

科學文集

(摘要)

護理・技術部份

(1957—1958)

內部資料

3

中國人民解放軍第四軍醫大學

1959.2.



A0009580

50074

目 錄

1	耳硬化症開窗手術患者的護理	肖元瑞 (1)
2	一例室間隔缺損修補手術前後護理體會	胸外科護士組 (4)
3	腦瘤病人的護理	劉振楠等 (6)
4	醫療體育治療痛經的點滴體會	楊炎天 (11)
5	綢帶衣介紹	皮膚科全體護士 (14)
6	食道胃氣囊三腔管應用之護理	李小曼、劉泳華 (18)
7	早產兒的護理方法	婦產科嬰兒室 (20)
8	白血病治療中的護理	周卿云、郝康慶、沈齊菊 (25)
9	對於中樞神經疾病引起的癱瘓嬰兒麻痺症長期臥床營養不良患者施行按摩的一些體會	何福恩 (27)
10	子宮頸癌鐳錠治療前後的護理	左景鳳 (29)
11	新生兒窒息的急救與配合	邵鏡書 (31)
12	大蒜保留灌腸法的初步體會	傳染科全體護理人員 (32)
13	關於流行性出血熱的護理	胡愛雲 (34)
14	護士長如何進行課堂教學	朱霞雲 (37)
15	從醫務督導方面來談非職業性運動員的體育運動和鍛鍊的幾個問題	楊天炎 (38)
16	護理癱瘓病人的幾點體會	豐鳳娟 (42)
17	怎樣減少會陰破裂的體會	邵鏡書 (44)
18	靜脈注射在臨床上應用的點滴體會	周卿云、吳道奎 (45)
19	使用佛爾馬林溶液作蒸氣消毒空氣試驗初步小結	員喬山 (46)
20	剖腹產後護理要點	夏韻秋、周之南 (48)
21	尿瘻修補的護理	潘仁姑 (50)
22	新生兒剝脫性皮炎護理	江美嬌 (51)
23	內科巡迴工作在躍進中的改變	趙秀梅、張金鳳 (53)
24	神經外科治療室工作的幾點體會與經驗	祝明珍、閻宗海、易潤媛 (54)
25	供應工作幾點介紹	器械供應室全體 (57)
26	嚴重顱腦損傷的護理	陳亞非等 (59)
27	腰椎間盤手術後醫療體育的幾點體會	閻華珠 (64)
28	肝穿刺後固定帶的改良	張培基 (68)
29	咯血護理之初步體會	吳秀珍、何寶珍 (69)
30	氧氣計算方法介紹	馮志德 (71)
31	支氣管哮喘的護理	顏亦芳、李小曼 (72)
32	門診乙狀結腸鏡檢查前一次洗腸之體會	章文綉、葉玖 (73)
33	如何做好教學與科學研究供應工作	任震寰、張慶康 (75)
34	怎樣做好實習準備工作，保證教學效果	于碧云、任震寰 (76)
35	流行性乙型腦炎實驗診斷技術中的一些體會	張素英、劉剛、甄桂芳 (77)
36	細菌學檢驗一些體會	卓文言 (78)
37	介紹「雞胚胎標本蓋玻片載染法」	韓德山 (79)
38	動物實驗描記裝置的改進	施新猷 (80)
39	改良氧消耗量測定裝置	裴名圖 (81)

1004/284/59

耳硬化症開窗手術患者的護理

蕭元瑞

(耳鼻喉科)

什么是耳硬化症:

耳硬化症是內耳迷路的骨質自行吸收，而代之以富有血管的新生海綿狀骨質的限局性疾病。病變開始于前庭窗前部，逐漸發展，當蔓延至鐮骨底時，鐮骨活動困難，听力逐漸減退。臨床上常首先出現于一側耳，該耳先有耳鳴，繼之听力逐漸減退。以後他側耳亦可發生同樣症狀。听力減退系因鐮骨底板固定于前庭窗，阻礙聲音傳入內耳，故呈傳導性耳聾。若病變擴展至蝸窗，侵及耳蝸時，則有感音性耳聾之現象。若兩種病變同時并存，則為混合性耳聾。耳鳴呈轟轟聲或虫鳴聲。耳聾及耳鳴常影響患者工作及社會活動，致使患者煩躁不安，記憶力減退，甚或發生神經衰弱現象。少數患者在喧嘩環境中常有听力反覺良好的韋氏談話症狀。少數患者有頭昏現象，多在頭部突然轉動時發生。

什么是開窗手術:

近二十年以來，開窗術是耳硬化症手術治療中的一種較好的方法。耳硬化症的主要病變是因為新生骨質將鐮骨底板固定在前庭窗上，不能傳導音波，致听力減退。如在骨迷路上另開一窗口代替前庭窗之機能，使聲音能傳至內耳感受器，听力即能提高。這種手術稱為開窗術。根據我院耳鼻喉科姜泗長氏(1)于五年內，對61例患者施行70次開窗手術之結果統計：患者能恢復听力至有效程度者達81.4%，術后听力對言語振率提高之總平均值為27 DB。這對恢復患者工作能力，參加社會主義建設事業，起着一定的作用。

護 理:

(一)精神護理:

耳硬化症患者一般因听力失聰，工作、學習及社交均受到影響，精神常感郁悶。因患者聽話遲鈍，護士應耐心地根據病人耳聾程度大聲交談，或用筆在紙上寫話，以了解需要，并作適當之安慰解釋。切勿急躁，表現不耐心，或加以取笑，增加患者精神上的不愉快，使發生自卑感，影響治療效果。在治療前，患者常向已施行過手術的患者探詢治療效果。若見其他患者在術后听力暫未提高時，即行憂慮。相反地，若見手術效果良好，則增強對手術治療的信心。患者相互之間的說服力很大，因此護士可以有意識地請療效良好的患者向等待治療者進行解釋。如患者李××(住院號11739)因患病時間長，听力極差，深恐手術后效果不大，對治療信心不足。經介紹與患者劉××(住院號19566)談話后，打消了顧慮，增加對手術的信心，手術的過程順利，效果亦良好。

此外，護士還需要考慮到開窗手術並不是百分之百的成功，亦有個別患者手術效果不佳，故應配合醫生向病人作適當解釋，以免患者因此而在思想上形成嚴重的負擔。

手術后，因迷路功能受刺激致平衡暫時地失調，患者常有眩暈、惡心、嘔吐及眼球震顫等反應，須固定患者頭位，臥床數日。在此期間，患者梳洗、進食及大小便都不能自理，須

要护士协助。护士应表现耐心，态度和霽，細致地护理，并經常主动地了解与滿足其需要。良好的护理对患者常可促进早日病愈，使之深受感动，激发痊愈后对工作与学习的热情。如患者黃××（住院号21253）于1946年8月1日施行右耳开窗手术。手术后听力显著提高，手术效果良好。在患者整个臥床期間，护士为它仔細护理，如喂飯、倒水、协助大小便，寒冷时即給他加添衣被，并在精神上經常加 安慰与解釋。一个月后，患者在出院前夕感动地說：「我要学习你們服务的精神，回至工作崗位去搞好工作与学习，来回答全体护士同志的关怀。」三个月后，我們收到了黃同志的来信，他回去以后，因听力增进，工作愉快，已荣选为先进工作者。由此可知，我們护理工作是如何的重要。

手术后第一日患者听力較好，术前听不到的声音可以听清，患者是比較高兴的。此时，护士应该表示为病人愉快，祝賀病人手术的成功。

手术第三日以后，因手术反应，乳突腔内填压的紗条因吸收体液而膨胀压于窗口上，或因盖于开窗口上的皮片发生水肿，听力又行下降。此时，患者可能惆悵，失去对手术結果的信心。因而精神不安，致出現胃口不佳及失眠等症狀。护士必須体会这种心理，耐心解釋此种反应的过程，同患者說明，待二三周后盖于窗口皮片消肿，耳内分泌物减少时，听力又可逐渐提高。

患者住院時間較长。在恢复休养期間，常对休养生活有厭倦感觉，护士要加以安慰解釋。并可根椐病情，組織病人作些适当的文娱活动，如下棋、打扑克、看書报等，或組織病人編寫牆报，做敷料以免寂寞厭倦不安心休养。

（二）手术前須向病人解釋事項：

手术前后要避免受涼感冒，随时注意天气变化加添衣被，以免上呼吸道感染影响手术的效果。切勿吹鼻，以免經鼻腔分泌物由咽鼓管吹入耳中，引起中耳感染，影响听力增进。

手术后，因前庭平衡功能暂时失調，患者在术后的3—5日内，必須绝对臥床休息，头位移动尤須避免，故手术前应練習在床上使用大小便器，以免手术后不习惯，引起不适。

手术系于构造極小之迷路上进行，操作細致，時間較长，約需3—4小时，患者应耐心合作。当手术进行至凿开乳突皮膚时，患者头部有震动感，均勿害怕。在开窗进行完畢前，患者忽感听力增进时，常有眩暈、恶心及嘔吐等症狀发生，此时切勿乱动头位，应以兩手緊握手术床邊緣，作深呼吸，以免因头擺动影响手术进行，或损伤骨迷路，而致手术效果不良。

（三）手术前准备：

（1）手术前一日剃去手术耳周圍二吋的毛发，將此处皮肤洗淨，以75%酒精及1：1,000硫柳汞酊消毒，然后用双層无菌紗布遮盖，并以三角巾或細帶包紮。手术前晚及手术前一小时消毒包紮各一次。若在炎夏时，术前亦可只消毒一次，以免手术前晚消毒包紮后，患者感觉头昏头痛，影响手术前的休息。

（2）自手术前三日始按医嘱以4%硼酸酒精或1：1,000硫柳汞酊滴入患耳，一日三次，以达到外耳道消毒目的。

（3）手术前1—2日按医嘱肌肉注射青霉素10万单位，一日二次，以預防术后感染。

（4）手术前按医嘱給予安眠鎮靜剂及麻醉前給药。如魯米那0.06克，手术前晚及手术前两小时各內服一次；术前半小时皮下注射硫酸阿托平0.0005克及鹽酸嗎啡0.01克。

（5）手术前六小时起禁飲禁食，以免术中及术后引起嘔吐。术前二小时灌腸一次。

(6) 去手术室前，令患者解大小便。病历送交手术室护士。

(四) 手术后护理：

(1) 病室环境：患者手术后的1—3日常有眩晕症状，不愿睁眼，喜安静睡眠，因此宜在小病房中休养。室内光线宜较暗淡，避免光线的刺激，以利患者的睡眠。待术后反应症状消失，患者已能起床行走时，方可移至大病房中休养，并可参加一些文娱活动。

(2) 体位：手术后，头部的摆动常可引起眩晕、恶心及呕吐，尤以术后三日内为剧。所以，在患者由手术室送回病房移至病床时，应以双手抱稳病人头部缓缓自担架床上移下，并使病人平卧，面向上或偏于一侧，头两侧置以砂袋固定。护士需时常协助患者转动体位，以免久卧不适，头位转动时，宜特别缓慢。三日后，前庭功能逐渐恢复，患者可先采取半坐位，开始时每日数次，每次10—15分钟，若无反应，可坐起并开始练习站立。一週后，可以扶床边或墙壁走动，并视情况扶至走廊散步，以期早日恢复健康。

(3) 饮食：患者在手术后的三日内因头位固定不能移动，护士必须为患者喂食。因患者常有恶心及呕吐，每次饮食不宜过多，应给予清淡富有营养易消化的半流质饮食，每日4—5次。随时给予水果或果汁，可减轻胃部不适。若患者有严重的恶心和呕吐，应记录其出入量，报告医生进行处理，并准备输液以维持体内水及电解质的平衡。输液量不宜过多，以日量800—1500毫升为度，俾可避免引起迷路水肿，加重前庭反应。

(4) 药物治疗：按医嘱每日给予镇静剂鲁米那0.03克，一日三次，服用三日，以减轻前庭反应，青霉素肌肉注射，每日四次，每次5万单位，以预防迷路感染，1%盐酸麻黄碱喷雾，一日三次，使鼻腔通畅，防止咽鼓管感染而影响手术后听力之增进。

(5) 病情观察：手术后患者可能发生各种并发症，如眩晕、面神经麻痹、迷路炎及颅内合并症等。护士应随时注意观察病情，及时报告医生，以便早期进行处理，避免病情发展。

患者手术后的主要症状为前庭平衡功能失调所引起的眩晕、恶心及呕吐。症状的轻重可以根据眼球震颤的情形加以判断，护士应掌握这种检查方法。检查方法为患者头位固定，两眼随检查手指（距离患者面部一尺左右），向左向右又向正中注视，观察眼球有无震颤发生。一般患者均有向对侧的水平型或水平旋转型眼球震颤，维持一週左右，为手术后迷路内发生无菌性反应性炎症所致。若仅于快相方向有眼震时为一度，表示反应轻，是正常现象。若快相方向及中间均有眼震者为二度，反应较重。若三个方向均有，则为三度，表示反应甚重，应立即报告医生。严重反应多为耳内纱条吸收渗出物后，压力增加的结果，可抽出部分纱条，减低压力，症状即可消失。若仍不能减轻症状，可能为迷路内感染之征状，应及时增大抗菌素剂量，同时给予化学药物治疗，加以控制。若无震颤发生，表示患者前庭功能已近恢复，可起床活动。

面神经麻痹极少见。常为手术时误伤面神经管，或术后面神经管内神经鞘水肿所致。前者术后立即出现，后者常于术后2—3日内逐渐出现。可令患者作吹哨、呖牙、鼓颊、闭眼及举肩等动作，即可发现。

颅内合并症极为罕见。患者有严重的眩晕，并有头痛、头昏及体温上升等症状。故手术后必须每日测量体温、脉搏及呼吸各四次，若发烧38℃以上每日检查六次，三日内正常者改为每日二次。

(五) 换药：

因患者术后一周内不能起床，必须在床边换药。术后1—3日仅更换外伤口敷料。第4

【4】

一5日拆除縫綫，并开始逐日抽出耳內填塞之碘仿紗条。第8—10日紗条抽完后，即可至診查室清除耳內分泌物，吹入磺胺粉，或取出过盛的肉芽。

內耳手术后最忌感染的发生，一切操作必須于严密消毒下进行。因此在开窗手术后的1—2周内，所用換药器械必須单独用煮沸或高压消毒，不宜与其它器械一同消毒，以免发生感染。

換药时，患者侧臥于床边，患耳向上并稍向后偏。灯置于头顶距額部五寸左右，更換外耳敷料时，灯光直接照于耳部，耳內換药时，灯光須避免直接照于耳部。

物品准备：

(1) 普通用物：床头灯一、額鏡一、鬧音器及音叉各一、75%酒精一小瓶3%双氧水一小瓶、汽油一小瓶、膠布、棉花、剪刀、耳用三角帶、噴粉器。

(2) 更換耳外敷料消毒物品：无菌弯盆二，耳鏡二，消毒剪刀一把（拆綫用），紗布数塊，棉球数个。

(3) 耳內換药消毒物品：弯盆二，大小耳鏡各一，耳鏡一套，卷棉子二，紗布数塊，棉球数个，小手术巾二，有孔巾一，手套一付。

(六)出院时解釋：

一般当患者耳內分泌物减少，乳突腔內皮肤生長良好，即可出院。出院后，患者应按医生指定的時間到門診进行检查，清潔乳突腔，吹入磺胺粉。待乳突腔內皮肤完全長滿，方为痊愈。手术后三个月內，每兩週应检查听力一次，第3—6个月检查一次，以后每隔2—3个月，检查听力一次，以追踪其听力情况。出院后，患者应注意保持耳腔內清潔，洗头及洗澡时应用凡士林棉球堵塞外耳道口，以免污水进入。乳突腔內痊愈以后，每隔1—2月应至耳科医生处进行检查，清拭耳內干痂，以免其盖于开窗处，影响听力。手术后三个月內，不宜游泳及乘坐飞机。数月后，喜要游泳者，在游泳时必须戴用橡皮耳塞，或用凡士林棉球堵塞外耳道口，以防因寒冷刺激，致突然发生眩暈，造成危險。天冷天热、外出时，宜用棉球塞于外耳道口，以防冷風热气之刺激，发生眩暈。平日切忌用力吹鼻，以防咽鼓管感染。有鼻涕时，宜向后抽吸，从口吐出。

本文承姜泗長主任、刘乾初医师審閱，多所指正，謹致謝忱。

参考文献：

(1) 姜泗長、刘乾初：耳硬化症开窗手术之研討，中華耳鼻喉科雜誌 5：205—212，1957。

一例室間膈缺損修補手術前後護理體會

（附屬第一醫院胸外科护七組）

自从党提出我国科学研究工作要在十二年內赶上世界先进水平的号召以后，我国医学科学也突飞猛进向前发展，以适应社会主义建設的需要。我院胸外科在党委的正确領導与大力支持下，从一九五七年六月起开展了体外循环动物实验，經過一系列的研究工作，于一九五八年六月廿六日將体外循环应用于胎羔獲得成功。在术前准备會議上，經過詳情的研究，討論了术后护理問題，我科护士同志虽然有一般心脏血管手术后的护理經驗，然而对应用体外

循环实施直视开心手术的病例还是初次，为了保证完成任务，全科护士同志在思想解放的基础上开展“业务学习，明确分工，在术后护理过程中边作、边学、边改善，终于和医生们共同努力下使患儿转危为安，愉快出院。此项工作尚系初次开展兹将点滴经验介绍以下，供同志们参考与指正。

病例摘要：

患儿刘××，男性，六岁，因患先天性心脏病于一九五八年六月十七日入院。体征及心脏导管检查结果，均符合室间隔缺损的诊断，一九五八年六月二十六日在体外循环下直视开心进行室间隔修补，手术经过良好，回病房已清醒，第二日发生肺炎及右肺中叶不张，作了气管切开，加强护理，经常抽痰，并给予抗菌药物，病情逐渐好转，遂于一九五八年10月痊愈出院。

护理工作：

1. 室内环境准备：

(1) 一切术后心脏病的患儿均应安静休养以减轻心脏负担，术后应放于整洁单人房间内，以保证患儿能充分休息。

(2) 室内温度保持在 25℃ 以下，特别是在炎热的夏天温度很易上升，会增加病人的体温。

(3) 经常调节与保持室内的湿度，在气管切开的病人室内湿度适当维持是必需的，因为干燥的空气使呼吸道的分泌物变稠，不易咳出，在没有湿化的装置下，我们只有在地面上经常洒水，以达到湿化目的。

2. 急救器械及药物的准备：

为了及时进行抢救，故准备了氧气，吸引器，阳压麻醉机，气管切开包。在急救药品上准备了急救盘，内放可拉明，麻黄素，肾上腺素，毒毛旋花子素等。

3. 输血输液量的严格控制：

在体外循环开心手术以后，电解质的平衡及输液量的多少，应严格控制，以免发生过多过少之现象，过多易引起心脏衰竭或肺水肿，过少则血液浓缩增加心脏负荷以及新陈代谢产物的积累，在术中术后我们采用 100 毫升空针筒制成静脉输液器，作为输血输液用，使误差减到极低，输液量亦用有刻度之杯以便精确记录。

4. 预防感染：

为了减少患儿术后感染的机会，将患儿房间进行了一般消毒，用苏打水抹洗室内傢俱及刷地面，并用紫外光线进行空气消毒。在术后限止探视人数，凡进入患儿病房的医护人员均须穿隔离衣戴口罩帽子。为了预防发生肺炎，由特别护理人员经常鼓励患儿咯痰并定时翻身，然患儿因伤口疼痛，呼吸浅而快不敢主动咳嗽，虽经屡次气管内抽痰，终因患儿不合作，抽痰效果不好，因之术后发生肺炎及右肺中叶不张。为便于抽痰，遂施行了气管切开，在气管切开的第二日发现气管分泌物内有绿膜桿菌生长，因之引起了我们的警惕，准备气管切开护理盘，在吸痰技术操作上尽量达到无菌要求，如抽痰的導尿管不用手接触，而用无菌镊送入气管内，减少感染机会。

5. 注意出血栓塞及溶血现象：

进行体外循环时，为了防止血液在转动过程中发生凝結，故用肝素作为抗凝剂，在体外

循环终止后，即用抗凝剂——魚精蛋白硫酸鹽去中和血液中的肝素含量。若用量不当則凝血時間不能恢復正常，易引起术后出血現象，此外在体外循环时，血在轉动过程中，不免发生机械的損伤而使血球脆性增加以及血液中纖維蛋白的凝集，前者易致紅血球破坏发生溶血而后者之結果易发生栓塞。为了及时的发现上述变化，我們在术后注意观察下列問題：

出血的观察：在术后24小时内每小时观察和記錄胸腔的流量及其顏色。为了精确的估計引流量，我們採用了有刻度的500毫升長形胸腔引流瓶，并結合每15分鐘量血压脉搏一次直至平穩为止。

栓塞的观察：栓塞可能发生于脑部或周圍血管，故在手术結束后应注意观察四肢有无癱瘓現象，瞳孔是否等大，四肢动脉搏动是否存在（左侧桡动脉因术中用左鎖骨下动脉插管，手术結束时切断結紮故摸不到脉搏）。

溶血現象：因溶血而产生血漿血色蛋白的增加，应从几个方面观察：①有无黄疸出現，黄疸指数的高低，②有无血色蛋白的尿，③紅血球总数及溶積的改变。

結 論：

本文介紹了一例利用体外循环修补室間隔缺損术后护理的經驗及体会。

腦 瘤 病 人 的 護 理

刘 振 楠 等

（神經外科）

一般常說的腦瘤，实际上是顱內腫物的簡稱，其中包括許多种类的新生物和囊腫，症状和体征类似的地方很多，但是在大多数病例，常有顱內压力增高和精神变化，在一些病人又有各样的癲癇发作，顱神經癱瘓，偏癱，四肢癱，截癱，还有些病人有失語，或不同程度的視力听力減退甚至視覺听觉功能完全喪失等。而且腦腫瘤病人絕大多數又 需要外科手术治疗，这些情况都需要护理人员細致謹慎的观察和护理，才能帮助病人早日恢复健康。

一、顱內压力增高：顱內压力增高是腦瘤病人最显著的象征，由于大多数腦瘤占有一定的空間，同时又存在不同程度的腦水肿，腦腫脹和腦脊液循环障碍，所以常有顱內压增高，手术后常有腦組織腫脹，有时又伴有血腫，也可使顱內压力更形增高。因此头痛，嘔吐，視力障碍，是顱內压增高的主要症状，其中以头痛最为多見，严重的顱內压增高可出現譫妄，驚厥及昏迷，甚至发生生命危險。对此类病人我們护理人员要有高度警惕性，例如：本科患者楊××吃午飯还很好，一点鐘后即昏迷，再者对入院之腫瘤病人均应以病危或急症的态度对待，进行周密而慎重的查看病人，按医嘱給予定期的測量脉搏，呼吸，血压，并注意神智情况，瞳孔变化（兩側的对称性及对光反应的敏捷性，和肢体活动等）。

一般病人都应使其很好的臥床休息，尽量避免讓病人自己用力，如咳嗽、排便、低头、弯腰、打噴嚏、擤鼻涕等，因均会使头痛加重，或是突然呼吸停止。另一方面，医护人员应必須積極地进行顱內压增高的对抗治疗。

一般常用的方法有以下几种：

（1）採取头高位，（將床头抬高15—30°），有利于靜脉血液的回流，可以減輕腦內充

血和水肿，（但严重昏迷及呼吸道分泌物过多的患者例外）。

(2) 氧气吸入，充分的氧气供给，改善脑缺氧情况，可以帮助克服或减轻脑组织的充血和水肿。

(3) 静脉注射高渗溶液，（50%葡萄糖或25%硫酸镁使血液的渗透压增高，帮助克服脑水肿和减轻颅内压增高的症状）。

(4) 防止便秘，腹胀时每晚可服用轻泻剂，（如流动石蜡，卡斯卡拉等），或给予低压灌肠，如脑压过高者应避免灌肠以免发生意外。

(5) 颅内压增高严重者，需施行紧急手术。如脑室穿刺放液，侧脑室持续引流，或颞肌下减压术等，但均需由医生酌情处理。

护理人员应当特别注意观察其病情，发现异常即时通知主管医生，同时对病人立刻施行急救。所以在颅内压过高和开颅术后的病人床头，都必须准备好一切急救用物（如吸引器，氧气，全麻盘和急救药物），并须详细查看有无缺损，以备急用。

二、精神变化：脑肿瘤病人差不多都存在有不同程度的精神障碍，如神经过敏、猜疑、急躁、恐懼、迟钝、淡漠、痴呆等，在护理上就需要以高度的阶级同情心，主动而细致的去护理和体贴他们，我科个别工作人员在工作中，有时就忽略了此点，并认为病人是有意调皮，捣蛋。如对脑压增高之彭××患者平时好与护士同志拉拉扯扯的举动，就說他品质不好，这也是不够科学的，现在检查起来，还是由于我们对病人缺乏了高度的同情心所致。对精神错乱的病人更应很好的加以看守和保护，以免发生意外，但不能对病人强加约束，因为约束很易引起病人的反抗和躁动，使颅内压更加增高，有时可能发生生命的危险。

三、癫痫：癫痫在脑瘤病人中也是相当多见的一个症状，它可见于各种不同部位的脑瘤，护理上必须要了解以下两点：

(1) 简单采访一下病史，可以问病人或是与经治医生联系，了解其过去有无癫痫发作史。

(2) 了解在癫痫未发作前有什么先兆，如我科有一脑囊虫病患者白×，在癫痫发作以前就有心跳加快，在癫痫发作时护理人员必须详细观察，记录每次发作时肢体抽搐的姿势，头的位置，眼球的位置，口角的位置，先后次序及性质，如大发作，小发作，局限性发作等，此点对脑瘤定位诊断有很大价值，对有经常大发作之癫痫病人，必须睡有栏杆的床，床头应备有急救盘、氧气、吸引器。仔细观察病人，当发现病人有发作之先兆或者立即全身抽搐意识消失，面色青紫，呼吸暂停时，护士必须在旁看守，可按床头电铃呼唤他人，（立即通知医生，自己应镇静，机灵而迅速的给病人氧气，将床尾抬高，用木制压舌板裹上纱布垫在白齿之间，避免损伤门牙和咬破舌头，并吸出呼吸道之分泌物，用舌钳将舌头牵出，防止后坠堵住呼吸。当发作过去后病人一般都处于昏迷或昏睡状态，此时还必须谨慎观察病人之神智情况，并注意有无连续发作。

对癫痫病人在入院后必须要积极采取措施来控制癫痫发生，如口服鲁米那，无效时可肌注苯巴比妥钠，或静注副醛等。

四、瘫痪：由于脑瘤生长的部位不同，在临床上可出现不同部位的脑神经瘫痪和肢体瘫痪，如有角膜感觉丧失，面瘫等，就必须很好注意保护眼睛，每日可用生理盐水冲洗2—3次，用磺胺或青霉素软膏封闭，戴眼罩或用湿纱布复盖，防止角膜溃疡。对因三叉神经感觉枝损害所致的口腔感觉丧失的患者，必须特别注意防止饮食的烫伤。对吞咽困难者，就必须注意避免吸入性肺炎。如有肢体瘫痪，应早作按摩和被动运动，避免挛缩和畸

形，在肢体有痙攣性癱瘓病人，在我科已开展了体育治疗，护理人员对理疗科开展的这一项工作应给予很好的协作，支持和帮助，同时还应避免在癱瘓部位注射药物，因血液循环不好，药物不易吸收，形成硬结容易引起坏死和感染，亦应注意在癱瘓部位使用热水袋，热敷时防止烫伤。其他如增进营养，大小便的处理及预防褥疮等（特别是对弛缓性癱瘓病）护理人员都必须随时注意。

五、严密观察病情变化：严重的脑瘤患者，和手术后的患者，病情变化很大，必须严密观察，而且要详细而准确的记录下来，以供诊断治疗的参考，有时病人很易发生突然之病情变化，并有立即死亡的危险，所以我们护理人员必须机智、灵活、发现问题即刻通知医生使病人得到挽救。

一般所观察之内容包括以下几个方面：

(1) 体温：术前一般病人的体温变化不大，在术后十二小时病人的体温有升高，此为反应性的，维持不久，一般都在 38°C 左右，若发现体温有持续上升而不下降者，应立即设法对抗高热，并检查原因，高烧急速下降亦属不良之征兆。

(2) 脉搏：术前因肿瘤病人颅内压增高，严重者脉搏均较缓慢（60次/分左右）术后则较快而强（90—120次/分）若脉搏由快转弱（140/分以上或下降至60/分以下者），均属不良现象。

(3) 呼吸：在手术前后都应特别注意病人呼吸的改变，尤其是术后回肿瘤的病人，更应随时注意病人之呼吸情况，因为身体稍用力或其他增加颅内压的因素，都会加重延髓受压的程度而使呼吸突然停止，在手术后病人的脑水肿、燥动、呕吐、出血、昏迷等呼吸也会变得慢而深，或不规则，如果发现病人有呼吸异常和呼吸困难时，除报告医生外，同时给氧，人工呼吸，很快地吸出呼吸道污物，并在腔内插入一气管导管，用纱布包住舌头或用钳子夹住将其拉出，以防舌后坠堵住呼吸。必要时可作气管切开，保持呼吸道之通畅。如为中脑影响所致可注射呼吸兴奋剂。

(4) 血压：术后当收缩压低于100毫米水银柱时应将病人平卧，颅内压增高严重或血肿发生初期，血压可以上升。若颅内压降低，脉搏变快而弱者表示患者之代偿功能已在衰退，其预后不良。

(5) 观察瞳孔及肢体活动情况：如发现一侧瞳孔散大，对光反应迟钝，并有脉搏变慢，血压升高，对侧肢体运动减弱或瘫痪，神智逐渐昏迷，就有颅内血肿形成的可能。

(6) 注意病人的意识障碍：当脑瘤病人的颅内压增高严重时可使病人昏迷。在术后脑水肿严重或有脑出血时亦出现半昏迷或昏迷，故我们必须经常注意病人意识的改变。

六、特别护理记录：由于脑瘤病人之病情复杂而多变，故每个脑瘤病人都应备有一个特别护理记录，护理人员必须将自己所观察及其有关事项认真而准确的进行记录。

(1) 必须填全记录单上所有之项目如姓名、床号、住院号、张数、日期、时间等避免错误。

(2) 体温、脉搏、呼吸、血压按医嘱执行记录，未量者应说明原因，体温应注明使用何表（口表、腋表或肛表）以致区别。

(3) 输入和排出量应记录完全。所有排出液体尽可能用量杯量，不要估计，注明时间，便于了解病人进食，营养情况，和对液体摄入量的控制。

(4) 特殊用药及其他治疗的时间，剂量，方法及使用后之反应情况，都必须详细记录，以便查对和了解病情。

(5) 对病人的病情变化，应特別詳細記錄，并加以恰当的描述，但应注意简单扼要，使人看过一目了然。

(6) 記錄单上不应有涂改，保持整潔。

(7) 每次交班都必須在記錄单上簽名，表示負責。

七、对抗高热：脑瘤病人的高热可能是影响了高級中樞或是蛋白質分解物的刺激，其它如硬膜外血肿，早期感染，脑脊液内有血均可使体温升高。尤以第三脑室附近手术，当损伤视丘下部时，病人的体温可急驟上升而致死亡。故应積極採用各項措施来对抗，在我科护理常规內已有規定：当病人体温超过 38°C （腋表），就給身旁置以冰袋，超过 39°C ，可行酒精擦浴，如体温仍持續不降时，請示主管医生开医嘱作冰水灌腸或結腸灌洗，一般用冰水三百毫升內加阿斯匹林六克，滯留15—20分鐘，当發燒不退时，冰水滯留灌腸也可反复进行。在高燒病人的病房室温，一般都应低于常温。盖被不可过多、过厚，地上經常洒水，維持一定湿度，保持室内空气新鮮而流通，避免風向直接吹向病人身上。在低温麻醉手术及病人体温的恢复过程中，应特別注意控制体温的上升，每小时最好不要超过 1°C 。所以在我們病室內經常保持一定数量的冰是非常必要的，以备發燒病人随时之需要，去年八月×日因停电，冰供应不上，一小时内发生高燒死亡兩名，当然病情严重还是主要的，倘若有冰，或許能緩解一下。

八、营养：脑瘤病人因常伴有嘔吐，手术后常不思飲食，高燒等，营养往往較差，由于营养不良会使原已減弱的抵抗力更加減低。故我們必須想尽办法增进病人的食欲，說服病人多进飲食，对不能自己吃的重病患者，应耐心喂給，在术后患者当嘔吐停止后，即可开始飲水，24小时后就給予流質飲食，不过給飲食前必須要先試一試有无吞嚥困难（特別是后顳圓施行手术的病人）以免引起吸入性肺炎。如病人一般情况良好可給予流質或半流質飲食，以后再改善食，但在小脑桥脑角肿瘤的病人，行肿瘤摘除术，易损伤舌咽、迷走神經，常会引起咽喉部分或完全麻痺，造成吞嚥功能障碍，对此类病人可經鼻飼法供給飲食，我科鼻飼內容一般为混合奶，每2—3小时一次，每次200—300毫升，鼻飼前必須要检查一下，胃管是否仍在胃內，因为有时发现前次鼻飼很好，第二次鼻管則有盤卷于食道或口腔內的情况。因混合奶內容較稠，在灌入时都需略加压力，但切勿注入太快，防止病人感到不适吐出。若是因为术后脑水肿所致的吞嚥功能不良者，可較快的得到恢复，在手术后的前几天可由靜脈补充液体，保持每日入量在二千毫升左右。总之飲食对增强患者的抵抗力，帮助迅速恢复和痊愈是有極大作用的。所以我們护理人员对待病人的飲食情况，必須要十分的关怀和了解，應該特別重視对出入量的記錄，正确估計每日攝入的热量。应尽量供給高热、高蛋白、高維生素的飲食，必要时輸液輸血。

九、口腔和皮肤护理：口腔护理对于手术前后的病人都很需要，对預防口腔炎症，驅嗅，促进食欲还是很有意义的。一般病人都应做到飯后嗽口，手术后可用朵贝尔氏液，較脏及臭味較大者，可用双氧水。如病人不能嗽口可用大棉簽帮助病人洗，一日四次。

由于有些脑瘤病人入院較晚，致臥床不起，再加上手术后之恢复期較長，故对其皮肤的护理和預防褥瘡就成了我們护理上重要而艰巨的任务。

(1) 对一般瘦弱或营养不良之臥床患者，最好臥于气褥子上，每兩小时翻身一次，如发现褥瘡象征应每小时翻身一次，夜間酌情延長翻身時間，并注意保护局部，避免屈拉，擦破皮肤，翻身側臥可利用枕头支持背部，可在背和床单中撒些滑石粉，借以減少床单对皮肤磨擦的刺激，如发现水泡，用空針抽干后盖上紗布保护，除用膠布固定，最好还用綢帶纏

繞，否則很易擦掉，达不到保护的目的。

(2) 骨突处可用气圈或棉圈垫起，气圈应经常充气，但也不宜充气过多，以免因气圈过硬，使病人感到不适或发生环状褥瘡。用支架保护兩足，踝关节处可垫上小棉圈，膝下垫枕，保持功能位置，防止足下垂，下肢挛縮畸形。特别是头部，多見于兩耳及枕后，在我科建科初期因重視不够，曾发生耳廓褥瘡三例，头皮褥瘡四例，均因受压过久所致。所以我們也可用棉圈垫于床面和头的接触部位，并主动給病人固定头部，协助翻身。

(3) 床鋪必須时刻保持平整而干燥，切勿有褶皱和渣滓，潮湿后即应更換。

(4) 对骨突出处和各持重点，每日用温水清洗后再用50%酒精、滑石粉按摩3—4次，以維持皮肤之清潔和干燥，減少磨擦，增进血液循环及皮肤的抵抗力。我科一直坚持每週給病人洗澡一次，洗脚二次。

十、消化道护理：脑瘤患者及手术后病人常有便秘情况，应尽量避免。可給予輕瀉剂，手术前后的灌腸一定要根据医嘱。顱压增高未解除前一般均採用少量低压灌腸，其压力不应超过三十公分，灌腸液一般使用肥皂水或生理鹽水，如有顱压过高者应避免灌腸，每晚可服用流动石臘，卡斯卡拉等来防止便秘，但不宜長期服用，否則会影响营养物的吸收。在病人排便时嘱其勿用力太大，必要时可戴手套將大便挖出。对有大便次数较多或失禁的病人，可利用用較大塊尿布折成三角形，下面垫上油布，包纏于臀部，在腰部恥骨上打結固定，这样不致使每次大便污染面过大，更換方便，亦可节约中单的使用。

十一、泌尿系的护理：脑瘤病人术后尿潴者不多，我科僅有一例病人发生如此情况，开始可用誘導方法，如腹部置热水袋或更換体位，若超过八小时应予以導尿。昏迷或已失去自主排尿功能的病人，最好使用留置導尿法，留置導尿管最好选用16号以下的，每週更換一次，必須严格注意无菌技术操作，每次更換尿管时可讓病人尿道休息数小时后再插入，每日应使用3%硼酸液或消毒生理鹽水（根据医嘱）經導尿管冲洗膀胱2—3次。因往往在后一部分尿液中含沉淀物较多，应予清洗。对躁动病人还需注意防止將導尿管拔出，以免达不到留置的目的，但不論是間歇或留置導管，均有很大感染的可能性，会給病人帶來不应有的痛苦，經常尿床也会促进褥瘡的发生，同时还会給护理工作造成忙乱，浪费人力物力，除積極治疗外，护理亦应尽量減少此情况，目前我科是采用如下两种方法，但尚都不够理想，僅适用男性，并还存在有很大的缺点。

(1) 可以合作的病人，可以將一小便器按放于病人的生殖器口，小便器的开口及皮肤的接触处最好用旧布包纏起来以防割伤皮肤，再用一塊較大的尿布將小便器固定于病人的大腿上，应經常巡回病人，检查是否小便，如有应即時倒掉，防止翻倒在床上。便器經清洗擦干后按原方法放置，并应定期消毒。

(2) 將旧手套指头剪去或在陰莖套上剪开一口，自該处接出一根長橡皮管，一端固定在病人的陰莖根部或恥骨上，另一端接于床下清潔的开口瓶或小便器中。固定手套时，可先在膠布上涂一層薄的安息香酸酐，等稍干后再貼于皮肤和橡皮上。此方法有两个缺点：甲，解过数次小便后，常因某处膠布失去粘性仍有漏尿和弄湿床单的現象。乙，套入橡皮套內之部分皮肤，水份不易蒸发，同时套內多少还有尿液存積，易使皮肤潮湿发生糜爛，故按放后最好能隔日更換一次，更換时可將部分皮肤用温水清洗，再撒些滑石粉，使其干燥。

十二、手术后切口的保护：手术后病人之臥位一般均有医嘱，但护理上还应特別注意头部。大多部採用側臥位，健側向下，避免切口受压和加重头痛。对后顱凹肿瘤之弓形切口，必須注意固定头部，使头略向后仰，勿使向前屈，避免增加切口張力或切口裂开。并須注意

头部切口敷料有无渗血，可在头下放一消毒棉垫，渗血过多可加敷料包扎或更换敷料，当发现敷料有脓性渗出物，或闻出臭味，或病人陈诉切口剧痛和体温升高者，则可能发生切口感染，应立即通知主管医生，检查处理。

十三、失语、耳聋、失明病人的护理：失语、耳聋、失明的病人在我科也常见。由于这些症状出现，会给他们带来生活上很大的不便和精神上极大负担，所以我们护理病人必须要非常的细致关心病人，用高度的阶级友爱和革命的同情心去帮助他们照顾他们，工作中要十分耐心，对于能说话和听不见的病人，可利用一谈来了解他们的需要和要求，不识字的人可利用手势来表达意思，但对以上三者同时存在的病人就比较困难，这就要求我们要更加主动而周到的去作好护理工作。

醫療體育治療痛經的點滴體會

楊 炎 天

(医疗体育)

医疗体育应用到綜合治疗中在我院为时不久，因此到目前为止，治疗的总人数及病例种类都很少，所以对痛經的治疗未能作出有效而較全面的总结，僅將其升多例病人的治疗作以下点滴介紹。其中很可能有錯誤之处希望得到大家的批評和指導。

痛經的病人往往用过許多葯物治疗而未能獲得效果，这种情形下虽然病人渴望治疗但对利用体操的手段能否起到效果这点大多数病人存有怀疑。为此在治疗中必須經常向病人进行宣傳和解釋，但就如此而其正能坚持到最后的还是不多，已看出效果的只有20多例。

由于医疗体育治疗的时间長，許多病人不能始終在醫院里治疗，为此我們採用两种治疗形式。其一是尽量要求病人来院治疗（門診），这样可以每日进行，且可随时掌握病人情况便于調剂，同时有專門的地方又有許多人一起进行，这可以使病人能完整地完完成治疗方案和由于其它人和环境的影响而起到精神上的因素。

其二是先讓病人在医院学会体操动作之后回家进行。这对病人可节省时间，但因条件及环境关系不能經常坚持，所以效果較差。

在这20多例中，多为子宫后倾后屈，次为附件炎和卵巢和小的輸卵管囊腫或積水，再次为子宫前倾及前屈。

一、妇科医疗体育的作用及任务：

1. 促进盆腔的血液及淋巴的循环。

子宫及其附件炎的疾患，往往是由于感染（特别是上行性感染）所致的急性炎症而未能得到及时的治疗轉为慢性者，就子宫位置不正的疾患来说，也往往伴有炎症現象。因此通过医疗体操可以促进盆腔的血液循环和淋巴的循环，从而促进炎症的吸收。

痛經也往往是由于子宫的位置不正而致月經排流不暢，从而月經刺激子宮內膜使子宮強烈地收縮产生腹痛。通过适当的医疗体操可以糾正不良的子宫位置，改善月經的排流，从而改善了腹痛。

在輸卵管和卵巢部分小的囊腫或積水也可以通过医疗体操改善血液及淋巴的循环而使囊腫或積水吸收。同时通过血液还可以对某些外伤或其它炎症而形成的瘰癧得到軟化。在早期

(急性期剛過後)可以預防其連發生,或對已形成的粘連起到拉牽的作用。

2. 糾正異常的子宮位置,和增強腹壁和會陰部肌肉力量:

這主要是通過運動、震蕩和擺動等及利用地心的引力物理機械的作用來促成子宮回到子宮位置。

子宮位置的異常和固定子宮的韌帶、腹壁及會陰部肌肉力量的軟弱是有密切關係,因此醫療體育在糾正子宮位置的時候,必須注意訓練子宮韌帶,腹壁和會陰部肌肉力量,也只有這些組織的力量增強了,被糾正的子宮才能得到固定。

3. 改善全身的一般情況:

即通過運動改善消化、呼吸、睡眠、精神等情況,這些主要是通過神經系統的反射控制來完成的,但又是和以上的目的結合在一起的,因只有在痛經的症狀減輕了其它的症狀才能得到改善和鞏固。

4. 建立新的條件反射,從而消除舊的病理的條件反射:

因為在該病患者所感覺的除了疼痛和一般症狀以外也往往因為在這個疾病的基础上又有外界的刺激(即第二信號系統),而建立病理的條件反射,在大腦皮層形成一個頑固的興奮灶,如換地方、氣候、工作或生活條件,不易妊娠等各種原因而引起疼痛的出現,如果這些問題沒得到解決則痛經一次比一次加重。醫療體育可以通過運動及教育等手段來達到消除舊的條件反射,而建立起新的條件反射。

二、關於適應症問題:

在我們的體會中,認為子宮位置異常,附件炎(包括慢性及亞急性),小的附件囊腫及積水,子宮及其附件下垂,脫出等醫療體育卻有較好的效果。但是子宮位置異常的疾病中其效果與年齡、局部粘連情況有一定關係。其次要注意如果子宮活動範圍太大也有一定的關係。

三、其它方面的體會:

1. 經常要向病人進行宣傳和解釋醫療體育是怎樣起到治療作用的,和治療過程所遇到的問題,因為大部分病人還不了解醫療體育。宣傳和解釋不僅在開始很重要,而且在已收到初步效果之後也很重要,因為有的病人不感到痛時就不來了,結果因治療中斷,效果未能鞏固。

2. 準備活動和準備階段:

在醫療體操每次正式用專門的體操進行活動之前,約5分鐘左右的準備活動,這樣的目的是為提高病人的精神緊張度,活躍全身各個系統,特別是心血管和肌肉系統。②恢復前次活動所建立的條件反射。

在療程的初期是提高病人對運動的適應性,為療程的中後期大的活動量打下精神及體力上的基礎。因為大部分患者平時不愛運動,對體育運動沒有興趣,同時因為長期患婦科疾病,卻有頭昏心慌者腰痛失眠,全身無力,精神不振等症狀,而沒有一個準備階段病人便不易習慣於突然,對該患者說是較劇烈的活動,這結果會引起全身肌肉痛,腹痛加重,飲食及睡眠等更差。

3. 運動量的大小不依疼痛的嚴重程度為轉移,而是按照病人的身體情況及運動後的反應為轉移。也就是說,已往有運動基礎的,且身體較好者,一般在體操的劑量及節梗都達到

最大的限度，因之就減少些。但因为早晚都要提高运动量，所以不另編一套操，只是在原來的操节去掉些負荷量大的难的，就可以了。

在疗程中每日一次到兩次，每次为25—40分鐘。在运动时速度要慢些，但幅度及力量要大些，动作要准确。

4. 在治疗盆腔炎（附件炎）时应注意以下几点：

① 編操要注意不因治疗盆腔炎，而造成子宫移位，那就要在操节中作适当的预防性动作，如动作可在各种姿势下进行不要只是仰卧位等。

② 編操时要注意禁止作較强烈的扭动性动作，否則会增加痛疼。

③ 不要把盆腔炎或附件炎看成是單純的局部性的病变，只作局部的活动，而应將其視為全身的一部分，同时全身的适当的活动却会对盆腔有一定的作用。这主要是通过中樞神經系統來完成的。

④ 腹部按摩促进炎症的吸收有一定的作用，因此可在医疗体操完后进行15—20分鐘的按摩。

⑤ 我們在全課業完成后，进行25—30分鐘的膈式呼吸运动，即按强壯功的方法在仰卧下进行，这对促进盆腔的血流有一定作用。

⑥ 每个病人均应配合理疗治疗，这可在医疗体育課程以前进行。

5. 关于月經期是否进行医疗体育的問題：

按照运动生理学来講，一般不必在月經期停止活动（体育鍛煉），只需減少运动量就可以，同时很多女運動員在月經期照样参加比赛。我們认为对痛經病人來說，因其月經本來就不正常，并有痛經，如果在月經期繼續进行活动，而只減少运动量其优点是：可以促进盆腔的血液，从而使月經排流更通暢，減少淤血和痛疼，并改善全身的一般状况。但是大部分病人已往却没有参加过体育运动或是不常参加，因而对月經期进行体育运动还不适应，特别是这科專門的体操，絕大部分是髖关节的活动，是否会因为一时还不适应而影响到月經的量，時間或引起刺激症状，这还没有作进一步的研究。而我們已往是在月經期暫停治疗。

6. 子宫位置不正的病人在每次課業前一定要排空大小便，这可以使子宫利于活动。并且除每日所規定的課業外 还要經常注意姿势治疗。并在工作中注意不要引起腹压的过大增加。

7. 关于治疗的时间問題：

根据我对20多例有效病例的观察，一般子宫位置异常的疾患，其粘连不太严重，年齡不过45岁且沒有其它并发症时，其疼痛的減輕或消除，和子宫位置的糾正大概是：子宫前傾前屈第一二度約为30天左右，子宫后屈第一二度約为40天左右，附件炎的疾患（包括附件的小的囊肿在內）一般是40—60天，炎症情况可基本好轉。但这与炎症的程度有密切关系。

綑帶衣介紹

皮膚科全體護士

我們在过去对于全身皮膚病患者擦藥膏后的包紮，是使用綑帶和胸帶的包紮法，在实际工作中，根据我們的体会和病人的反映，包紮綑帶經常发生脫落的现象，病灶上的藥膏也往往被衣服和綑帶擦掉，因而減少了藥膏对病灶的应有的治疗效果，因为皮膚病患者絕大部分都能活动。由于患者綑帶脫落，經常找護士重包紮及重新上藥膏等现象，給我們護士工作帶來了很多困难。我們也曾採用过各种綑帶包紮的办法，但效果不好，在五五年全科護理人員共同努力下，試制成一种綑帶衣。

綑帶衣能适用于全身性皮膚病患者擦藥膏的包紮，而且还能用于四肢和軀干的包紮，在我們三年多的實踐証明，这种綑帶衣有相当使用价值，我們認為有下列几个优点：

1. 防止了綑帶脫落的现象；
2. 能保持藥膏在病灶上的時間和治疗效果；
3. 可防止污染衣服和床单的现象，因过去往往把衣服和被单被藥膏污染的很脏同时也很容易洗掉。

4. 能节约布类：

- ① 用一套单层綑帶衣，可以包紮全身病灶，只需要布十二尺左右，
- ② 若用綑帶包紮，全身需用六条綑帶（兩上肢兩条，兩下肢四条），胸帶及腹帶各一条共需要用布十六尺之多。

③ 綑帶衣的使用時間比較：

綑帶衣——可用兩年左右時間，一星期洗一至二次。

綑帶——可用6—8月時間，一星期洗二至三次。

5. 減少了護士卷綑帶及包紮的時間：

① 按全身需要六条綑帶，人工卷時每条用一分30秒共用時間9分鐘。

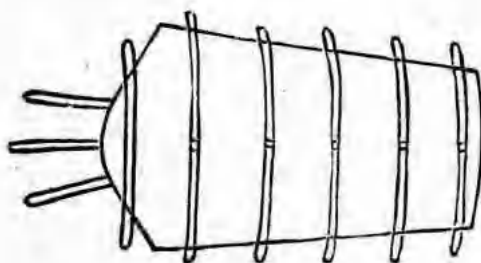
② 全身包紮綑帶需要用20分鐘，但用綑帶衣只需要十三分鐘。

6. 病人包紮上綑帶衣不感覺綑的难受，行走很方便，无不舒之感。

綑帶衣附草圖及照片，

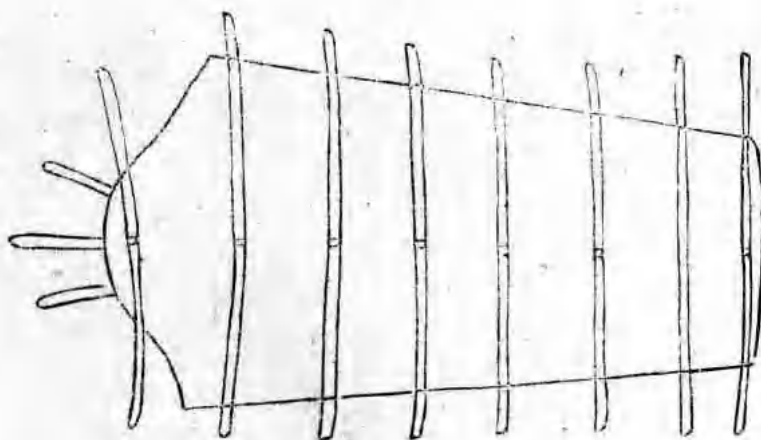
1. 綑帶背心，
2. 綑帶腿，
3. 綑帶袖子，
4. 三角褲叉，
5. 綑帶帽子。

(3) 袖子



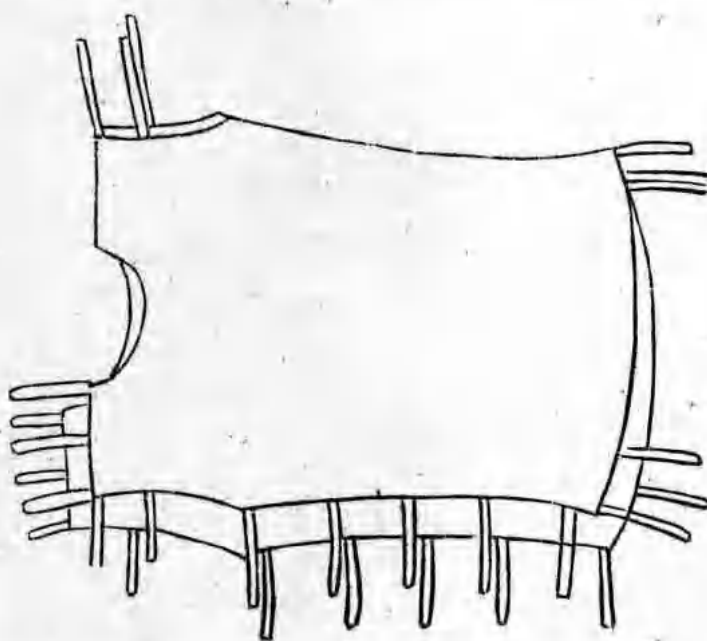
長 2 尺
上寬 1.4 尺
下寬 7.5 寸
中寬 1.1 尺
帶長 1.8 尺
短 1.1 尺

(2) 腰



長 3 尺
上寬 2.2 尺
下寬 1.3 尺
中寬 1.9 尺
帶長 2.5 尺
短 1.5 尺

(1) 背心



長 2.9 尺
上寬 1.5 尺
中寬 1.4 尺
下寬 1.3 尺
台肩 8 寸
肩寬 3 寸