

肺癌病人的护理

泰山护理职业学院
外科教研室

肺癌病人的护理

- **【病因及发病机制】**
- **【护理评估】**
- **【护理诊断及合作性问题】**
- **【护理目标】**
- **【护理措施】**

流行病学特征

肺癌发病年龄多在 40 岁以上，男女之比为 3 ~ 5:1，在发达国家和我国大城市中，肺癌的发病率已居男性各种恶性肿瘤的首位。

病因

- 1、吸烟，重要危险因素
- 2、空气污染
- 3、职业因素
- 4、其他

病理

肺癌大多数起源于**支气管粘膜上皮**，因此也称**支气管肺癌**。起源于主支气管、肺叶支气管的肺癌，位置靠近肺门者称**中心型肺癌**；起源于肺段支气管以下的肺癌，位置在肺的周围部分者称为**周围型肺癌**。

病理

临床上一按按细胞类型将肺癌分为

1、鳞状细胞癌（鳞癌），最常见，多为中心性肺癌，生长速度较为缓慢，多经淋巴转移，血行转移发生晚。对放疗和化疗敏感，预后好。

2、小细胞癌（未分化小细胞癌），多为中心型肺癌，生长速度快，恶性度高，早期即可出现淋巴、血行转移，预后最差，对放疗、化疗敏感。

3、腺癌，多为周围型肺癌，生长缓慢，血行转移发生早，淋巴转移发生晚，对放疗不敏感，对化疗敏感。

4、大细胞癌，少见，恶性程度高，生长快。

转移途径

肺癌的转移途径有：

- 1、直接扩散**
- 2、淋巴转移，常见**
- 3、血行转移**

护理评估

- （一）健康史
- （二）身体状况
- （三）心理——社会状况
- （四）辅助检查
- （五）治疗要点及反应

护理评估

(一) 健康史

1. 个人生活史

询问病人的年龄，有无吸烟史，吸烟年限，数量等。大量资料表明，长期大量吸烟是肺癌发病的一个重要因素。

2. 职业史

了解病人是否长期接触过石棉、铬、镍、铜、锡、放射性物质等，是否长期生活在空气严重污染的环境，以及有无家庭炊烟的小环境污染

3. 其他病史及家族史

病人的免疫状态、代谢活动、遗传因素、肺部慢性感染等也可能对肺癌的发病有影响。

护理评估

（二）身体状况

早期肺癌，特别是周围型肺癌没有任何症状。

- （1）癌肿生长过程中，可出现刺激性咳嗽。
- （2）当继发肺部感染时，可有脓痰。
- （3）血痰，通常为痰中带血或断续地少量咯血，大量咯血少见。部分肺癌病人，可造成大支气管不同程度阻塞，出现胸闷、气促，哮喘、发热、胸痛等症状。

护理评估

(二) 身体状况

晚期肺癌除食欲减退，体重减轻、倦怠、乏力等全身症状外，可出现癌肿压迫、侵犯邻近组织、器官或发生远处转移的症状。压迫和侵犯

- (1) 膈神经—同侧膈肌麻痹
- (2) 上腔神经—面部、颈部、上肢和上胸部静脉怒张，皮下组织水肿
- (3) 压迫大气管、纵膈和食管—呼吸及吞咽困难

护理评估

(二) 身体状况

(4) 颈交感神经——Horner 综合征：患侧眼睑下垂、瞳孔缩小、眼球内陷、同侧额部、胸壁少汗或无汗；

(5) 喉返神经—声音嘶哑

(6) 胸膜—胸腔积液，常为血性、量大

(7) 胸膜、肋骨和胸壁—持续性胸痛

非转移性全身症状：骨关节肥大、重症肌无力、男性乳腺增生等

护理评估

（三）心理——社会状况

当病人被诊断为肺癌时，会产生对癌症的恐惧，同时面对手术及其他治疗带来的不良反应及高额费用而感到焦虑、担忧、无助甚至绝望。

护理评估

- **（四）辅助检查**

1. 胸部X线检查
2. CT检查
3. 痰细胞学检查
4. 支气管镜检查



护理评估

1. 胸部 X 线检查（普查方式）

在肺部可见块状阴影、边缘不清或呈分叶状、周围有毛刺，若有支气管梗阻，可见肺不张，若肿瘤坏死液化，可见空洞。

护理评估

2. CT 检查

可发现早期的周围型肺癌，还可显示淋巴结转移情况和邻近器官受侵犯情况。

护理评估

3. 痰细胞学检查

80% 以上的病人在反复痰液检查时可检出癌细胞，即可明确诊断。

护理评估

4. 支气管镜检查

诊断中心型肺癌阳性率较高，可直视肿瘤的部位、大小，并可取小块组织做病理切片检查，也可取支气管内分泌物进行细胞学检查。

护理评估

(五) 治疗要点及反应

1. 手术治疗
2. 放射治疗
3. 化学治疗
4. 中医中药治疗和免疫治疗



护理评估

1. 手术治疗

是肺癌最重要和最有效的治疗手段。一般施行肺叶切除术或一侧全肺切除术。据统计，我国目前肺癌手术切除术后总的 5 年生存率为 30% ~ 40%。肺切除术后并发症有胸腔内出血、肺不张、肺炎、支气管胸膜瘘等。

护理评估

2. 放射治疗

在肺癌各类型中，**小细胞癌对放疗最敏感**，鳞癌次之，腺癌最低。术前放疗可提高肺癌病灶的切除率，术后放疗可清除残留病灶。晚期病人可行姑息放疗，以缓解症状。放射治疗可引起放射反应及并发症，应给予相应处理。

护理评估

3. 化学治疗

用于手术前、后辅助治疗，提高治愈率。也可单独用于晚期病人缓解症状。小细胞癌，疗效较好。需注意的是，化学药物治疗可出现骨髓造血功能抑制、严重胃肠道反应等副作用。

护理评估

4. 中医中药治疗和免疫治疗

可缓解部分病人的症状，增强人体免疫功能，延长生存期。

护理诊断及合作性问题

- 1. 气体交换受损

与肺组织病变、肺不张、手术切除肺组织等有关。

- 2. 恐惧

与担心手术、疾病预后等因素有关。

- 3. 潜在并发症

肺不张、支气管胸膜瘘、胸腔内出血、肺炎、心律失常等。

护理目标

- 病人恢复正常通气、换气功能；恐惧减轻或消失。

护理措施

- **（一）一般护理**
- **（二）疼痛护理**
- **（三）手术前护理**
- **（四）手术后护理**
- **（五）健康指导**

护理措施

(三) 手术前护理

呼吸道管理是术前护理的重点

- (1) 防治呼吸道感染
- (2) 保持呼吸道通畅

护理措施

(1) 防治呼吸道感染

- ① 病人术前应戒烟 2 周以上，以减少呼吸道分泌物。
- ② 注意口腔卫生，若有龋齿、口腔溃疡、口腔慢性感染者应先治疗。
- ③ 对有上呼吸道感染、慢性支气管炎、肺内感染、肺气肿的病人、遵医嘱应用抗生素。

护理措施

（2）保持呼吸道通畅

- 1）训练病人腹式呼吸、有效咳嗽、咳痰
- 2）若有大量支气管分泌物，应先体位引流。痰液粘稠不易咳出者，可行超声雾化，遵医嘱应用支气管扩张剂、祛痰剂等药物；
- 3）大量咯血时，用吸引器吸出或取头低足高位引流出口腔和呼吸道内的血液，以防窒息，并遵医嘱给镇静剂、止血剂及静脉输液等。对呼吸功能失常的病人，根据需要应用机械通气治

护理措施

(二) 手术后护理

1. 一般护理

2. 治疗配合

护理措施

1. 一般护理

- (1) 监测生命体征
- (2) 体位
- (3) 做好胸腔闭式引流的护理

护理措施

(1) 监测生命体征

每 15 分钟测 1 次，麻醉苏醒，且血压脉搏平稳后改为 0.5 ~ 1 小时测 1 次。同时观察病人神志、面色、末梢循环情况。检查切口敷料有无渗出，局部有无皮下气肿。

护理措施

（2）体位

- 1）麻醉未清醒前取平卧位，头偏向一侧；清醒、血压平稳后改为半卧位；
- 2）肺叶切除术后取一侧的**完全侧卧位**：健侧的侧卧位有利于患侧肺的膨胀，但呼吸功能较差的病人，可取患侧的侧卧位，以免压迫健侧肺而限制通气；
- 3）一侧全肺切除病人，可采取**患侧 1/4 侧卧位**。一般每 1～2 小时给病人变换体位一次，有利于皮肤保护及预防呼吸和循环系统并发症。

护理措施

（2）体位

- 4）肺段切除术或楔形切除术者，避免手术侧卧位，尽量去**健侧卧位**，以促进肺组织复张；
- 5）有血痰或支气管瘘者，应取**患侧卧位**；
- 6）避免采用头低脚高仰卧位，以防因横膈上升而妨碍通气。

护理措施

（3）做好胸腔闭式引流的护理

- 1）维持引流通畅，术后初期每 30 ~ 60 分钟向水封瓶方向挤压引流管一次。观察引流量、颜色、性质。引流出大量血性液体，尤其是超过 100ml/h，考虑有活动性出血。

护理措施

（3）做好胸腔闭式引流的护理

2）全肺切除后胸腔引流一般呈**钳闭状态**，以保证术后患者胸腔内有一定的积气、积液，减轻或纠正明显的纵隔移位。但要根据胸腔内压力的改变酌情放出适量的气体或液体，以维持气管、纵隔于中间位置。**每次放液量不超过 100ml**，速度宜慢，避免快速多量放液引起纵隔突然移位，导致心跳骤停。

护理措施

2. 治疗配合

- (1) 呼吸道护理
- (2) 营养和输液
- (3) 鼓励指导病人早期活动并进行肩臂功能锻炼
- (4) 手术后并发症的护理

护理措施

(1) 呼吸道护理

是术后护理的重点。肺切除术后应保持呼吸道通畅，常规给予吸氧。手术后 24 ~ 48 小时内，每隔 1 ~ 2 小时叫醒病人做深呼吸 5 ~ 10 次。

护理措施

(1) 呼吸道护理

鼓励并协助病人有效咳嗽排痰：

① 翻身、叩背，可使存在于肺叶、肺段处的分泌物

物，流至支气管中咳出。

② 指压胸骨切迹上方的气管能刺激病人咳痰。

③ 病人咳痰时固定其胸壁伤口，减轻疼痛，指

护理措施

（1）呼吸道护理

- 1）痰液粘稠不易咳出时，可采用雾化吸入；
- 2）对于咳痰无力的病人，可行鼻导管深部吸痰，必要时协助医生行支气管镜下吸痰或气管切开术。
- 3）对术后带气管插管返回病房者，应严密观察导管位置，并观察呼吸频率、幅度及节律，监测动脉血氧饱和度，若有异常及时通知医生给予处理。

护理措施

（2）营养和输液

术后病人应遵医嘱静脉输液，以维持体液平衡。严格掌握输液量和速度，全肺切除者，24 小时补液量控制在 2000ml 以内，速度以每分钟 20 ~ 30 滴为宜。当肠蠕动恢复后，即可开始进食，伴营养不良者，可行肠内或肠外营养，以提高机体抵抗力，促进伤口愈合。

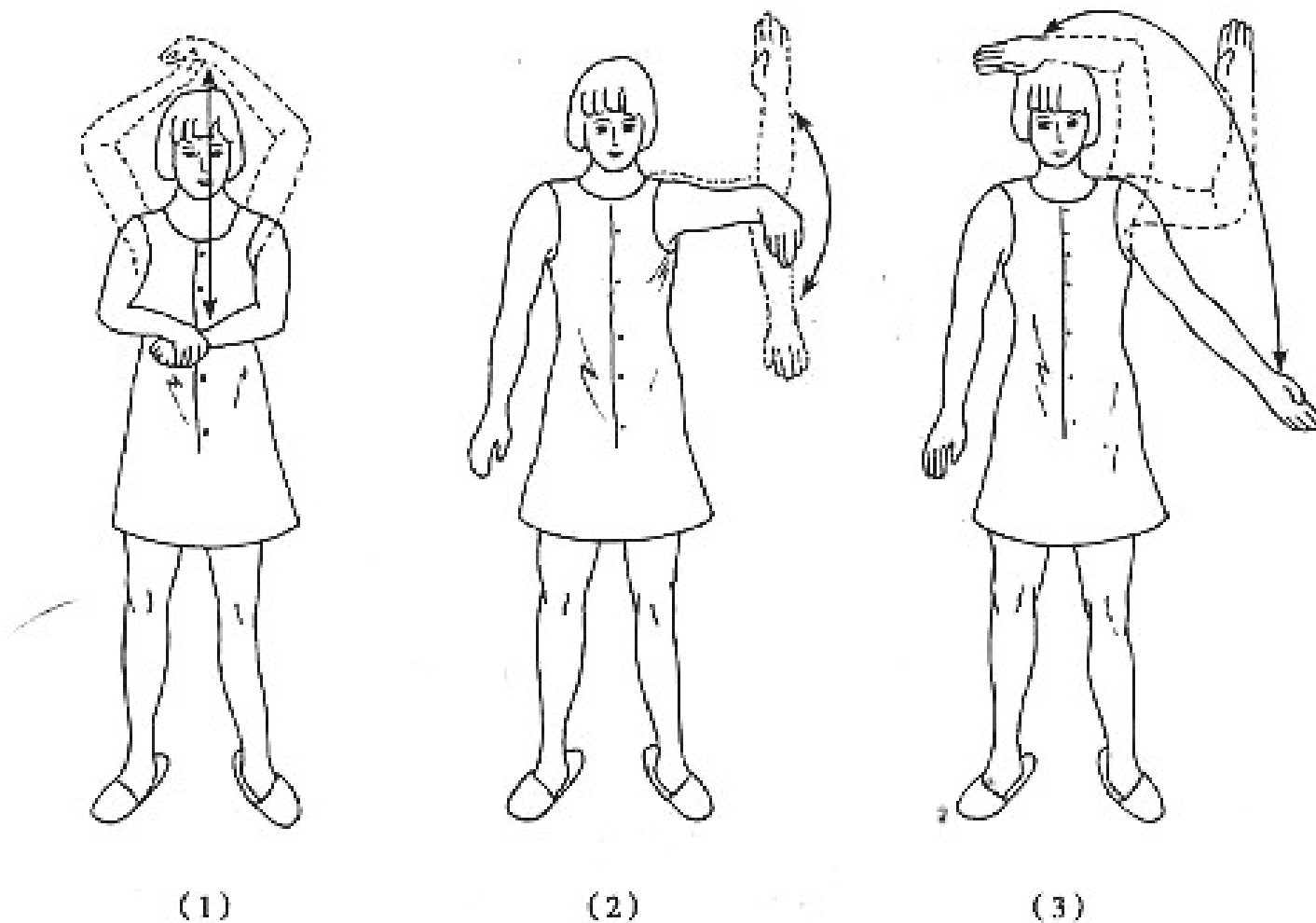


图 13-8 肺癌手术后肩臂锻炼的方法

(1) 肩臂上举与后伸运动 (2) 肩外展与旋前、旋后运动 (3) 肩臂外展与上举运动



护理措施

（4）手术后并发症的护理

① 肺不张、肺炎：病人表现为烦躁不安、脉快、发热、哮鸣、呼吸困难等症状，其护理重在预防（见术前术后呼吸道管理）。若发现以上情况，应立即给氧，遵医嘱合理应用抗生素，鼓励病人自行咳嗽、排痰，必要时行吸痰。

护理措施

（4）手术后并发症的护理

② 支气管胸膜瘘：是肺切除后严重并发症之一。多发生于术后一周。病人可出现发热、呼吸急促、刺激性咳嗽、伴血痰等，患侧出现液气胸体征。若将亚甲蓝溶液 1～2ml 注入胸膜腔，病人咳出带有蓝色痰液即可确诊。主要护理措施是患侧卧位并行胸腔闭式引流，遵医嘱应用抗生素，必要时做好手术修补瘘口的准备。

护理措施

（三）健康指导

1. 让病人了解吸烟的危害，力劝戒烟。
2. 说明手术后活动与锻炼的重要意义，教育病人出院后要继续坚持。
3. 保持良好的口腔卫生，预防呼吸道感染。术后一段时间内避免出入公共场所或与上呼吸道感染者接触，避免与烟雾、化学刺激物接触。
4. 保持良好的营养状况，注意休息与活动。
5. 出院后定期复查。如有伤口疼痛、剧烈咳嗽、咳血等症状，或有进行性倦怠情形应返院复诊。

食管癌病人的护理



食管癌病人的护理

- **【护理评估】**
- **【护理诊断及合作性问题】**
- **【护理目标】**
- **【护理措施】**

护理评估

- （一）健康史
- （二）身体状况
- （三）心理——社会状况
- （四）辅助检查
- （五）治疗要点及反应



护理评估

(一) 健康史

应注意询问病有无长期饮烈性酒、吸烟、进食过快、食物过硬、过热等；了解病人的营养状况；有无慢性食管炎、食管良性狭窄、食管白斑病等食管疾病；注意了解是否生活在食管癌的高发区及有无家族史。



护理评估

（二）身体状况

早期症状常不明显，偶有吞咽食物梗噎感、停滞感或异物感，胸骨后烧灼样、针刺样疼痛。随着病情发展，出现典型症状，即进行性吞咽困难。先是难咽干硬食物，继而半流质，最后水和唾液也不能咽下，病人逐渐出现消瘦、贫血、乏力、脱水及营养不良。当癌肿侵及喉返神经出现声音嘶哑；累及气管，形成食管气管痿，出现呛咳和肺部感染；侵入主动脉，溃烂破裂时，可引起大量呕血；晚期出现恶病质。此外，还可出现锁骨上淋巴结肿大、肝大、胸水、腹水等转移体征。



护理评估

（三）心理——社会状况

当病人被诊断为食管癌，并出现进行性加重的进食困难及对治疗预后的担忧，使病人产生不同程度的焦虑、恐惧、悲哀或绝望感。



护理评估

（四）辅助检查

- 1．食管吞钡X线检查
- 2．脱落细胞学检查
- 3．纤维食管镜检查



护理评估

（四）辅助检查

1. 食管吞钡 X 线检查 了解有无粘膜破坏，充盈缺损、管腔狭窄等。
2. 脱落细胞学检查
3. 纤维食管镜检查

护理评估

（四）辅助检查

1. 食管吞钡X线检查
2. 脱落细胞学检查
3. 纤维食管镜检查

带网气囊食管细胞采集器做食管拉网查脱落细胞，早期阳性率可达 **90%** 以上。



护理评估

（四）辅助检查

1. 食管吞钡X线检查

2. 脱落细胞学检查

3. 纤维食管镜检查

可直视病变部位，并取活组织做病理学检查。



护理评估

（五）治疗要点及反应

- 食管癌的治疗原则是以手术治疗为主，辅以放射、化学药物等治疗的综合疗法。手术可彻底切除肿瘤及周围受侵组织，以胃、结肠或空肠做食管重建术，对于晚期病例，可做姑息性减状手术，如食管腔内置管术、胃造瘘术等。放射治疗可用于手术前和手术后，增加手术切除率，也可单独用于上段食管癌或晚期癌的治疗。化学药物治疗，一般为手术后辅助治疗。
- 食管癌手术后可出现吻合口瘘、乳糜胸等并发症。放疗和化疗可出现全身或局部反应。



护理诊断及合作性问题

- 1. 营养失调
- 2. 体液不足
- 3. 潜在并发症



护理诊断及合作性问题

1. 营养失调

低于机体需要量 与进食不足、消耗增加有关。

2. 体液不足

3. 潜在并发症

护理诊断及合作性问题

1. 营养失调

2. 体液不足

与吞咽困难、水分摄入不足有关。

3. 潜在并发症

护理诊断及合作性问题

1. 营养失调

2. 体液不足

3. 潜在并发症

吻合口瘘、乳糜胸等。



护理目标

病人营养状况得到改善；水、电解质
维持平衡。



护理措施

- （一）手术前护理
- （二）手术后护理
- （三）健康指导



护理措施

(一) 手术前护理

1. 营养支持
2. 注意口腔卫生
3. 胃肠道准备



护理措施

1. 营养支持

指导病人合理进食高热量、高蛋白、富含维生素的流质或半流质饮食。必要时考虑肠内、肠外营养。



护理措施

2. 注意口腔卫生

应保持口腔清洁，进食后漱口，定时进行口腔护理。



护理措施

3. 胃肠道准备

- ① 术前一周遵医嘱口服抗生素。
- ② 术前三日改流质饮食，术前一日禁食。
- ③ 对进食后有滞留或反流者，术前三日每晚以生理盐水 100ml 加抗生素经鼻胃管冲洗食管和胃。
- ④ 结肠代食管病人，术前做好结肠肠道准备（见《结肠癌病人护理》）。
- ⑤ 手术日晨常规置胃管或一并置十二指肠营养管。



护理措施

（二）手术后护理

1. 饮食护理
2. 手术后并发症的护理



护理措施

1. 饮食护理

是食管癌手术后护理的重点。

- ① 由于食管血供差，又缺乏浆膜层，吻合口愈合较慢，故术后应严格禁饮禁食 3 ~ 4 天，行胃肠减压、静脉输液。
- ② 术后 3 ~ 4 日待肛门排气、胃肠减压引流量减少后、拔除胃管。拔管 24 小时后先试饮少量水，若无异常，术后 5 ~ 6 日可给全清流质，术后 10 日左右给半流质饮食，术后三周病人可进普食。



护理措施

1. 饮食护理

- ③ 应注意少食多餐，进食量不宜过多，速度不宜过快，避免进食生、冷、硬食物。
- ④ 留置十二指肠营养管者，遵医嘱早期经营养管注入 $41 \sim 43^{\circ}\text{C}$ 的营养液。一般在手术后 $7 \sim 10$ 天拔管。拔管后经口摄入流食或半流食。



护理措施

2. 手术后并发症的护理

(1) 吻合口瘘

(2) 乳糜胸



护理措施

（ 1 ） 吻合口瘘

是食管癌术后最严重的并发症。多发生于术后 5 ～ 10 日，病人可出现呼吸困难，胸腔积液和全身中毒症状，甚至休克等，一旦出现上述症状，应立即通知医生并配合处理，包括：①立即禁食。②行胸腔闭式引流。③遵医嘱应用抗生素及营养支持。④严密观察病情，必要时做好术前准备。



护理措施

（ 2 ） 乳糜胸

是食管癌术后比较严重的并发症，多发生在术后 2 ～ 10 日，少数病例出现在术后 2 ～ 3 周。乳糜液大量积聚于胸腔内，病人可出现胸闷、气急、心悸，甚至血压下降，若不及时处理，病人可在短时间内由于乳糜液中水、蛋白质、脂肪、胆固醇、酶、抗体和电解质的丢失而引起全身消耗、衰竭而死亡，因此应及时处理：①行胸腔闭式引流；②给予肠外营养支持；③行胸导管结扎术。



护理措施

（三）健康指导

1. 嘱病人术后少食多餐、由稀到干，逐渐增加食量。避免进食过快、过量及生、冷、硬、刺激性食物，质硬的药片可碾碎后服用，以免导致后期吻合口瘘。
2. 病人餐后取半卧位，以防进食后反流、呕吐。
3. 解释食管胃吻合术后，由于胃提拉入胸腔压迫肺，病人可能出现胸闷。
4. 进食后呼吸困难，一般经 1～2 个月可缓解。
5. 告诉病人定期到医院复诊。术后三周仍有吞咽困难时，可能为吻合口狭窄，应及时复诊。

