专 科护理

结核性毁损肺合并主动脉瘤样扩张患者的术后护理

□赵丽姣

毁损肺是由反复肺部细菌或真菌感染、广泛支气管扩张等因素引发的肺组织广泛性破坏，可导致患者肺功能不可逆性丧失。同时，处于毁损状态的肺病灶内藏有微生物，易成为感染源，致使患者反复感染，临床上常表现为久治不愈且反复发作，药物治疗往往难以奏效。因此，对于经规范抗结核治疗后仍存在排菌、咯血及继发感染的患者，通常需采取手术治疗。

主动脉瘤是指主动脉因各种原因发生节段性扩张，其直径大于相邻正常主动脉的1.5倍。作为一种主动脉局部扩张超过正常直径50%以上的主动脉扩张性疾病，主动脉瘤一旦破裂，死亡率可达80%以上。

结核性全肺毁损患者大多病史较长，胸腔近乎封闭，常伴有胸膜增厚，部分胸膜呈胼胝体状。长期炎症刺激可导致支气管、血管旁淋巴结部分钙化并相互融合，游离难度大，加之全肺毁损患者部分解剖结构已发生变异，部分患者的血管受周围组织粘连牵拉，偏离原有解剖位置，使得手术难度大、出血较多，术后并发症也相对较多。若患者同时伴有主动脉瘤样扩张，手术过程中还需避免因牵拉刺激心脏引发血压波动、循环不稳定，进而导致主动脉瘤破裂，造成生命威胁。因此，需采取专业精细的护理干预，以减少并发症，提高患者的治疗效果。

病例分析

患者，男，53岁，无明显诱因出现间断咳嗽、咳痰、胸闷，无发热、咯血、盗汗、乏力等症状，于当地医院就诊，胸部CT（计算机层析成像）检查提示右侧胸腔积液，给予抗感染、止咳化痰及胸腔闭式引流，引流出约2000毫升的淡黄色胸腔积液，症状未明显缓解。后来考虑肺结核可能，患者被转诊至当地另一家医院，完善胸部CT及结核相关检查后，考虑肺结核，给予“HRZE”（治疗结核病的标准四联药物方案的缩写）抗结核治疗20天，复查胸部CT，症状未见好转。

随后，患者到省外某医院就诊，胸部CT检查提示：右肺见大片状密度增高影，部分病灶内见透光区；右侧胸腔积液。给予抗结核、护肝治疗2月余及胸腔闭式引流。出院后，患者规律口服抗结核药物，并留置胸腔引流管。前不久，患者出现间断咳嗽、咳痰，为寻求进一步诊治遂来我院，门诊以“右侧结核性毁损肺”收入院。患者既往有高血压病10余年，最高血压为170/110毫米汞柱（1毫米汞柱＝133.322帕），平素口服苯磺酸氨氯地平片，血压控制可，有约20年吸烟史，已戒烟6月余。

入院后完善相关检查，排除手术禁忌。

冠状动脉CT血管造影提示：冠状动脉粥样硬化改变，左前降支管腔重度狭窄约70%；左回旋支管腔最狭窄处约50%；右冠状动脉管腔重度狭窄约80%；主动脉根部瘤样扩张，直径约59毫米。

胸部CT检查提示：右侧胸廓塌陷，肺体积缩小，肺内多发软组织密度团片、斑片影，邻近胸膜增厚、粘连，增强扫描可见轻度强化；右侧胸膜增厚，胸腔积液、积气；左肺散在多发实性、亚实性结节、斑片影。

心脏彩超检查提示：左心室增大，左心室壁增厚；主动脉窦部及升主动脉近端瘤样扩张；主动脉瓣重度反流；二尖瓣轻度反流。

肺功能检查提示：重度限制性肺通气功能障碍；肺总弥散量重度减少，诊断为右侧结核性毁损肺；升主动脉瘤样扩张；冠状动脉粥样硬化性心脏病；高血压病3级（中危）；结核性支气管胸膜瘘；继发性肺结核。

住院期间痰培养阳性，肺结核诊断明确且具有活动性。经会诊后，患者被转至结核内科继续治疗。经心内科专家会诊，患者在局部麻醉下接受了冠状动脉造影术，结果提示：左冠状动脉轻度狭窄，右冠状动脉中段慢性完全闭塞。术后给予瑞舒伐他汀钙、缬沙坦氨氯地平控制血压。随着痰涂片结果转阴、结核病情好转，患者转回原病区继续治疗。心外科专家会诊后调整降压用药方案，给予螺内酯、氨氯地平、达格列净等药物口服。多学科专家会诊后发现，患者升主动脉瘤样扩张，主动脉瓣重度反流，右侧毁损肺并结核性脓胸，左肺散在病灶，结核感染较重且存在耐药可能，肺损耗较重，于是决定优先处理肺部疾病。在这期间，患者继续接受抗结核治疗，控制心率、血压，加强营养支持，积极锻炼呼吸功能。

随后，经过充分的术前准备，患者在全身麻醉下接受了右全肺切除术+胸膜纤维板剥脱术。术中探查发现，患者胸腔封闭、广泛粘连、胸膜增厚，右肺因感染完全实变、毁损，肺血管、支气管等解剖结构严重扭曲。术后，护理人员制订了相关护理计划，内容包括：针对潜在并发症（如主动脉瘤破裂、肺水肿、心力衰竭、呼吸循环衰竭）的预防与监测；针对气体交换受损（与手术、肺组织病变、肺功能降低相关）的干预；针对清理呼吸道低效或无效（与术后伤口疼痛、有吸烟史等因素相关）的护理；疼痛管理及焦虑缓解等。最终，经过一段时间的精细化护理，患者康复出院。

护理措施

预防肺水肿、心力衰竭及呼吸循环衰竭

术后需密切监测患者的生命体征，尤其是呼吸频率、节律及血氧饱和度。单侧全肺切除术后，气体交换主要依赖健侧肺，因此需高度警惕呼吸功能的变化。当呼吸频率超过30次/分或血氧饱和度低于90%时，应立即查明原因，并采取有效措施纠正缺氧。为预防纵隔移位和健侧肺受压，术后需指导患者避免完全侧卧位，可采取患侧向上倾斜的小幅度侧卧位。

严格控制输液速度与总量。单侧全肺切除术后，肺血管床骤然减少，血流灌注重新分配，导致健侧肺血流量增加，心脏后负荷加重。24小时输液量应控制在1000毫升~1500毫升以内。右肺全切患者肺血管床减少较为显著，肺功能损伤约55%，输液滴速应控制在20滴/分。若患者出现呼吸困难、咳粉红色泡沫痰等症状，应警惕肺水肿及心力衰竭的发生，并立即协助其采取端坐位，同时遵医嘱给予强心、利尿药物治疗。

胸腔闭式引流管护理需遵循个体化原则。单侧全肺切除术后，胸腔闭式引流的主要目的是调节两侧胸腔压力，避免纵隔偏移与摆动。术后引流管呈夹闭状态，护理人员需根据患者的呼吸节律、气管位置及纵隔位置等，遵医嘱缓慢、少量地排出患侧胸腔内的积气或积液。

改善气体交换受损与清理呼吸道

为保障有效通气，需及时遵医嘱给予镇痛药物，以减轻患者因伤口疼痛导致的呼吸受限。严密观察气管位置，这是判断纵隔是否移位的重要指标。判断方法如下：患者取坐位或半卧位，头部保持正中，操作者用一只手的食指和无名指分别放在患者两侧的胸锁关节处，用中指触摸并判断气管位置是否居中。单侧全肺切除术后，气管位置应居中或略偏向患侧。若气管偏向健侧，提示健侧肺受压、气体交换受损，应及时通知医生，并遵医嘱根据患者的情况调整胸腔内的积气积液。

加强呼吸功能锻炼，指导并鼓励患者进行腹式呼吸和缩唇呼吸，以增强呼吸肌力量，改善气体交换。遵医嘱使用异丙托溴铵、布地奈德等药物进行雾化吸入，以稀释痰液、缓解气道痉挛。保持病室环境清洁，温度、湿度适宜，减少呼吸道刺激。密切观察患者痰液的性质、量及咳出情况，鼓励其充分饮水，以保持痰液稀薄。对于排痰困难者，必要时可经鼻导管或气管镜吸痰，以清除呼吸道分泌物，维持气道通畅。

预防主动脉瘤破裂

术后需对患者的血压、心率进行严密评估与管理，监测其血压、心率变化，必要时给予心电监护。鉴于患者有高血压病史，需指导其正确口服降压药物，逐步将血压控制在130/80毫米汞柱左右，心率控制在80次/分以下。积极干预可能引起血压、心率剧烈波动的危险因素，如指导患者低盐、低脂、高维生素饮食，保持大便通畅，避免屏气排便，保障充足睡眠。

严密观察病情变化，警惕主动脉瘤破裂的先兆。注意观察患者有无突发的血压升高及胸部剧烈疼痛。对于疼痛，需详细评估疼痛的性质、程度、具体部位及其他伴随症状，一旦发现异常，立即报告医生并协助处理。

疼痛护理

采用多种措施（包括心理疏导、调整体位、音乐疗法及深呼吸等）减轻患者的疼痛。指导患者在咳嗽时用手按压伤口或胸壁，以减轻震动引起的疼痛。必要时，使用胸带外固定，以限制伤口张力，或遵医嘱合理使用镇痛药物，以有效控制疼痛。

心理护理

患者曾辗转多家医院就诊，住院时间较长，病情较重，面临的经济和精神压力较大。护理人员主动与其进行有效沟通，耐心倾听，给予心理疏导，建立良好的护患关系，鼓励其积极配合治疗。同时，向患者家属强调家庭支持的重要性，鼓励患者家属多陪伴、关心患者，为患者营造一个有利于康复的环境。

（作者供职于河南省胸科医院）

小发明

一种手术室用病人保暖装置

□谷宇欣 文/图

技术背景

手术室现有保暖措施主要为一次性充气温毯。它的优点在于保暖面积大，可直接覆盖患者全身，且一次性充气温毯送风快、升温迅速。但其缺点也较为明显：设备体积较大，充气时温毯易飘起，需用物品压覆，进而影响消毒范围，难以满足手术无菌要求，给操作带来不便。一次性充气温毯虽然可用于一般手术，但是对于需要侧卧位及消毒范围较大的手术（如人工全髋关节置换术、股骨粗隆间骨折髓内钉固定术等），则难以兼顾保暖与无菌要求。为解决上述问题，有必要设计一种手术室用病人保暖装置。

创新内容

这种手术室用病人保暖装置包括前衣体和后衣体。前衣体和后衣体的一侧顶部分别固定连接有前袖体和后袖体。前衣体和后衣体的相对侧均固定连接有保温组件，两个保温组件的结构相同。保温组件包括保温体，保温体内设置有空腔。保温体的一侧顶部设置有进风口，进风口的一侧与空腔连通。空腔的内壁一侧固定连接有多个弹性体，多个弹性体均匀地分布在空腔的内壁一侧，其另一端固定连接在空腔的内壁另一侧。保温体的正面设置有多个通孔，多个通孔均匀地分布在保温体的正面。保温体的正面固定连接有棉纺层。

前衣体和后衣体的两侧均固定连接有两个第一系带；前袖体和后袖体的两侧均固定连接有两个第二系带。

保温体的底部设置有多个均匀分布的散热口。各散热口的顶部均与空腔连通。

弹性体均采用梯形结构设计，弹性体之间呈交错倒立式设计。

多个通孔均匀分布在弹性体之间的间隔处。弹性体由耐高温材料制成。第一系带和第二系带均由弹性材料制成。

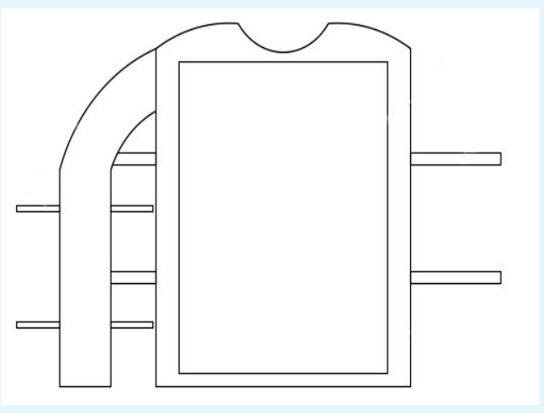
有益效果

1.该手术室用病人保暖装置通过前衣体、后衣体、前袖体和后袖体的协同作用，可在患者手术时便捷地暴露手术部位以配合手术操作。通过设置第一系带与第二系带，能够将前衣体、后衣体、前袖体和后袖体固定，从而使装置稳定穿戴于患者身上。

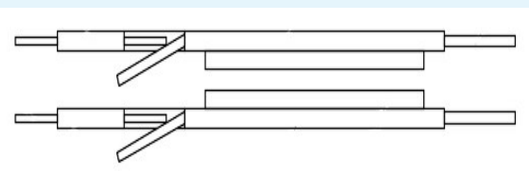
2.该手术室用病人保暖装置通过保温体、进风口、空腔和通孔的协同作用，可使前衣体与后衣体对病人身体形成有效保温。弹性体的设置可防止因压迫导致空腔闭合，从而保障暖气流通，避免保温御寒效果下降。

3.该手术室用病人保暖装置通过设置散热口，能对空腔内流动的暖气起到一定的散热作用，避免大量暖气在空腔内聚集导致温度骤升而烫伤病人。同时，该装置通过设置棉纺层，可对病人身体起到一定的保护作用，并提升保温体与身体接触时的柔软度。

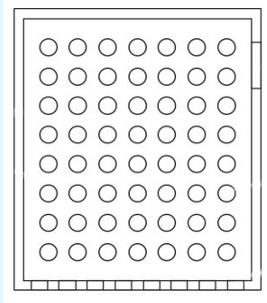
（作者供职于开封市中心医院）



手术室用病人保暖装置的简易正视剖面结构示意图



手术室用病人保暖装置的简易仰视结构示意图



手术室用病人保暖装置中保温组件的简易正视剖面结构示意图

护 理感悟

一句善意的“谎言” 帮患者摘下围了十几年的围巾

□孙爱英

在我院胸外科病房里，64岁的肺癌患者王女士（化名）终于摘下了缠绕10余年的围巾，脸上洋溢着轻松的笑容。这幕温暖的画面背后，藏着一个善意的“谎言”，更见证了一场跨越病痛与心结的治愈之旅。

王女士来自外地，确诊肺癌后，来到我院胸外科接受治疗。入院时，作为护士长的我发现了一个特殊的细节：无论室内温度如何，王女士始终戴着厚围巾，紧紧护住头部和颈部，一刻也不愿意摘下。经询问得知，王女士受畏光、畏寒顽疾困扰10余年，常年怕光照、怕风吹，即使炎炎夏日也必须佩戴围巾。这条围巾早已成了她生活中无法割舍的“依靠”，也成了她的心病。

入院后，面对即将到来的肺癌手术，王女士既担忧手术治疗可能带来的创伤与风险，又害怕困扰多年的畏光、畏寒症状加重，情绪十分焦虑。了解到王女士的顾虑后，我心生一计，用一句善意的“谎言”安抚她：“王女士，您放心，我们医院不仅能治好您的肺癌，还能帮您解决畏光、畏寒问题。等手术结束，说不定您就不用再佩戴围巾了。”

这句充满善意的“谎言”，如同定心丸，让王女士放下了心中的忐忑，安心配合术前检查与治疗。在科室团队的精准评估和精细操作下，肺癌手术顺利完成。王女士术后恢复远超预期，身体状态日渐好转。令人惊喜的是，随着身体康复，困扰王女士10余年的畏光、畏寒症状也有了显著缓解，那条陪伴了她十几年、从未离身的围巾，终于可以摘下来了。没有了围巾的束缚，王女士精神矍铄，笑容格外灿烂，常常拉着科室的医护人员的手道谢：“太感谢你们了！我做梦都没有想到，不仅肺癌治好了，10余年的老毛病也得到了缓解。我终于能摘掉围巾，轻轻松松过日子了。”

这句曾被我用来安抚王女士的善意“谎言”，其实是为了帮王女士缓解术前焦虑，增强其战胜病痛的信心。这种基于善意的“谎言”在医疗沟通中有时被用作一种心理干预手段，通过给予积极的预期和情感支持来减轻患者的心理负担，尤其对于对疾病认知有限或情绪脆弱的老年人群体，能够有效降低其对未知治疗过程的恐惧感，从而以更积极的心态配合治疗。而王女士顽疾的改善，得益于医院精准规范的治疗、细致入微的术后护理，以及王女士身心放松后身体机能的全面恢复。这不仅是一次成功的肿瘤手术，更是一场充满人文关怀的用心之举。它以善意驱散焦虑，以医术治愈病痛，温暖守护患者的身心健康。这种将医学技术与人文关怀相结合的医疗模式，强调“以患者为中心”的理念，不仅关注疾病的生理治疗，更重视患者的心理需求和整体健康，是“有温度的医疗”最生动的体现。

从寸步不离的围巾到坦然自在的笑容，改变的不仅是王女士的生活习惯，更是她重获新生的幸福模样。这不仅体现在日常起居的从容与精神状态的焕然一新，更反映在她对未来的积极展望和对生活的重新热爱。我院胸外科始终秉持“以患者为中心”的理念，在精准攻克肿瘤的同时，用温度与善意守护每一位患者，让治疗不仅有疗效，更有温情与力量，为无数患者点亮康复之路。

（作者供职于河南省肿瘤医院）

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》等栏目真诚期待你的参与！

投稿邮箱：568689252@qq.com

本报地址：郑州市金水东路与博学路交叉口东南角 邮政编码：450046 电话区号：0371 广告发布登记证号：郑东工商广发登字第009号 照排：本报编辑部 印刷：河南日报印务中心（地址：郑州经开区第三大街168号） 定价：全年220元