

腦系科医疗
護理常規

北京醫院

前 言

遵循英明领袖华主席抓纲治国的伟大战略决策，全科同志努力抓革命促生产，不断加强医疗常规制度，自去年第四季度起将1972年第二版《脑系科医疗常规》结合本科第二次修改以后的临床实践和国内、外神经病学进展情况作了第三次修订，这样做有利于提高医疗质量，更好地为人民服务。

脑系科

1977年5月1日

C0111719



脑系科医疗护理常规目录

第一章	脑系科一般护理常规	1
第一节	脑系科护理常规	1
第二节	精神病护理常规	1
第三节	瘫痪护理常规	2
第四节	截瘫护理常规	3
第五节	脑部手术前与手术后护理常规	3
第六节	牵引治疗护理常规	5
第二章	一般诊疗技术常规	10
第一节	腰椎穿刺	10
第二节	脑脊液动力学检查(奎肯斯底特 Queckenstedt 氏试验)	12
第三节	碘油脊髓造影术	15
第四节	气脊髓造影术	16
第五节	脑电图检查	18
第六节	脑超声波检查	21
第七节	肌电图检查常规	22
第八节	脑血管造影术	23
第九节	气脑造影术	27
第十节	脑室气体造影术	30
第十一节	碘水液脊髓造影术	32
第十二节	颈动脉窦按摩试验	34
第十三节	发汗试验	35
第十四节	重症肌无力药物诊断试验	38
第十五节	周期性麻痹诱发试验	40
第十六节	星状神经节封闭术	41

第十七节	胰岛素低血糖疗法	42
第十八节	人工冬眠	44
第三章	神经系统疾病诊疗护理	47
第一节	三叉神经痛	47
第二节	周围性面神经麻痹	49
第三节	颈椎病	50
第四节	坐骨神经痛	51
第五节	感染性多发性神经根炎	55
第六节	脊髓空洞症	56
第七节	重症肌无力	57
第八节	周期性麻痹	61
第九节	偏头痛	63
第十节	帕金森氏综合征	65
第十一节	癫痫	67
第十二节	眩晕综合征	72
第十三节	颅内肿瘤	74
第十四节	脊髓肿瘤	76
第十五节	脑血管疾病	77
第十六节	颅脑外伤	88
第十七节	瘰病	93
第四章	脑系科各种医疗器械操作规程	97
第一节	简易人工降温机操作说明	97
第二节	Aika 700 型人工降温机操作说明	98
第三节	Disa 两导心电图机操作规程	100
第四节	脑超声诊断仪的操作规程	102
第五节	爱迪斯王脑电图机操作规程	107
第六节	十三导脑电图机操作规程	108
第七节	三荣八道脑电图机操作规程	111

第一章 脑系科一般护理常规

第一节 脑系科护理常规

(一) 病房接到住院处通知后, 应依病情准备床位。

(二) 入院后安静休息, 亲切接待, 鼓励病人增强战胜疾病的信心, 介绍入院有关各种制度, 同时向家属了解生活习惯。

(三) 衣服、文件、贵重物品或钱等, 请随人带回, 并严格检查, 有无自备药物。

(四) 入院当天内测体温四次, 以后每日测一次, 第一次测体温时测脉搏一次发烧到 37.5°C 以上者, 视情况每六小一次。心脏病患者数脉搏。严重心脏病者如心力衰竭数心率。

(五) 入院后次晨留小便一次, 送检常规及检查血常规血沉一次。

(六) 发烧在 38°C 以上立即查白血球及分类, 39°C 以上物理降温冷敷, 并即时与大夫联系。

(七) 排出物有异常发现, 应立即留下检查常规, 必要时作培养。

第二节 精神病护理常规

(一) 禁用口表测体温 (用肛表或腋表), 试表时护士不离开。

(二) 发药时必须亲视病人服下方可离开, 特别是安眠药。

(三) 生活方面应多照顾、协助，进食饮水时，要注意温度合适，水果要去皮，鱼肉要去骨，蛋类要去壳。

(四) 病人不得单独离开病室，值班护士应随时知道病人所在地。应不定时巡视、观察。

(五) 不能借予病人刀、剪等危险器材。晨晚间护理时检查床、柜内物品（不让病人知道）。

(六) 交接班时应床边交接，看病人同时顺便检查床柜内有无保存锐利之物或其他药品等。

(七) 一般不用裤带、大衣腰带、月经带等。如有假牙或眼镜等亦须多注意观察。

(八) 病人如拒绝进行医疗护理操作时，应善于诱导使其合作，不得强制执行，避免引起抗拒或躁动反感。

(九) 病人如过度兴奋、冲动或强烈躁动，未经大夫许可，不得轻易约束患者。

(十) 抑郁性或木僵性病人，长期卧床，应注意口腔、皮肤护理。

(十一) 病人不得进入护士办公室。

(十二) 准确记录病人精神状态、睡眠、饮食情况。

第三节 瘫痪护理常规

(一) 必须耐心细致照顾病人，协助一切生活需要。

(二) 保持皮肤清洁干燥，每3—4小时翻身一次，更换卧位，预防褥疮及吸痰、拍背及作好口腔护理以预防肺部感染，晨晚间护理时用温水及酒精擦背。

(三) 扶托瘫痪肢体，保持功能位置，患侧下肢用脚垫（必要时用护架）以防垂足。

(四) 除理疗科做按摩外，患肢定时进行被动及主动运

动，防止畸形或肌肉萎缩。

(五) 麻痹区域使用热水袋热敷或烤灯时，应注意勿烫伤。

(六) 注意尿潴留情况，留置尿管者应严格遵守无菌操作，每周换尿管消毒一次，每天消毒接管与尿瓶预防泌尿系感染。

(七) 多安慰鼓励病人，加强各种有计划的锻炼。

第四节 截瘫护理常规

(一) 要耐心细致照顾病人，协助生活需要，注意营养情况。

(二) 加强皮肤护理，每2—3小时翻身一次，经常保持皮肤干燥。

(三) 留置尿管，应严格遵守无菌操作，每周换管消毒一次，每天消毒接管与尿瓶，预防泌尿系感染，尿潴留病人每四小时放尿一次。

(四) 必要时每晨留尿标本送检。

(五) 保持下肢功能位置，下肢用脚垫（必要时用护架支起盖被）以防垂足及畸形。

(六) 除理疗科按摩外，定时教导病人在瘫痪部位进行主动及被动活动，防止肌肉痉挛、强直、萎缩等畸形。

(七) 下肢使用热敷或烤灯时应注意避免烫伤。

(八) 保持大便通畅，至少三天通便一次。

第五节 脑部手术前准备及手术后护理常规

〔手术前准备〕

(一) 应协同大夫解除病人思想顾虑，多解释与安慰病

人，使其加强战胜疾病的信心。

(二) 护士应很好了解手术的性质、部位、麻醉方法以及发生意外可能，根据情况安排好所需之用具。

(三) 清洁方面。

1. 术前一天洗头，特殊情况时术前二天理发及洗头，用70%酒精消毒皮肤后包无菌巾，如发现头皮有脓包或破皮应报告大夫。

2. 必要时术前一天应行盆浴，如卧床病人应床浴。

3. 手术前一晚灌肠，药液按医嘱，如颅内压高者，一般不需要灌肠，若灌洗时也需小心。

4. 手术前六小时内，按手术部位备皮剃头，注意勿剃破头皮，用70%酒精消毒后包无菌巾。

(四) 术前12小时内禁食，术前查凝、出血时间及血型，手术前一日配血。

(五) 手术前晚要环境安静，让病人很好睡眠。

(六) 手术日应按时准确执行医嘱，如术前注射及内服药。

(七) 如病人有假牙及手表等贵重物品，应在术前做好处理。

(八) 去手术室前嘱病人小便，同时记时间及尿量。

(九) 术后所住病室要清洁扫除，并用紫外线照射消毒。

[手术后护理]

(一) 注意面色，遵照医嘱严密观察意识、瞳孔、体温、脉搏、呼吸和血压及肢体活动情况。

(二) 注意伤口敷料，有无出血或渗出液，包扎是否严密。

(三) 有引流管时注意是否通畅。

(四) 要注意小便情况，如6小时无尿应报告大夫，手术次晨应留尿送检。

(五) 预防感染，手术后三天内医护人员接触病人应戴口罩，病人应禁止会客。

(六) 昏迷病人注意吸痰预防肺炎。

(七) 按常规注意口腔护理及皮肤护理。

(八) 注意水与电解质平衡。

(九) 全麻病人，要观察病人直到清醒和情况稳定。

(十) 记好护理记录。

第六节 颈椎和腰椎牵引治疗常规

牵引治疗是治疗颈椎病，颈部和腰部椎间盘突出症的方法之一，并能收到较好的效果。

〔优点〕

1. 装置简便，容易调整。
2. 牵引中允许改变一定的体位，腰椎骨盆牵引时下肢活动不受限制。
3. 避免骨牵引可能引起之感染。
4. 便于护理。

颈 椎 牵 引

〔适应症〕

颈椎间盘突出症、颈椎外伤错位、颈椎病等。

〔目的〕

缓解由于损伤或疾病引起的疼痛及不舒感，减轻症状，使椎间盘突出或错位复位。

〔操作前准备〕

1. 向病人解释牵引的简单过程及感觉。取得合作。
2. 令病人排空膀胱。
3. 按医嘱口服肌肉松弛剂，可增加肌肉松弛，促进牵引的效果，增加病人的舒适。

〔准备用物〕

颈椎牵引带，牵引架（带滑车），绳子，重量，棉垫。

〔操作步骤〕

1. 如采取坐位：病人坐于较平椅子上，牵引架置于背后或胸前，头前倾15度。如采取卧位：床尾安置牵引装置，颈下垫一小的软的枕头，帮助维持头和颈的正确位置，使头部前倾15度。

2. 用棉垫或泡沫塑料垫置于下颌牵引点上，以减少牵引带对下颌皮肤的压迫。

3. 扎上牵引带，调整项圈带、滑车和头部两侧吊带的位置，使其力量平衡。V形尖两侧长短要相等，床头摇高15度，借助于身体一部份重力牵引颈部，头稍向前倾。

4. 重量一般自3公斤开始，每天增加半公斤，根据情况可逐渐增至6公斤，必要时可增至8公斤。

5. 将红灯拉线置于病人身边，如有不舒服感，令其拉灯。

〔疗程安排〕

1. 间断牵引法：

① 每日牵引两次，第1—2天每次牵引1小时，第3天起，牵引2小时，一疗程为15—20天，根据情况可缩短或延长。

② 每日牵引一次。第1天为牵引1小时，第2天以后

牵引2小时。一疗程为15—20天。

2. 持续牵引法:

治疗开始第一个48小时完全卧床,甚至于不要抬头,持续牵引2小时,然后休息一小时,再重复牵引,睡眠时不牵。牵引后第3天,如疼痛和不舒服感觉迅速减轻或消失,可允许病人上厕所,其他时间仍应卧床。一疗程为7—10天,根据需要可适当延长。

腰 椎 牵 引

〔适应症〕

腰椎间盘突出等。

〔目的〕

1. 缓解由于损伤或疾病引起的疼痛。

2. 使腰部组织的松弛和解除椎间盘突出压迫神经所引起之症状。

〔操作前准备〕

同颈椎牵引。

〔准备用品〕

骨盆牵引带,牵引架,滑车,重量,床脚木墩二个(高度为25—30厘米),护架,四块小软垫。

〔操作步骤〕

1. 床尾安置牵引装置,抬高床脚,置放垫床脚木墩2块。

2. 病人头卧于床头,上衣应从裤内拉出。

3. 扎上胸部的带子,注意勿太紧以免造成呼吸困难。

4. 接绳子在两侧V形带之中间并打一活扣。绳子的另一端接一挂钩。放牵引带在病人身下,并摆好位置,两侧V

形尖正好在侧面，牵引带侧面软的部份正好盖在髂嵴上。用四块小软垫分别垫于两侧下肋部及髂骨嵴处。

5. 先扎好小带，自脐部往下扎，然后再紧扎腰带。两侧V形尖长短应相等，牵引绳自V形尖拉出，绳子高度应在脚趾尖水平。

6. 挂上重量于通过滑车的绳子钩上，每侧自10公斤开始，逐渐增加，每隔2天每侧加5公斤，第5天加齐，即每侧20公斤，也可按病人的情况适当加以调整。每日2次，每次1—2小时，一疗程为20—30天。

7. 放护架在病人膝部，上盖被子，避免受凉。

8. 将红灯拉线置于病人身边，如有不舒服感令其拉灯。

[牵引中的护理]

1. 经常保持牵引绳子是直的，牵引绳与被牵引的肢体长轴应成一直线，这样，脊椎间关节的所有部份都相等分开了，因此，应取得病人合作，维持好位置。

2. 颈部牵引时要注意不能压迫颈动、静脉，以免引起意外。

3. 牵引的重量要悬空，不可着地，也不可离地太高或靠于床架上，注意滑车是否灵活，如发现有此问题时立即校正位置。

4. 铺床时不可将被单压在绳索上，以免影响牵引力量。

5. 保持反牵引力量（腰椎牵引时床尾抬高，上半身以带子扎于床头以免下滑均为造成反牵引力量），颈部牵引时下颌和枕部拉力要平等分配。达到平衡。

6. 开始牵引时因病人对牵引中应有的和不应有的感觉体会不深，应每隔15分钟观察一次，询问有无牵拉之感觉，有无不舒服感。牵引几次后病人就能体会出牵引是否合适的

感觉，因而可以每隔半小时观察一次。

〔牵引后的护理〕

1. 为了减少因长时间保持固定体位而引起的腰背痛，牵引结束后鼓励病人改变体位。持续牵引病人可早晚给酒精擦背两次。

2. 观察下颌、面颊及髂骨附近有无皮肤擦伤之痕迹，如有之，则应报告。

第二章 一般诊疗技术常规

第一节 腰椎穿刺术

〔适应症〕

（一）用于诊断：

1.测定颅内或椎管内压力；2.检查脑脊液常规、生化及特殊检查；3.做颅内或椎管内充气造影或对比剂造影及脊髓造影后抽出碘油。

（二）用于治疗：

1.放出一定量脑脊液治疗某些颅内压力增高疾患；2.引流炎性分泌物或血性脑脊液；3.注入抗菌素、激素、维生素B12等治疗药物或注入氧疗法。

〔禁忌症〕

（一）休克、衰竭、病危者。

（二）穿刺部位或附近有感染者。

（三）临床诊断为颅内占位性病变有显著颅内压增高症状体征者。

〔准备用品〕

（一）腰穿包一个（内有20号、22号腰穿针各1个，测压管1个，三通管1个，试管3个，2毫升注射器1个，肌注针头和封闭针头各1个，无菌孔巾1条，镊子2把，纱布块3块，棉球10个，药杯2个）。

（二）手套2付。

（三）刻度尺1个。

(四) 2%奴佛卡因 2 毫升 $\times$ 2 支 (或消毒之 1%、2% 奴佛卡因大瓶包装)

(五) 酒精、碘酒、龙胆紫、弯盘、胶布条 2 条、小塑料布一块。拟做细菌培养者尚须备有火柴、酒精灯。

〔操作方法〕

(一) 病人取侧卧位，最好床褥下垫以木板，使病人头向前屈并屈腿，使之躯体前弯，腰部后凸，以使脊椎间隙增宽。背部与床面垂直。坐位时，双手放在椅背上，向下倾。

(二) 术者戴帽子、口罩，在腰 3—4、腰 4—5 (两髂棘联线之中点为腰 4) 或腰 5 ~ 骶 1 间隙，用龙胆紫作标记，用碘酒、酒精消毒腰背部皮肤，戴手套，盖上孔巾，露出标记处先用奴佛卡因作一皮内小丘再作深部麻醉。

(三) 术者以左手拇食二指固定椎间隙皮肤，右手持针，在上位棘突下缘 (麻醉处) 穿刺，针口斜面应与身体长轴平行，针头垂直或略向头侧刺入，刺透硬膜时有落空感。

(四) 如刺入过深可慢慢将针向外拉，抽出针芯，至有脑脊液流出为止；如刺偏未入蛛网膜下腔，应将针拔至皮下，另行刺入。

(五) 刺入椎管后抽出针芯，见有脑脊液流出。如压力很高 (流的快) 按临床需要或只放 3—5 滴作化验或小心测压，或不测，如压力不高或稍高，可接上测压管测量压力，用手压迫一侧颈静脉约 10 秒钟进行脑脊液动力学检查。如怀疑有椎管梗阻应按第二节步骤进行。然后慢慢放出足够数量的脑脊液作化验，放液后可测量终末压力再拔针。

(六) 拔针后局部盖以无菌纱布，以胶布条固定。

(七) 取脑脊液：

1. 第 1 管 2 毫升送康华氏反应 或 猪囊虫补体结合试验

等检查；

2. 第2、2至3毫升送生化（蛋白、糖、氯化物），胶金反应等检查；

3. 第3管1毫升送常规（细胞计数及分类、潘氏试验、糖定性），细菌涂片或沉淀找虫卵。

一般患者可只查生化及常规；怀疑脑出血或脑膜炎者查三管细胞，怀疑脑膜炎者查细菌涂片，取第一管送细菌培养，必要时查新型隐球菌或结核菌。其他视具体情况决定之。

〔注意事项〕

（一）检查前先令病人大小便，告诉病人术中、术后注意事项。

（二）检查后多饮水，去枕平卧6小时，24小时后可下床。

（三）穿刺后如有头痛多因穿刺孔漏液及放出脑脊液后颅压降低，动脉扩张引起，发生在穿刺后数小时。有时伴有恶心、呕吐，经卧床休息及对症治疗后，数日即可恢复。可皮下注射垂体素（Pituitrin），必要时第二天重复之。或于静脉内注射低张盐水（0.5%者）以增加颅内压力，或将生理盐水（0.9%者）注射于蛛网膜下腔中。亦可用40%乌洛托品5毫升静脉注射和毛果芸香硷1%1毫升皮下注射，借以促进脑脊液的产生。

第二节 脑脊液动力学检查——奎根斯底特(Queckenstedt)氏试验

〔适应症〕

检查脊髓蛛网膜下腔有无梗阻及梗阻程度（完全或部

分)。

〔禁忌症〕

颅内压增高者不宜作此检查。

〔准备用品〕

(一) 腰椎穿刺术用品一套。

(二) 血压表一个, 秒表一只, 记录纸笔。

〔操作方法〕

助手二人, 一人司颈部加压、看时间, 另一人记录数据。术者按常规给病人做腰椎穿刺(用20号针)测定初压后, 腹部加压持续10秒, 从开始加压起每5秒钟报告一次脑脊液压力, 压力上升又降至初压后停止。以观察针是否完全在蛛网膜下腔内, 或针口是否被马尾神经根贴紧。助手将血压计气囊缠于颈部加压至20毫米汞柱, 持续10秒, 放气, 从开始加压起每5秒钟报告一次脑脊液压力, 待压力上升又下降至初压后停止。再分别于颈静脉加压至40毫米汞柱及60毫米汞柱, 按上法分别测定压力变化, 记录之。为准确起见可以重复几次, 以比较其结果是否一致。术毕将结果划一曲线表(见图1)。

〔结果分析〕

(一) 部分梗阻者, 加压后脑脊液压力升降速度与压腹相比明显缓慢或下降速度慢于上升速度, 或解除压力后, 压力仍继续上升然后下降但比原来水平高。按其压力改变情况, 恢复快慢, 可区别出轻度或严重的部分梗阻情况。

(二) 蛛网膜下腔无梗阻者, 一般在加压60毫米汞柱时可以升高到200~400毫米水柱左右; 而在放压后10秒钟左右降至接近初压水平。

〔注意事项〕

(一) 穿刺针不宜过细, 最好用20号针, 以保证其通