

■ 专科护理

晚期肺癌合并肺栓塞患者的护理要点

□ 赵 园

病例分析

患者为一名男性,68岁,被确诊为原发性肺腺癌Ⅳ期,接受化疗后第3周突发呼吸困难、胸痛,血氧饱和度降至85%。CT

(计算机层析成像)肺动脉造影结果显示右肺动脉主干栓塞,D-二聚体显著升高(5.2毫克/升)。针对患者这一情况,医护

人员立即给予低分子肝素抗凝、高流量吸氧,并启动多学科会诊。经10天治疗,患者症状缓解,开始康复护理。

该病例的护理难点:需要平衡抗凝治疗与肿瘤出血风险,同时做好呼吸衰竭及心理焦虑管理。

护理措施

**病情监测与风险评估**  
1.动态监测生命体征  
呼吸系统:每小时记录呼吸频率、深度及节律,使用呼吸监护仪持续监测血氧饱和度。对血氧饱和度持续低于90%者,立即进行动脉血气分析[如动血氧分压<60毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)],提示呼吸衰竭,并启动高流量湿化氧疗或无创正压通气。

**循环系统:**监测心率、血压、中心静脉压,警惕右心衰竭(如颈静脉怒张、肝颈静脉回流征阳性)。对血压骤降者,需要排除大面积肺栓塞或心包填塞。  
**神经系统:**评估患者的意识状态,观察患者有无烦躁、嗜睡等缺氧性脑病表现,必要时行颅脑CT,排除脑转移或出血。  
2.血栓与出血风险评估工具

**Padua**(一种评估中风患者吞咽功能的工具)评分:用于评估住院患者的静脉血栓风险(肺癌患者常≥4分,属高危)。  
**出血风险评估表:**用于抗凝治疗前评估(如评分≥3分,提示高出血风险),指导药物选择和剂量调整。  
3.实验室与影像学追踪  
D-二聚体:每周监测2次,若持续升高,需要警惕新发血栓或肿瘤进展。

**凝血功能:**口服华法林者,每3天监测INR(国际标准化比值),目标范围是2.0~3.0;使用低分子肝素者,每周监测血小板计数,警惕肝素诱导的血小板减少症。  
**影像学复查:**病情稳定后每2周复查下肢静脉超声,排除深静脉血栓;每月进行1次CT肺动脉造影,评估血栓溶解情况。

**抗凝治疗的精细化护理**  
**用药安全:**皮下注射低分子肝素时,定期轮换注射部位,避免硬结;口服华法林要固定服用时间,指导患者避免摄入大量富含维生素K的食物。  
**出血风险防控:**观察皮肤瘀斑、鼻出血等情况,备好拮抗药物。  
1.药物选择与个体化方案  
初始抗凝:首选低分子肝素,出血风险高者可减量。

**长期抗凝:**肿瘤活动期患者建议使用低分子肝素至少36个月,待病情稳定后可过渡至口服抗凝药。  
**特殊情况处理:**  
血小板减少(<50×10<sup>9</sup>/升):暂停抗凝,改用下腔静脉滤器置入。  
肿瘤脑转移:避免使用抗血小板药物,优先选择低分子肝素(出血风险低于华法林)。

2.用药操作规范  
低分子肝素注射:  
注射部位:选择脐周2厘米以外区域,按“钟表法”轮换,避免重复穿刺,导致皮下出血。  
注射技巧:捏起皮肤皱褶垂直进针,注射后按压5分钟,禁止热敷或揉搓。  
华法林服用指导:  
饮食教育:制作“维生素K食物清单”,菠菜、动物肝脏等需

限量。  
药物相互作用:告知患者避免联用布洛芬(增加出血风险)、奥美拉唑(降低华法林代谢)。  
3.出血应急处理  
轻度出血:局部压迫,监测INR,暂不调整剂量。  
重度出血:立即停用抗凝药,静脉注射维生素K(10毫克),输注新鲜冰冻血浆或凝血酶原复合物。

**呼吸道管理**  
氧疗支持:根据血气分析调整氧流量,维持血氧饱和度≥92%;对呼吸窘迫者备无创通气设备。排痰护理:联合叩背、雾化吸入,促进排痰,预防肺部感染。  
1.分层氧疗策略  
轻度缺氧(血氧饱和度

90%~94%):鼻导管吸氧(2升/分钟~4升/分钟)联合深呼吸训练(缩唇呼吸+腹式呼吸,每日3次,每次10分钟)。  
中重度缺氧(血氧饱和度<90%):高流量湿化氧疗,必要时进行无创通气。  
**机械通气准备:**备好气管插管套件,对意识障碍或呼吸肌疲

劳者及时插管。  
2.气道廓清技术  
主动循环呼吸技术:分控制呼吸、胸廓扩张运动、用力呼气3个阶段,每日4次,每次15分钟。  
**机械辅助排痰:**使用振动排痰仪辅助排痰,每侧肺叶叩击5分钟,避开肿瘤侵犯区域。

**雾化方案:**生理盐水5毫升+乙酰半胱氨酸0.3克,每日两次,溶解黏液栓;联合沙丁胺醇2.5毫克,缓解支气管痉挛。  
3.感染预防  
口腔护理:使用氯己定含漱液每日3次,减少误吸风险。  
**体位管理:**进食后保持半卧位1小时,预防吸入性肺炎。

**心理支持与舒适护理**  
肺癌合并肺栓塞患者常伴焦虑、恐惧情绪,需通过健康教育和放松训练缓解情绪。可采取使用气垫床、定时翻身等措施预防压疮。保持环境安静,促进休息。  
1.心理干预四步法

**共情沟通:**采用“NURSE”模式(Name 理解患者情绪,Understand 表达共情,Respect 尊重选择,Support 提供支持,Explore 探索需求)。  
**认知行为疗法:**针对“灾难化思维”(如“我肯定治不好”),通过证据对比,纠正错误认知。

**家庭会议:**每周组织家属、医生、护士共同讨论治疗方案,增强患者的安全感。  
**临终关怀:**对终末期患者,引入疼痛管理团队,提供吗啡泵持续镇痛,尊重患者的意愿(如是否进行心肺复苏)。  
2.症状驱动的舒适护理

**胸痛管理:**按阶梯用药(非甾体药→弱阿片类→强阿片类),联合局部热敷(用50摄氏度的热水袋热敷,避开肿瘤区域)。  
**呼吸困难缓解:**使用手持风扇面部送风,通过冷觉刺激降低气促感。

**并发症预防**  
**活动指导:**指导患者急性期绝对卧床,稳定后逐步进行床旁活动;叮嘱患者穿弹力袜,预防下肢静脉血栓。  
**营养支持:**提供高蛋白、低脂饮食,必要时给予肠内营养制剂,纠正低蛋白血症。

1.血栓复发预防  
机械预防:每日使用间歇充气加压装置6小时。  
药物预防:对化疗患者,即使无血栓史,也建议预防性使用低分子肝素。  
2.肿瘤相关急症预警  
上腔静脉综合征:观察面部

水肿、颈静脉怒张,发现后立即抬高床头,限制液体入量。  
**脊髓压迫:**对脊柱转移患者,每日评估下肢肌力,出现肌力下降立即行放疗或手术减压。  
3.营养与康复一体化  
营养评估:采用PG-SGA量

表(一种以患者自我报告为基础的营养评估工具),对评分≥9分者启动肠内营养。  
**康复训练:**急性期,可进行床上踝泵运动+股四头肌等长收缩;稳定期,在监护下进行6分钟步行试验,逐步过渡至阻力带训练。

出院指导

1.用药管理:严格遵医嘱服用抗凝药物,定期复查凝血功能。避免自行调整剂量或停药。禁止联用阿司匹林、布洛芬等非甾体抗炎药。避免使用活血化淤类中药。避免使用硬毛牙刷、锋利用具(如剃须刀)。

2.症状预警:若出现突发胸痛、咯血、单侧下肢肿胀,应立即就医。  
3.生活方式:每日进行30分钟低强度有氧运动,避免久坐;长途旅行时每1小时活动下肢。对于卧床患者,家属应协助每日

进行3次被动下肢运动,预防肌肉萎缩。居家保持空气流通,将湿度维持在50%~60%,减少呼吸道刺激。  
4.饮食指导:高蛋白低凝风险饮食。每日摄入足量的蛋白质,避免动物内脏、油炸食品,限

制维生素K每日总量,避免摄入辛辣食物。  
5.随访计划:出院后1周、1个月、3个月复查CT肺动脉造影及肿瘤标志物。  
(作者供职于河南省肿瘤医院呼吸内科)

■ 护理感悟

郭阿姨是一位因糖尿病并发症引起下肢动脉闭塞的患者,下午要进行下肢动脉闭塞球囊扩张成形术。

这天,我拿着一本关于下肢动脉闭塞的宣教手册走进病房。我注意到,郭阿姨的眼神中透露出一丝难以察觉的忧虑。

我关切地询问:“郭阿姨,有什么我可以帮您的吗?”郭阿姨听到我的声音后,抬起头望向我,试图开口,却什么也没说。

看到郭阿姨欲言又止的样子,我继续追问:“郭阿姨,您是对下午的手术有什么顾虑吗?”

郭阿姨叹了口气,说道:“小姑娘,谢谢你。自从我和老伴儿退休后,我们从未分开过。平时在家里,我负责照顾他的日常起居。昨天,他骑电动车时不慎摔

倒,碰伤了膝盖。”她的话语中带着哽咽,眼角不禁流下了泪水。

我急忙安慰说:“您别担心,郭阿姨,家家都有难处,慢慢来。”

“不知道下午的手术能否成功……”郭阿姨摸着她的腿接着说,“我得糖尿病已经20多年了,一直没有给予足够的重视。最近几天,我腿疼得睡不着,走路也走不了几步。咨询了好多医生,我才得知这是糖尿病并发症的征兆,病情会继续恶化,最终可能不得不截肢。幸运的是,前天我来到这里咨询了谢主任,他

给我详细介绍了这种病症的成因,并告诉我,只有通过开通血管,才有可能恢复健康。”

“是呀!这不是看到希望了吗?”我鼓励郭阿姨道。

郭阿姨擦了擦眼角的泪水,说:“我担心自己年纪大,手术风险高,术后恢复情况不佳。这段时间,我老伴儿开始自学如何照顾自己,白天拄着拐杖来医院给我送饭。吃着他亲手做的饭菜,我既欣慰又心酸。我儿子工作繁忙,白天工作,晚上还要来医院照顾我。”我注意到郭阿姨在说完这

些话后,脸上流露出深深的自责。

听到这里,我轻拍郭阿姨的肩膀,安慰道:“这个手术现在已经非常成熟,伤口仅有针孔般大小,不需要缝合。您目前最重要的任务是振作精神,积极配合治疗。您的康复将是给予他们最好的回报。我相信这些挑战难不倒您!”

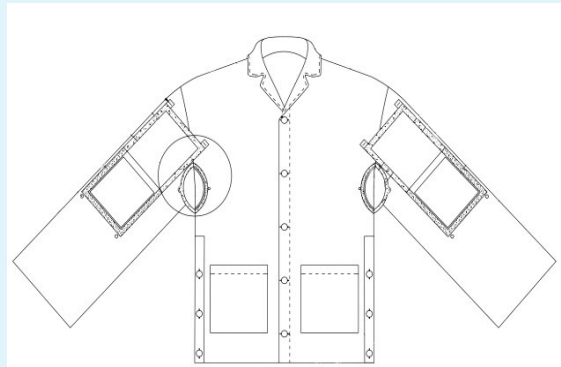
手术结束,当郭阿姨被推回病房的那一刻,我立即走上前去,轻声询问:“郭阿姨,您现在感觉怎么样?有没有不舒服?”郭阿姨微微睁开眼,充满感激地说:

“还好,就是有点累。谢谢你们,让我有了重新站起来走路希望。”我微笑着回应:“郭阿姨,您很勇敢。今后,我们一起努力,让您的身体尽快恢复。”在接下来的日子里,我成了郭阿姨的朋友和倾听者,陪她聊天,听她讲述过去的故事,鼓励她做好康复训练。

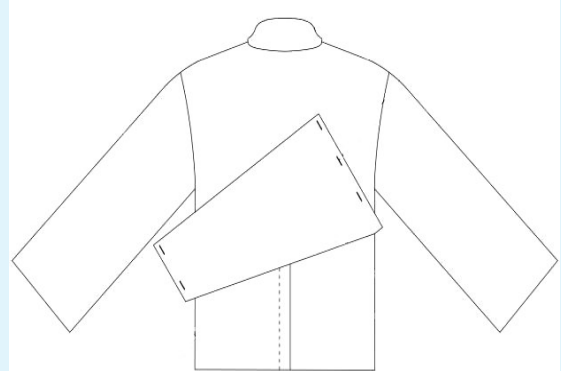
随着时间的推移,郭阿姨的病情逐渐好转,笑容也越来越多。看着她在病房里慢慢行走的身影,我深知,这不仅是医学技术上的胜利,更是人文护理赋予心灵治愈的力量。在这个过程中,我学会了如何用爱和关怀去温暖每一个患者,让他们在病痛中重燃希望之光!

(作者供职于内乡县人民医院介入血管科)

■ 小发明



双臂开口式病号服的正视图



双臂开口式病号服的后视图

技术背景

病号服是为住院患者设计的专用服装,不仅便于穿脱和清洗,还便于医院管理。在临床治疗中,例如在治疗急性髓系白血病患者时,医生会在患者皮下注射阿扎胞苷,每日一次,分两个部位进行,通常选择双上肢皮下注射。在进行注射操作时,医护人员需要将患者的病号服袖子向上卷起。然而,这种卷起袖子的方式可能会因为袖口过紧而增加患者的不适感,特别是在患者血小板数量减少的情况下,袖口过紧还可能引起出血点和皮下硬结血肿。为了避免出现这些风险,患者往往需要脱掉上衣以完成注射。但是,血液病患者在注射后需要长时间按压穿刺部位,上身长时间暴露,这不仅侵犯了患者的隐私权,还可能导致患者着凉。为解决这一问题,有必要设计一种双臂开口式病号服。

创新内容及亮点

这种双臂开口式病号服由病号服本体组成。病号服本体是由左前片、右前片、后片、左袖、右袖与衣领构成。右前片与后片上皆设置有扣眼1,而左前片与右前片上皆设置有开口1。左前片与右前片上皆设置有纽扣1、纽扣2、魔术贴A1、盖片1与口袋,且纽扣1与扣眼1为套扣连接,而纽扣2与盖片1上设置的扣眼2为套扣连接。盖片1上设置有魔术贴B1,且魔术贴B1与魔术贴A1粘接。左袖与右袖上皆设置有开口2。左袖与右袖上皆设置有盖片2、魔术贴A2与纽扣3。盖片2上设置有魔术贴B2,且魔术贴B2与魔术贴A2粘接。盖片2上设置有扣眼3,且扣眼3与纽扣3为套扣连接。

为了增加医护人员放置与取出体温计的便利性,该病号服的开口1设置在左前片与右前片的袖笼部位,盖片2同样设置在左前片与右前片的袖笼部位。当医护人员需要对患者进行体温测量时,仅需打开盖片2使开口1露出,这样便于放置和取出体温计。当盖片2覆盖在开口1上时,还能有效保护患者的隐私。

魔术贴A1设置在开口1外端边缘处的左前片与右前片上,而魔术贴B1则设置在盖片1的内端边缘处。通过设计魔术贴A1与魔术贴B1,可便于对盖片1进行初步固定。魔术贴A2设置在开口2外端边缘处的左袖与右袖上;魔术贴B2则设置在盖片2的内端边缘处。通过设立魔术贴A2与魔术贴B2,可便于对盖片2进行初步固定。

纽扣1的数量若干,分别竖向等距设置在左前片的门襟处以及左前片与右前片的下端侧缝处。通过设计纽扣1和扣眼1,便于医护人员对患者进行骨髓穿刺,无须将病号服本体下端全部向上撩起,使患者的隐私部位大面积暴露,只需要分离侧缝处的纽扣1与扣眼1即可。

有益效果

通过在左袖和右袖上设计开口2,医护人员能够在不需要卷起患者衣袖或脱去患者上衣的情况下,轻松地将患者的手臂暴露出来,以便进行皮下注射。这种方式避免了卷起衣袖可能带来的不适,比如袖子过紧增加患者的痛苦或者袖子过紧导致的出血点和皮下硬结血肿。同时,避免了脱去上衣进行皮下注射时,血液病患者需要长时间按压穿刺点,导致上身长时间暴露,这不仅可能侵犯患者的隐私权,还可能使患者感到寒冷。

(作者供职于焦作市人民医院)

征 稿

你可以谈一谈护理工作的心得体会,在护理方面取得的新进展,对某种疾病的护理思路以及对护理学发展、管理、改革和教育的建议……

《护理管理》《专科护

理》《小发明》(请将你的小发明拍成图片,并附上文字说明)、《护士手记》《护理感悟》等栏目真诚期待您的参与!

投稿邮箱:

568689252@qq.com