉液调成糊状，用根管充填器或扩大针等送入根管内
七、治疗牙周病药物和含漱剂			
碘甘油	消炎收敛	牙髓炎、牙周炎和冠周炎	用镊子尖夹住少量药液送入龈沟、牙周袋及冠周盲袋内
碘酚液	杀菌	烧灼牙周袋内壁或瘘管的肉芽组织	把蘸药棉捻插入牙周袋或瘘管内，注意保护正常组织
牙周塞治剂	收敛、止血、止痛、防腐和保护创面	牙龈、牙周手术后	将粉液调成面团状，搓成条并压在局部创面上，再用湿棉球把塞治剂表面压平，1 周后去除
0.12%~0.2% 氯己定	杀菌	预防牙龈炎和龋病，治疗口腔溃疡及真菌感染，口腔手术前后使用可预防伤口感染	含漱，每天 3 次，每次 1 分钟。治疗溃疡时，可用 0.12% 药液局部涂抹

（任　冬）

郑重声明

高等教育出版社依法对本书享有专有出版权。任何未经许可的复制、销售行为均违反《中华人民共和国著作权法》，其行为人将承担相应的民事责任和行政责任；构成犯罪的，将被依法追究刑事责任。为了维护市场秩序，保护读者的合法权益，避免读者误用盗版书造成不良后果，我社将配合行政执法部门和司法机关对违法犯罪的单位和个人进行严厉打击。社会各界人士如发现上述侵权行为，希望及时举报，我社将奖励举报有功人员。

反盗版举报电话　（010）58581999　58582371

反盗版举报邮箱　dd@hep.com.cn

通信地址　北京市西城区德外大街4号　高等教育出版社法律事务部

邮政编码　100120

读者意见反馈

为收集对教材的意见建议，进一步完善教材编写并做好服务工作，读者可将对本教材的意见建议通过如下渠道反馈至我社。

咨询电话　400-810-0598

反馈邮箱　zz_dzyj@pub.hep.cn

通信地址　北京市朝阳区惠新东街4号富盛大厦1座
高等教育出版社总编辑办公室

邮政编码　100029

防伪查询说明

用户购书后刮开封底防伪涂层，使用手机微信等软件扫描二维码，会跳转至防伪查询网页，获得所购图书详细信息。

防伪客服电话

（010）58582300

学习卡账号使用说明

一、注册/登录

访问http://abook.hep.com.cn/sve，点击“注册”，在注册页面输入用户名、密码及常用的邮箱进行注册。已注册的用户直接输入用户名和密码登录即可进入“我的课程”页面。

二、课程绑定

点击“我的课程”页面右上方“绑定课程”，在“明码”框中正确输入教材封底防伪标签上的20位数字，点击“确定”完成课程绑定。

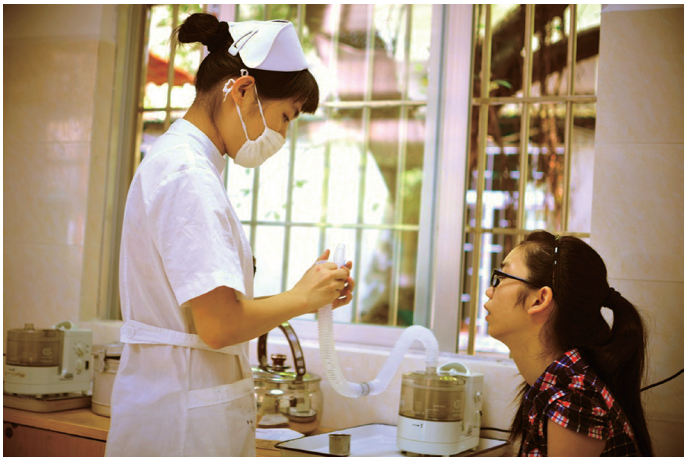
三、访问课程

在“正在学习”列表中选择已绑定的课程，点击“进入课程”即可浏览或下载与本书配套的课程资源。刚绑定的课程请在“申请学习”列表中选择相应课程并点击“进入课程”。

如有账号问题，请发邮件至：4a_admin_zz@pub.hep.cn。

眼科护士　结膜囊冲洗

眼科护士　眼部换药



耳鼻喉科护士　超声雾化吸入治疗

耳鼻喉科护士　穴位注射治疗

口腔科护士　牙科材料调制

口腔科护士　医护配合

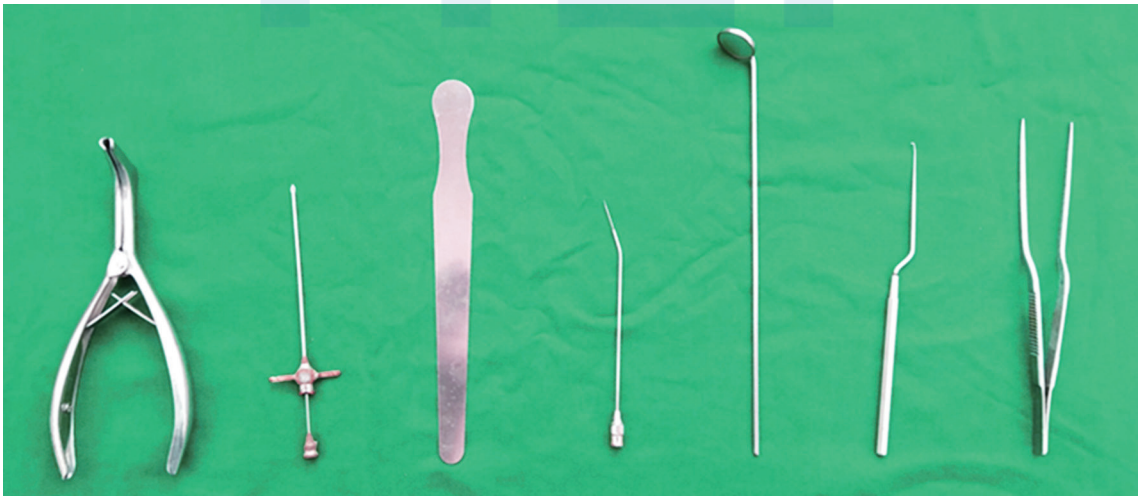
五官科门诊常用器械

从左到右：眼科镊(有齿)，眼科镊(无齿)，睫毛镊，眼科剪，结膜囊冲洗针头，泪道冲洗针头(长、短)

图 1

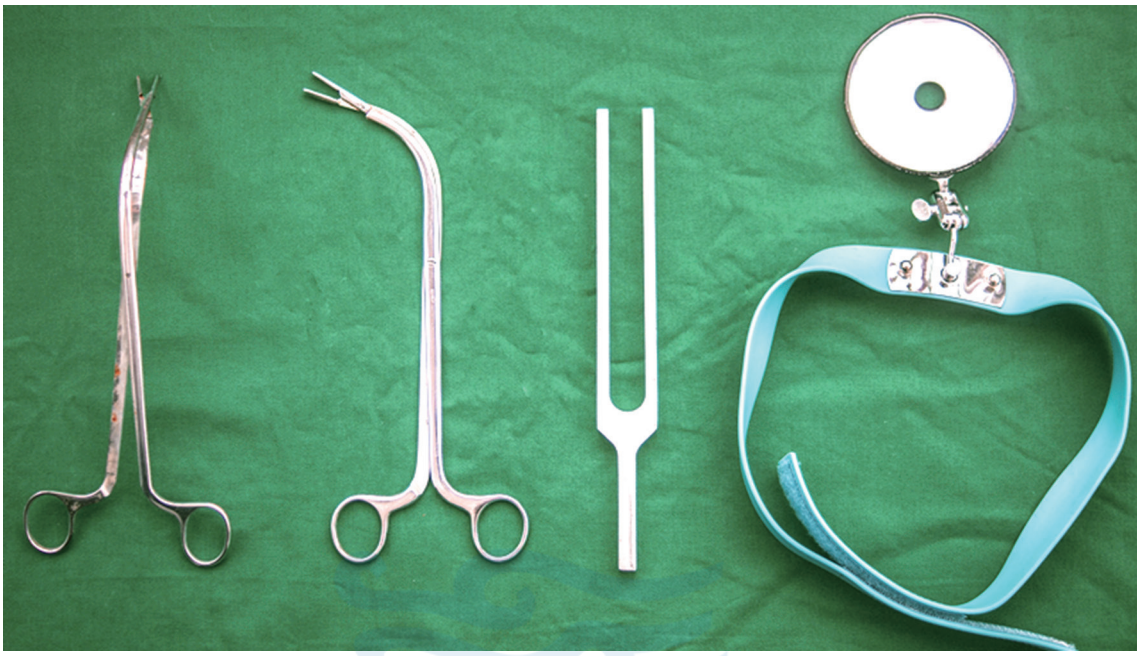
从左到右：开睑器，上下睑拉钩(一对)，眼科刮匙，霰粒肿夹

图 2



从左到右：窥鼻器，上颌窦穿刺针，压舌板，咽麻醉针头，间接喉镜，耵聍钩，枪状镊

图 3



从左到右：喉异物钳(左右开)，喉异物钳(前后开)，音叉(128Hz)，额镜

图 4

从左到右：口镜，镊子，探针，拔牙挺，下颌残根钳，下颌牙钳，上颌牙钳，劈牙凿，骨膜剥离器，牙槽窝刮匙，龋洞刮匙，锄形刮治器，牙周刮治器1，牙周刮治器2，牙周刮治器3，黏固粉调拌刀，黏固粉充填器，银汞合金充填器

图 5

注：图 1、2：眼科门诊常用器械；
图 3、4：耳鼻咽喉科门诊常用器械；
图 5：口腔科门诊常用器械。

五官科护理

（第三版）

高等教育出版社职业教育医药卫生类专业教材

内容丰富，特色鲜明，形式新颖
体现基本理论、基本知识、基本技能
体现思想性、先进性、科学性、启发性、适用性

进一步了解高等教育出版社医药卫生类教学资源请扫二维码

学习卡

网上学习 / 资源下载
免费查询 / 甄别盗版
使用说明详见书内“郑重声明”页

ISBN 978-7-04-057896-6

定价 49.30 元