

# 引流管的护理



# 引流管的护理



## 引流管分类

- 1.胃肠减压管护理
- 2.胸腔闭式引流管护理
- 3.导尿管的护理
- 4.腹部引流管的护理
- 5.脑部引流管的护理
- 6.鼻饲管的护理

## 引流管的护理原则

- 1.妥善固定
- 2.保持无菌
- 3.引流通畅
- 4.观察色量
- 5.真实记录
- 6.预警处理
- 7.拔管护理
- 8.认真宣教

## （一）胃肠减压管的护理



## （一）胃肠减压管的护理

- 1、目的及用物准备
- （1）目的：
  - ①利用胃管(赖文氏管)或双腔管(米-阿氏管)及负压吸引装置,抽吸出胃腔或肠腔的内容物及气体,减低胃、肠道内的压力,解除腹胀,减轻病人痛苦。
  - ②借助胃肠压力的减低,可以改善胃肠血循环以及促进功能的恢复。
  - ③胃肠手术者,可以减少手术中的困难,增加安全性并有利于术后吻合口的愈合。

## （一）胃肠减压管的护理

### （2）用物准备：

- ①无菌治疗盘。内放无菌巾、弯盘内内置胃管或双腔管、治疗碗、20或50ml注射器、镊子2把、纱布2块。
- ②胃肠减压器1套。
- ③其它用物。润滑剂、棉签、胶布、听诊器及别针。

## （一）胃肠减压管的护理

- 2、操作与护理及注意事项
- （1）操作与护理：
  - ①备齐用物推至病人床旁。向病人解释操作目的和方法以取得合作。
  - ②检查胃管是否通畅，双腔管的气囊有无漏气及气囊容量多少。
  - ③按插胃管方法，将胃管或双腔管插入胃腔或肠道。
  - ④检查胃肠管是否插入胃骨，其方法：
    - A、用注射器抽吸有胃液抽出。
    - B、将胃管末端置盛水的杯中无气体逸出，如有大量气体逸出表明误入气管。
    - C、用注射器从胃管注入10ml空气，同时用听诊器能在胃部听到气过水音。



## （一）胃肠减压管的护理

- ⑤用注射器抽尽胃内容物，用胶布固定在鼻尖部，接上胃肠减压器。
- ⑥如系米-阿氏管，待管吞至75cm时，由管内抽出少量液体，作酸碱度试验，如为碱性，即表示管之头端已通过幽门，此时用注射器向气囊内注入20-30ml空气，并夹闭其管口，以后依靠肠蠕动，管头端即可达梗阻近端肠曲，达到肠减压的目的。
- ⑦用别针将减压器导管固定在床单上。检查减压器工作无异常后，合理安置病人，整理用物。

## （一）胃肠减压管的护理

2) 注意事项：胃肠减压术在胃肠疾病护理中具有重要的使用价值，要保证有效的减压，为此要做到下列几点：

①为维持良好的减压吸引作用。

A、要经常检查减压器的工作情况，避免导管曲折、堵塞、漏气。

B、应用电动胃肠减压器时，负压不要超过6.67kPa，否则引起消化道粘膜操作或胃管头孔的堵塞。

C、为防止管腔被内容物堵塞或导管屈曲，每4小时用生理盐水冲洗胃管1次。

②病人持续施行减压时，注意口腔卫生的护理，每日给予雾化吸入以减少对咽喉的刺激。

## （一）胃肠减压管的护理

- ③应及时倾倒抽出液，每次倾倒前注意观察抽出液的性质、颜色和量并详细记录。
- ④在胃肠减压过程中，如给予口服药物，应停止吸引1小时。
- ⑤拔管时间由医师决定，但一般胃肠手术后2-3天，胃蠕动功能恢复正常，并出现肛门排气，无明显腹胀时，即可拔管。如系双腔管先将气囊内空气抽尽，但双腔管仍留在肠内以备反复施术，直至腹胀无复发的可能时，始可将管子拔出。
- ⑥胃管拔出后，擦净鼻腔分泌物及面颊部的胶布污迹，然后将用物带回，分别清洗擦净放回原处。

## （二）胸腔闭式引流管护理

- 目的：
  1. 保持引流通畅，维持胸腔内压力。
  2. 防止逆行感染。
  3. 便于观察胸腔引流液的性状、颜色、量。

## （二）胸腔闭式引流管护理

### ● 实施要点：

#### ● 1. 评估患者：

- (1) 了解患者病情、生命体征，向患者解释，取得合作。
- (2) 观察胸腔引流情况。

#### ● 2. 操作要点：

- (1) 进行核对，做好准备。（注：水封瓶准备：要在瓶内注入外用盐水，注水量以水柱波动4-6厘米为宜，在引流瓶的水平线上注明日期及水量）。
- (2) 用两把止血钳双重加闭引流管。
- (3) 消毒引流管接口，并与负压引流筒或者水封瓶连接。
- (4) 观察引流是否通畅。
- (5) 将引流瓶放于安全处，保持引流瓶低于胸腔60-100厘米。
- (6) 观察引流液的性质、量及患者反应。

## （二）胸腔闭式引流管护理

### 注意事项:

- 1. 保持管道的密闭和无菌 使用前注意引流装置是否密封，胸壁伤口引流管周围，用油纱布包盖严密，更换引流瓶时，必须先双重夹闭引流管，以防空气进入胸膜腔，严格执行无菌操作规程，防止感染。
- 2. 体位 胸腔闭式引流术后常置病人于半卧位，以利呼吸和引流。鼓励病人进行有效咳嗽和深呼吸运动，利于积液排出，恢复胸膜腔负压，使肺扩张。

## （二）胸腔闭式引流管护理

- 3. 维持引流通畅 闭式引流主要靠重力引流，水封瓶液面应低于引流管胸腔出口平面60CM。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。定时挤压引流管，30-60分钟1次，以免管口被血凝块堵塞。挤压方法为：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。检查引流管是否通畅最简单的方法是观察引流管是否继续排出气体和液体，以及长玻璃管中的水柱是否随呼吸上下波动，必要时请病人深呼吸或咳嗽时观察。水柱波动的大小反应残腔的大小与胸腔内负压的大小。正常水柱上下波动4-6CM。如水柱无波动，病人出现胸闷气促，气管向健侧偏移等肺受压的症状，应疑为引流管被血块堵塞，需设法挤捏或使用负压间断抽吸引流瓶短玻璃管，促使其通畅，并通知医生。

## （二）胸腔闭式引流管护理

- 4. 妥善固定 运送病人时双钳夹管，下床活动时，引流瓶位置应低于膝关节，保持密封。
- 5. 观察记录 观察引流液的量、颜色、性状、水柱波动范围，并准确记录。手术后一般情况下引流量应小于80ML / U，开始时为血性，以后颜色为浅红色，不易凝血。若引流量多，颜色为鲜红色或红色，性质较粘稠，易凝血，则疑为胸腔内有活动性出血。每日更换水封瓶。作好标记，记录引流量。如是一次性引流瓶无需每日更换。



## （二）胸腔闭式引流管护理

- 6. 脱管处理 若引流管从胸腔滑脱，立即用手捏闭伤口处皮肤，消毒后用凡士林纱布封闭伤口，协助医生做进一步处理。如引流管连接处脱落或引流瓶损坏，立即双钳夹闭胸壁导管，按无菌操作更换整个装置。
- 7. 拔管指征 48-72小时后，引流量明显减少且颜色变淡，24H引流液小于50ML，脓液小于10ML，X线胸片示肺膨胀良好、无漏气，病人无呼吸困难即可拔管。方法：嘱病人先深吸一口气后屏气即可拔管，迅速用凡士林纱布覆盖，宽胶布密封，胸带包扎一天。
- 8. 拔管后观察 病人有无胸憋、呼吸困难、切口漏气、渗液、出血、皮下气肿等症状

## （三）导尿管的护理

- 导尿术是用无菌导尿管自尿道插入膀胱引出尿液的方法。导尿可引起医源性感染，因此，在操作中应严格掌握无菌技术，熟悉男、女性尿道解剖特点。避免增加病人的痛苦。

## （三）导尿管的护理

- （一）目的
- 1. 为尿潴留病人解除痛苦；使尿失禁病人保持会阴清洁干燥。
- 2. 收集无菌尿标本，作细菌培养。
- 3. 避免盆腔手术时误伤膀胱，为危重、休克病人正确记录尿量，测尿比重提供依据。
- 4. 检查膀胱功能，测膀胱容量、压力及残余尿量。
- 5. 鉴别尿闭和尿潴留，以明确肾功能不全或排尿机能障碍。
- 6. 诊断及治疗膀胱和尿道的疾病，如进行膀胱造影或对膀胱肿瘤病人进行化疗等。

## （三）导尿管的护理

- （二）用物
- 1. 消毒包内有小弯盘1个，持物钳2把，大棉球10个，纱布2块，左手手套1只。
- 2. 导尿包内有方盘1个，治疗碗2只，导尿管8号和10号各1条，止血钳2把，小药杯2个，大棉球2个，洞巾1块，纱布2块，手套1副。
- 3. 另备0.1%新洁尔灭溶液，无菌石蜡油，胶布，治疗巾、大毛巾、弯盘

## (三) 导尿管的护理

- (三) 操作方法
- 1. 女性导尿法 女性尿道短，约3—5cm长，富于扩张性，尿道口在阴蒂下方，呈矢状裂。老年妇女由于会阴肌肉松弛，尿道口回缩，插导尿管时应正确辨认。
- (1) 备好用物进病房，向病人说明目的，取得合作，遮挡病人。  
(2) 能自理者，嘱其清洗外阴，不能起床者，协助其清洗外阴。病人取仰卧位，护士立于病人右侧，将盖被扇形折叠盖于病人胸腹部。脱近侧裤腿，盖于对侧腿上，近侧下肢用大毛巾遮盖，嘱病人两腿屈膝自然分开，暴露外阴。

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/296220030135010103>