支气管动脉栓塞治疗肺结核大咯血的术中配合及护理

Operation coordination and nursing of bronchial artery embolization in pulmonary tuberculosis patients with massive hemoptysis

刘英杰 （佳木斯市结核病防治院，黑龙江 佳木斯 154007）

[关键词] 支气管动脉栓塞；肺结核大咯血；护理
[中图分类号] R521；R473.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)06-0403-01

大咯血是肺结核常见的急症之一，大部分患者经内科治疗可得到控制，但少数病例因内科治疗无效而危及生命。随着介入放射学的兴起，支气管动脉栓塞术已成为治疗大咯血的一种重要手段[1]。我院自1998年以来采用支气管动脉栓塞术(BAE)治疗肺结核大咯血40例，取得了满意疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组40例，其中男24例，女16例，年龄25～68岁，平均48岁。均为一次咯血量大于200 mL，并于24 h内反复发生或24 h咯血大于600 mL，经内科保守治疗无效，又不宜进行外科手术治疗的肺结核咯血患者。

1.2 方法

1.2.1 栓塞方法 40例患者均在X线下经皮穿刺右股动脉插管于胸主动脉，选择性插入支气管动脉，行支气管动脉造影，发现支气管动脉有直接或间接出血征象，且无脊髓动脉显影，导管尖端嵌入支气管动脉口紧密、推注造影剂无返流时，将混悬于10 mL盐水的明胶微球及经造影剂浸泡并剪碎的明胶海绵分别注入支气管动脉，直至支气管动脉血流停滞，再寻找有无其它向病灶区供血的血管进行栓塞。

1.2.2 护理方法 术前实施有效的健康教育和心理护理，术中积极配合，术后做好并发症的观察及护理。

2 结果

支气管动脉栓塞后，1周内咯血停止者36例，咯血量小于50 mL者3例，无效1例。术后1月再发咯血3例，3个月时复咯4例，但咯血量频度减少，24 h咯血量小于100 mL。全组无与BAE相关的并发症。

3 护理与讨论

3.1 术前护理

术前应耐心向患者讲解BAE的治疗过程及术中所需配合的事项，介绍治疗成功的病例及术中创伤小、成功率高、合并症少等特点，使患者及家属对治疗、护理有正确认识，更加了解BAE的先进性、安全性和治疗效果的优越性，消除恐惧和紧张心理，接受并积极配合治疗。术前完成患者必要的各项检查。有条件者应常规行胸部X线，CT与纤支镜检查。术前1 d清洁消毒穿刺野，消毒范围以脐部以下至大腿内侧1/3。详细询问药物过敏史，做好碘、普鲁卡因过敏试验，术前8 h禁食，保证睡眠。准备好急救药品及设备，术前建立有效的静脉通道，记录患者术前血压、足背动脉搏动情况，以备术后护理数值对照。

3.2 术中配合

随时注意股动脉穿刺插管进展情况，及时提供物品及用药，密切观察病人的全身状况。术中配合应注意：①注射栓塞剂的器械要严格与常规造影器械隔离，备专用器械台，以免栓塞物混入造影用器械或注射器内，误入非靶血管，而造成意外栓塞；②注射栓塞剂的压力要适当，如压力过大极易使明胶海绵突然射出，致注射器的所有内溶物迅速注入动脉内，突然射出的栓塞颗粒很可能返流入非靶血管造成误栓；③在制备明胶海绵栓塞剂及施行栓塞术的过程中，必须严格遵守无菌操作原则，栓塞器械不得与任何非无菌物接触，栓塞剂不得过早暴露于空间。

3.3 术后护理

栓塞术结束后，护士应立即压迫股动脉，做到台上压迫可靠，台下压迫确切，一般压迫应持续指压15～20 min，术后绝对卧床24 h，术毕穿刺侧肢体伸直制动24 h。注意生命体征的变化，观察穿刺点局部是否渗血，观察穿刺肢体足背动脉的搏动强度，皮肤颜色及温度，以防止动脉血栓形成。腹股沟穿刺点，预防穿刺损伤血管壁引起的腹腔内大出血，同时与栓塞前血压值对照，按要求维持血压低于术前正常或降至前基础血压。严密观察病情变化，防止并发症的发生。

支气管动脉栓塞术是一种安全有效的治疗肺结核大咯血的方法，本文40例大咯血采用此法治疗，止血效果满意。护理人员在对患者进行良好的心理疏导时，能解除患者的精神压力及恐惧心理，使患者有良好的状态接受手术治疗。护理人员还应严格执行手术的护理常规以及无菌操作，在手术中，严密观察患者的生命体征变化。所以，术前实施有效的健康教育和心理护理，术中积极配合，术后做好并发症的观察及护理是BAE成功的重要保证。

（编辑：郭光金）

[收稿日期] 2008-08-10 [修回日期] 2008-09-20