

可分離中心靜脈導管負壓引流治療胸腔積液的護理體會

鄒東梅

摘要 總結36例可分離中心靜脈導管負壓引流治療胸腔積液的護理體會，認為做好導管的固定、預防感染、加強病情觀察、心理護理、健康教育是促進積液吸收，減少復發、併發症的主要措施。

關鍵詞 可分離中心靜脈導管 負壓引流 胸腔積液

胸腔積液是一種臨床體徵，可由多種原發病引起。在原發病未查明，未得到有效控制前，積液會壓迫胸腔臟器，造成胸痛、呼吸困難等症狀。為緩解胸腔大量積液病人的症狀及進行胸腔積液檢查以明確疾病診斷，我們必須進行胸腔穿刺抽液。但如果我們採用傳統的胸積液抽吸方法——注射器抽吸，隨著積液的不斷形成，我們須反復多次抽吸。去年以來，我院採用了可分離中心靜脈導管負壓引流治療胸腔積液，取得較好的療效。可分離中心靜脈導管是由穿刺針和導管兩部分構成，其中：穿刺針內為不銹鋼針芯，外為膠管（見圖1），該膠管可順著管腔被分離；導管內為軟芯，外為軟管（見圖2）。通過36例患者的臨床護理觀察，現總結報導如下：



圖1 穿刺針

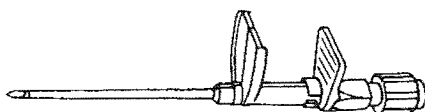


圖2 導管

1. 資料和方法

1.1 臨床資料

患者36例，其中男22例，女14例，年齡19～56歲。病種：結核性胸積液17例，感染性胸積液8例，藥物反應性胸積液2例，乳糜胸4例，肺癌性胸積液3例，腎性胸積液1例，肝性胸積液1例。

1.2 治療方法

先用B超確定積液部位，穿刺點一般位於肩胛下線第7～9肋之間，插入穿刺針約2cm～3cm，當有突破感並能抽出胸積液時，拔出針芯，剩下可分離的膠管，沿膠管置入導管10cm～15cm（導管上有刻度，導管內仍有一條軟芯），此時先將穿刺針膠管順著管腔撕開，邊撕邊向外輕拉，直至完全撕下，再拉出導管內軟芯，最後僅剩下導管的軟管。術者用手固定軟管，防脫出，助手將體外負壓引流瓶接上。該瓶有防逆流裝置，負壓值為0kpa～12kpa，負壓可依擠壓瓶體的力量輕重調節。接瓶前因該瓶為正壓狀態，要先擠壓瓶體，使其處於負壓狀態，再接上軟管，看到引流通暢後，再作固定。拔管指征：持續24小時無液體流出，胸片示肺復張後可拔管。拔管後先消毒傷口，再予無菌敷料覆蓋，膠布固定。

2. 護理

2.1 做好穿刺前準備及解釋工作

穿刺前，護士要瞭解操作規程及程序，嚴格遵守無菌技術，掌握可能發生的臨床症狀及意外的急救處理方法，同時向患者做好解釋工作。在操作過程中，作為助手，要密切觀察病人，如患者出現氣促，要及時予吸氧，必要時操作前就給予持續低流量吸氧。

2.2 做好心理護理

胸積液患者大多病程長，症狀反復，故心理壓力大，對治療缺乏信心，存在不同程度的憂慮，嚴重影響疾病的好轉及積液的吸收。經我們的觀察，與病人接觸、溝通，理解並同情病人，針對不同個性、心理特點採取相應的心理護理，耐心為病人講解疾病病情及相關知識，包括置管引流的目、優點，能夠使病人恢復信心，積極配合治療。

2.3 導管的固定與護理。

可分離中心靜脈留置管較細而較軟，一般用膠布固定，不縫針線。如固定不當或不小心用力牽拉，將極易使導管向外滑脫，所以固定時，穿刺口用敷料貼貼後，將導管盤圈後再用敷料貼貼緊，接

著近端再予膠布固定。若發生導管滑脫，視滑脫程度而論，一般滑出 2cm ~ 3cm，可重新用膠布加固，但不能直接將導管再插入以防感染；若完全脫出，即刻用敷料壓迫穿刺口，或用手捏緊穿刺口周圍的皮膚，防止氣體直接進入胸腔，造成氣胸。更換敷料時，宜用雙止血鉗於穿刺點近端約 10cm ~ 15cm 間交叉鉗緊導管，再撕下膠布消毒。

導管護理的重點是保持引流管通暢。由於可分離中心靜脈導管管腔細，且胸積液多為滲出液，含有一定的纖維蛋白，易凝固並堵塞導管，若引流的是血性積液，則更容易發生堵塞，必須不定時擠壓負壓瓶體。若發生引流不暢，先檢查是否因打折或體位不當所致，因為體位與引流有明顯關係，但無須強迫體位，以保證引流通暢為宜。若非上述原因所致，可用生理鹽水或肝素稀釋液（1ml 肝素原液加入 100ml 生理鹽水中配成）從導管中注入，注入後夾管 2 小時再開放。若仍無效，通知醫生，作進一步檢查及處理。

需注意的是，胸腔大量積液的患者，積液的滯留往往超過 1000ml。但胸穿要求每次放液不能超過 1000ml，而置管持續負壓引流則要求 24 小時引流量不超 800ml，目的是防止引流過快，放液量過多，導致胸發生胸膜反應、胸膜粘連等併發症。所以，置管當天對引流的觀察非常重要。若置管不足 8 小時，引流量已超 400ml 時，我們要實行夾管，但夾管一般採用間斷夾管，每次夾管時間以 3 ~ 5 小時為宜，尤其引流血性積液時，夾管時間過長，往往因血塊堵塞致引流不暢。

2.4 預防感染

操作過程嚴格無菌操作是預防感染的重點。而淨化置管的場所，每 3 小時更換敷料及一次性負壓瓶，同時用 2% 碘酒、75% 酒精消毒穿刺點，也是預防感染所必需的。此外，還應做到認真傾聽病人的主訴，仔細觀察傷口有無滲液或紅腫等感染現象（若有則即用消毒液塗擦傷口，勤更換敷料，並通知醫生，遵醫囑應用抗感染藥物治療），同時加強對引流液的監測，準確記錄胸積液的引流量並認真觀察其顏色、性質等，每天及時清倒引流液，清倒時瓶體必須保持低於胸腔出口，防止導管內液體倒流，引起逆行性感染。

2.5 指導患者自我護理的知識、技能及應急處理

置管後有些患者不敢下床活動，不敢沐浴，

因而對患者進行自我護理知識、技能指導非常重要。患者置管至拔管後 48 小時內不宜淋浴，擦洗時注意保護傷口，一旦出現敷料潮濕，及時更換。病情允許者，多下床活動，但需注意，無論何時何地，負壓瓶一定要低於胸腔出口。另外，指導患者及家屬要不定時擠壓負壓瓶體，及生導管滑脫的自我應急處理。

2.6 注意休息，加強營養。

注意勞逸結合，避免勞累，宜採取高蛋白、高維生素、易消化、清淡飲食等營養支援療法。

3. 體會

採用可分離中心靜脈導管與單純採用注射器抽吸相比較有以下優點：

3.1 減少積液儲積。採用分離中心靜脈導管可以持續負壓引流，使胸積液及時被吸出，積液儲積的機會就會減少。

3.2 降低感染機率。重復多次穿刺抽吸，會增加醫源性感染的危險，採用分離中心靜脈導管持續負壓引流則避免了重復穿刺。

3.3 降低胸包裹腔的形成。胸包裹腔的形成與反復多次穿刺有密切關係，且一旦形成，單純採用注射器抽吸則無法徹底抽出積液，阻礙疾病的好轉。

3.4 有利於進行胸積液檢查。已置管的患者，若需進行胸積液檢查，可從導管中抽吸，無須重新進行胸腔穿刺。

3.5 減少病人的痛苦和經濟負擔。穿刺畢竟是一種帶有創傷性的技術操作，反復穿刺會增加病人的痛苦，同時，因耗費用品的增加而加重病人的經濟負擔。

4. 結語

現在採用可分離中心靜脈導管持續負壓引流是我院治療大量胸腔積液的重要手段之一，但它畢竟是一種新技術，所以我們在護理方面還需不斷進行摸索，總結經驗，更好地發揮它的優點。

參考文獻

王春珍(1997).經皮穿刺留置管治療心包積液的護理體會. 實用護理雜誌,13(1),21-22.

姚景鵬主編(2000).內科護理學.北京:北京醫科大學、協和醫科大學聯合出版社.

4.1 維持有效的血容量，觀察每小時尿量、血鉀、BUN、肌酐等腎功能各項指標；

4.2 控制入水量，並準確計算、記錄出入量，每 8 小時總結一次；當尿量 < 20ml/h，可用利尿劑，並限制鉀鹽、鈉鹽的攝入；

4.3 保持導尿管的通暢，每天用 0.1% Hibitine 清潔尿道口，預防尿路感染從而加重病情。

5. 營養和代謝支援

患者採用早期的腸道外營養(TPN)治療，以保證足夠的營養。並採用促進腸蠕動的方法，如：腹部外搽黃花油、皮下微量注射 Primperan 的方法刺激腸蠕動、中西藥結合等多種方法。當胃腸功能恢復後，逐漸經口進食，根據病情階段的不同，調整營養要素及電解質的搭配，以保證充足的營養及熱量供給，促進衰竭臟器的恢復。

6. 心理護理

由於手術後出現嚴重的低心排導致多器官功能衰竭，患者表現出煩躁、焦慮、緊張、孤獨無助感等情緒，有時不配合治療和護理工作，影響患者的休息和睡眠，加重心肺的負擔。作為護理人員首先要瞭解患者的心理變化和需求，並針對患者的這種心理狀態，耐心向患者解釋病情發展和康復過程，讓患者採用手寫板書寫的方式表達自己的情緒和心理要求，從而達到有效的溝通。同時與家屬取得聯繫與合作，以家庭成員的角色來鼓勵患者，使患者從消極被動的接受治療逐漸轉變為積極主動配合治療和護理，增強了戰勝疾病的信心和勇氣，順利渡過了生死的難關。

7. 預防院內感染的措施

患者消瘦、體弱、抵抗力差，併發多器官功能衰竭，長時間使用多種侵入性醫療物品，增加了院內感染的機會。在護理患者的過程中，嚴格按照無菌技術觀念，正規操作，操作前後加強洗手，並使用一次性的抹手毛巾，嚴格監測各項感染指標，合理使用抗菌素，使得患者在整個疾病的治療過程中，未出現相關的院內感染。

總結

通過對此患者的護理，體會到作為 ICU 的護士應充分瞭解病理病因，具備精湛的臨床監測技術水平，敏銳的判斷力和高超的搶救技能及紮實的基本功，對保證病人搶救成功，提高手術治癒率是十分重要。更應具有一顆善良體貼病人的心，做好術前的心理指導及宣傳工作，術後密切觀察病情，瞭解患者的情緒變化，及時做好患者及家屬的心理護理。應用心理學知識以加強與患者及家屬的溝通，並注意溝通的方式和技巧，使患者得到心理、生理、社會家庭的整體護理。

參考文獻

鄭行瑤(2001). 心內直視手術後多器官功能不全綜合正常關係的護理. 護士進修雜誌, 5(16), 359-360.

胡佩誠主編(2000). 醫護心理學. 北京. 北京醫科大學出版社.

(接 42 頁)

Nursing experience of managing the Central Venous Catheter established Negative-pressured Chest Drainage for treating patient with pleural effusion

Zhou Dong Mei

Abstract To sum up the nursing experience of the 36 cases of pleural effusion who were treated by setting up the negative-

pressured chest drainage with the use of central venous catheter. It is stated that fixing the catheter well, preventing infection, enhancing observation of the patients' condition, psychological nursing and health education are the principal measures of hastening the absorption of pleural effusion, alleviating attacks and complications.

Keywords central venous catheter

negative-pressure drainage Pleural effusion