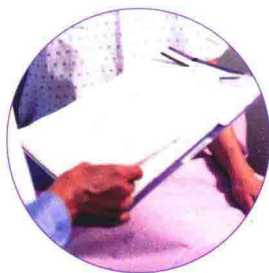


◎主 编 何冰娟 赵 毅 张冬梅

神经外科护理 查房手册

SHENJING WAIKE HULI CHAFANG SHOUC



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

神经外科护理查房手册

SHENJING WAIKE HULI CHAFANG SHOUC

主 审 徐如祥
主 编 何冰娟 赵 毅 张冬梅
副主编 张洪钿 解 力 刘 琦
刘 凤 曹樱花
编 者 (以姓氏笔画为序)
马维维 牛丽丽 白妙春
包利利 达古拉 刘 凤
刘 琦 刘志玲 孙梅丽
杨晓静 何冰娟 宋玉慧
张冬梅 张洪钿 赵 毅
赵晓辉 徐小飞 曹樱花
解 力 满 力 薛晶晶



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

神经外科护理查房手册/何冰娟,赵毅,张冬梅主编. —北京:
人民军医出版社,2014.10

ISBN 978-7-5091-7884-3

I. ①神… II. ①何… ②赵… ③张… III. ①神经外科
学—护理学—手册 IV. ①R473.6-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 230449 号

策划编辑:郝文娜 文字编辑:卢紫晔 伦踪启 责任审读:王三荣

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8724

网址:www.pmp.com.cn

印、装:北京国马印刷厂

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:8.375 字数:202千字

版、印次:2014年10月第1版第1次印刷

印数:0001—3000

定价:29.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要

Summary

作者以案例形式编写,全面介绍了护理查体、护理查房的形式、要求和病情观察要点,重点阐述了神经外科颅脑损伤护理、脑出血术后护理、介入治疗护理和动脉瘤术后护理等各专科疾病护理评估、护理诊断和护理查房。本书内容丰富,实用性强,是专科护理带教查房的重要参考用书。

前言

Preface

护理工作是医疗卫生事业的重要组成部分,随着经济社会的飞速发展,新的医学技术广泛应用于临床,对医院护理工作提出了新的更高要求,护理工作的改革与发展迎来了重大机遇,以病人为中心的服务理念深化落实,专科护理工作提到了重要地位,护理行为得到了进一步的规范,临床护理质量和技术水平得到了进一步的提高。

本书是以专科护理案例为蓝本,收集了 20 例神经外科临床常见病种病例。通过护理查房的形式,对病例进行讨论和分析,采用“一问一答”循序渐进的提问方式,围绕疾病的相关知识、围手术期护理、健康教育及患者的身心需求,引导护士(护生)对疾病制订相应的护理诊断及切实可行的护理措施,以达到为患者提供有效护理的目的。从而使护士(护生)的思维能力得到进一步的提高。

本书的最大特点是每一个病例都是从教学实际出发、充分借鉴国内外最新资料,编者查阅大量文献及根据自身多年的临床护理经验总结完成,包括教学查房、问答形式、说明、相关知识、常规辅助检查图片及参考文献六个部分,内容资料翔实,通俗易懂,实用性强。本书可作为临床护理查房工作中的指导用书,也可作为临床一线护士特别是年轻护士的学习参考读物。本书的编写人

员均是护理骨干。他们既有扎实的神经外科护理专业知识,也具有丰富的临床实践及教学能力。他们把多年积累的临床经验都倾注于本书的编著。

本书在编写过程中,得到了八一脑科医院领导、护理部领导、各病区护士长及张洪钿博士的大力支持与指导。在此一并表示感谢。由于作者水平有限,书中不妥之处,恳请各位护理同仁、护理前辈及专家给予指导并提出宝贵意见。

编 者

2014年8月

目 录

Contents

第一章 护理查体	(1)
第一节 全身体格检查	(1)
一、四诊方法	(1)
二、一般项目	(1)
三、一般表现	(1)
第二节 皮肤、黏膜、淋巴结检查	(3)
一、皮肤(包括黏膜)检查	(3)
二、淋巴结检查	(5)
第三节 头颈部检查	(6)
一、头部	(6)
二、颈部	(6)
第四节 胸部检查	(7)
一、胸部重要体表标志	(7)
二、视诊	(7)
三、触诊	(9)
四、叩诊	(10)
五、听诊	(10)
第五节 心血管检查	(11)
一、心脏检查	(11)
二、血管检查	(13)
第六节 腹部检查	(14)

第七节 脊柱、四肢检查	(15)
第八节 神经系统检查	(16)
一、意识	(16)
二、语言	(16)
三、失用症	(18)
四、记忆	(19)
五、嗅神经检查	(19)
六、视神经检查	(20)
七、反射检查	(20)
八、脑膜刺激征检查	(21)
九、不自主运动检查	(22)
十、肌张力检查	(23)
十一、共济失调运动检查	(23)
十二、肌力检查	(24)
十三、脑神经检查	(24)
十四、运动功能异常	(25)
第二章 颅脑损伤护理查房	(27)
病例 1 重型颅脑损伤急诊救治	(27)
一、病史汇报	(27)
二、护理查房	(28)
病例 2 开颅血肿清除术+去骨瓣减压术	(38)
一、病史汇报	(38)
二、护理查房	(39)
病例 3 颅骨修补术	(54)
一、病史汇报	(54)
二、护理查房	(55)
第三章 脑出血术后护理查房	(62)
病例 1 脑干出血急诊救治	(62)
一、病史汇报	(62)

二、护理查房	(63)
病例 2 脑出血术后康复期护理	(69)
一、病史汇报	(69)
二、护理查房	(71)
第四章 介入治疗护理查房	(82)
病例 1 颅内动脉瘤栓塞术+经皮右侧颈内动脉球囊扩张 支架置入术	(82)
一、病史汇报	(82)
二、护理查房	(84)
病例 2 脑立体定位-神经干细胞移植术	(94)
一、病史汇报	(94)
二、护理查房	(95)
病例 3 急诊全脑血管造影术+动脉溶栓术+球囊扩张术	(101)
一、病史汇报	(101)
二、护理查房	(102)
第五章 动脉瘤术后护理查房	(114)
病例 1 大脑中动脉瘤夹闭术+去骨瓣减压术	(114)
一、病史汇报	(114)
二、护理查房	(115)
病例 2 颈内动脉内膜切除术	(128)
一、病史汇报	(128)
二、护理查房	(130)
第六章 颅内肿瘤术后护理查房	(140)
病例 1 右侧大脑肿瘤切除术	(140)
一、病史汇报	(140)
二、护理查房	(141)
病例 2 桥小脑区脑膜瘤切除术	(151)
一、病史汇报	(151)

二、护理查房	(152)
病例 3 垂体瘤切除术	(161)
一、病史汇报	(161)
二、护理查房	(162)
病例 4 听神经瘤切除术	(174)
一、病史汇报	(174)
二、护理查房	(175)
病例 5 椎管内肿瘤切除术	(182)
一、病史汇报	(182)
二、护理查房	(183)
病例 6 脑胶质瘤——小脑蚓部髓母细胞瘤切除术	(194)
一、病史汇报	(194)
二、护理查房	(195)
第七章 功能神经外科术后护理查房	(206)
病例 1 面神经显微镜下血管减压术	(206)
一、病史汇报	(206)
二、护理查房	(207)
病例 2 三叉神经显微镜下血管减压术	(216)
一、病史汇报	(216)
二、护理查房	(218)
第八章 癫痫病灶切除术后护理查房	(232)
一、病史汇报	(232)
二、护理查房	(234)
第九章 脑积水术后护理查房	(243)
病例 1 脑室-腹腔(A-P)分流术	(243)
一、病史汇报	(243)
二、护理查房	(244)
附录 A 神经外科常用量表	(252)

第一章

Chapter One

护理查体

第一节 全身体格检查

一、四诊方法

视诊、触诊、叩诊、听诊。

二、一般项目

生命体征是评价生命活动存在与否及其生存质量的基本指数。包括体温、脉搏、呼吸、血压。

(一)体温

测量方法包括口测法、肛测法(用于小儿及意识障碍者)、腋测法,其中腋测法最常用。正常范围:口温 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$;肛温 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$;腋温 $36.0\sim 37.0^{\circ}\text{C}$ 。

(二)脉搏、呼吸、血压

见以下相关章节。

三、一般表现

(一)发育状态

1. 标准(理想)体重(kg) 可根据公式计算:身高(cm)-105

=体重(kg)。超过 20%为肥胖,偏低 10%为消瘦。

2. 体重指数(BMI) 体重(kg)/身高(m²)。<18.5 为消瘦,≥25为肥胖。

(二)营养状态

根据皮肤、毛发、皮下脂肪(前臂曲侧或上臂背侧下 1/3 皮下脂肪充实度)、肌肉强度、体重变化及体重指数等判断、分为营养良好、营养中等和营养不良。

营养不良的常见原因有①摄入与消化障碍:见于消化系统疾病、肾衰竭、神经系统病变等;②消耗增加:见于肿瘤、结核、糖尿病、甲状腺功能亢进症等。

(三)意识状态

根据大脑功能被抑制的程度分为:嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷(浅昏迷、深昏迷)。其中主要特征分为①嗜睡:可唤醒,并可正确应答;②意识模糊:可唤醒,但存在定向力障碍;③昏睡:强刺激可唤醒,但不能正确应答,并迅速陷入睡眠状态;④昏迷:不能唤醒;浅昏迷时生理和病理反射可引出,压眶有反应;深昏迷时所有反射消失,压眶无反应。谵妄是一种特殊的意识状态,患者表现亢奋、并有定向力障碍。

(四)面容

面容包括急性病容、慢性病容、二尖瓣面容、肝病面容、甲状腺功能亢奋症面容、贫血面容、黏液性水肿面容(甲状腺功能减退)、肢端肥大症面容、满月面容(皮质醇增多症)、苦笑面容(破伤风)等。

(五)体位

体位包括自动体位、被动体位和强迫体位。常见的强迫体位有①强迫坐位(端坐呼吸):见于急性左心衰竭、严重哮喘或者 COPD 发作;②强迫仰卧位:见于急性腹膜炎;③辗转体位:见于肠痉挛、泌尿系结石、胆道蛔虫病;④强迫蹲位(蹲踞):见于先天性发绀型心脏病;⑤强迫停立位:见于心绞痛、下肢动脉狭窄;⑥角弓反张位:见于破伤风、脑膜炎。

第二节 皮肤、黏膜、淋巴结检查

一、皮肤(包括黏膜)检查

(一)颜色

皮肤颜色深浅与皮内色素量的多少、皮肤厚度、毛细血管的分布、血液充盈度、血红蛋白高低及皮下脂肪的薄厚等均有关,另外亦与职业、阳光照射的程度和久暂有关。在检查时应注意暴露部位与不暴露部位对比;与皮肤横纹、褶皱部位对比;与黏膜、巩膜、舌、唇、手足掌、指甲等处对比。

1. 苍白 表现为全身皮肤、黏膜苍白,可因各种原因的贫血及末梢毛细血管痉挛或者充盈不足所致。

2. 发红 见于发热性疾病如肺炎、肺结核、猩红热等,亦可见于阿托品及一氧化碳中毒时。持久发热见于库欣综合征及真性红细胞增多症和部分皮肤病病人。

3. 发绀 较明显部位是口唇、舌、耳垂、面颊、肢端及甲床等。

4. 黄染 表现为皮肤、黏膜呈黄色,包括①黄疸:轻者仅见于巩膜及软腭黏膜,严重时皮肤才会出现黄染;②胡萝卜素增高。

5. 色素沉着 表现为全身或者部分皮肤色素加深,见于肾上腺皮质功能减退、肝硬化、肝癌、肢端肥大症、黑热病及某些药物应用等。

6. 色素脱失 表现为全身或者部分皮肤色素脱失,色泽变浅。全是色素脱失见于白化病;部分皮肤色素脱失见于白癜风和可能成为癌变前的白斑。

(二)湿度与出汗

1. 全身多汗 见于风湿病、布氏杆菌病等。夜间睡眠中出汗而醒后汗止者为盗汗,是活动性结核的特征。

2. 半身多汗 见于中枢神经系统疾病。

3. 局部多汗 见于交感神经兴奋。

(三)弹性

皮肤弹性与年龄、营养状态、皮下脂肪及组织间隙内所含液体量的多少有关。检查皮肤弹性时用示指和拇指将皮肤捏起,然后松开。皮肤弹性良好时在手捏后很快恢复常态,弹性减退时褶皱持久不消。

(四)皮疹

发现皮疹时应注意其形态色泽、分布部位、发展顺序、表面情况、存在时间及有无自觉症状等。常见皮疹有斑疹、丘疹、斑丘疹、玫瑰疹、荨麻疹、疱疹等。

(五)皮肤脱屑

麻疹时为米糠样脱屑;猩红热时为片状脱屑;银屑病时为银白色的鳞状脱屑。

(六)紫癜

紫癜是病理状态下的皮肤下出血,直径 $2\sim 5\text{mm}$,如直径 $< 2\text{mm}$ 称为瘀点及出血点, $> 5\text{mm}$ 称为瘀斑。

(七)蜘蛛痣与肝掌

蜘蛛痣是由一支中央小动脉和很多向外辐射的细小血管形成,形如蜘蛛,检查时用火柴棍压迫中央,则周围扩张的小血管充血消失,多出现在上腔静脉分布的区域内,见于急、慢性肝炎及肝硬化病人。慢性肝病患者的手掌面大小鱼际、指腹处手指根部皮肤发红,压之褪色称之为肝掌。

(八)水肿

水肿是由于皮下组织水肿及组织间隙内液体聚集过多时的表现,一般多观察眼睑、小腿胫骨前、踝骨,卧位病人应注意枕部及腰骶部。轻度水肿用手指按压后呈凹陷;非指凹性水肿,见于黏膜性水肿和象皮肿。

(九)皮下结节

皮下结节除视诊可发现的结节外,较小的结节必须靠触诊才

能发现,发现结节时应注意其部位、大小、数目、硬度、活动度、有无压痛及其表面皮肤颜色等。临床常见的皮下结节有风湿小结、结节性红斑、痛风结节、Osler 小结等。

(十) 瘢痕

瘢痕是指真皮或其深部组织外伤、病变或者手术切口愈合后结缔组织增生所形成的斑块。临床上有萎缩性瘢痕和增生性瘢痕,瘢痕的存在常为病人曾患过某些疾病提供了证据。

(十一) 毛发

应注意毛发的色泽、脱落、丛生、分布状况。

二、淋巴结检查

正常淋巴结大小按其直径看,一般不超过 1cm,因不同部位而异,一般无压痛。

(一) 正常浅表淋巴结的组成

1. 头颈部淋巴结 包括耳前淋巴结、耳后淋巴结、枕后淋巴结、颌下淋巴结、颏下淋巴结、颈前淋巴结、颈后淋巴结、锁骨上淋巴结。
2. 上肢淋巴结 包括腋窝淋巴结、滑车上淋巴结。
3. 下肢淋巴结 包括腹股沟淋巴结、腘窝淋巴结。

(二) 浅表淋巴结的检查

1. 检查顺序 按检查顺序为颌下、颈部、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟等浅表淋巴结。检查中若发现肿大淋巴结,应注意其部位、大小、形状、数目、硬度、活动度、有无压痛、表面特点、与周围组织有无粘连及局部皮肤有无红肿、瘢痕、窦道等情况。

2. 检查方法

(1) 颌下:右手扶病人的头部,使头倾向右前下方,再以左手(四指并拢)触摸右颌下淋巴结,同法用右手检查左颌下淋巴结。

(2) 颈部:双手并拢四指,同时检查左右两侧,每侧以胸锁乳突肌为界,分前后两区,依次检查。

(3)锁骨上窝:双手并拢四指,分别触摸两侧锁骨上窝处。

(4)腋窝:先让被检查者将左上肢稍向外展,前臂略屈曲,用右手并拢四指,稍弯曲,插入病人腋窝深处,沿胸壁表面从上向下移动进行触摸,同法用左手检查病人左腋窝。

(5)腹股沟:病人平卧,下肢伸直,用手触摸。

(6)滑车上:左手扶托被检查者前臂,以右手在滑车上部分由浅入深地进行触摸。

第三节 头颈部检查

一、头部

(一)头颅大小、外形

(二)头部器官

1. 眼 眉毛(脱落)、眼睑(水肿、下垂)、结膜(苍白、充血、出血点、水肿)、巩膜(黄染)、角膜(溃疡)、眼球(突出、运动、震颤)、瞳孔(大小、形状、对光反应)。

2. 耳 外耳道(分泌物)、乳突(压痛)。

3. 鼻 鼻道(分泌物)、鼻窦(压痛)。

4. 口腔 口唇(颜色、疱疹)、口腔黏膜(色素沉着、斑疹)、舌(颜色、运动、舌苔)、扁桃体(大小、渗出物)。

二、颈部

(一)颈部

活动、颈抵抗、颈部血管(静脉怒张、动脉杂音)。

(二)甲状腺

大小、对称性、软硬度、结节。

(三)气管

气管移位。

第四节 胸部检查

一、胸部重要体表标志

(一)胸骨角

Louis 角,平第 2 前肋骨、支气管分叉、心房上缘、第 4 及 5 胸椎水平。常作为计数肋骨的标志。

(二)肩胛骨

肩胛骨下角连线第 7~8 后肋和第 8 胸椎。

(三)肋脊角

第 12 肋与脊柱的成角,其内为肾和输尿管起始部。

二、视诊

包括胸廓形态、呼吸运动、呼吸频率和节律。

(一)胸廓形态

1. 正常胸廓形态 两侧对称、椭圆形、前后径:左右径约为 1:1.5。

2. 异常胸廓

(1)桶状胸:前后径:左右径 ≥ 1 ,同时伴肋间隙增宽,见于肺气肿。

(2)佝偻病胸:为佝偻病所致胸廓改变。包括佝偻病串珠、漏斗胸、鸡胸。

(3)脊柱畸形所致胸廓畸形:脊柱前凸、后凸或者侧弯均可造成胸廓形态异常。见于脊柱结核、外伤等。

(4)单侧胸廓形态异常:①单侧胸廓膨隆,见于大量胸腔积液、气胸等;②单侧胸廓塌陷,见于胸膈肥厚粘连、大面积肺不张、肺叶切除术后等。