团体标准《胸腔闭式冲洗引流护理规范》（征求意见稿）编制说明

一、任务来源、起草单位、起草人员

根据《广西标准化协会关于下达2025年第十六批团体标准制修订项目计划的通知》（桂标协〔2025〕118号）文件精神，由广西医科大学第二附属医院提出，广西医科大学第二附属医院、广西中医药大学第一附属医院、广西医科大学附属肿瘤医院、广西壮族自治区人民医院、广西壮族自治区江滨医院、广西中医药大学附属第一医院、广西中医药大学附属瑞康医院、桂林医学院附属医院、柳州市工人医院、南宁市第二人民医院、南宁市第二人民医院西院等单位共同起草的团体标准《胸腔闭式冲洗引流护理规范》（项目编号2025-1606）已获立项。

为高质量编制团体标准《胸腔闭式冲洗引流护理规范》，由起草单位成立标准编制工作组并进行如下分工：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **职务/职称** | **从事专业** | **工作单位** | **责任分工** |
| 任志玲 | 护士长/副主任护师 | 外科护理、护理管理 | 广西医科大学第二附属医院 | 统筹主持标准编制工作 |
| 陈湘 | 护理部副主任/主任护师 | 外科护理、护理管理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 梁祥森 | 副主任医师 | 胸心血管外科 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 刘珍 | 护士长/副主任护师 | 外科护理、护理管理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准文本及编制说明的编写；组织开展标准征求意见会 |
| 林雪 | 主管护师 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 黄烛庆 | 护士长/副主任护师 | 心脏外科重症护理、护理管理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准文本及编制说明编写，质量控制 |
| 毕笑寒 | 主治医师 | 胸心血管外科 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准文本及编制说明的编写；组织开展标准征求意见会。 |
| 何海丽 | 主管护师 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见 |
| 莫丽勤 | 护士长/主任护师 | 心胸外科重症护理、护理管理 | 广西医科大学第一附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 周宇 | 主管护师 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见 |
| 谢岸虹 | 主管护师 | 外科护理、重症护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 黄丽华 | 主管护师 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 韦巧玲 | 护士长/主管护师 | 外科护理、护理管理 | 广西医科大学附属肿瘤医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 王楠楠 | 护理部副主任/主任护师 | 外科护理、护理管理 | 柳州市工人医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 姚佳 | 主管护师 | 外科护理、护理管理 | 广西医科大学第二附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 樊英 | 主管护师 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 孔秀莲 | 护士长/主任护师 | 外科护理、护理管理 | 广西中医药大学附属第一医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 洪菁 | 护士长/主任护师 | 外科护理、护理管理 | 桂林医学院附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 李莉 | 护师 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 韦小雪 | 主管护师 | 外科护理 | 南宁市第二人民医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 翟義胲 | 主管护师 | 外科护理 | 广西医科大学第一附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 李秀 | 副主任护师/护理部副主任 | 护理管理 | 南宁市第二人民医院西院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 何静 | 护士长/副主任护师 | 外科护理、护理管理 | 广西壮族自治区人民医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 陈兰 | 护士长/主任护师 | 外科护理、护理管理 | 广西中医药大学附属瑞康医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 韦艳群 | 主管护师 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 黄利宾 | 护士长/副主任护师 | 护理管理 | 广西壮族自治区江滨医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 冼磊 | 科室主任/教授 | 胸心血管外科/临床医疗管理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 梁榕 | 护理部主任/主任护师 | 护理管理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 卓新凤 | 护士长/副主任护师 | 外科护理、护理管理 | 广西医科大学第二附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 韦柳莹 | 护师 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 陆海春 | 护师 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 卢姿岐 | 护师 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 李艳芳 | 护师 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 庞思宇 | 护士 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 韦美先 | 护士 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 黄芳童 | 护士 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 卢艳萍 | 护士 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |
| 刘祚豪 | 护士 | 外科护理 | 广西医科大学第二附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训 |

二、制定标准的必要性和意义

脓胸的常见来源有直接扩散、血性扩散和淋巴道播散，由各种潜在的传染病引起，肺炎是最常见的原因。除肺炎外，还包括:胸腹部术后致支气管胸膜瘘、胃食管瘘、食管瘘及胸腔置管等术后因素，肺脓肿，恶性肿瘤，胸壁血肿、肋骨骨折、蛛网膜囊腔突入胸腔等创伤性脓胸，纵隔炎、膈下脓肿、肝脓肿、椎旁脓肿、腹腔感染、畸胎瘤等邻近组织化脓性感染，食管自发性破裂、支气管胸膜瘘，血源性感染、气胸与肺大疱等。尤其对于术后因素所致脓胸的患者，疾病治疗和护理仍然是一个挑战。尽管现如今临床上广泛使用抗生素，以及肺炎链球菌的广泛普及。但是肺炎最常见的并发症仍然是脓胸,同时脓胸也是肺炎全球发病率和死亡率的主要原因。美国胸外科协会(AmericanAssociationforThoracic Surgery，AATS)曾报道脓胸治疗指南中提到美国每年约有100万肺炎患者住院治疗。而在住院患者中,20-40%有胸腔积液，5-10%的胸腔积液进展为慢性脓胸(美国每年约32000名患者)。大约15%的患者死亡，30%的患者需要手术引流胸腔积液，术后接收胸腔闭式冲洗引流。随着20世纪40年代抗生素的发展和广泛应用,脓胸的发病率降至肺炎病例的2%。然而，这一趋势在20世纪90年代发生了变化，脓胸的发病率一直在持续增加，这也意味着术后需要进行胸腔闭式冲洗引流护理的患者也在逐年增加。然而，目前国内在该护理领域缺乏统一的标准和规范。不同地区、不同层级的医疗机构在操作流程、评估标准以及并发症处理等方面存在较大差异，这不仅影响了治疗效果，还可能增加患者发生并发症的风险。

目前，临床多以胸腔闭式引流术作为脓胸疾病的主要治疗方式，通过胸腔内渗血、渗液及气体的引流，促进胸腔内负压的重建，以此维持纵隔的正常位置，达到缓解病症的目的。而胸腔冲洗引流是在胸腔闭式引流发展而来，是在胸腔闭式引流的基础上增加了冲洗的步骤，通过向胸腔内注入冲洗液，如生理盐水等，对胸腔内进行冲洗，以更有效地清除胸腔内的积液、积血、脓液等物质。

据编制组调研可知，广西近3年每年接诊的胸腔闭式冲洗引流患者人数约为1400人次，其中广西医科大学第二附属医院近3年接诊的胸腔闭式冲洗引流患者人数为400人次。目前在区内约有5家医院使用胸腔闭式冲洗引流，每年临床例数约为200例。

因此，为规范胸腔闭式冲洗引流护理操作，向全区推广科学的、符合实际的护理操作方法，提供科学、统一的指导，制定团体标准《胸腔闭式冲洗引流护理规范》十分必要，这也将对推动胸腔闭式冲洗引流护理工作高质量发展具有重要意义。

三、项目编制过程

**（一）成立标准编制工作组**

团体标准《胸腔闭式冲洗引流护理规范》项目任务下达后，由广西医科大学第二附属医院牵头组织成立了标准编制工作组，制定了标准编写方案，明确任务职责，确定工作技术路线，开展标准研制工作。具体编制工作由广西医科大学第二附属医院组成的标准编制工作组负责。编制工作组下设三个小组，分别是资料收集组、草案编写组、标准实施组。

资料收集组：负责关于胸腔闭式冲洗引流护理的文献资料的查询、收集和整理工作，查阅现存关于胸腔闭式冲洗引流护理的研究以及国内相关标准的制定。

草案编写组：负责标准立项、征求意见、审定、报批等阶段的标准文本及编制说明的起草工作，包括标准制定过程各阶段标准文本及相关材料的修改和完善。

标准实施组：负责团体标准《胸腔闭式冲洗引流护理规范》标准发布后，组织相关部门、医疗机构等，开展标准宣贯培训会，对标准进行研讨和详细解读，使相关人员了解标准，熟悉标准，并能熟练运用标准；为确保标准的实施效果和综合运用率，对标准实施情况进行总结分析，对标准提出持续改进意见。

**（二）收集整理文献资料**

通过资料收集组对文献资料的收集和整理，草案编写组主要参考了以下相关的期刊书籍。

（1）苏乃伟,覃家锦,冯旭.两种胸腔闭式引流术治疗自发性气胸的临床研究[J].实用心脑肺血管病杂志,2012,20(3):532-533.

（2）赵琳,崔妙玲,彭雪娟,李丽蓉.患者治疗管道滑脱的根本原因分析及对策[J].解放军护理杂志,2013,30(12):54-56.

（3）胡军涛,汤展宏,李超乾.ICU中应用中心静脉导管行胸腔闭式引流治疗气胸的疗效观察[J].中国急救医学,2013,33(1):20-23.

（4）王珉，谷小燕，罗斌，邱慧兵.胸腔冲洗治疗恶性胸腔积液致胸腔感染7 例临床护理齐鲁护理杂志 2011 年第 17 卷第 9 期.

（5）T/CNAS 25--2023《胸腔闭式引流护理》

（6）T/GXAS 980-2025《胸腔闭式引流管置管期护理规范》

**（三）研讨确定标准特色、创新点和主体内容**

1.标准特色及创新点

1.操作前准备：按医嘱备冲洗液、治疗车、治疗盘、输液器、无菌治疗巾、手套、消毒剂、棉签、医嘱单、笔纸、手表、标识贴、标识牌、听诊器、盛污物容器。

2.操作流程：核对、检查冲洗液→粘贴输液卡→检查一次性输液器→核对患者床号、姓名、药液，告知药名和作用→向患者告知操作配合要点，协助患者取适宜体位→冲洗液排气，莫菲氏滴管内有１／３～１／２液体，排气，关闭调节器→戴手套，铺垫巾，碘伏消毒液消毒冲洗管接头（肝素帽或无针接头）后连接输液管→核对患者信息，打开输液管调节器，使冲洗液流入胸腔内进行冲洗→取出垫巾，固定冲洗管连接头调节冲洗速度，一般30～40滴／分，或根据医嘱设定→观察冲洗液流出的速度、色泽、浑浊度及患者感受→在输液器管上粘贴冲洗标识贴，并在冲洗液旁悬挂冲洗标识牌→询问患者感受，根据医嘱指导患者取适宜体位→告知患者注意事项→记录冲洗开始时间→冲洗过程中定时巡视，观察患者生命征及引流液性质等，按需更换引流瓶→冲洗完毕，核对医嘱及患者信息，夹闭输液器后与冲洗管接头分离，将冲洗管接头固定稳妥→协助患者取舒适体位，告知患者冲洗后及留置管道注意事项→记录冲洗结束时间，冲洗量，引流液颜色及性质。

创新点如下：

1.制定了胸腔闭式冲洗引流操作评分标准并明确了操作流程；

2.考虑到了操作过程中的风险防范，会用标识等方式与输液进行区分，防治护理差错，有效的风险管控。

3.针对不同的用途，如冲洗液的种类、用途、浓度、剂量；以及明确了冲洗过程中不同患者的体位管理。

2.主体内容

标准的主体内容确定为胸腔闭式冲洗引流护理的术语和定义、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。

1. **调研，形成草案、征求意见稿**

广西医科大学第二附属医院收治胸部疑难疾病患者约500人，其他参与团体标准制定的单位广西医科大学第一附属医院收治胸部疑难疾病患者约400人，广西壮族自治区江滨医院收治胸部疑难疾病患者约200人，南宁市第二人民医院收治胸部疑难疾病约100人。

广西医科大学第二附属医院胸心血管外科是广西临床重点专科及重点学科，是广西医科大学硕士、博士学位授予点及博士后培养点，是“广西医师协会胸心血管外科医师分会”副主任委员单位，是“中国胸壁外科联盟”成员单位和中国研究型医院学会加速康复外科（ERAS）示范病房，是国家住院医师规范化培训外科（胸心外科方向）专业基地。学科现有教授/主任医师2人，首席医学专家1人。现有床位108张（其中监护病床12张），共设有“肺、气管外科”、“食管、复杂胸部瘘外科”、“纵隔、胸壁外科”、“心脏外科”、“血管外科”及“心胸外科重症监护治疗”等多个亚专科方向，每年开展各类手术1200余台，具有高水平解决胸部疑难疾病及危急重症抢救的综合实力，是目前本专业领域区内综合技术最全面的学科之一，总体医疗技术水平处于区内领先，尤其在肺结节精准个体化微创诊疗、复杂胸部瘘特色治疗及技术创新、疑难胸部肿瘤综合诊疗、复合心脏疾病一体化微创治疗、主动脉疾病个体化精细治疗、危急重症心胸外科疾病监护救治等领域有着明显技术优势，在多个领域与国内外有广泛的学术交流。

经过在广西医科大学第二附属医院、广西医科大学第一附属医院、广西壮族自治区江滨医院、南宁市第二人民医院的胸心血管外科病房规范化实施胸腔闭式冲洗引流，受益患者约1200人。患者住院接受胸腔闭式冲洗引流治疗期间，采用规范的操作前评估与准备，采用规范化操作流程，制定观察要点防范操作并发症及风险，统一健康教育内容提高患者治疗过程中自我管理能力。通过制定操作相关操作评分表，对临床护士进行统一培训，提高护理技能及病情观察水平，监测治疗效果，及时发现并处理问题，促进患者的康复，提高患者的生活质量。

2025年5月，标准编制工作组在前期工作的基础之上，通过理清逻辑脉络，整合已有参考资料中有关胸腔闭式冲洗引流护理的资料，并结合胸腔闭式冲洗引流护理实际操作的基础上，按照简化、统一等原则编制完成团体标准《胸腔闭式冲洗引流护理规范》（草案）。

2025年6月，标准编制工作组深入广西医科大学第一附属医院、广西医科大学附属肿瘤医院、广西壮族自治区人民医院、南宁市第二人民医院、柳州市工人医院、广西壮族自治区江滨医院等起草单位针对胸腔闭式冲洗引流护理工作进行实地调研学习。通过实地调研，掌握了关于胸腔闭式冲洗引流护理的具体要求。在开展实地调研的基础上，标准编制工作组多次组织召开座谈会，就标准文本主要技术内容进行讨论，收集标准修改意见，会后根据座谈讨论情况对标准草案进行反复修改完善，最终形成团体标准《胸腔闭式冲洗引流规范》（征求意见稿）及其编制说明。

四、制定标准的原则和依据，与现行法律、法规的关系，与有关国家标准、行业标准的协调情况

**（一）标准制定原则**

**1.实用性原则**

本文件是在充分收集相关资料，分析当前现状、调研的实际情况，在现有文献中参考与胸腔闭式冲洗引流护理相关内容的基础上，结合多年经验而总结起草的。符合当前胸腔闭式冲洗引流护理的需要，有利于行业的长远发展，具有较强的实用性和可操作性。

**2.协调性原则**

本文件编写过程中注意了与胸腔闭式冲洗引流护理相关法律法规的协调问题，在内容上与现行法律法规、标准协调一致。

**3.规范性原则**

本文件严格按照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》的要求和规定编写本标准的内容，保证标准的编写质量。

**4.前瞻性原则**

本文件在兼顾当前区内胸腔闭式冲洗引流护理现实情况的同时，还考虑到了胸腔闭式冲洗引流护理快速发展的趋势和需要，在标准中体现了个别特色性、前瞻性和先进性条款，作为基层卫生健康部门工作人员以及医务人员开展胸腔闭式冲洗引流护理的指导。

**（二）编制依据**

本标准严格按照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》的规则起草，标准主要内容在借鉴国内相关标准的基础上，结合广西医科大学第二附属医院等单位实际要求，基于《胸腔闭式引流护理》等相关教材的基础上，并通过起草单位多年的护理经验制定。

**（三）与现行法律、法规的关系，与有关国家标准、行业标准的协调情况**

本标准与相关法律法规、强制性标准协调一致，无冲突。

经查阅，目前暂无“胸腔闭式冲洗引流护理”标准。“胸腔闭式引流”有关的标准有：T/CNAS 25--2023《胸腔闭式引流护理》、T/GXAS 980-2025《胸腔闭式引流管置管期护理规范》，分析如下：

（1）T/CNAS 25--2023《胸腔闭式引流护理》规定了胸腔闭式引流护理的基本要求、置管准备与配合、病情观察与护理、引流装置维护、引流装置更换、拔管护理、并发症识别及护理，与该标准相比，虽然本标准参考胸腔闭式引流，但是主要针对“冲洗引流”的风险评估和护理观察做了规定，而T/CNAS 25—2023并未提及胸腔冲洗操作的内容，二者侧重点不一样。

（2）T/GXAS 980-2025《胸腔闭式引流管置管期护理规范》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，适用于胸腔闭式引流管置管期的护理。与该标准相比，主要针对“冲洗引流”的风险评估和护理观察做了规定，针对不同的用途，如冲洗液的种类，用途以及冲洗过程中患者的体位管理也做了要求，而T/GXAS 980-2025并未提及胸腔冲洗操作的内容，二者侧重点不一样。

综上所述，本标准主要针对胸腔闭式冲洗引流的操作要求，相较于胸腔闭式引流，胸腔闭式冲洗引流具有以下优势：（1）更彻底的清除：通过冲洗可以更彻底地清除胸腔内的积液、积血、脓液等物质，尤其是对于粘稠的分泌物或有分隔的脓腔，冲洗能够打破分隔，使引流更加通畅。（2）减少感染风险：及时冲洗可以减少胸腔内细菌的滋生，降低感染的风险，对于脓胸等感染性疾病的治疗尤为重要。（3）促进恢复：更有效地清除胸腔内的异常物质，有助于胸膜腔的清洁，促进炎症的消散和胸膜的粘连，加速患者的恢复。（4）适用范围更广：除了适用于一般的胸腔积液、气胸等情况外，胸腔闭式冲洗引流还特别适用于脓胸、支气管胸膜瘘等复杂情况。但据大量临床数据显示，胸腔闭式引流术的护理质量是影响患者术后康复效果的关键环节，对其术后并发症风险具有较好的预防作用。

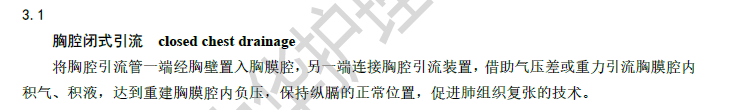
1. 标准的主要指标及依据来源

本标准主要指标包括：术语和定义、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。标准主要指标及依据来源说明如下：

**（一）术语和定义**

**1、胸腔闭式引流**

主要在T/CNAS 25-2023《胸腔闭式引流护理》的基础上界定。定义为：通过预先置入胸腔的引流管，将特定冲洗液注入胸腔腔隙，并利用负压吸引装置或重力引流，将注入的冲洗液连同胸腔内的积液（如脓液、血液、渗出液等）、坏死组织碎片及可能存在的感染源引流排出体外的方法。



**来源：****T/CNAS 25-2023《胸腔闭式引流护理》**

**（二）基本要求**

主要参照《外科护理学》等相关资料，结合目前医疗卫生机构对进行胸腔闭式冲洗引流护理科室的相关设施设备要求确定。胸腔闭式冲洗引流护理技术操作专业，技术控制严格，因此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。同时为确保在操作过程中的手卫生、医疗器械卫生、设施卫生和环境卫生符合要求，提出医务人员手卫生应符合WS/T 313《医务人员手卫生规范》、医疗机构消毒技术符合WS/T 367《医疗机构消毒技术规范》、医院消毒卫生符合GB 15982《医院消毒卫生标准》的规定。

**（三）护理前准备**

操作前需全面评估患者病情（包括生命体征、胸部体征、实验室检查结果等 ）、意识状态、心理状态及配合程度。类似膀胱冲洗等操作前的患者评估逻辑，参考《内科护理学》《外科护理学》中针对侵入性操作的评估内容，为操作安全及方案调整提供依据。向患者及家属详细说明胸腔闭式冲洗引流的目的、操作流程、可能出现的不适及配合要点，签署相关知情同意文件。参照医疗操作知情同意管理规范，如《医疗纠纷预防和处理条例》中关于知情告知的要求，保障患者知情权与选择权。

**（四）护理措施**

**1.患者评估**

为全面了解患者基本情况，便于护理人员开展护理工作，在护理工作开展前应对患者进行全面评估，标准编制组依据起草单位的实际经验给出了患者的评估内容，包括疼痛评估、镇静评估以及患者的生命体征、引流液及气体等。

病情及生命体征评估：a) 应评估患者病情稳定性，包括原发疾病、病程进展及合并症情况；b) 应测量并记录生命体征，包括体温、脉搏、呼吸频率、血压及血氧饱和度（SpO₂）；c) 必要时结合动脉血气分析结果，评估是否存在低氧血症、呼吸性酸中毒或代谢紊乱。

意识状态与神志评估：a) 应评估患者神志状态，判断其是否清醒、能否表达自身感受及配合操作；b) 对于存在意识模糊、嗜睡、谵妄等情况者，应加强操作安全监护，必要时由法定代理人签署知情同意书。

呼吸功能耐受性评估：a) 应评估患者有无明显气促、呼吸困难、发绀、吸氧依赖等表现；b) 对于合并慢性呼吸系统疾病（如慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张、肺间质纤维化）者，应重点评估其肺功能储备及冲洗操作耐受性。

胸部体征与引流部位评估：a) 应听诊双肺呼吸音，观察有无减弱、干湿性啰音、胸膜摩擦音等异常；b) 应视诊和触诊胸部，判断胸腔积液范围及胸壁变形、压痛等情况；c) 应评估引流口皮肤完整性，有无渗血、红肿、渗液或引流管移位。

引流液及气体观察：a) 应观察引流液的性状（如清亮、血性、乳糜样、脓性）、颜色和气味；b) 应记录近24小时引流液量变化，有无突增或骤减情况；c) 若有气体引流，应判断是否为持续性漏气，并及时报告。

疼痛与不适评估：a) 应采用有效的疼痛评估工具（如NRS评分）对患者进行疼痛评估，记录基础值；b) 询问患者有无胸闷、呼吸牵拉痛、灼热感等不适，评估其对冲洗操作的耐受性；c) 必要时提前实施镇痛干预，减少操作中疼痛诱发并发症。

镇静评估：a) 对已使用镇静药物的患者，应结合意识状态评估其镇静深度（可使用RASS评分等工具）；b) 应监测镇静后的呼吸频率、血压、心率及瞳孔反应，警惕呼吸抑制风险。

出血风险与用药史评估：a) 应结合病史与实验室检查，了解是否存在凝血功能障碍、血小板减少或肝功能异常；b) 应询问是否正在使用抗凝药物（如华法林、利伐沙班）、抗血小板药物（如阿司匹林、氯吡格雷）或其他影响凝血的药物；c) 对有明显出血倾向者，应与医生协商评估冲洗禁忌。

体位耐受性与合作能力评估：a) 应评估患者是否能够耐受冲洗所需体位（如坐位、半卧位、侧卧位）；b) 对有骨关节疾病、脊柱侧弯、体弱等不能长时间维持体位者，应制定辅助体位调整方案；c) 判断患者能否配合完成咳嗽、屏气、体位配合等操作指令。

过敏史与药物耐受评估：a) 应询问患者是否对生理盐水、抗生素、麻醉药、碘制剂等冲洗相关药物或液体成分过敏；b) 若有明确药物过敏史，应在病历和操作记录中备注并制定替代方案。

情绪状态与心理评估：a) 应评估患者对即将进行的操作是否存在紧张、恐惧、抗拒等情绪反应；b) 应提供简明易懂的操作目的与过程宣教，增强患者理解和依从性；c) 对焦虑明显者，可适当采用非药物干预手段进行心理安抚，或替代操作策略。

**2.冲洗操作**

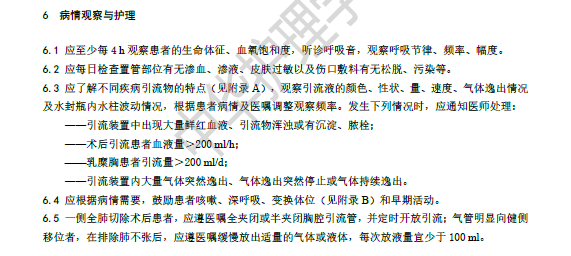
胸腔闭式引流装置需完好无损，各连接部件紧密、无漏气，引流管通畅性良好。依据胸腔闭式引流护理常规，如外科护理相关教材中对引流装置的检查要求，保证引流系统有效运作。操作过程中持续监测患者生命体征（心率、血压、呼吸、血氧饱和度等）、面色、表情及主诉，若出现异常（如胸痛加剧、呼吸困难、心率大幅波动等 ），立即暂停操作并采取相应处理措施。借鉴《急救护理学》中操作过程监测及应急处理思路，以及胸腔闭式引流常规护理中的观察要点，保障操作安全。

操作过程中应观察引流液的性状（如清亮、血性、乳糜样、脓性）、颜色和气味。应记录近24h引流液量变化，有无突增或骤减情况。若有气体引流，应判断是否为持续性漏气，并及时报告。应每班检查冲洗管通畅情况，观察引流液的量、颜色及性状，保持冲洗袋和伤口平面之间的高度在40cm～60cm。

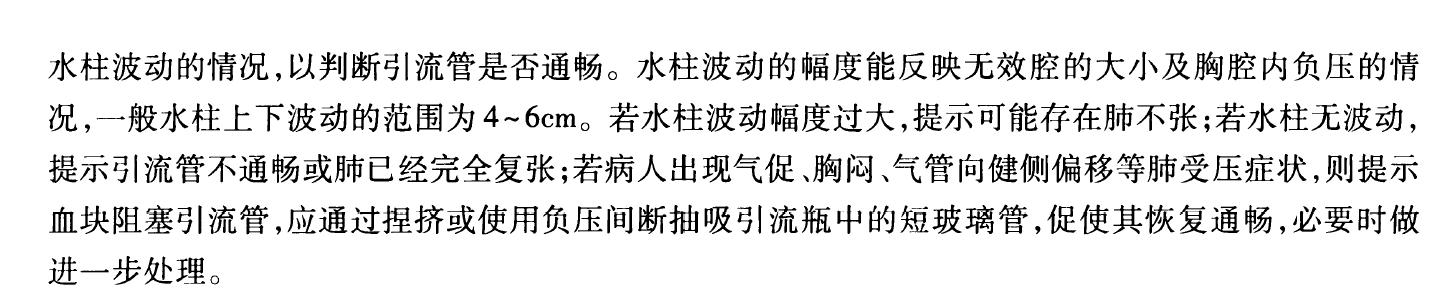
如有血块堵塞冲洗管，应协助医生反复冲洗或者连接负压吸引装置吸出血块，保持冲洗通畅。如发生堵塞，可协助医生使用无菌生理盐水低压冲洗，避免用力推注。

操作过程中应密切观察患者反应，如出现头晕、面色苍白等症状，应立即停止冲洗。观察切口及引流管周围有无红肿、渗液，及时更换敷料。

监测患者体温，汇报医生是否停止冲洗及对症处理。冬季将冲洗液用30℃温水预热后再注入胸腔，并观察患者相关感染指标，如引流液的颜色、性质及量。冲洗液温度控制在37℃左右（接近体温），避免低温刺激引起胸膜不适或血管痉挛，依据《临床护理实践指南（2021版）》中侵入性操作液体温度要求。



**来源：****T/CNAS 25-2023《胸腔闭式引流护理》**



**来源：****《外科护理学》（人民卫生出版社 第7版）**

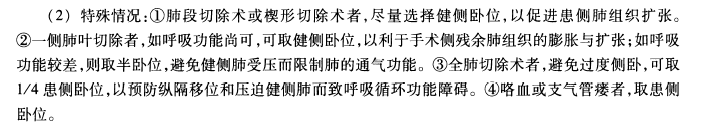
核对、检查冲洗液→粘贴输液卡→检查一次性输液器→核对患者床号、姓名、药液，告知药名和作用→向患者告知操作配合要点，协助患者取适宜体位→冲洗液排气，莫菲氏滴管内有１／３～１／２液体，排气，关闭调节器→戴手套，铺垫巾，碘伏消毒液消毒冲洗管接头（肝素帽或无针接头）后连接输液管→核对患者信息，打开输液管调节器，使冲洗液流入胸腔内进行冲洗→取出垫巾，固定冲洗管连接头调节冲洗速度，一般30～40滴／分，或根据医嘱设定→观察冲洗液流出的速度、色泽、浑浊度及患者感受→在输液器管上粘贴冲洗标识贴，并在冲洗液旁悬挂冲洗标识牌→询问患者感受，根据医嘱指导患者取适宜体位→告知患者注意事项→记录冲洗开始时间→冲洗过程中定时巡视，观察患者生命征及引流液性质等，按需更换引流瓶→冲洗完毕，核对医嘱及患者信息，夹闭输液器后与冲洗管接头分离，将冲洗管接头固定稳妥→协助患者取舒适体位，告知患者冲洗后及留置管道注意事项→记录冲洗结束时间，冲洗量，引流液颜色及性质。

保持有效的胸腔冲洗和引流，注意无菌操作：排尽输液管内空气，接口处用碘伏严格消毒后，确保连接处紧闭不漏气，注意冲洗速度，观察冲洗是否通畅，实际引流量=引出量- 冲洗量。当引出量<冲洗量时，提示引流不畅或管道堵塞，应立即停止胸腔内冲洗并汇报医生，需及时采用导丝或生理盐水冲管，使之恢复畅通。关注患者有无不适主诉及，一旦发现患者出现呼吸困难、面色潮红 等症状，需立即停止冲洗。此外，患者多伴有严重的恐惧情绪，恐惧情绪长期存在，易增加应激反应发生的可能，导致疾病治疗的有效率下降。对此，护理人员应加强对患者的心理护理，以轻柔、舒缓但坚定的语言，对患者进行安抚，使其以平静的心态积极接受治疗，提髙治疗有效率。其中留置管道注意事项应符合《T/GXAS 980 胸腔闭式引流管置管期护理规范》的规定。

**（四）健康宣教**

**1.体位指导**

参考《外科护理学》（人民卫生出版社 第7版）并结合起草单位临床实际给出了体位指导的要求。为提高患者的舒适度，利于患者呼吸，减少患者呕吐,头晕,腰肌酸痛等症状的发生，同时保证引流的有效性，应给予患者体位指导，一般患者病情无禁忌，宜取半卧位。术后一般建议取半卧位，以利于引流和呼吸。可在医护人员的指导下进行适当的活动，如床上翻身、缓慢坐起等，但避免剧烈运动、提举重物等，以防引流管脱出或影响胸腔内创面愈合。



**来源：****《外科护理学》（人民卫生出版社 第7版）**

**2.心理护理与人文关怀**

操作前后主动沟通患者感受，解释操作目的及配合要点，缓解焦虑情绪，尤其对清醒患者关注其心理需求，遵循《护理心理学》中侵入性操作患者心理干预原则。保护患者隐私，操作时遮挡身体，体现人文关怀，符合《护士条例》中患者权益保护要求。

**3.患者管道自我护理、呼吸功能锻炼指导**

为促使肺扩张，预防肺不张或肺部感染等并发症的发生，应指导患者控制性深呼吸、腹式呼吸、缩唇式呼吸、有效咳嗽等，必要时给与呼吸训练器、吹气球等辅助锻炼。患者管道自我护理、呼吸功能锻炼指导应符合《T/GXAS 980 胸腔闭式引流管置管期护理规范》的规定。

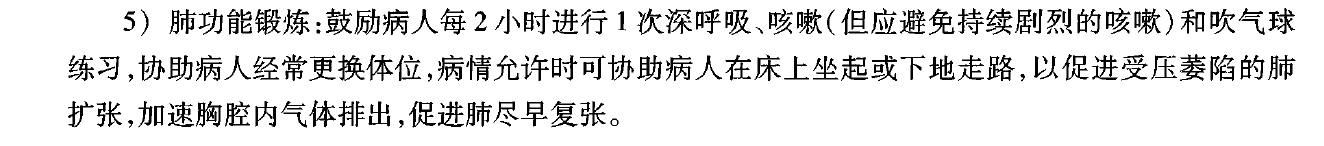
**（五）常见并发症处理**

参考《内科护理学》（人民卫生出版社 第7版）的要求并结合起草单位的临床经验给出了胸膜反应、失温、复张性肺水肿、皮下气肿、肺不张的处理要求。

胸膜反应：当患者出现突发心悸、血压下降、胸痛甚至晕厥等急性反应，应及时通知医生，并立即停止操作，暂停胸腔冲洗引流，避免进一步刺激胸，保持患者平卧位或半卧位，避免体位变动加重反应。评估患者生命体征及呼吸状态，遵医嘱与对症处理。

失温：当患者出现寒战、皮肤苍白湿冷、呼吸心率加快等轻度失温表现，或进展为寒战停止、意识模糊、心律失常等中重度症状时，应立即通知医生，并启动复温措施。复温措施：使用加温毯（40 ℃～42 ℃）或暖风设备，静脉输注加温液体（37 ℃～40 ℃），提高环境温度，减少暴露。监测核心体温（如膀胱/直肠温度），遵医嘱进一步支持治疗。

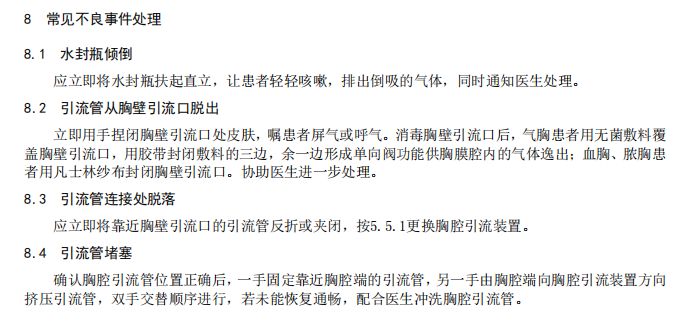
复张性肺水肿、皮下气肿、肺不张的处理要求应符合《T/GXAS 980 胸腔闭式引流管置管期护理规范》的规定‌。



**来源：《内科护理学》（人民卫生出版社 第7版）**

**（六）常见不良事件处理**

应符合《T/GXAS 980 胸腔闭式引流管置管期护理规范》的规定‌。



**来源：《T/GXAS 980 胸腔闭式引流管置管期护理规范》**

**六**、重大分歧意见的处理经过和依据

本标准研制过程中无重大分歧意见。

七、贯彻标准的措施和建议

（一）标准报批发布后，成立标准宣贯工作组

本标准发布后，成立以主要起草人为成员的标准宣贯工作组，主要负责标准的宣贯实施培训计划制定、标准实施交流会策划、标准实施信息反馈收集和标准实施效果评估等工作，并根据标准实施信息反馈和标准实施效果评估情况，及时组织标准复审修订。

（二）组织开展标准宣贯培训

标准发布实施后，标准宣贯工作小组制作标准解读宣贯培训PPT课件和标准核心技术明白书，并按标准宣贯培训计划深入广西各个城市组织医护人员开展标准宣贯培训，对标准进行逐条解读，让医护人员掌握标准核心技术内容，助力标准实施落地，推动医疗产业高质量发展。

（三）开展标准实施交流会，收集标准实施反馈信息

标准起草小组深入广西各个医院组织医护人员召开标准实施交流会，听取标准实施过程中存在的问题并做好记录和解答，对存在的问题组织专家团队进行研讨，为标准的复审修订做准备。

（四）开展标准实施效果评估

标准实施满2年，每年标准宣贯工作组采取网络调查、问卷调查、实地调研、召开座谈会或论证会、专家咨询等方式开展标准实施效果评估，并形成标准实施效果评估报告，为标准的复审修订做准备。

八、其他应当说明的事项

无。

团体标准《胸腔闭式冲洗引流护理规范》

标准编制工作组

2025年6月29日