

# T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 980—2025

## 胸腔闭式引流管置管期护理规范

Specification for the closed chest drainage tubes nursing during the catheterization period

2025 - 03 - 28 发布

2025 - 04 - 03 实施

广西标准化协会 发布



## 目 次

前言 .....	II
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 基本要求 .....	1
5 护理措施 .....	1
5.1 患者评估 .....	1
5.2 标识配置 .....	2
5.3 引流管固定 .....	2
5.4 病情观察 .....	2
5.5 胸腔引流装置使用 .....	3
6 健康宣教 .....	3
6.1 体位指导 .....	3
6.2 管道自我护理指导 .....	3
6.3 呼吸功能锻炼指导 .....	3
7 常见并发症处理 .....	3
7.1 复张性肺水肿 .....	3
7.2 皮下气肿 .....	3
7.3 肺不张 .....	3
8 常见不良事件处理 .....	4
8.1 引流瓶倾倒 .....	4
8.2 引流管从胸壁引流口脱出 .....	4
8.3 引流管连接处脱落 .....	4
8.4 引流管堵塞 .....	4
9 注意事项 .....	4
附录 A (资料性) 非计划拔管风险评估表 .....	1
附录 B (资料性) “双 M”胶布交叉式固定法 .....	2
附录 C (资料性) “双 E”固定法 .....	5



## 前 言

本文件参照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广西护理学会提出、宣贯并归口。

本文件起草单位：广西医科大学第一附属医院、浙江大学医学院附属第二医院、重庆医科大学附属第二医院、北京大学人民医院、山东大学齐鲁医院、郑州大学第一附属医院、中南大学湘雅医院、上海市同仁医院、福州大学附属省立医院、吉林大学第一医院、中山大学附属第一医院、中国医学科学院阜外医院、西南医科大学附属医院、南昌大学第二附属医院、新疆维吾尔自治区人民医院、陕西省人民医院、天津医科大学总医院、大连医科大学附属第一医院、昆明医科大学第一附属医院、西宁市第三人民医院、广西医科大学第二附属医院、桂林医科大学第一附属医院、广西中医药大学第一附属医院、北海市人民医院、梧州市红十字会医院、南宁市第二人民医院、南宁市第一人民医院、贵港市人民医院、柳州市工人医院、玉林市第一人民医院、右江民族医学院附属医院、广西中医药大学附属瑞康医院、广西壮族自治区南溪山医院、钦州市第二人民医院、岑溪市人民医院。

本文件主要起草人：蒋云、黄霜霞、金静芬、甘秀妮、莫新少、王威、刘军廷、崔妙玲、王飒、孙丽冰、张敏、李博、李君、李蕊、金爽、初喆、刘强强、张艳娟、毛世芳、吴洁华、张秀敏、苏晓丽、么颖、姜桐桐、汤雪清、火秋莹、李凡、何乾峰、杨丽、韦琴、凌瑛、董雪云、黄德斌、周冬娜、张莉莉、苏宇虹、廖元芳、孙欣、黄文伶、卢艳飞、李磊、韦秋银、林娴、覃莹莹、赵羽、骆福秀、王振稳、黄丽萍、邱小琴、黄翠青、钟娟、黄春艳、徐艳松、廖芸斌、韦秋英、卢欣欢、刘凤玲、秦义武、屈敬婷、吴圆春、韦敏俭、黄珍贤、吴美花、卢莉颖、黄泽荣、韦钰晴、潘文辉、侯璐蒙、谭邦勤。



# 胸腔闭式引流管置管期护理规范

## 1 范围

本文件界定了胸腔闭式引流管置管期护理涉及的术语和定义,规定了胸腔闭式引流管置管期护理的基本要求、护理措施、健康宣教、常见并发症处理、常见不良事件处理、注意事项的要求。

本文件适用于胸腔闭式引流管置管期的护理。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中,注日期的引用文件,仅该日期对应的版本适用于本文件;不注日期的引用文件,其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

- GB 15982 医院消毒卫生标准
- WS/T 313 医务人员手卫生规范
- WS/T 367 医疗机构消毒技术规范

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**胸腔闭式引流 closed chest drainage**

将胸腔引流管一端经胸壁置入胸膜腔,另一端连接胸腔引流装置,借助气压差或重力引流胸膜腔内积气、积液,达到重建胸膜腔内负压,保持纵膈的正常位置,促进肺组织复张的技术。

### 3.2

**胸腔引流装置 chest drainage system**

一种由连接管、一次性引流瓶或闭式引流袋等组成,与胸腔引流管相连,排出胸膜腔内积气和(或)积液,并阻止空气和(或)液体进入胸膜腔内的引流装置,分为水封式和干封阀式。

### 3.3

**置管期 catheterization period**

从胸腔引流管成功置入胸膜腔内至胸腔引流管拔除前的整个时间段。

## 4 基本要求

4.1 实施胸腔闭式引流护理技术操作的医务人员应为注册护士、医师,并应定期进行胸腔闭式引流所必需的专业知识及技能培训。

4.2 医疗机构消毒应符合 WS/T 367 的规定、医院消毒卫生应符合 GB 15982 的规定。

4.3 手卫生应符合 WS/T 313 的规定。

4.4 应检查胸腔引流装置的密封性,按照产品说明书及无菌原则正确安装胸腔引流装置。

## 5 护理措施

### 5.1 患者评估

5.1.1 应评估患者的生命体征、口唇及皮肤颜色、胸部体征、胸壁引流口、水柱波动、引流液及气体等。

5.1.2 应对患者进行非计划拔管风险评估,评估量表见附录 A。

5.1.3 应选择有效疼痛评估工具对患者进行疼痛评估。

5.1.4 应对使用镇静药物的患者进行镇静评估。

## 5.2 标识配置

- 5.2.1 胸腔引流管应有标识，标识应标明管道名称、置管深度（外露刻度）、置管日期。
- 5.2.2 床头卡或床头智慧屏应有防管道脱落风险标识。
- 5.2.3 引流瓶应标明启用日期。

## 5.3 引流管固定

- 5.3.1 固定部位周围皮肤宜无红肿及瘙痒感。
- 5.3.2 应将管道固定妥善，宜采用“双M”胶布交叉式固定法（胸壁引流口处固定，见附录B）、“双E”固定法（二次固定，见附录C）进行固定。
- 5.3.3 胶布、管道、皮肤三者应严密贴合，无空隙、无卷边。

## 5.4 病情观察

### 5.4.1 患者主诉

应询问患者有无呼吸困难、胸闷、胸痛等症状。

### 5.4.2 生命体征

遵医嘱监测生命体征，观察患者血氧饱和度，呼吸频率、节律、幅度，心率，血压等。

### 5.4.3 口唇、皮肤颜色

应观察口唇、颜面、甲床等颜色变化。

### 5.4.4 胸部体征

- 5.4.4.1 视：观察胸壁是否有异常隆起或凹陷。
- 5.4.4.2 听：双肺呼吸音是否清晰对称，有无异常呼吸音。
- 5.4.4.3 叩：判断清音、过清音、浊音、鼓音等。
- 5.4.4.4 触：患者有无皮下气肿并确定其范围，气管是否居中。

### 5.4.5 胸壁引流口

应观察有无红、肿、热、痛等感染征象，敷料是否有渗液、渗血，周围皮肤有无过敏等现象。

### 5.4.6 水柱波动

水柱随患者呼吸上下波动，幅度在4 cm~6 cm。患者吸气时水柱上升，呼气时水柱下降。若水柱波动幅度过大，提示可能存在肺不张（肺不张按7.3处理）；若水柱无波动，提示肺已复张或引流管不通畅（引流管不通畅按8.4处理）。

### 5.4.7 引流液及气体

- 5.4.7.1 应观察引流液的颜色、性状、量、速度、气体逸出情况。
- 5.4.7.2 出现以下情况应及时通知医生处理：
  - 血性引流液每小时>200 ml，连续3 h；
  - 乳糜胸患者引流量每天>1 000 ml；
  - 引流液由清变浑浊；
  - 引流出大量血块或血块堵塞管道；
  - 引流装置内大量气体突然逸出、气体逸出突然停止、吸气和呼气期间气体持续逸出。

### 5.4.8 引流管

- 5.4.8.1 应保持胸腔引流管通畅。患者变换体位时，调节胸腔引流管、胸腔引流装置位置，防止胸腔引流管牵拉、扭曲、受压。疑似胸腔引流管堵塞时，向胸腔引流装置方向挤压引流管。
- 5.4.8.2 应观察胸腔引流管的外露长度、管道标识、胸壁引流口处固定及二次固定等。
- 5.4.8.3 既往有非计划拔管史或非计划拔管高风险患者，应至少每2 h巡视管道固定情况。

## 5.5 胸腔引流装置使用

### 5.5.1 水封式胸腔引流装置使用应符合以下要求：

- 使用水封式胸腔引流装置者，瓶内加入无菌蒸馏水或生理盐水至标记水位线，对于单腔/双腔/三腔水封瓶，水封管应没入液面下 3 cm~4 cm。对于三腔水封瓶使用负压调节的患者，调压腔内调压管宜没入液面下 15 cm~20 cm；
- 引流瓶直立，放置低于患者胸壁引流口平面 60 cm~100 cm；
- 引流瓶更换时机：遵循产品说明书要求的频次或积液腔内积液达到 3/4 满时进行更换；或当引流装置的无菌状态破坏时（如意外断开），应立即更换；
- 引流瓶更换方法：用小方纱布包裹需要夹闭引流管的部位，采用双止血钳双向夹闭胸腔引流管，在胸腔引流管和连接管接口处下方铺无菌治疗巾，分离引流管与连接管，宜用 75%乙醇消毒胸腔引流管口，连接新的引流装置，确认管道连接密闭后恢复引流，观察水柱波动情况，妥善放置水封瓶，注明启用日期。

### 5.5.2 干封阀式胸腔引流装置按说明书使用。

## 6 健康宣教

### 6.1 体位指导

6.1.1 患者病情无禁忌，宜取半卧位。

6.1.2 肺段切除术、楔形切除术、一侧肺叶切除术且病情稳定的患者，宜取健侧半卧位；全肺切除术，宜取 1/4 患侧半卧位。

### 6.2 管道自我护理指导

应按照以下要求指导患者管道自我护理：

- 胸腔引流管固定装置或胶布固定牢固，胶布勿卷边、勿松脱，固定处出现皮疹、瘙痒时应及时告知医护人员；勿自行夹闭胸腔引流管；
- 床上坐起、翻身活动时动作应轻柔，胸腔引流管预留适宜长度，勿打折、勿牵拉，防止胸腔引流管滑脱；
- 从胸腔引流管侧缓慢下床活动，并按卧位、坐位、站位各 30 s 进行体位适应性调整；有条件者可采用水封瓶外出专用承载装置；
- 水封瓶应始终低于胸壁引流口平面 60 cm~100 cm，并保持水封瓶直立。

### 6.3 呼吸功能锻炼指导

应指导患者腹式呼吸、缩唇呼吸、有效咳嗽等，给予吹气球或使用呼吸训练器等辅助锻炼。

## 7 常见并发症处理

### 7.1 复张性肺水肿

出现剧烈咳嗽、胸痛、呼吸困难、血氧饱和度下降等复张性肺水肿症状时，应立即夹闭胸腔引流管、高流量吸氧并通知医生。必要时给予正压通气，症状缓解后再恢复引流。

### 7.2 皮下气肿

局限性皮下气肿者，应密切监测生命体征及皮下气肿的范围变化；广泛性皮下气肿者，应协助医生行皮下切开引流、调整胸腔引流管位置或重新置管。

### 7.3 肺不张

胸廓活动减弱，听诊呼吸音减弱或消失，胸部X线检查提示肺不张，按6.3进行呼吸功能锻炼指导，必要时遵医嘱雾化吸入、吸痰、采用三腔水封瓶行负压调节等。

## 8 常见不良事件处理

### 8.1 水封瓶倾倒

应立即将水封瓶扶起直立，让患者轻轻咳嗽，排出倒吸的气体，同时通知医生处理。

### 8.2 引流管从胸壁引流口脱出

立即用手捏闭胸壁引流口处皮肤，嘱患者屏气或呼气。消毒胸壁引流口后，气胸患者用无菌敷料覆盖胸壁引流口，用胶带封闭敷料的三边，余一边形成单向阀功能供胸膜腔内的气体逸出；血胸、脓胸患者用凡士林纱布封闭胸壁引流口。协助医生进一步处理。

### 8.3 引流管连接处脱落

应立即将靠近胸壁引流口的引流管反折或夹闭，按5.5.1更换胸腔引流装置。

### 8.4 引流管堵塞

确认胸腔引流管位置正确后，一手固定靠近胸腔端的引流管，另一手由胸腔端向胸腔引流装置方向挤压引流管，双手交替顺序进行，若未能恢复通畅，配合医生冲洗胸腔引流管。

## 9 注意事项

9.1 一侧全肺切除术后患者，应遵医嘱全夹闭或半夹闭胸腔引流管，并定时开放引流。气管明显向健侧移位者，在排除肺不张后，应遵医嘱缓慢放出适量的气体或液体，每次放液量宜 $<100\text{ ml}$ 。

9.2 如水封瓶无气泡逸出或引流液颜色变浅，患者无呼吸困难或气促，24 h 引流液量 $<300\text{ ml}$ ，脓液 $<10\text{ ml}$ ，肺部听诊呼吸音清晰，胸部 X 线显示肺复张，可做好拔管前准备。

9.3 转运患者过床时，应用双止血钳双向夹闭胸腔引流管；转运过程中，根据患者病情开放或夹闭引流管，如张力性气胸患者不应夹闭引流管。

**附录 A**  
**(资料性)**  
**非计划拔管风险评估表**

非计划拔管风险评估表见表A.1。

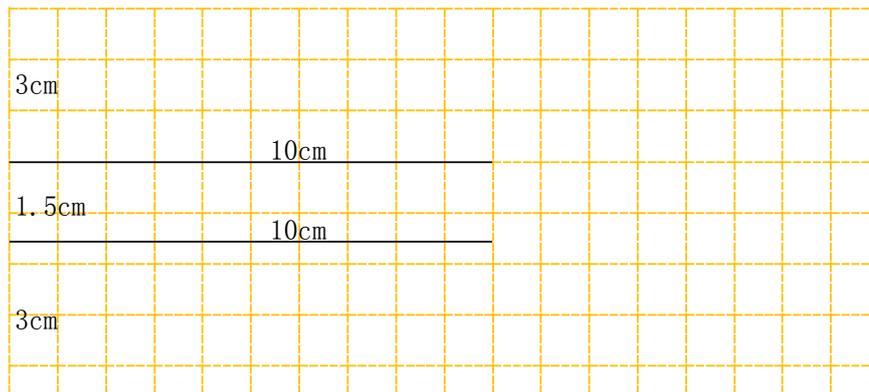
**表A.1 非计划拔管风险评估表**

序号	评估项目	评估内容	分值	评分
1	年龄(岁)	15~64	1	
		≥65	2	
		<15	2	
2	意识状态	中度、深度昏迷	1	
		清醒	2	
		嗜睡	2	
		昏睡	2	
		浅昏迷	2	
		意识模糊(谵妄或烦躁)	3	
3	情绪状态	镇静/昏迷	1	
		稳定	1	
		有时稳定	2	
		不稳定	3	
4	沟通合作	镇静/昏迷	1	
		理解、合作	1	
		部分理解、有时合作	2	
		不理解、不合作	3	
5	管道耐受	镇静/昏迷	1	
		能耐受	1	
		疼痛或不适但能基本耐受	2	
6	管道数量	疼痛或不适导致不能耐受	3	
		留置1根管道	1	
		留置2根管道	2	
7	管道类型 <sup>a</sup>	留置≥3根管道	3	
		低危管道	1	
		中危管道	2	
8	管道固定 <sup>b</sup>	高危管道	3	
		缝线或气囊(水囊)	1	
		胶布+敷贴	2	
合计得分			3	
<p><b>注1:</b> 评估结果: 评分≥15分的患者存在拔管高风险:</p> <p>——高危管道(3分): 经口鼻气管插管、气管切开套管、腰大池引流管、脑室引流管、胸腔闭式引流管、心包引流管、动脉穿刺管、T管、吻合口以下的胃管(食道、胃、胰十二指肠切除术后)、鼻胆管、鼻肠管、透析管、前列腺及尿道术后的导尿管等、各种造瘘管、其他专科高危导管;</p> <p>——中危管道(2分): 深静脉导管、腹腔引流管、伤口引流管、普通导尿管等;</p> <p>——低危管道(1分): 普通胃管、外周中长导管等。</p> <p><b>注2:</b> 适用于除留置针与氧气管外的管道评估。</p> <p><sup>a</sup> 管道类型中选最高分值的管道, 如患者同时留置有低危管道和高危管道, 按高危管道计分, 无须累加。</p> <p><sup>b</sup> 管道固定中选最高分值的固定, 如患者同时留置多条管道固定方法不同, 以最高分值的固定法计分, 无须累加。</p>				

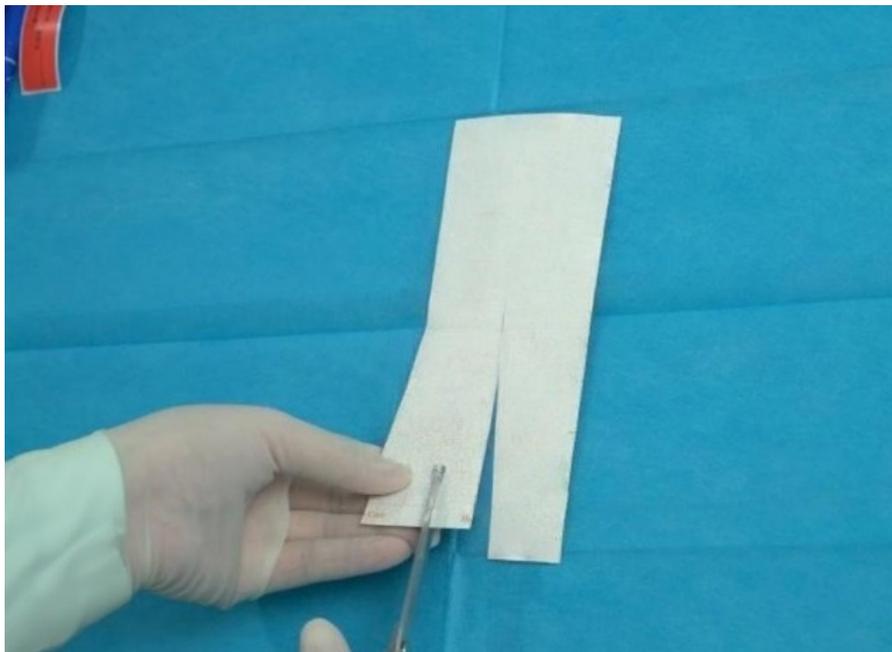
附录 B  
(资料性)

“双 M” 胶布交叉式固定法

先裁剪一段弹性医用胶布（长18 cm、宽7.5 cm），在一端分别裁剪成宽为3 cm、1.5 cm、3 cm，末端保留6 cm~8 cm不剪开，再将胶带贴于皮肤上，左右两条胶带粘于皮肤上，中间的胶带对引流管进行螺旋式缠绕，在胸壁引流口的另一个方向同法进行黏贴固定，裁剪图示见图B. 1，裁剪实例见图B. 2、裁剪展示见图B. 3、单M型固定见图B. 4、双M型交叉固定见图B. 5。



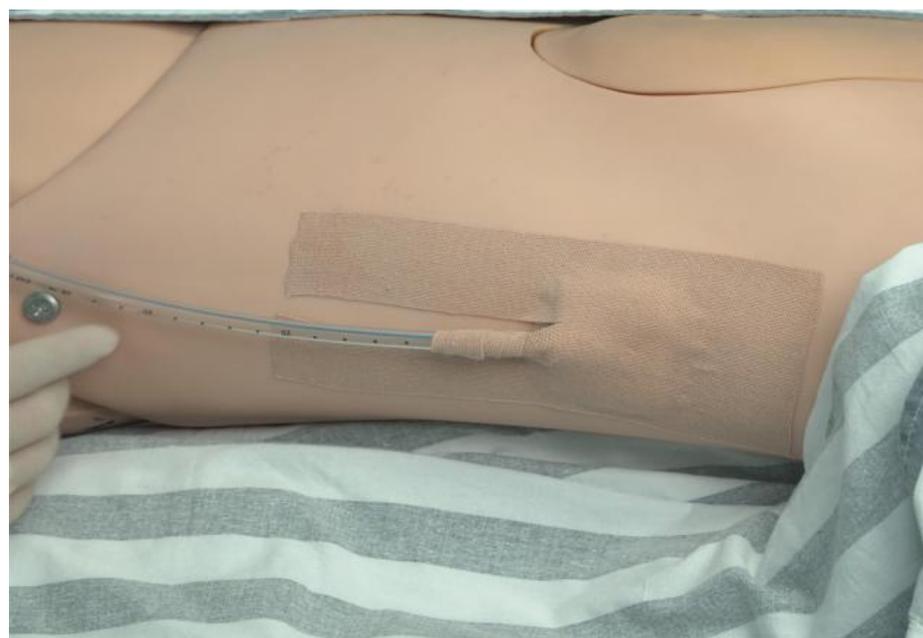
图B. 1 裁剪图示



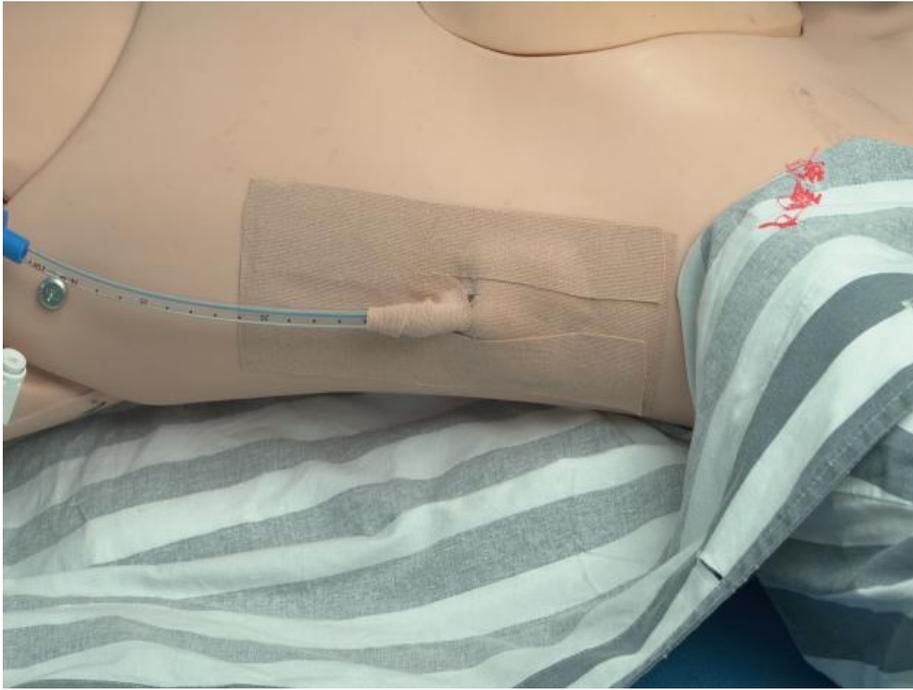
图B. 2 裁剪实例



图B.3 裁剪展示



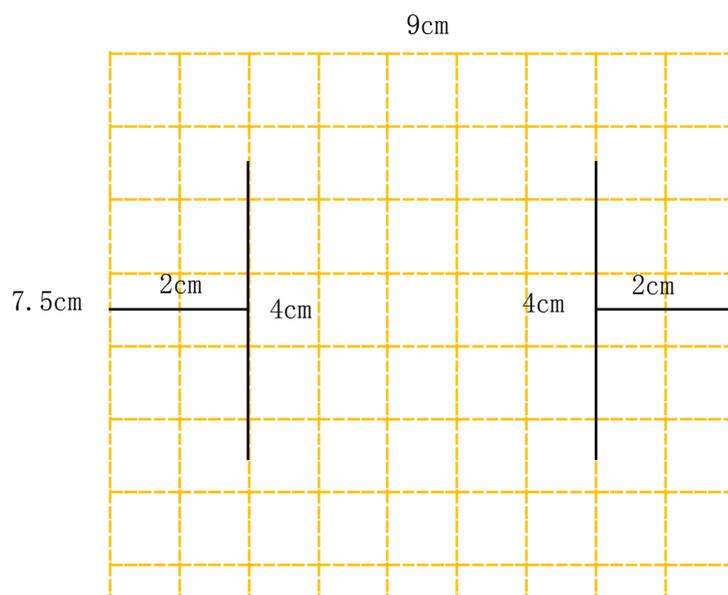
图B.4 单M型固定



图B.5 双 M 型交叉固定

### 附录 C (资料性) “双 E”固定法

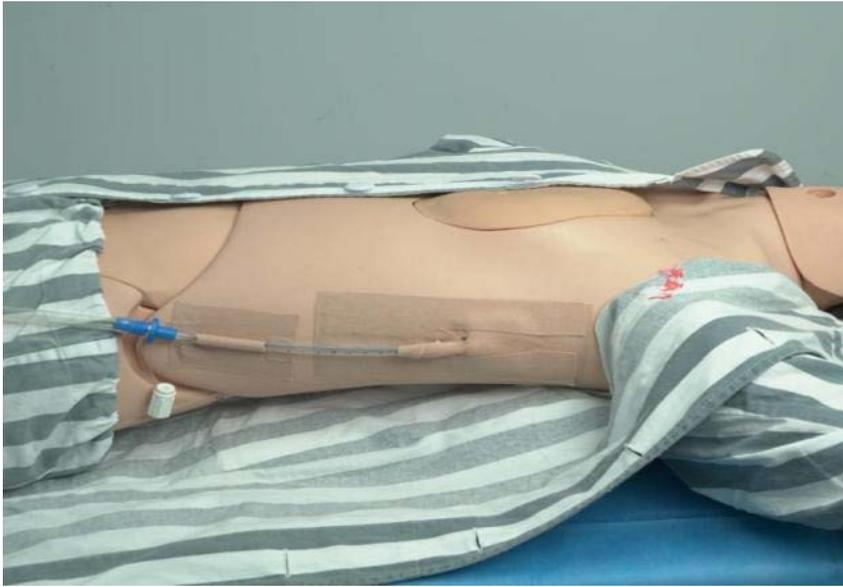
根据胸腔引流管的型号裁剪“双E”，如W型20Fr胸腔引流管（管径6.7mm），先裁剪一段弹性医用胶布（长9 cm、宽7.5 cm），对折成长方形，在闭合的长边距离短边两侧边缘2 cm处各向对侧长边深剪2 cm，之后再与两侧短边剪通，采取高举平台法进行二次固定，裁剪图示见图C.1，高举平台法固定见图C.2，固定展示见图C.3。



图C.1 裁剪图示



图C.2 高举平台法固定



图C.3 固定展示



中华人民共和国团体标准  
胸腔闭式引流管置管期护理规范  
T/GXAS 980—2025  
广西标准化协会统一印制  
版权专有 侵权必究