

2011年肿瘤护理：原发性肺癌合并大咯血的介入治疗与护理
PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/3/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E8_82_BF_c21_3588.htm 原发性肺癌合并大咯血的介入治疗

与护理：术前护理，术中护理，术后的护理，术后病情监测。

1.术前护理来源：考试大（1）心理护理：术前向患者及家属介绍支气管动脉栓塞治疗的优点，消除患者的紧张恐惧心理，对术中可能出现的意外向患者家属解释清楚，使患者对治疗的目的、方法、疗效有较全面的认识和理解，保持良好的心理状态接受治疗。（2）术前准备：术前1日备皮，注意腹股沟及会阴部备皮要彻底。手术日晨禁食、禁饮，并了解患者用药情况及麻醉药量，做好相应的皮试，做好必要的检验，如血常规、肝肾功能、心电图、出凝血时间及血型等相关检查。

2.术中护理 准备好抢救药品和器材，做好患者的心理护理，严密观察患者生命体征，注意保暖，预防受凉。在介入术中，患者若出现了大咯血，应保持呼吸道通畅，防止窒息。

3.术后的护理 一般护理：拔出穿刺针后，穿刺部位局部压迫止血15min后加压包扎，术后搬运患者必须特别注意压迫穿刺点，防止腹股沟血肿，术后取平卧位，穿刺部位沙袋压迫4~6h，穿刺侧肢体制动12h，卧床休息24h.密切观察生命体征，保持呼吸道通畅，持续吸氧，嘱患者多饮水和多食清淡饮食，以利造影剂的排泄和保持大便通畅，观察足背动脉搏动有无减弱或消失，足背皮肤温度及下肢皮肤颜色有无异常改变，以防沙袋压迫过重或血肿压迫血管造成肢体供血障碍而致下肢缺血性坏死。术后1~2天若有少量陈旧性血痰咳出，安慰患者不要恐惧，适当鼓励患者咳嗽，协助其翻身，

促进痰液及陈旧性血块的排出，以减少感染及肺不张的发生。指导患者进食清淡易消化的软食，忌辛辣刺激食物。注意保暖，防止感冒受凉。

4. 术后病情监测

(1) 监测生命体征 定期测量生命体征，必要时予持续心电、血压监测。

(2) 观察栓塞的不良反 少数患者可出现不同程度的心悸、胸闷、胸痛、咽下疼痛，予持续低流量吸氧，同时向患者做好解释工作并安慰患者，给予对症处理后症状可逐渐缓解。

(3) 注意有无脊髓动脉误栓 本组无一例脊髓动脉误栓。在人群中5%的人脊髓动脉分支来源于支气管动脉或与支气管动脉交通支，若将造影剂、栓塞剂经导管注入可引起脊髓损伤。因此，术后护士应严密观察患者有无肢体麻木、下肢无力、大小便失禁等症状，发现上述情况应立即报告医生作相应的紧急处理。

(4) 预防肺部感染、肺水肿 术后应观察患者呼吸频率及深浅，鼓励患者深呼吸，保持有效咳嗽；同时注意观察痰液的量及颜色的变化，根据医嘱合理使用抗生素，并根据病情注意观察输液量及速度，防止肺水肿的发生。

特别推荐：[#0000ff>2011年护士考试报名流程](#) [#0000ff>2011年执业护士考试报名条件](#) [#0000ff>2011年护士考试报名时间](#) 更多信息请访问：[#0000ff>护士考试辅导无忧通关班超值优惠价300元/人](#) [#0000ff>护士论坛](#) [#0000ff>护士在线题库](#) [blue>护理学专业（护士）《相关专业知识》全真模拟试汇总](#) 相关推荐：[#0000ff>2011年肿瘤护理：原发性肝癌介入治疗并发症及护理](#) [#0000ff>2011年肿瘤护理：替莫唑胺治疗恶性脑胶质瘤的护理](#)

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com