

■ 专科护理

咯血合并重度心力衰竭及电解质紊乱患者的护理实践

□王 婧

病例分析

患者，男，72岁，因“间断性咯血1小时”入院，既往有慢性支气管炎、肺气肿、肺大疱及心力衰竭病史，长期服药但依从性一般。入院前1小时，患者无明显诱因出现咯血，为鲜红色血痰，总量约30毫升，之后间断发作，每次10毫升~30毫升，伴胸闷、气促、心悸。

床旁超声心动图检查提示：左心扩大，左心功能减低；二尖瓣大量反流，主动脉瓣中量反流，三尖瓣少量反流；心包积液。

胸部CT（计算机层析成像）平扫+增强检查提示：慢性支气管炎、小叶中心型肺气肿、肺大疱；右肺中叶及下叶存在肺出血可能，伴支气管炎性改变及黏液栓；心影增大，主动脉及冠状动脉钙化，肺动脉干增宽，心包积液；双肺多发实性结节，纵隔多发稍大淋巴结，双肾多发囊肿。

入院时实验室检查提示：N端脑钠肽前体显著升高，中性粒细胞百分比上升（感染/炎症），淋巴细胞计数降低。

血气分析检查提示：二氧化碳分压和氧分压降低，钠离子和钙离子偏低、

血糖和乳酸升高，提示I型呼吸衰竭、代谢性酸中毒倾向及组织灌注不足。

入院第二天，凝血功能检查提示：D-二聚体升高，提示高凝状态，血栓风险增高。入院第三天，心功能检查提示：N端脑钠肽前体虽然较入院时显著下降，但是仍远高于正常水平，提示心功能未完全恢复。

电解质复查显示：持续低钠血症、低氯血症、低钙血症，与心力衰竭及利尿剂使用导致的水钠代谢紊乱密切相关。入院后的24小时出入量监测提示：容量负荷下降，但存在有效循环血量不足及电解质进一步丢失的风险。

入院后给予吸氧、止血、抗感染、纠正心力衰竭等对症支持治疗，咯血症状未见明显缓解。经多学科会诊评估，患者于入院当日急诊行支气管动脉栓塞术（BAE），术中见支气管动脉明显增粗、扭曲，给予明胶海绵颗粒栓塞靶血管，手术顺利。术后返回病房，给予持续利尿、改善心功能、纠正电解质紊乱等治疗。患者咯血停止，胸闷、气促症状逐渐缓解。

护理评估

术前评估

生命体征：体温37.2摄氏度，血压95/60毫米汞柱（1毫米汞柱=133.322帕），血氧饱和度88%（鼻导管吸氧3升/分），提示存在呼吸衰竭及循环功能不稳定。

咯血情况：患者咯鲜红色血痰，发作频繁，伴呛咳及胸闷症状，存在较高的窒息风险。

心功能状态：表现为端坐呼吸、双下肢水肿、颈静脉怒张，N端脑钠肽前体显著升高，符合重度心力衰竭的临床表现。

心理状态：患者及其家属因病情危重而极度焦虑、恐惧，对手术方式及预后表示担忧。

术后评估

穿刺部位：右侧股动脉穿刺点无渗血、血肿形成，足背动脉搏动良好。

呼吸功能：患者咯血症状较之前明显减少，血氧饱和度94%（鼻导管吸氧2升/分），但仍存在咳嗽、咳痰症状；复查血气分析提示I型呼吸衰竭，需继续氧疗及呼吸支持。

心功能状态：复查N端脑钠肽前体虽然较入院时有所下降，但是仍显著高于正常水平。结合持续负平衡的出入量，提示心功能仍较差，存在组织灌注不足的可能。

电解质与代谢：持续存在低钠血症、低氯血症、低钙血症，血糖及乳酸水平升高，提示存在水电解质紊乱及应激性高血糖。

并发症风险：存在栓塞后综合征（表现为胸痛、发热）、脊髓损伤、再发咯血、心力衰竭加重、下肢动脉血栓及电解质紊乱等潜在风险。

术前护理

紧急救治与气道管理

体位管理：立即协助患者取患侧卧位（根据CT提示右肺中叶、下叶出血，应取右侧卧位），头部偏向一侧，以避免健侧被血液污染，并利于血液引流。若出现窒息先兆，应立即采取头低足高位，通过拍背促进血块排出。

氧疗方案：给予高流量鼻导管吸氧（流量为6升/分钟~8升/分钟）。

咯血控制：遵医嘱静脉输注垂体后叶素，监测血压及是否出现腹

护理措施

痛等不良反应；床旁备好吸引器，一旦发生大咯血窒息，立即进行负压吸引，以清除气道内积血，必要时实施紧急气管插管。

循环支持：建立两路静脉通路，一路用于止血、抗感染药物输注，另一路用于晶体液扩容及血管活性药物输注。

术前准备与病情监测

实验室与影像检查：立即完善血常规、凝血功能、心电图及床旁胸片检查，以评估心肺功能。

皮肤与管道准备：对双侧腹股

沟并做好记录，24小时内进行冷敷，24小时后改为热敷以促进吸收，同时注意避免血肿压迫股神经。

并发症精准防控

脊髓损伤监测：每2小时评估一次下肢肌力、感觉及大小便功能。若出现双下肢无力（肌力<3级）、会阴区麻木或尿潴留，需高度警惕脊髓缺血的可能。

栓塞后综合征管理

发热：若体温超过38.5摄氏度，可采取温水擦浴等物理降温方式，避免使用阿司匹林等可能影响凝血功能的药物；若发热持续超过3天，需复查血常规及降钙素原，以排除感染情况。

胸痛：采用疼痛数字评分法评估疼痛程度，若评分>4分，需同步鉴别是否存在心肌梗死，并完善心电图及心肌酶相关检查。

感染控制：严格落实手卫生规范，每日更换输液接头及敷料，同时监测血常规与C反应蛋白指标。

心功能精细化管理

液体管理：严格控制每日液体摄入量<1500毫升，输液速度<30滴/分，优先使用利尿剂。每日测量体重，若24小时内体重增加>1千克，提示液体潴留。同时，根据24小时出入量及时与医生沟通，避免过度利尿导致有效循环血量不足及电解质进一步丢失。

休息与活动：术后24小时内绝对卧床，取半卧位（床头抬高30度~45度），以减少回心血量。术后24

小时内可在床上坐起，48小时后可在床边站立，逐步增加活动量，避免劳累诱发心力衰竭。

禁食禁水：严格执行术前禁食、禁水措施，防止术中发生呕吐及误吸。

心理干预：采用“解释—倾听—共情”三步法，运用通俗易懂的语言向患者说明BAE的微创性及止血效果，并列举成功案例；鼓励患者家属给予情感支持，增强患者的治疗信心。

电解质紊乱纠正

监测：每日复查电解质水平，密切观察是否出现乏力、恶心、肌肉痉挛、手足抽搐等症状。

补充：严格遵医嘱，通过静脉或口服途径补充氯化钠、钙剂，以纠正低钠血症、低氯血症及低钙血症。补钠过程中需严格控制速度，防止发生脑桥中央髓鞘溶解。

饮食指导：适当增加钠、钙的摄入，可选择牛奶、豆制品等食物。

呼吸道与康复护理

排痰训练：指导患者进行有效咳嗽，每日3次，每次10分钟。

呼吸功能锻炼：术后第二天开始进行缩唇呼吸训练，每日2次，每次20分钟，以改善肺通气。

口腔护理：每日使用0.9%氯化钠溶液护理口腔2次，以清除血痰残留，预防口腔感染。

心理与健康教育

情绪疏导：每日与患者沟通15分钟~20分钟，采用正念呼吸法缓解患者的焦虑情绪。

疾病认知教育：使用图文手册讲解慢性心力衰竭及慢性阻塞性肺疾病的管理要点，强调戒烟、避免受凉的重要性。

用药指导：制作用药清单，并标注每种药物的名称、剂量、服用时间及可能出现的不良反应，以提升患者的用药依从性。

心功能与电解质，加强呼吸道管理。

对该例患者实施术前紧急处置、术后严密监测及个体化护理，可有效控制咯血、改善心功能且无严重并发症。提示合并多系统疾病的咯血患者，宜采用多学科协作模式，实施动态评估与个体化护理，以提升疗效、改善预后。

（作者供职于内乡县人民医院）

护理效果与讨论

BAE是治疗大咯血的有效手段，尤其适用于药物治疗无效的患者，其护理重点为术前快速评估、紧急止血、预防窒息及完善准备；术后严密监测生命体征、穿刺部位与并发症，加强心功能管理及电解质纠正；全程做好心理护理，提高依从性。本例为72岁老年大咯血合并重度心力衰竭、电解质紊乱患者，护理难度大，需严格控制液体出入量、减轻心脏负荷，动态监测

生命体征，及时发现并处理并发症。

在护理过程中，我们应密切观察患者的生命体征、咯血情况、心功能、电解质及穿刺部位，及时发现并处理并发症。同时，加强心理护理，提高患者的依从性，确保治疗顺利进行。

（作者供职于内乡县人民医院）

倾听是一剂良药

□柳璐璐

我说：“那你觉得这种想法对你有什么影响吗？”

小雨继续说：“我非常焦虑，晚上睡不好，白天也时常感到烦躁。”

我接着问道：“有宫缩就意味着宝宝已经迫不及待想见到妈妈了。你期待和他见面吗？”

“当然期待。我知道宫缩意味着很快就能见到宝宝了。虽然宫缩让我感到身体疼痛，但也让我的心里充满了甜蜜与期待。”小雨说。

我轻轻地握着她的手安慰道：“别怕。生孩子就像闯关游戏，每一道关卡都是爱的考验，你一定能顺利通关。你不是一个人在战斗，我们会一直陪着你迎接宝宝的到来。这就像拆开一份神

秘的大礼盒，里面装满了爱与希望。你要勇敢地打开它。”

小雨面露轻松，会心一笑，点头说道：“嗯，我之前的确被道听途说吓到了。现在想一想，每一次宫缩都是宝宝想见我的信号。我应该珍惜这个过程，做一个勇敢、坚强的妈妈，争取早点儿和宝宝见面。谢谢，护士姐姐，我现在心里轻松多了。”

我笑了笑说：“那你快点儿睡吧！吃好睡好才能为分娩储备力量。”

扶小雨躺下后，我走出病房，心中祝愿这位妈妈能打赢这场分娩“战役”。

一天后，同事告诉我，小雨已经顺利生产，生了一个可爱的男宝宝。我赶到小雨的病房，进门

露惆怅，时不时叹气。

我走上前轻声问道：“小雨，今晚我值班，有什么可以帮你的吗？”

她转过头说：“护士姐姐，我没有不舒服，就是心里烦闷。”

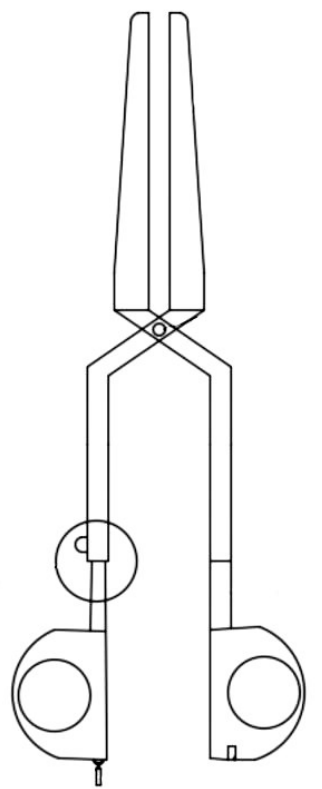
我问她：“为什么烦闷呀？说出来，我们一起想办法解决。”

小雨沉默了片刻，开口道：“我有点害怕。听别人说顺产时宫缩特别痛，这么大的宝宝从产道出来，太可怕了。万一我生不下来怎么办？我真的很怕痛。”

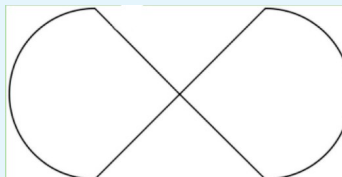
我继续问她：“你白天滴了缩宫素，感觉怎么样？”

小雨说：“宫缩没有想象中那么痛，现在比之前更强烈了，但我还能忍受，就是心理压力大，既害怕生产，又想宝宝赶快出来。”

■ 小发明



具有水滴形刀头的拆线剪刀的简易结构示意图



刀头截面的简易结构示意图

技术背景

手术切口皮肤通常采用医用丝线进行缝合固定。为促进切口良好愈合，缝线所承受的张力需略大于常规结扎时的张力，以确保组织对合紧密，并能够抵抗术后早期活动带来的牵拉。拆线时，切口局部皮肤常处于不同程度的肿胀状态，甚至可能出现高于缝合线平面的隆起，这与术后炎症反应、组织液渗出及局部血液循环变化密切相关。传统的拆线剪刀多为剪臂与剪刀片呈直线连接的结构，操作时需医生一只手持镊子提起线头，另一只手将剪刀头穿过缝合线后竖起，再借助凹陷的剪刀片剪断缝线。这种操作方式不仅会增加患者的疼痛感，还可能会因牵拉创口而损伤皮肤边缘，影响手术效果。部分剪刀片虽然被设计成月牙状，但是在使用时需将剪刀片尖端与皮肤呈一定角度才能插入缝合线下方剪切，若操作者力度控制不当，很容易将剪刀片刺入皮肤，导致意外伤害。

为解决上述技术问题，设计一种具有水滴形刀头的拆线剪刀具有重要意义。该剪刀不仅能在使用过程中根据需求调整长度，便于使用者操作、减轻患者痛苦，还能在闲置状态下闭合刀头避免误伤。

创新内容

该具有水滴形刀头的拆线剪刀由刀头、销轴、把柄及握把等部件构成。剪刀配备两个刀头，二者通过销轴活动连接，且每个刀头表面分别与一个把柄顶端固定相连。把柄的底端设置有空腔，空腔内壁与握把套接；握把表面设置有第二卡槽，把柄上镶嵌有滑套，滑套内表面与滑块外表面滑动连接。滑块的一端与连接块固定连接，另一端与第二卡槽卡接。连接块通过弹簧与把柄表面固定连接。

把柄与握把采用伸缩杆式结构，握把与空腔的形状相同且尺寸相适配。其中一个握把的底端设置有第一卡槽，另一个握把的底端固定连接有弹性绳，弹性绳的另一端连接有卡块。

工作原理及使用流程

使用时，将刀头贴近患者皮肤，挤压两个握把，通过销轴的连接作用使刀头完成剪切动作。若需要调整握把长度，可拨动连接块使滑块与第二卡槽分离，拉动握把使其在空腔内移动，通过将滑块卡在不同位置的第二卡槽内，实现握把伸出长度的调节。

有益效果

该具有水滴形刀头的拆线剪刀通过设置刀头、销轴、把柄、握把、弹性绳、卡块、第一卡槽、第二卡槽、滑块和滑套等部件，操作者转动握把即可带动刀头完成剪切动作。拔出连接块并拉动握把，可调整握把长度；卡块与第一卡槽卡接后，握把受挤压使刀头闭合，可防止闲置时误伤。各部件协同配合，使操作更加便捷、灵活且可靠。在剪切过程中调节握把长短，便于医务人员灵活使用剪刀，同时有效避免刺伤患者。

（作者供职于河南省人民医院）

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……

《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