

# 危重病人各种管道的护理

ICU

# 分类

- 供给性管道
- 排出性管道
- 监测性管道
- 综合性管道

# 分类（一）

1. **供给性管道** 特指通过管道将氧气、能量、水分或药液源源不断补充到体内。如给氧管、鼻饲管、输液管、输血管等。

在危重抢救时，这些管道被称为“**生命管**”。

2. **排出性管道** 指通过专用性管道引流出液体、气体等。常作为治疗、判断预后的有效指标。如胃肠减压管、留置导尿管、各种引流管等。

## 分类（二）

3. **监测性管道** 指放置在体内的观察哨和监护站，不少供给性或排出性管道也兼有此作用。如漂浮导管、中心静脉测压管等。
4. **综合性管道** 具有供给性、排出性、监测性的功能，在特定的情况下发挥特定的功能。  
例：胃管有三重作用：**（1）进食。**  
**（2）减压**  
**（3）监测出血的速度和量**

# 管道护理

# 评估

- 病情
- 一般情况
- 生命体征
- 管道的种类
- 管道的数量
- 管道的位置

- 通畅
- 标示 时间、日期
- 整理 尽量把管道所接的容器放在床的一侧，便于观察。
- 固定：妥善固定，给予双固定，以免滑脱
- 观察：定期观察量、色、质

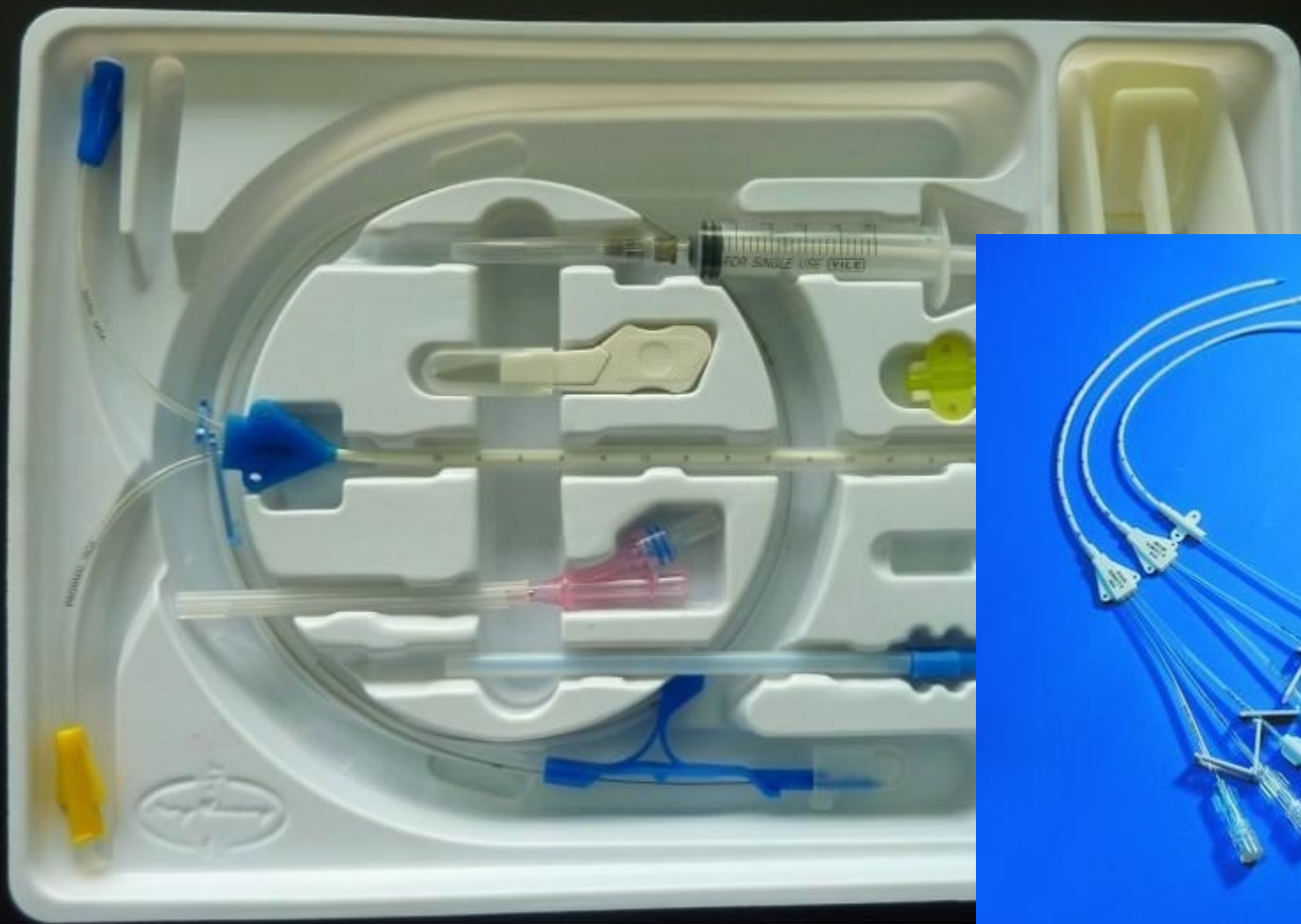
# 护理的一般原则

- 妥善固定原则
- 保持通畅原则
- 严密观察原则
- 防止感染原则
- 严密记录原则
- 保持置管的功能护理



# 一、中心静脉置管的护理

- 1、维护换药
- 2、观察
- 3、保持通畅
- 4、**定时**冲管
- 5、药物输注注意事项
- 6、CVP的监测



china.makepolo.com

# 一、中心静脉置管的护理

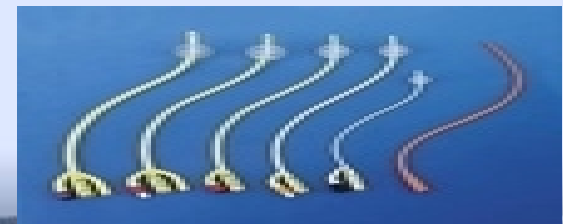
## 注意事项：

- 1、排尽管道内气体，防止气泡进入体内形成气栓。
- 2、体位改变，应重新测定**零点**
- 3、测压管道不得输入血管活性药物。
- 4、注意保持管道通畅。每次测压后倒流入导管的血迹，应冲洗干净。

## 二、人工气道护理（略）

### 尿管的护理

- 1、妥善固定 气囊注水10~20ml可起到固定作用；肾、膀胱造瘘管于术后2周内严防脱落，否则尿液外渗到周围组织间隙而引起感染，造成手术失败。
- 2、保持引流通畅 对急性尿潴留、膀胱高度膨胀的病人，应缓慢解除，一般先放出500ml-1000ml尿液。



## 二、尿管的护理

### 3、防止泌尿系统逆行感染：

(1) 无菌集尿袋应低于尿路引流部位，防止尿液倒流。

(2) 保尿道口清洁，女患者用消毒棉球擦拭外阴及尿道口，男患者用消毒棉球擦拭尿道口、龟头及包皮，**1~2次/天**；精密集尿袋**一周更换**一次。

(3) 更换导尿管**1次/2周**，硅胶导尿管可酌情延长更换周期。

(4) 尽量不拆卸接口处，以减少感染机会，冲洗及更换管时严格无菌操作。

## 二、尿管的护理

- 4、观察尿液颜色、性状,尿常规检查1次/周,及时发现与控制感染。
- 5、气囊注液的选择,首选灭菌注射用水。
- 6、插管深度,见尿后再插1-2厘米。
- 7、拔管前采用间歇性引流夹管方式,夹闭导尿管,每4h开放1次,使膀胱定时充盈、排空,促进膀胱功能的恢复。

# 三、胸腔闭式引流管的护理

1、放置部位： 排气： 锁骨中线第二肋间  
排液： 腋中线第7.8肋间

## 2、保持管道的密闭和无菌

翻身或搬运及更换引流瓶时，务必先**双重**夹闭引流管。

## 3、有效体位和引流

**半卧位**，此体位利于呼吸和引流。鼓励咳嗽、深呼吸运动。水封瓶面应低于引流管胸腔出口平面**60cm-100cm**。任何情况下引流瓶不应高于病人胸腔，以免引流液逆流入胸膜腔造成感染。

# 三、胸腔闭式引流管的护理

## 4、维持引流通畅、妥善固定

定时挤压引流管,术后初期30~60分钟一次,防止其受压、折曲、阻塞。观察水柱波动,正常波动4-6cm,引流液量、色、质,观察有无皮下气肿及全身情况,每日更换水封瓶。





# 三、胸腔闭式引流管的护理

## 5、观察注意事项：

颜色、性质、量：术后一般情况下引流量应 $< 80\text{ml/h}$ ，开始时为血性，以后为浅红色，不易凝血， $24\text{h}$ 小于 $500\text{ml}$ 。第一个8小时多为血性液，如果引流液连续 $3$ 小时 $> 100\text{ml/h}$ ，颜色为暗红色或鲜红色，性质较粘稠，易凝血，伴休克症状，则疑为胸腔内活动性出血，需立即开胸止血；每日用无菌生理盐水更换无菌引流瓶，用胶布作标记；便于观察引流量，并做好记录。

# 三、胸腔闭式引流管的护理

## 6、拔管指征

48~72h后，引流量明显减少且颜色变淡，24h引流液 $<50\text{ml}$ ，脓液 $<10\text{ml}$ ，X线胸片示肺膨胀良好无漏气，病人无呼吸困难即可拔管。

## 7、拔管后观察

病人有无胸闷、呼吸困难、切口漏气、渗液、出血、皮下出血、皮下气肿症状。拔管后第2天应更换敷料。

# 四、腹腔引流管的护理

## 1、安放位置

血浆管通常安置在腹腔的低位,吻合口,或易发生出血渗出的部位,但若为了预防十二指肠残端或肠吻合口发生漏者,引流应保留7--10天,胰腺的手术都要进行负压吸引。



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/705242012141011213>