维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2004年第13卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2004, Vol.13, No.4

胸腔引流管阻塞原因分析及对策

邢玲莉，梁洪妮，贺淑梅
（威海市立医院，山东 威海 264200）

[关键词] 胸腔引流；阻塞；对策
[中图分类号]R561 [文献标识码]B [文章编号]1672-5042(2004)04-0288-01

凡外伤性或自发性气胸、血胸、急慢性脓胸及各种原因所致食管、支气管瘘以及开胸术后患者均应放置胸腔引流管。如护理不当，易产生各种并发症，其中胸腔引流管堵塞是最常见的并发症。本文分析探讨胸腔引流管堵塞的原因、预防措施和排除方法，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院自1996年8月至2003年3月共收治留置胸腔闭式引流管患者98例，男性79例，女性19例，年龄21～76岁，留置时间2～10 d。其中自发性气胸38例，外伤性血气胸29例，食管平滑肌瘤15例，食管癌7例，肺癌4例，食管裂孔疝3例，纵膈肿瘤2例。

1.2 方法

留置胸腔引流管患者，每2 h由上至下挤管一次，保持引流通畅，并通过监测生命体征、观察水封瓶内水柱波动情况以及有无气泡冒出、听诊肺部呼吸音等方法观察引流管是否通畅，有无脱出。

2 结果

98例患者中，81例引流通畅，置管时间均小于5 d；17例引流管堵塞者，经查找原因，采取了相应的处理措施，均顺利拔管，置管时间6～10 d。

3 讨论

3.1 胸腔引流管堵塞原因

胸腔引流管堵塞最常见的原因有：①引流管折压、扭曲；②血块、脓块或残渣堵塞引流管或引流管的接头狭窄，被血凝块堵塞；③胸壁切口狭窄或肋间隙狭窄压迫引流管；④引流管侧孔紧贴胸壁或膈肌上升顶住了引流管管口；⑤引流管可滑至肋骨外置于皮下，或脂肪和肌肉层较厚而使引流管不在胸腔内；⑥引流管插入位置太低；⑦引流装置有漏气不密封现象；⑧负压吸引时，因负压吸力不足，如果肺脏的漏气量大于负压吸引量，可不产生气泡；⑨管道太短，病人改变体位时部分或全部脱出胸膜腔。针对上述种种原因，我们应积极采取预防措施，并及时加以排除。

3.2 预防措施

首先选择适宜的胸导管，排液导管选择质地较硬的导管，排气导管选择质地较软的导管。其次做好心理护理，解释置管的目的及注意事项，并采取有效的体位，气胸者取健侧半卧位，液胸者取患侧半卧位，利于呼吸和气体、液体排出。再次对持续引流者，需做好胸腔引流的护理：①管道密封良好，皮肤缝合严密，水封瓶长玻璃管应以浸入水平面下3～4 cm为宜；②水封瓶应放在床下某一固定位置，防止碰倒、踢翻或打碎；③带管下床时要注意引流瓶位置低于膝关节；④引流装置要放在低于病人胸腔的位置，即水封瓶液面低于引流管胸腔出口平面60 cm处；⑤搬运病人、更换引流装置或做检查时应先双钳夹管，水封瓶置于床上病人双下肢之间，防止滑脱。

3.3 排除方法

引流管是否通畅，主要观察水封瓶的长玻璃管有无水柱波动及气体排出，正常水柱上下波动约为4～6 cm，不超过10 cm。放置胸腔引流管后，如短时间内发现水柱波动消失，无气泡冒出，病人出现胸闷气促，气管向健侧偏移等肺受压的症状，听诊患肺呼吸音减弱或消失，或者出现皮下气肿，说明引流管不通，应及时查明原因，对症处理。

3.3.1 查明原因 检查引流管是否受压、折叠、扭曲，管道密封情况，如瓶塞有无松动、水封瓶有无裂隙及漏水、管道有无漏气、长玻璃管是否在液面下，如有异常及时更换。

3.3.2 管道堵塞处理 疑为异物堵塞，可上下挤压引流管。如血块或渗出液阻塞引流管，挤压无效时，可协助医生按无菌操作要求，用空针管抽吸或以无菌生理盐水10～20 ml自引流管注入胸腔，冲洗导管使之通畅，或从引流管注入链激酶或胰蛋白酶，溶解血块，以利于排出。如为脓胸引流不畅，可戴上无菌手套用手指探查脓腔，调整引流管位置，每周取出引流管清洗一次，消毒后（或更换新的）再放入。大量血胸引流时，如引流突然中断，病人出现休克表现，经挤压管道，调整位置后仍未见血液流出，应考虑为胸腔凝血块形成或血胸未能及时引流，此后出血可因胸腔内积血及凝血块增多而致引流管阻塞，应及时通知医生并做好术前准备和抗休克救治。

通过对98例留置胸腔引流管病人的观察与护理，采取一定的预防措施，并对17例堵塞者查找原因，及早排除，病人因此未出现不良后果及严重的并发症。

[收稿日期]2004-04-02 [修回日期]2004-06-29

（编辑：黄春霞）