

● 护理园地 ●

# 48 例肺结核大咯血的观察与护理

王慎娥 满华 马庭秀

(山东省枣庄市王开结核病防治院 滕州 277500)

关键词:肺结核;咯血;护理

中图分类号:R 542.21

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)02-0056-01

自 1998 年 1 月~2001 年 12 月,我们共收治肺结核大咯血病人 69 例,资料完整者 48 例。现将护理体会总结如下。

## 1 资料与方法

48 例大咯血患者均为我院住院肺结核病人,经胸部 X 线片、CT、痰涂片抗酸染色确诊,发病时咯血量 1 次 >50mL,或 24h 咯血量 >300mL,符合“大咯血”标准。男 31 例,女 17 例;年龄 18~69 岁;肺结核病程 0.1~20 年,平均 3.8 年;既往有咯血史 21 例,浸润型肺结核 16 例,慢性纤维空洞型肺结核 32 例;并发窒息者 8 例。在常规抗痨、对症、营养支持治疗的基础上,给垂体后叶素 20U、生理盐水 500mL 静滴,每日 1 次;2%奴夫卡因 12mL、5%GS 500mL 静滴,每日 1 次。并发窒息者体位引流或吸痰器吸引。药物止血无效时行支气管动脉栓塞(BAE)止血治疗。

## 2 护理

2.1 心理护理 病人对咯血高度紧张、恐怖、悲观,表现为烦躁不安、易诱发喉头或支气管痉挛,或故意屏气抑制咯血。护理人员应守护床旁安慰患者,鼓励自主呼吸,以消除紧张、恐惧情绪。抓住患者治疗过程中出现的某些症状缓解的依据,适时给予积极暗示,将会消除病人悲观的心理,使其扬起希望的风帆,积极配合治疗。因为暗示性语言不仅能影响病人的心理和行为,而且能影响人体的生理、病理变化<sup>[1]</sup>。

2.2 保持呼吸道通畅 严格卧床休息,嘱病人取患侧卧位,以利体位压迫止血;持续低流量吸氧,并注意湿化,因高流量氧可使呼吸道干燥,不利于血块排出,尤其是心肺功能不全,体质衰弱以及熟睡时咳嗽反射减低,或因存在广泛性毁损肺以及有支气管移位、支气管引流不畅,特别是咯出物中含有破损的肺组织或支气管管型时,护士应定期协助患者翻身、拍背,以利于咳出呼吸道内的痰液和积血,应备好吸痰器、呼吸机、气管切开包等急救物品。

2.3 做好重症临护 出血期间行多导生理仪监测,包括血压、心率、心电图、呼吸次数、经皮血氧饱和度;逐项记录咯血次数、数量、性质,以防失血性休克和窒息,作好纤维支气管镜检查及 BAE 的准备。

2.4 警惕窒息的先兆 大咯血病人极易并发窒息,是肺结核大咯血死亡的主要原因。护理人员应牢记并发窒息的先兆和临床表现。病人在咯血前常自觉胸闷、胸前区灼热感、心慌、头晕、咽喉部发痒,口有腥味或痰中带血丝;咯血突然停止,出现极度呼吸困难,明显发绀,甚至出现牙关紧闭、张口瞪目;精神十分紧张,烦躁不安或精神迟疑,乃至抽搐、昏迷、尿失禁;有明显痰鸣音,肺内大量罗音;应立即通知医生。同时给体位引流,将病人取头低、脚高位,或倒置 45~90°,轻拍病人背部,以利血液、血块流出;若仍不缓解行吸痰器吸引。

## 3 结果

3.1 疗效标准 3d 内咯血停止为显效,7d 内咯血停止或偶尔痰中带血为有效,用药 7d 咯血未控制为无效。

3.2 治疗结果 通过保守治疗,显效 15 例,有效 18 例,无效 7 例,(后经 BAE 治疗大咯血停止);8 例并发窒息者,5 例经体位引流、2 例行吸痰器吸引抢救成功,1 例抢救无效死亡,总有效率为 97.7%。

## 4 讨论

大咯血是肺结核急症之一,在临床上治疗的方法较多,BAE 治疗有肯定疗效<sup>[2]</sup>。药物止血仍是常用方法,垂体后叶素通过收缩肺部血管,封闭出血口,对肺结核咯血有较好疗效;盐酸普鲁卡因抑制血管运动中枢,兴奋迷走神经,扩张外周血管,减轻肺循环压力,降低肺动脉压而止血,同时有镇静作用,可消除病人的紧张情绪,有利于止血<sup>[3]</sup>。肺结核大咯血的抢救关键是护理,在有效药物止血的同时,必须争取病人的配合,始终保持呼吸道通畅,严密观察病情变化,及时发现窒息的先兆,为抢救治疗赢得时间,有效地预防和救治窒息,可明显提高肺结核大咯血病人的抢救成功率,必须引起医护人员的重视。

### 参考文献

[1] 王伟智,杨静. 护理程序应用指南[M]. 北京:中国科学技术出版社,1999. 16

[2] 何礼贤. 选择性支气管造影及栓塞在大咯血诊断及治疗上的价值[J]. 中华医学杂志,1989,67(8):590

[3] 张晏泽,孙学超. 普鲁卡因治疗肺结核咯血 40 例疗效分析[J]. 实用内科杂志,1988,8(3):164

(收稿日期:2002-07-24)