

外科引流原则

- 切口旁引流：不经原切口
- 捷径.低位引流部位至体表直距离最短
- 避免卡压其他脏器组织
- 引流物要妥善固定
- 皮肤引流孔与引流管大小相适宜
- 拔管后检查有无断裂
- 拔管时间：据适应症 目的 引流量

涉及的导管

- 胃管 空肠营养管 三腔二囊管 各类造瘘管
- 腹部引流管 胸腔引流管 T管
- PICC CVC A-LINE

总的原则

- 妥善固定
- 保持通畅，引流管应低于引流部位
- 观察引流液
- 注意无菌
- 明确标注管道名称和日期
- 每日更换引流袋（腹腔引流管 T管）

普通胃管护理的常见问题

■ 堵管

■ 滑出或意外脱出

■ 误入气管

鼻胃管

- 护理总原则 1 压力设置 2) 保持通畅 3) 给药
- 大量引流胃液的并发症：代谢性碱中毒
- 拔管指证 1) 内容物不含或微量胆汁 2) 无明显腹胀 3) 肠蠕动恢复，有肛排
- 十二指肠切开或损伤时应妥善固定胃管
- 鼻营养管滴入物 三度：浓度 温度 速度

空肠营养管

- 适用对象：适用与肠道功能基本正常而胃功能受损的以及或吸入风险增高的病人
- 肠内营养液需要通过鼻饲直接进入十二指肠或空肠
- 对于胃动力正常的病人，管道插到胃部即可，鼻肠管会在8-12小时内自行通过幽门
- 对于无胃动力的病人，可采用其他的方法如：内窥镜或X线透视等方法协助管道进入幽门

胃造瘘管

- 适用于各种神经源性和口咽部肿瘤不能经口进食需长期营养支持者，包括长期昏迷，食道癌，厌食症，老年性痴呆等
- 并发症少 胃肠道症状 机械性并发症 造楼口并发症
- 护理：第一个24小时禁食；造楼口与碘伏消毒 敷料保持干洁 鼻饲后清水冲洗，卡瓣夹紧

腹腔引流管并发症

- 出血 直接损伤脏器
- 感染
- 慢性窦道炎
- 周围脏器损伤，压迫肠管致坏死
- 管滑脱或拔管困难
- 深静脉栓血形成
- 切口疝：多与原切口引流时



导尿管护理

- 观察尿量，注意倾听病人主诉
- 观察尿液性状，发现泌尿系统感染征象
- 导管内无尿或少尿？阻塞？肾衰？容量不足？
- 思考后报告医生
- 一次性放尿液不能超过1000
- 引流袋每周更换2次
- 导尿管15天更换一次

胸腔闭式引流

- 目的：引流积气，积液，适应于气胸，血胸，脓胸及各种开胸手术的引流。
- 常见的护理问题有：1 疼痛 2 清理呼吸道低效 3 有感染的危险 4 有引流不畅的可能 5 潜在并发症——开放性气胸
- 胸管有效负压吸引为15-20cmH₂O

胸腔闭式引流

- 1 正确识别和连接
- 2 漏气的检查
- 3 观察引流液的量，性状，水柱波动等
- 4 正确挤压胸管
- 5 负压以水泡均匀冒出为宜

胸腔闭式引流

- 拔管指正 1) 肺膨胀良好（通过肺部听诊，X线检查确定） 2) 水封瓶玻璃管水柱无波动或24小时引流液少于50-60) 3) 夹管24小时，胸腔不再积气，即可拔管
- 拔管方法：病人深吸气后屏气时将管拔出，以凡士林纱布及敷料覆盖伤口以胶布固定于胸壁保持12-24小时

脑室引流管护理

：①引流管的位置：待病人回病室后，立刻在严格的无菌条件下连接引流瓶（袋），妥善固定引流管及引流瓶（袋），引流管开口需高于侧脑室平面10~15cm，以维持正常的颅内压。②引流速度及量：术后早期尤应注重控制引流速度，若引流过快过多，可使颅内压骤然降低，导致意外发生。因此，术后早期应适当将引流瓶（袋）挂高，以减低流速，待颅内压力平衡后再次放低。此外，因正常脑脊液每日分泌400~500ml，故每日引流量不超过500ml为宜；颅内感染病人因脑脊液分泌增多，引流量可是当增加，但同时应留意补液，以避免电解质失衡。③保持引流通畅：引流管不可受压、扭曲、成角、折叠，应适当限制病人头部活动范围，活动及翻身应避免牵拉引流管。主意观察引流管是否通畅，若引流管内不断有脑脊液流出，管内的液面随病人呼吸、脉搏上下波动多表明引流液通畅；若引流管内无脑脊液流出，应查明

头部引流管护理



ICU常用的人工气道



气管插管

■ 气管插管的适应证 1、颅内压增高致深昏迷者。 2、头、颈、胸部外伤致呼吸困难者。 3、心搏骤停及中枢性呼吸衰竭者。 4、全麻者。 5、肌瘫痪，呼吸肌麻痹及药物、食物中毒致呼吸抑制者

气管插管

■ 护理常规

- 1、用物 插管钳、喉镜、根据病人的年龄、性别、身材大小、插管的途径选择导管、管芯、衔接管、蚊氏钳、牙垫、注射器、针头、氧气、呼吸器、胶布、吸引器、2%地卡因。
- 2、操作与配合 (1)经口插管 ①协助病人取平卧位，肩下垫一小枕，头向后仰，使口、咽、气管在一条直线上。②术者立于病人头顶部操作，将喉镜从病人口腔右侧伸入，把舌推至左侧，见悬雍垂后继续向前推，显露喉头、声门。③用2%地卡因1ml行表面麻醉，消除咽喉反射。④将导管轻柔地经声门插入气管内，经过声门时立即拔出管芯。⑤塞入牙垫，退出喉镜，用胶布妥善固定牙垫和导管。⑥连接麻醉装置或呼吸机。
- (2)经鼻插管术 ①检查病人鼻腔情况，如有无鼻中膈弯曲、鼻息肉、纤维疤痕。②协助病人取平卧位，肩下垫一小枕，头向后仰，使口、咽、气管在一条直线上。③从通气良好的一侧鼻腔插入，经后鼻腔接近喉部时，术者在推进导管的同时，用耳倾听通气声响，根据声音大小，来调整病人头的位置和导管的位置，调至气流声最大时，将导管插入。④向导管内吹入空气，用听诊器检查导管的位置及是否插入气管内。胶布固定导管，呼吸机

气管插管一般护理

- (1)行床旁胸片确定气管插管的深度。(2)对呼吸困难或呼吸停止者，插管前应先行人工呼吸、吸氧，避免因插管而增加病人缺氧时间。(3)固定导管，检查其深度。保持气管插管下端在气管分叉上1~2cm，插管过深导致一侧肺不张，插管过浅易使导管脱出。选择适当牙垫，以利于固定和吸痰。(4)保持人工气道通畅、湿化，定时给予气道内滴注湿化液、加强气道冲洗雾化吸入及吸痰。(5)吸痰时注意痰的颜色、量、性质及气味，发现异常及时通知医生，并给予相应处理。(6)吸痰时严格执行无菌操作，使用一次性吸痰管，吸痰顺序为气管内—口腔—鼻腔，不能用一根吸痰管吸引气管、口鼻腔。每次吸痰时间不能超过15秒。(7)监测气囊压力，放气囊前先吸引口腔及咽部的分泌物，每隔4至6小时将气囊放气5分钟，气囊注气后，压力应小于毛细血管灌注压-25cmH₂O。(8)做好预防肺炎、肺不张等并发症的护理。(9)气管插管后监测血氧饱和度、心率、血压及血气指标。

气管插管护理安全提示

- 
- 1、呼吸困难或停止者，应先行人工呼吸，再行插管，以免延长缺氧时间。2、插管要动作轻柔、敏捷，插管期间密切观察病情，注意口腔护理，按无菌操作及时吸痰。3、使用麻醉机或人工呼吸器必须将套囊充气后才能应用，以保证有效氧的应用。4、对于呼吸停止者，紧急插管可不用麻醉，但对破伤风者应给予肌肉松弛剂。5、经口插管时间以48小时以内为宜，根据病情一般为3-7天，经鼻插管可延长至两周左右，充气套囊每8-12小时放气5分钟。6、气管导管型号适当：男性口腔管为7.5-8.5，女性为7.0-8.0。鼻腔管比口腔管小0.5-1，且无套囊。7、定时更换固定的胶布并做好口腔及胸部的护理。8、行气管插管的禁忌症(1)急性咽喉炎、喉水肿、咽侧壁脓肿。(2)主动脉瘤压迫气管。(3)有明显的出血倾向。

气管切开

■ 护理常规

- 1、根据病人的病情、年龄、性别、身材大小选择合适的气管套管。
- 2、准备气管切开用物及急救物品。
- 3、气管套管放置前应检查套管气囊有无漏气。
- 4、清洁病人颈前手术区域的皮肤。
- 5、备好纸、笔及提示板，以便与病人进行交流。
- 6、保持室内空气清新，温湿度适宜。每日进行空气消毒。地面使用含氯消毒剂(2‰)擦拭。
- 7、每日给予气管切开伤口处消毒、换药，保持气管切开伤口周围皮肤清洁干燥。
- 8、取平卧位或半卧位。定期做痰培养，若有感染应及时处理。
- 9、根据痰液多少选择吸痰时机，吸痰要彻底，吸痰过程严格执行无菌技术操作。
- 10、根据病情鼓励病人进食，告知病人进食不可过急，做好口腔护理。

气管切开护理安全提示

- 气切的注意事项：
 - 1、防止套管脱出
 - 2、密切观察有无出血、皮下气肿、气胸、感染等并发症的发生。
 - 3、保持呼吸道湿润通畅，
 - 4、病情平稳后，可酌情试堵管，
 - 5、拔管后消毒伤口周围皮肤，再盖以无菌纱布覆盖。

插管即刻后并发症和危象

- 1. 插管后呛咳. 处理: 静脉注射小剂量的利多卡因或肌松药, 并继以控制呼吸, 即可迅速解除胸壁肌肉强直. 如果系导管触及隆突而引起, 则将气管导管退出致气管的中段部位.

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/236152033114010134>