

护理理论：胸腔闭式引流的术后护理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/490/2021_2022__E6_8A_A4_E7_90_86_E7_90_86_E8_c67_490586.htm

胸腔闭式引流是胸外科应用较广的技术，是治疗脓胸、外伤性血胸、气胸、自发性气胸的有效方法。以重力引流为原理，是开胸术后重建、维持胸腔负压、引流胸腔内积气、积液，促进肺扩张的重要措施。其目的是为更好地改善胸腔负压，使气、血、液从胸膜腔内排出，并预防其反流，促进肺复张，胸膜腔闭合；平衡压力，预防纵隔移位及肺受压。对脓胸病人，应尽快引流，排除脓液，消灭脓腔，使肺及早复张，恢复肺功能。

1、术后护理常规 1.1 每日更换引流瓶1~2次（根据引流液情况而定），并观察负压的大小和波动，了解肺膨胀的情况。如引流瓶内有大量泡沫存在影响气体的引流时，可在引流瓶内加入数滴95%的酒精，以降低泡沫的表面张力，消除泡沫，保证引流通畅。为保持引流管通畅，手术后要经常挤压排液管，一般情况下，每30min挤压1次，以免管口被血凝块堵塞。

挤压方法：（1）护士站在病人术侧，双手握住排液管距插管处10~15cm，太近易使引流管牵拉引起疼痛，太长则影响挤压效果。挤压时两手前后相接，后面的手用力捏住引流管，使引流管闭塞，用前面手的食指、中指、无名指、小指指腹用力、快速挤压引流管，使挤压力与手掌的反作用力恰好与引流管的直径重叠，频率要快，这样可使气流反复冲击引流管口，防止血凝块形成而堵塞管口，然后两只手松开，由于重力作用胸腔内积液可自引流管中排出，反复操作。方法

（2）用止血钳夹住排液管下端，两手同时挤压引流管然后打

开止血钳，使引流液流出。遇到特殊情况时，如病人发生活动性内出血，应不停的挤压引流管。1.2 每次换引流瓶时，要盖紧瓶盖，各部衔接要紧密，切勿漏气，连接引流管的管头要在液面下2~4 cm，以免空气进入胸膜腔。引流管长短要适度，一般为60~70 cm.过长不易引流，过短易滑脱，质地柔韧。水封瓶内装无菌盐水500ml，液面低于引流管胸腔出口处60~70cm，以防液体倒流进入胸膜腔。水封瓶及外接管应无菌消毒，有刻度。1.3 经常巡视病房，观察引流情况，如瓶内液面是否有气体逸出或玻璃管内液面是否上下波动，引流管是否扭转、被压等，注意保持引流管通畅。引流出液体时，注意观察液体的性质、量、颜色，并作记录。由于开胸手术会有气体在胸腔残留，加上肺段切除或肺裂不全行肺叶切除后造成肺段面漏气，术后病人在咳嗽、深呼吸后会有气体自引流管逸出，这种现象是正常的，均可自行愈合。对于有严重漏气现象的病人不要鼓励病人咳嗽，以免使肺段面愈合时间延长，不利术后早期拔管。密切观察引流液的量、颜色、性质，正常情况下引流量应少于100ml/h，开始为血性，以后颜色为浅红色，不宜凝血。若引流量多、颜色为鲜红色或暗红色，性质较粘稠、易凝血则疑为胸腔内活动性出血。其主要原因为术中局部止血不良，在病人拔除气管插管前因吸痰受刺激剧烈呛咳、麻醉清醒前病人强力挣扎等因素也可以引起术后急性大出血。若引流量超过100ml/h，持续观察4~6h未见减少，床边胸部X线显示凝固性血胸阴影，有呼吸循环障碍，脉搏120次/min以上，呼吸30次/min以上，则诊断胸腔内活动性出血需再次开胸止血。所以如果胸腔引流量每小时超过100ml，要及时报告医师。术后并发症除胸腔内出血外

，还可能出现乳糜胸，原因是胸导管或其某一主要分支的破裂所致，胸导管的损伤几乎发生于所有胸部外科手术之后，从损伤到临床上出现明显的乳糜胸约有2~10天的潜伏期。观察胸内负压，随时观察水封管中液面的波动情况是引流管护理不可忽视的内容之一。随着胸膜腔内气体和液体的排出，残腔缩小，手术后48h、72h负压波动范围多为1~3cm水柱，结合胸部X线片，根据病人具体情况考虑拔管。

1.4 当发现引流管不通畅时，应积极采取措施，用手挤压引流管或空针抽气或轻轻左右旋动引流管，使之通畅，如仍不通畅，则报告医生并协助再行处理。

1.5 搬动病人时，应注意保持引流瓶低于胸膜腔，以免瓶内液体倒流，导致感染；对有气体逸出的病人，需始终保持引流管通畅，绝不可随意夹管。

1.6 操作过程中，严格无菌操作和消毒隔离，常规应用抗生素，以防继发感染。

1.7 加强基础护理，如口腔护理、皮肤护理、褥疮护理，防止护理并发症。

1.8 如患者病情好转，呼吸改善，引流管无气体逸出，报告医生，夹管24小时照片复查，考虑拔管。

拔管指证 生命体征稳定。 引流瓶内无气体溢出。 引流液体很少，24小时内引流量 听诊余肺呼吸音清晰，胸片示伤侧肺复张良好即可拔管。 冬季拔管要注意给病人保暖，拔管前嘱病人深吸气，然后摒住以免拔管时管端损伤肺脏或疼痛，拔管后立即用无菌纱布按压插管处伤口，以防气体进入胸腔。为防止气胸复发，拔管前胸腔内注射50%葡萄糖40ml加四环素0.5g，诱发胸腔内无菌性炎症使胸膜渗出，脏、壁层粘连，此时病人有不同程度的胸痛、发热，给予对症处理，同时鼓励病人不断更换体位。

1.9 拔管后24小时内要密切观察病人有无胸闷、憋气、呼吸困难、气胸、皮下气肿等；观

察局部有无渗血渗液，如有变化，要及时报告医生及时处理。

2、特殊护理

2.1 选择合适的体位

病人的体位以斜坡（床头抬高45-60度，床尾抬高10度）卧位为宜，病人血压平稳后即可取斜坡卧位，以利于胸腔内积液流出，同时也利于呼吸及循环功能，还起到减轻切口张力的作用。避免引流管受压，经常挤压引流管，以免纤维素性物质沉着于引流管口内引起堵塞。如体位不当，部分积液残存于胸腔内时间一长，易造成粘连性胸膜炎，甚至造成包裹性积液而影响呼吸功能。临床上出现的引流不畅，多与体位不当有关，特别是脓胸病人采取有效的体位是至关重要的。咳嗽较剧时，给予镇咳剂，痰稠时口服化痰药或雾化吸入及静脉给药。并嘱患者或陪伴者一定要按住胸壁插管部位，否则引流管易脱落到皮下，导致皮下气肿。全麻术后完全清醒的病人，术后第1日晨协助病人坐起，摇高床头，背后垫一薄枕，使病人舒适。由于坐起活动，病人有时疼痛而不愿合作。术后早期活动不仅可以预防术后并发症，有利机体康复，而且有利于引流，早期拔管，减轻痛苦。

2.2 咳嗽有利引流

鼓励病人咳嗽，以尽早排出肺内痰液和陈旧性血块，使肺复张，肺复张有利于胸腔内积气和积液的排出。对无力咳嗽的病人，护士一手按压切口，另一手的中指按压胸骨上窝处，刺激总气管，以引起咳嗽反射有利咳痰。手术和胸腔置管均可使肋间肌和膈肌运动受限，呼吸功能受到影响，使肺组织的弹性回缩减弱，肺泡和支气管内易积聚分泌物，并逐渐变粘稠，且不易被咳出。在术后第1日晨给病人做超声雾化吸入，并要求每个护士能熟练作肺部听诊，如痰鸣音明显，立即给予雾化、拍背、协助排痰，直至肺部呼吸音清晰。

2.3 此法操作损伤大，易感染。

术前

做好心理护理，术后使用适当镇痛剂，预防伤口感染，可每天在伤口周围滴入庆大霉素2次，每周可换药2次，如伤口感染，每天换药1次。换管后，用凡士林纱布填塞创口，覆盖纱布，保持伤口周围洁净，敷料干燥。 2.4 疼痛较甚者，分别应用止痛剂，如去痛片、安定、强痛定，无堵管现象。若伤口感染化脓，拔管后用甲硝唑换药1周，多数伤口可愈合。 2.5 心理护理，如气胸病人多数急诊入院，尤其初患由于疾病的折磨及知识的缺乏，常常是惶恐不安，易加重病情。因此病人入院时要热情接待，态度和蔼，语言亲切，适当时机给予必要的解释及对疾病知识的宣教，鼓励病人战胜疾病，并举出类似抢救成功的病例，使病人从紧张状态中安静下来，以利于恢复健康。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com