

LINCHUANG SHIYONG
YINLIU HULI JI ZHIGUAN
CAOZUO GUICHENG

本书广泛吸收了临床内科、外科、妇科及急救等专科的引流护理及置管操作规程，系统总结了对各种引流和置管护理的成功经验，是一本实用性及操作性均很强的护理手册。

临床实用 引流护理及置管 操作规程

◎章泾萍 编著



时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

LINCHUANG SHIYONG
YINLIU HULI JI ZHIGUAN
CAOZUO GUICHENG

临床实用 引流护理及置管 操作规程

◎章泾萍 编著



时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床实用引流护理及置管操作规程/章泾萍编著.
—合肥:安徽科学技术出版社,2009.8
ISBN 978-7-5337-4494-6

I. 临… II. 章… III. 引流术-护理-技术操作规
程 IV. R615 R472-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 147863 号

临床实用引流护理及置管操作规程

章泾萍 编著

出版人:黄和平

责任编辑:吴玲

封面设计:王艳

出版发行:安徽科学技术出版社(合肥市政务文化新区圣泉路 1118 号
出版传媒广场,邮编:230071)

电话:(0551)3533330

网址:www.ahstp.net

E-mail:yougoubu@sina.com

经销:新华书店

版:安徽事达科技贸易有限公司

刷:合肥义兴印务有限责任公司

开本:787×1092 1/16

印张:13

字数:308 千

版次:2009 年 8 月第 1 版 2009 年 8 月第 1 次印刷

印数:4 000

定价:19.80 元

(本书如有印装质量问题,影响阅读,请向本社市场营销部调换)

序

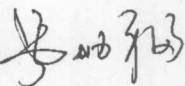
护理工作贯穿医疗活动的全过程,是医疗工作的重要组成部分。随着医学科学技术的发展和人民群众对医疗卫生需求水平的不断提高,无论是卫生管理部门还是医院护理管理机构,都希望有一部权威性、实用性学术著作来指导和规范临床护理工作,使广大护理人员在日常护理工作中有章可循。

发展专科护理是我省“十一五”护理工作的重点,我省自全国护理大会以来,大力加强专科护士培养工作,取得了显著的成效。但从临床需求来看还远远满足不了需要,护理教育的内容和方式也需要不断的总结提高。为适应新形势下发展护理事业的需要,我们要继续加大培养专科护士的力度,同时需要有更多的理论研究成果来指导临床护理实践。毫无疑问,《临床实用引流护理及置管操作规程》一书的出版在指导广大护理管理者从事护理管理实践的同时,不断地总结、归纳、提炼实践经验,并上升到理论高度进行研究,进而为指导临床护理工作方面开了一个好头。

《临床实用引流护理及置管操作规程》一书的作者是一位从事护理管理、临床护理和护理教育近 30 年的专家,有着丰富的管理和临床经验,以严谨务实的工作精神,反复思考,广泛吸收了临床内科、外科、妇科及急救等专科的引流护理及置管操作规程,系统总结了对各种引流和置管护理的成功经验,融入了护理专业发展的新理念和新发展,充分体现了科学性、实用性、规范性和操作性等特点,对护士从事专业技术工作具有很强的针对性和指导性,为实施护理质量管理、评价护士专业技术能力提供了很重要的参考依据。

我相信,本书的出版对于加强护理专业队伍的建设将起到积极的推动作用。

安徽省护理学会会长



2009 年 5 月

前 言

当前,医学科学技术飞速发展,广大群众对医疗服务水平的需求不断提高,对临床医疗、护理工作提出了更多、更高的要求。为推进我省护理事业的发展和专业化人才队伍的建设,提高各专科护理的质量,规范各专科护理人员的继续教育,在 2006 年主编《临床护理标准操作规程》后,结合本专科丰富的临床经验,针对专科性、常见性、代表性较强的各种引流和置管护理,编写了《临床实用引流护理及置管操作规程》一书,旨在使专科护理操作进一步科学化、规范化,让护理人员在医疗实践中有章可循。

全书共分基础引流的护理、专科引流的护理、其他技术的护理(包括置管及泵的操作规程)和操作技术考试及评分标准四章。分别从各种引流及置管的定义、目的、适应证、禁忌证,各种引流及置管的操作流程、护理要点和注意事项等栏目介绍,附有各种脱管及断管的应急预案和处理流程。另配有各种引流和置管的解剖图片,图文并茂,便于读者理解和记忆。

由于时间仓促,涉及内容广泛,本书难免存在缺陷与不足,恳请广大护理同仁及各位热心的读者对本书提出宝贵的意见和建议。

章泾萍
2009 年 5 月

目 录	
第一章 基础引流的护理	1
一、留置胃管术的护理	1
二、胃肠减压术的护理	6
三、肠内营养管的护理	9
四、留置导尿术的护理	15
五、膀胱冲洗的护理	19
第二章 专科引流的护理	23
一、脑室穿刺置管引流术的护理	23
二、脑室外引流的护理	27
三、脑室内引流的护理	30
四、脑创腔引流的护理	33
五、脑脓腔引流的护理	36
六、颌面部引流的护理	37
七、上颌窦引流的护理	44
八、鼓室置管的护理	47
九、泪囊鼻腔吻合置管术的护理	50
十、甲状腺术后引流管的护理	52
十一、乳腺术后引流管的护理	55
十二、胸腔闭式引流的护理	58
十三、心包穿刺置管引流的护理	60
十四、T 管引流的护理	63
十五、内镜下鼻胆管引流术(ENBD)的护理	66
十六、逆行胰胆管造影(ERCP)取石术的配合及护理	69
十七、十二指肠液引流术的护理	72
十八、双气囊三腔管的护理	75
十九、腹腔引流管的护理	79
二十、腹腔双套管引流的护理	82
二十一、肾穿刺造瘘管的护理	84
二十二、膀胱造瘘管的护理	88
二十三、盆腔引流的护理	91
二十四、骶前引流的护理	94
二十五、脊柱术后伤口引流的护理	97

二十六、关节冲洗引流管的护理	100
二十七、血液净化留置导管的护理	104
二十八、腹膜透析留置导管的护理	108
二十九、气管插管术的护理	113
三十、气管切开套管的护理	118
第三章 其他技术的护理	122
一、输液泵应用技术的护理	122
二、微量泵应用技术的护理	125
三、胰岛素泵应用技术的护理	127
四、镇痛泵置入应用技术的护理	129
五、营养泵应用技术的护理	132
六、抗栓压力泵应用技术的护理	136
七、动脉穿刺置管术的护理	138
八、中心静脉置管术的护理	142
九、肺动脉导管(Swan-Ganz 导管)置入术的护理	146
十、中心静脉压(CVP)监测技术的护理	151
十一、周边置入中心静脉输液导管术(PICC)的护理	154
第四章 操作技术考试及评分标准	158
一、留置鼻胃管操作技术考试及评分标准	158
二、胃肠减压操作技术考试及评分标准	159
三、肠内营养操作技术考试及评分标准	160
四、胃管鼻饲法操作技术考试及评分标准	161
五、女病人留置导尿管操作技术考试及评分标准	162
六、膀胱冲洗护理操作技术考试及评分标准	163
七、动脉血操作技术考试及评分标准	164
八、CVP 监测操作技术考试及评分标准	165
九、PICC 操作技术考试及评分标准	166
十、血液透析留置导管护理操作技术考试及评分标准	167
十一、腹膜透析留置导管操作技术考试及评分标准	168
十二、经口气管插管术操作技术考试及评分标准	169
十三、气管切开护理操作技术考试及评分标准	170
十四、脑室穿刺置管引流术护理操作技术考试及评分标准	171
十五、脑室外引流护理操作技术考试及评分标准	172
十六、脑创腔引流护理操作技术考试及评分标准	173
十七、脑脓腔引流护理操作技术考试及评分标准	174
十八、颌面部负压引流护理操作技术考试及评分标准	175
十九、泪囊鼻腔吻合置管术操作技术考试及评分标准	176
二十、上颌窦引流护理操作技术考试及评分标准	177
二十一、甲状腺术后引流管护理操作技术考试及评分标准	178

二十二、乳房术后引流管护理操作技术考试及评分标准	179
二十三、胸腔闭式引流护理操作技术考试及评分标准	180
二十四、心包穿刺操作技术考试及评分标准	181
二十五、心包引流护理操作技术考试及评分标准	182
二十六、T 管引流护理操作技术考试及评分标准	183
二十七、ENBD 护理操作技术考试及评分标准	184
二十八、三腔二囊胃管的护理操作技术考试及评分标准	185
二十九、腹腔引流管的护理操作技术考试及评分标准	186
三十、腹腔双套管引流管的护理操作技术考试及评分标准	187
三十一、肾造瘘管护理操作技术考试及评分标准	188
三十二、膀胱造瘘管护理操作技术考试及评分标准	189
三十三、盆腔引流护理操作技术考试及评分标准	190
三十四、骶前引流管的护理操作技术考试及评分标准	191
三十五、脊柱手术伤口引流护理操作技术考试及评分标准	192
三十六、关节内持续冲洗引流护理操作技术考试及评分标准	193
三十七、静脉输液泵操作技术考试及评分标准	194
三十八、微量注射泵操作技术考试及评分标准	195
三十九、肠内营养泵操作技术考试及评分标准	196
参考文献	197

第一章 基础引流的护理

一、留置胃管术的护理

【解剖】

食管(图 1-1)是咽(图 1-2)和胃之间的消化管。食管在系统发生上起初很短,随着颈部的伸长和心肺的下降而逐渐增长。在发育过程中,食管的上皮细胞增殖,由单层变为复层,使管腔变狭窄,甚至一度闭锁,以后管腔又重新出现。

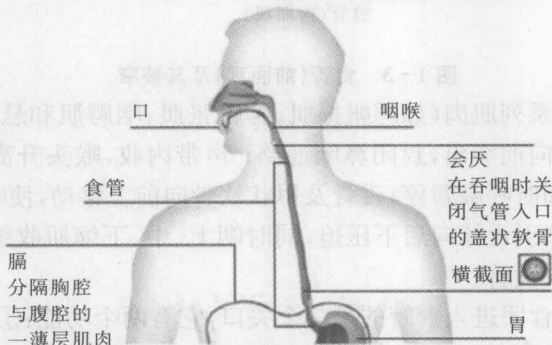


图 1-1 食管解剖图

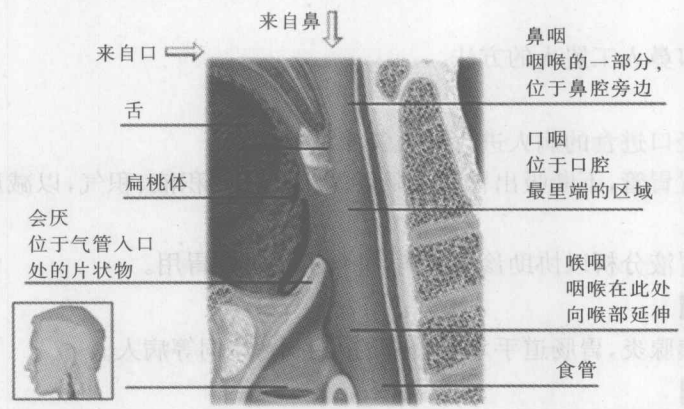


图 1-2 咽喉解剖图

食管结构由内向外分四层:①黏膜层;②黏膜下层;③肌层;④外膜。食管的全长有三个生理性狭窄(图 1-3)。第一个狭窄位于食管的起始处,距离中切牙约 15 cm;第二个狭窄位于左主支气管后方与之交叉处,距离中切牙约 25 cm;第三个狭窄在穿膈的食

管裂孔处,距离中切牙约 40 cm。食管的三个狭窄是异物易滞留之处和肿瘤的好发部位。临床上进行管内插管操作时,要注意其狭窄,防止损伤食管壁。

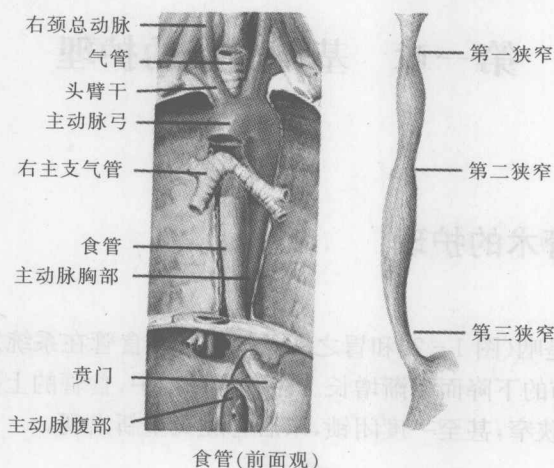


图 1-3 食管(前面观)及其狭窄

人吞咽时引起一系列肌肉(如腭帆提肌、腭帆张肌、咽腭肌和悬雍垂肌等)的收缩,使软腭上升。咽后壁向前突出,封闭鼻咽通路;声带内收,喉头升高并向前紧贴会厌,封闭咽与气管通路,同时呼吸暂停;舌骨及甲状软骨向前上移动,使咽腔纵径加大,食管上口张开,舌骨舌肌牵引舌体向后下压迫,同时咽上、中、下缩肌收缩,食管上括约肌松弛,食团则由咽腔进入食管。

食管上括约肌是食团进入食管的第一个关口,它有两个功能:①防止吸气时空气进入食管,并使呼吸的无效腔(即死腔)减至最小限度;②防止食物反流入咽腔,以免误入气管。食管下括约肌处的内压较胃内压高,可防止胃内容物反流入食管。

【定义】

将胃管经口鼻人工置入的方法。

【目的】

1. 对不能经口进食的病人进行肠内营养。
2. 通过留置胃管,不断吸出胃和梗阻近端小肠内的积液、积气,以减压和缓解临床症状,治疗疾病。

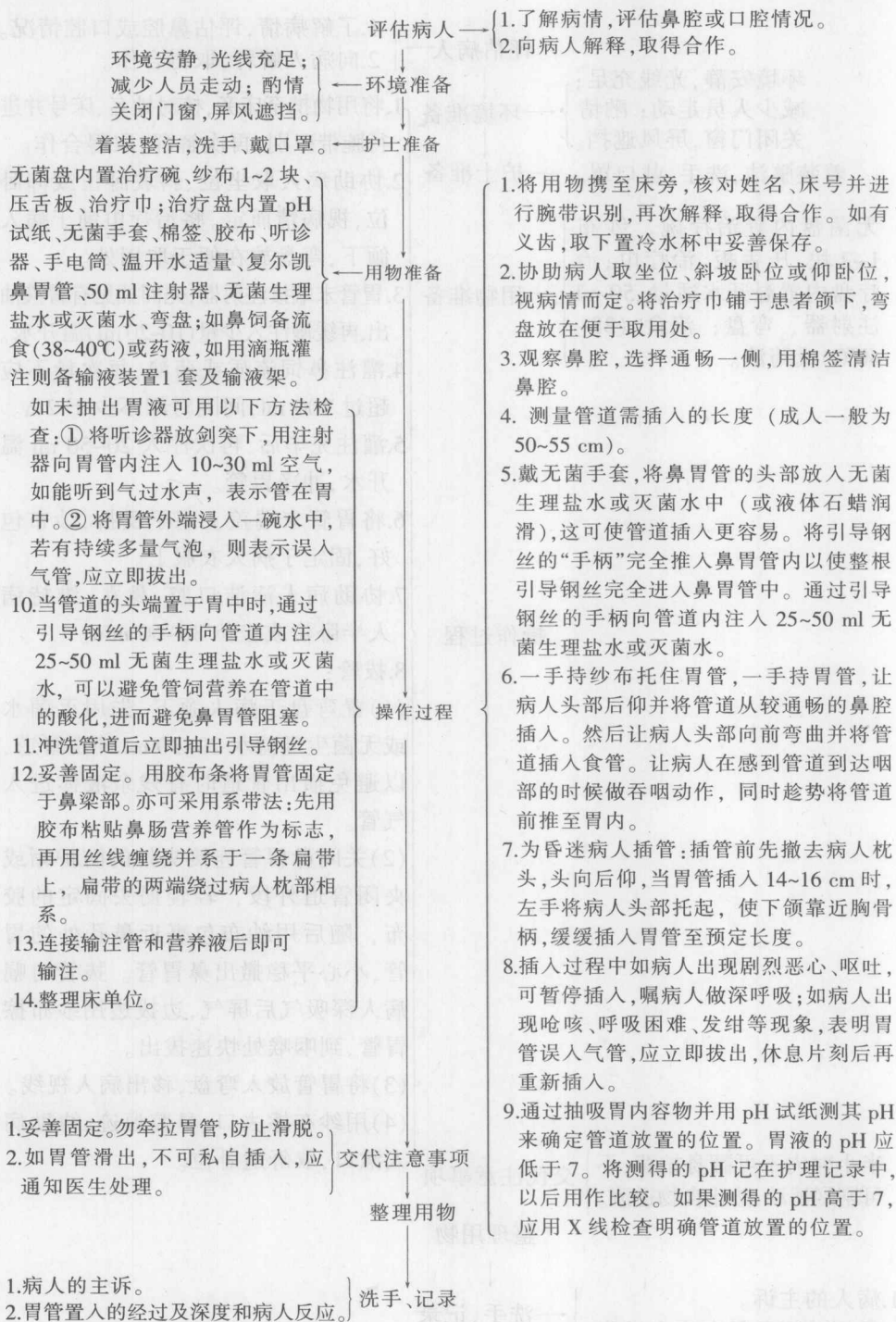
【适应证】

用于急性胰腺炎,胃肠道手术及腹部的大手术、鼻饲等病人。

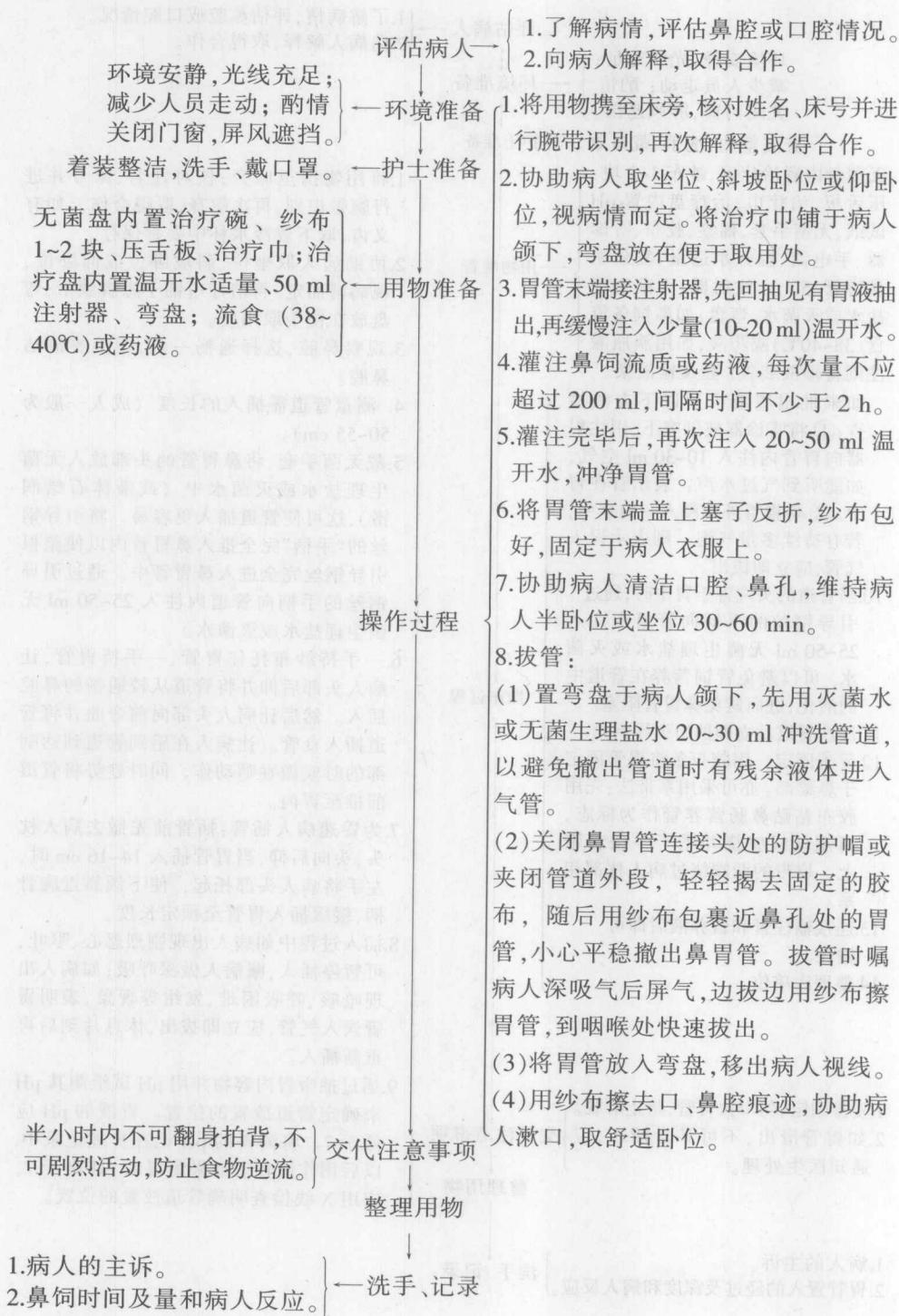
【禁忌证】

1. 胃肠道功能衰竭。
2. 代谢性昏迷。
3. 食管出血。
4. 急腹症。

【操作流程图】



【鼻饲法操作流程】



【并发症】

1. 腹泻 是常见并发症,通常发生于鼻饲开始及使用高渗性饮食时。轻度腹泻,给予减量缓慢注入或暂停使用高渗的营养液,症状可逐渐缓解。重度腹泻时遵医嘱暂禁食,给予双歧杆菌3片和蒙脱石散1袋,每日3次,一般3d后症状会逐渐缓解。同时严密观察大便的颜色、量和气味,及时记录病情,做好肛周皮肤的清洁,便后用温水洗净、晾干,外涂氧化锌软膏,垫纸巾于臀下,保持床单位的平整、干燥、无碎屑。

2. 便秘 长期卧床使肠蠕动减弱,加上粗纤维食物少以及脱水剂的应用使水分大量流失而引起便秘,应及时增加液体的摄入量,配方中加入菜汁和果汁,必要时用开塞露塞肛。

3. 恶心、呕吐 应与颅内高压引起的恶心、呕吐相区别。颅内高压引起的喷射性呕吐与食物无关,此时应暂停喂食,给予病人平卧位,头偏向一侧,及时清除口咽通道内的呕吐物,遵医嘱肌注氯普胺,恶心、呕吐可渐止,同时抽取胃液检查,防止胃潴留。

4. 误吸 是鼻饲中最严重的并发症,由于吸痰不当可引起食物反流或发生于营养液输注过快。处理:鼻饲时采取半坐卧位,吸进气管内痰液,保持呼吸道通畅,一般以30 ml/min进行推注,注食后保持30~60 min再改变体位可有效防止胃内容物反流,减少误吸。

5. 脱管、堵管 多为病人烦躁时自行拔出或搬动病人时滑脱,护理中应适当约束躁动病人的双上肢,翻身或外出检查时应妥善固定好鼻胃管。病人清醒后应多与其交流,使其消除顾虑、配合治疗。

【护理要点】

1. 每日观察鼻饲管外部分的长度,注食前应准确无误地判断胃管是否在胃内,需用以下3种方法而缺一不可:①用注射器连接鼻胃管后抽出胃液;②用注射器注入空气10 ml,在腹部听诊有气过水声;③把鼻胃管末端置入盛水的杯中,无气体溢出。若结合pH试验会更稳妥。胃液pH在1.5~3。复尔凯鼻胃管有条件可床旁X线验证,此法在方便性、及时性上虽有缺陷,但是最直观。

2. 每日晨间护理时,用生理盐水棉棒清理鼻腔,湿毛巾擦拭鼻翼、脸部后更换胶布。观察病人鼻腔情况,如有脓性分泌物或局部红肿疼痛较明显时,立即更换胃管至对侧或拔出胃管,正确使用黏膜保护剂和抗生素。

3. 注食前应吸尽气管内痰液防吸痰、呛咳憋气使腹内压增高引起反流。注意合理安排护理时段,先翻身拍背吸痰再注食,注食后保持30~60 min再改变体位,可有效防止胃内容物反流,减少误吸。

4. 保证营养供给有计划有措施:建立床头饮食翻身卡,让家属参与备食。操作者调整好“四度”,即温度(38~40℃)、速度(30 d/min)、浓度、床头高度(35°~40°),以病人耐受为宜。把握好量及间隔时间,首先从米汤、面汤、肉汤、鱼汤、牛奶开始逐渐过渡至半流质。

5. 鼻饲用具清洁消毒,鼻饲液现备现用,预防肠道感染。预防口垢、口臭,每日选择生理盐水做两次口腔护理。

6. 管口塞每次注食后清洗,必要时可用酒精棉签脱脂后清洗。

7. 长期鼻饲病人鼻腔内可滴入少量的石蜡油润滑鼻腔和管壁,以防止和黏膜粘连。

8. 鼻饲后用温水 20 ml 冲洗胃管, 避免食物残留在胃管内发酵或变质, 引起病人胃肠炎或堵塞管腔。将胃管末端盖帽固定, 用安全别针固定于衣领或枕旁。

9. 严密观察胃肠道反应。注意病人有无腹胀、腹痛以及程度和持续时间, 有无恶心呕吐, 呕吐物性状。每次鼻饲前应计算注食的量、次数和间隔时间等。通过回抽胃液观察颜色和量, 判断有无胃潴留。如果回抽液有 100 ml 则暂不宜注食, 如果有咖啡色液体应立即报告医生暂禁食并留取标本送检。对大便应观察其颜色、性状及量, 腹泻时要进行常规检查和培养。

10. 复尔凯鼻胃管是一次性使用的高分子材料医疗器械, 因此不能在已置入体内的导管中再插入导丝, 以免钢丝刺破管道引起营养液外漏。有研究表明复尔凯鼻胃管最长留置时间可达 3~6 个月。拔出鼻胃管前, 应先用灭菌水或无菌生理盐水冲洗管道, 以避免撤出管道时有残余液体进入气管。关闭鼻胃管接头处的防护帽或夹闭管道外段, 随后小心平稳撤出鼻胃管。

【注意事项】

1. 插胃管前应检查鼻、口腔、食管有无阻塞, 有义齿者应先取出, 有食管静脉曲张或食管阻塞者不宜插管。

2. 每次鼻饲前应判定胃管确实在胃内及无胃液贮留时, 方可注食。如病人同时吸氧, 慎勿将氧气管与胃管混淆。

3. 注入饮食时应注意温度、速度及容量(一般不超过 300 ml)。

4. 注食后尽量不要搬动病人, 以免引起呕吐。

二、胃肠减压术的护理

【解剖】

胃(图 1-4)位于人体左季肋部和心窝部, 大部分在人体正中线的左侧, 只有小部分在右侧, 为一弧形囊状器官, 上连食管, 入口为贲门(上通食管), 出口为幽门, 连接十二指肠。胃的形态和位置随体形、腹壁紧张度和胃内容物的多少而不同。

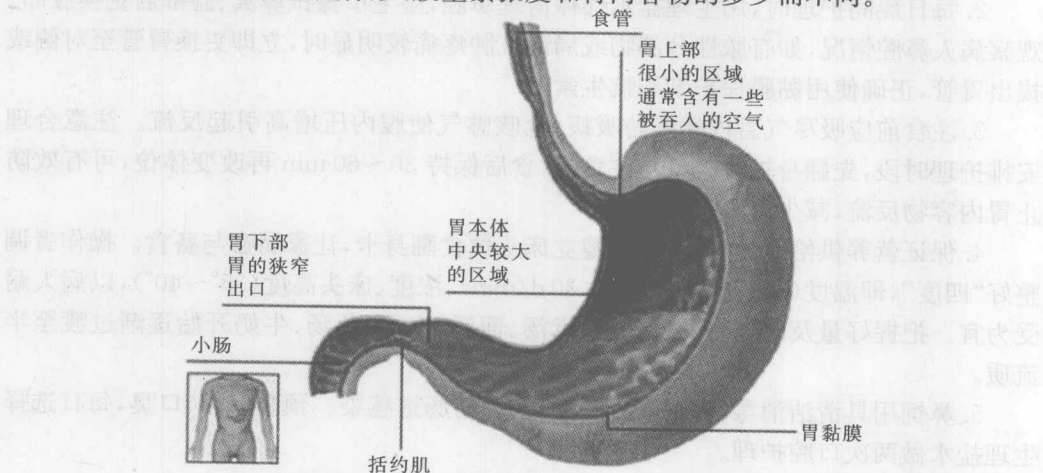


图 1-4 胃解剖图

胃壁由黏膜、黏膜下层、肌层和外膜四层组成,并有神经、血管和淋巴管分布。黏膜的胃腺,由主细胞(主要功能是分泌胃蛋白酶原)和壁细胞(主要功能是分泌盐酸,具有激活胃蛋白酶原和杀菌作用;同时还分泌内因子,具有促进维生素 B_{12} 吸收的作用)组成。

胃有很强的再生能力。胃液在消化食物的同时,也对胃壁有一定的损害作用,即造成一些细胞的死亡,每分钟胃的表面能够产生约 50 万个新细胞。

胃的第二个本领,是胃壁覆盖着一层厚厚的被称为胃黏膜的上皮细胞,它与胃液直接接触,使带有腐蚀性的胃液不能渗入到胃的内壁。在胃壁上皮细胞上面还覆盖着薄薄的一层碳水化合物,即所谓的糖体层。它可以进一步加强对胃的保护。另外,在胃壁里层还覆盖了一层由脂肪物质组成的称为类脂体的物质。此类物质对盐酸的氢离子和氯离子具有很强的阻碍作用,这是胃保护自己的第三个绝活。

近年来,科学家发现胃黏膜上皮细胞能不断合成和释放内源性前列腺素,它对胃肠道黏膜有明显的保护作用。此外,还有人证明胃肠道是人体内最大的内分泌器官,能分泌新的激素(都是肽类物质)。

【定义】

胃肠减压(图 1-5)是利用负压和虹吸原理,不断吸出胃和梗阻近端小肠内的积液、积气,以达减压目的的方法。

【目的】

1. 解除或缓解机械性肠梗阻所致的急性胃肠道扩张症状;缓解肠麻痹或肠痉挛所致的肠梗阻。

2. 可减少空腔脏器破裂病人消化液对腹腔的渗漏。胃肠道穿孔者,可通过胃肠减压减少胃肠道内容物流入腹腔,以减轻腹膜炎的症状,从而减少肠腔内的细菌和毒素,改善肠壁的血液循环。

3. 腹部大手术和胃肠道吻合手术前准备,以减少术后胃肠胀气,增加手术安全,术后吸出胃肠内气体和液体。可以降低压力、减轻腹胀,减少伤口的张力和疼痛,促进伤口愈合,并改善胃肠壁血液循环,促进消化功能恢复。

4. 急性胰腺炎的病人行胃肠减压,可通过引出胃内液体,减少胰液的分泌。

5. 可抽取胃液分析以协助诊断疾病,进食毒物时洗胃用。

【适应证】

用于肠梗阻、幽门梗阻、胃肠道穿孔、急性胰腺炎、胃肠道手术及腹部的大手术等。

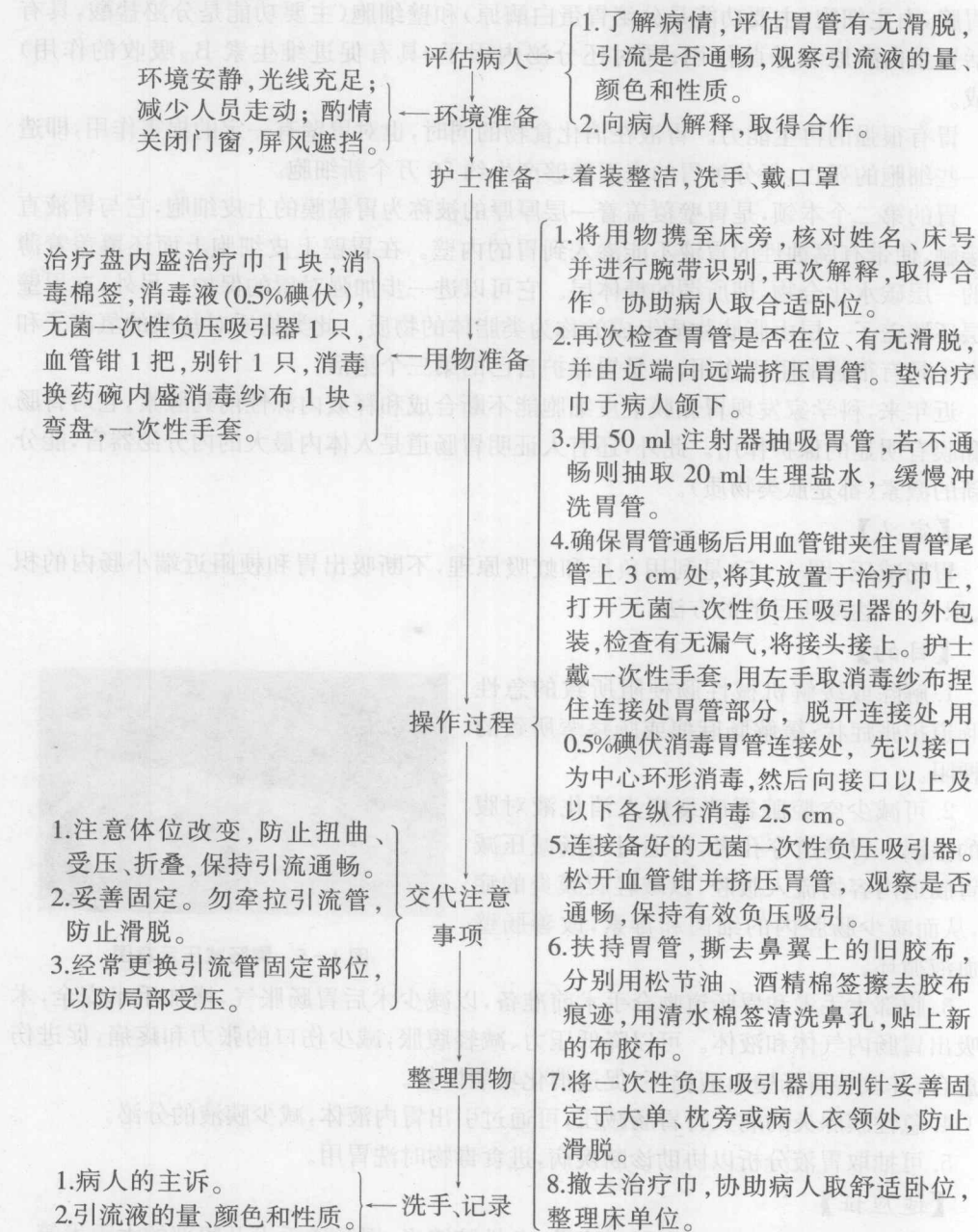
【禁忌证】

近期内有上消化道出血史,食管胃底静脉曲张或食管阻塞者,不宜行胃肠减压。



图 1-5 胃肠减压示意图

【操作流程图】



【护理要点】

1. 妥善固定胃管和负压吸引器, 避免滑脱。胃管应用白色橡皮胶布贴于鼻尖部, 胶布应每天更换, 同时做好病人的心理护理, 告知胃肠减压的重要性, 以防病人因感不适而自行拔除。负压吸引器用别针妥善固定于床单或衣领处。经常检查胃管是否在位、有无滑出。

2. 保持胃管通畅及有效的负压吸引。定期挤捏胃管, 避免折叠、扭曲、滑脱, 保持通

畅,及时倾倒引流液,一般不超过 1/3 满,以保持有效的负压。

3. 注意观察引流物的颜色、性质和量,并纪录 24 h 引流总量。一般胃肠吻合术后 24 h 内胃液多呈暗红色,然后逐渐为咖啡色、浅咖啡色或墨绿色,最后为澄清的黄绿色,2 d 后逐渐减少,如短期内有大量鲜红色液吸出,说明有出血,应通知医生及时处理。

4. 胃肠减压期间禁食,必须经口服给药时,片剂要研碎调水后注入,注入后夹管 30 min,以免将药物吸出,影响疗效。

5. 做好口腔护理。因胃肠减压期间禁食,且胃管对咽部长期摩擦和刺激,会导致咽喉部炎症和溃疡,应加强口腔护理。

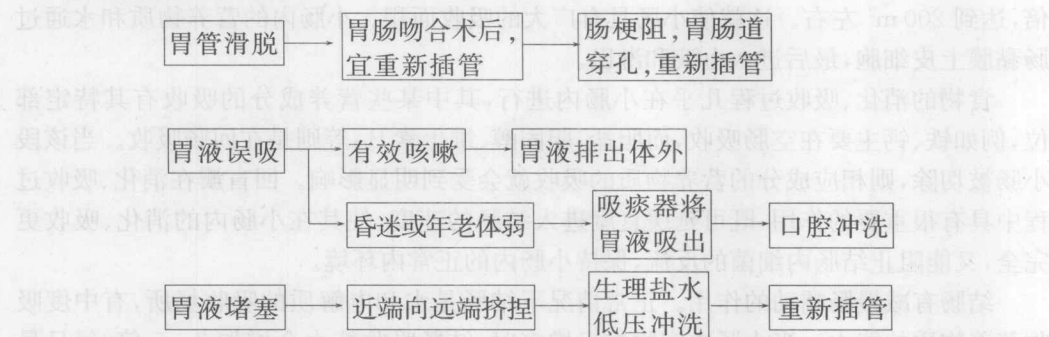
6. 积极配合静脉补液,使用胃肠减压者,一般每日静脉补液 2000~2500 ml 以防止水电解质紊乱。

7. 拔管护理。术后 2~3 d,胃肠功能恢复,可考虑拔管,必要时可先停减压,观察 24 h,若病人无腹胀,再行拔管。拔管时嘱病人深吸气后屏气,将胃管末端夹紧或反折后快速拔出。

【注意事项】

1. 胃肠吻合术后病人,如胃管不慎滑脱,不宜重新插管,以免导致吻合口的损伤。
2. 胃肠减压期间要注意观察引流液的量、颜色及性质,发现异常,及时通知医生并配合处理。负压吸引器应定期更换,胃管要定时挤压,避免折叠、扭曲、滑脱,及时倾倒引流液,一般不超过 1/3 满,保持有效的负压。

【应急措施】



三、肠内营养管的护理

【解剖】

小肠是食物消化吸收的主要场所,盘曲于腹腔内,位于腹中,上连胃幽门与胃相通,下接盲肠通过阑门与大肠相连,全长 3~5 m,张开有半个篮球大,分为十二指肠、空肠和回肠三部分。见图 1-6。

十二指肠位于腹腔的后上部,全长 25 cm。它的上部(又称球部)连接胃幽门,是溃疡的好发部位。肝脏分泌的胆汁和胰腺分泌的胰液,通过胆总管和胰腺管在十二指肠上的开口,排泄到十二指肠内以消化食物。十二指肠呈“C”字形,从右侧包绕胰头,可分为上部、降部、水平部和升部等四部分。十二指肠空肠曲的后上壁被十二指肠悬肌(suspensory muscle of duodenum)固定在腹后壁。十二指肠悬肌由肌纤维与结缔组织