维普资讯 http://www.cqvip.com

脑脊液漏。至 7～9 天拆线后再坐起或抱起。

二、注意保护伤口处敷料清洁不被污染。颈部敷料注意勿被溢奶或呕吐物浸污，喂奶时及喂奶后侧卧，口边垫以小毛巾，浸湿后及时更换。腰骶部及骶尾部脊膜膨出。采用塑料薄膜保护法。方法：剪一略大于切口敷料之塑料薄膜，预先以新洁尔灭液浸泡消毒后晾干，用 2cm 宽胶布呈“ ”形粘于敷料外，开口朝上，以防尿便污染伤口敷料造成感染。随时清洁肛门及周围皮肤。

三、根据医嘱适当应用镇静剂，减少患儿哭闹，以利切口愈合。

四、术后观察要点：1、注意观察伤口有无渗血，特别注意有无脊液漏现象。如发现敷料被淡红色或无色液浸湿，应立即通知医生进行检查，必要时再行修补。2、密切观察肢体活动情况，有的患儿因囊肿压迫牵拉术前肢体活动感觉障碍，术后可明显恢复或逐渐恢复。有脊髓脊膜膨出患儿，可因术中剥离或切除囊肿时的损伤，术后下肢功能无恢复或减弱、消失，特别是腰骶部膨出者，注意有无下肢软瘫及大、小便失禁。3、术后每日测量头围，并与术前比较。观察前囟张力和有无呕吐、头痛、烦燥不安等颅内压增高表现，警惕急，慢性脑积水的发生。4、注意观察意识、精神状况及饮食、哺乳情况，注意生命体征变化和囟门紧张度，如有发热、头痛、呕吐、哭声尖叫颈有抵护等异常变化，立即报告医生，警惕脑膜炎征象。术后应用足量有效护生素。

五、做好基础护理。切口疑有感染，可用红外线烤灯照射 20～30 分钟，每日 2 次，以促进局部血液循环，保持干燥，利于切口愈合。

（收稿日期：1995—05—05）

脓胸行胸腔闭式引流术的护理体会

河北省儿童医院胸外科　赵鞍鸣

（河北石家庄，邮政编码 050031）

胸腔闭式引流术是临床常用的一种治疗方法，被运用于血胸，气胸和脓胸治疗中以及胸部手术后的引流，以排除积气，脓液和渗液，恢复和保持胸腔的负压，促进病变的愈合。

我病区自 1993～1994 年间，共收治了 55 名各种原因导致脓胸而实行胸腔闭式引流的患者，其中年龄最小的仅 1 $\frac{3}{12}$ 岁，最大约 67 岁，小儿 47 例、成人 8 例，经过积极的治疗和合理的闭式引流无一例出现感染，55 例患者皆痊愈出现，通过对这些患者的治疗和护理，我们对胸腔闭式引流的作用和意义有了进一步的理解，异在护理上取得了一定的体会。

一、确保引流管的通畅

急性脓胸行胸腔闭式引流是很重要的治疗措施，为使胸腔内脓液迅速排出体外，为保证引流管的通畅，我们主要从两方面加以注意，一是选择适宜长度的引流管，不致因过长而发生引流管曲折，也不致引流管过短而产生牵拉。在放置引流管的同时，并嘱咐患者或患儿家属在病人体位改变时，不得牵拉和挤压引流管，二是认真观察水封并中玻璃管内的波动情况，并定时用手挤捏引流管，以防止其纤维素成粘稠的脓汁阻塞引流管，必要时用生理盐水成甲硝唑溶液冲洗引流管，以保证引流管的通畅。

二、保持引流管的屈封

闭式引流是靠水封并中的液体使胸腔与外界空气隔绝，因而水封并及引流管的密封与否就成为引流成功与否的前题，因此我们规定，每次使用引流装置前，必须认真检查整个装置的密封情况，每次交换时，都要认真观察水封并和并塞，引流管和接口处有无漏气现象，观察水封并内玻璃管是否在液面以下，每次更换水封并时，都要用两把止血钳夹止胸导管近端及引流管，以防气体进入胸腔，并嘱病人及家属，在患者活动时，切勿牵拉引流管，以防引流管滑脱成水封并破损，一旦出现上述现象，应立即将引流管近端折叠捏紧，再找医护人员重新安装。

三、严格无菌操作，胸腔闭式引流时，引流管直接与胸腔相通，它不仅排出脓液，并可能成为上

维普资讯 http://www.cqvip.com

行感染的通路，因而我们在护理中强调严格无菌技术操作的重要性，并要求做到以下几点。

1、全套引流用物，包括水封并，引流管，胸导管，玻璃并，玻璃管接口均要彻底消毒灭菌，来经消毒灭菌的或灭菌时间已过期的绝对不得使用。

2、更换水封并及冲洗引流管时，要严格按无菌技术操作方法进行，洗手，戴口罩，帽子，更换一次水封并更换无菌敷料，并注意观察胸部引流口的情况，及时发现问题及时处理及时向医生汇报。

3、嘱咐患者及家属，外出活动时，不得将水封并举高超过胸部引流口的平面，也不得将引流并倒立，以防并内液体回流入胸腔造成再感染。

四、密切观察妥善处理：引流术后，要密切观察引流的数量，性质引流速度以及引流管的通畅情况做好记录，并根据出现的各种情况进行具体的处理，如脓胸引流初期，引流量较大，且脓液粘稠，这时要随时交换水封并，并定时挤捏引流管，以防脓液溢出及引流管阻塞，随着感染的控制，脓液大多排出，脓腔缩小，引流量也逐渐减少，水封并内的玻璃管的波动幅度也降低，患者体温也逐渐恢复正常，呼吸困难也改善，各种症状也随之好转，此时可每日更换一次引流管，并判断拔管的指征是否具备，并根据患者的引流并内的引流液的量，性质，水封并玻璃管内液体的液动情况及患者的病情变化，及时通知医生，为拔管做好准备。

除以上几点外，还要加强患者的全身护理以配合治疗，如加强营养，应多食高维生素高旦白的饮食，多饮水，高热给予药物及物理降温，控制感染给予合理抗生素治疗，并加强皮肤及口腔护理，防止霉菌感染及褥疮的发生能下床活动的病人，要鼓励病人多活动，加强体质锻练，嘱咐患者做些气球，吹嗽叭等活动过程以利于肺脏的膨胀。

脓胸是临床常见的胸膜腔细菌感染性疾病发病较多，易造成呼吸功能损害，治疗上以控制感染，排除脓液为原则，因而胸腔闭式引流术就成为脓胸治疗进段中的重要措施，做好闭式引流的护理，对脓胸的治疗具有非常重要的意义，由于我们平时注意积累护理工作体会，在这一年里配合医生救活了 55 例脓胸患者，无一例出现感染，做出了一定的成绩。

（收稿日期：1995—05—22）

胸腰段骨折经前入路切口的术后护理

中国医科大学第一附属医院骨科　王　英　高　艳

（辽宁沈阳，邮政编码 110001）

胸腰段骨折及脱位是骨科创伤中的常见病手术解除压迫及稳定脊柱是治疗的重要手段之一，我科于 1992 年～1994 年开展了经前入路切口椎管侧前方减压术 17 例，由于此手术术中需暴露充分波及胸腔，所以为确保手术成功，注重手术后护理尤为重要，现就将护理体会报告如下：

一、严密观察生命体征的变化：由于手术范围广，出血较多，引起生命体征的变化，故术后密切观察病人的血压，脉搏变化。每隔 15～30 分钟测量一次。平稳后每隔 1～2 小时测量一次，以后视病情而定。

二、观察呼吸及保持呼吸道通畅：由于术中易损伤胸膜，并发血气胸，引起呼吸困难，所以要密切观察病人的呼吸情况。如有呼吸困难及时吸氧。协助病人排痰。定时翻身叩背。对痰液粘稠者行雾化吸入，使痰液稀释易于咳出。由于病人需绝对卧于硬板床，以防骨折移位及植入骨块脱落，故不利于肺部通气及胸腔引流。这又与经胸腹部手术后采取半卧位在护理上产生矛盾。我们采取的方法是：在不影响脊柱稳定性的情况下，床头抬高 30° 角。使整个床面倾斜。并且每 2 小时侧卧位，背部垫忱，使手术侧及非手术侧交替，促使手术侧肺尽快彭　，有利于病人呼吸及胸部引流。

三、胸腔闭式引流管的管理：要妥善固定避免引流管脱开成扭转受压。特别是给病人行轴形翻身时要注意引流管长度要适宜、固定要牢固。维持引流系统密封，避免空气进入胸膜腔。要注意观察长管中的水柱波动，正常为 4～6cm，并且观察引