

张力性气胸的急救

【目的】

张力性气胸急救术的目的首先是尽快抽出患者患侧胸腔内的气体，解除压迫症状，迅速恢复胸膜腔内负压状态，使肺及早复张，其次是保证胸腔闭式引流管通畅，避免继发感染。

【适应证】

1. 张力性气胸。
2. 血胸及血气胸。
3. 没有气胸证据的胸部创伤（贯通性）患者将进行正压通气时。

【物品及器材】

弯盘、0.5%碘伏棉球、手术镊、线剪刀、直血管钳、无菌洞巾、无菌手套、粗针头注射器，无菌橡皮指套、缝线、2cm 宽胶布、2%利多卡因。

【操作关键步骤】

1. 体位：患者半卧位。
2. 选择穿刺点：右锁骨中线与第二肋间（第三肋骨上缘）的交点处为穿刺点。
3. 常规消毒：以穿刺点为中心用碘伏消毒3遍，直径约15cm。
4. 戴无菌手套。
5. 铺无菌洞巾。
6. 穿刺：抽取2%利多卡因5毫升，左手示指与中指固定穿刺部位皮肤，右手持注射器，在穿刺点处垂直进针，自皮肤至胸膜壁层进行局部浸润麻醉，继续进针，进针深度约3cm左右，此时应有针栓被气体顶起的感觉或抽出气体（口述），移去针筒放气。
7. 用血管钳贴胸壁固定穿刺针，用碘伏棉球缠绕穿刺针，再用宽胶布将血管钳固定于胸壁上。
8. 将橡皮指套，在其顶端剪开一约1cm裂口。将橡皮指套近端用缝线缚于穿刺针尾端。
9. 术后与病人交流、安慰病人。在转运途中，口述密切观察病人生命体征。

【护理】

1. 做好心理护理，张力性气胸患者起病急，恐惧、焦虑较重，治疗过程中出现病情反复时更是忧心忡忡、紧张烦躁，此时需要护士向患者耐心细致地讲解病情，说明插管的重要性及注意事项，保持病室整洁安静、空气新鲜流通，病室温度适宜，房间定时消毒，消除患者的恐惧感，鼓励患者树立战胜疾病的信心，积极配合治疗与护理。
2. 观察精神状态，监测生命体征，置管后1~2 h应密切观察患者的血压、呼吸、体温及胸部体征，注意有无纵隔摆动，如诊断明确，应迅速胸腔穿刺或协助医师完成胸腔闭式引流术，必要时行开胸手术。
3. 做好胸腔闭式引流的护理，注意观察水封瓶内水柱波动的情况，因 水柱波动的幅度反映死腔的大小与胸膜腔内负压的大小，一般情况下水柱上下波动4~6cm，若水柱波动过高，可能存在肺不张，若无波动，可能由于以下几种原因：引流管折叠，扭曲或皮下脱落，应及时调整位置或更换引流管；引流管阻塞，可用收自下而上挤压或用无菌空针抽吸及生理盐水冲洗；未复张而排气管内未见气体排出，可能由于引流装置不严密，此时应检

查各连接头处，或用止血钳夹住分段检查；玻璃管入水深度保持在3~4cm，过深可增加气体排出的阻力。

4. 定时观察记录引流液量、性质、颜色，严格执行无菌操作，保持胸壁引流口敷料干燥，一旦渗湿及时更换，每日更换引流瓶及瓶内液体，搬动患者或更换引流瓶时，需双重关闭引流管或用止血钳双向夹闭引流管，保持引流瓶低于胸壁引流口平面60~100cm以防止瓶内液体逆流入胸膜腔引起逆行感染。
5. 重症患者应绝对卧床休息，做好生活护理，进高热量高蛋白高维生素饮食。
6. 避免一切使肺内压增高的因素：保持大便通畅，避免大便时用力而加重气胸；咳嗽或打喷嚏可使肺过度换气加重气胸，使刚愈合的肺泡再次破裂及引流逆流引起感染，因此应协助排痰，保持呼吸通畅，指导患者做深呼吸运动，鼓励其吹气球等，以促进复张。
7. 对出院的患者应做好卫生宣教，嘱其应戒烟，按时服药，定期复查，适当锻炼，增强体质，避免感冒等，养成良好的生活习惯，避免一切诱发因素。

【扩展内容】

张力性气胸的正规处理，是在积气最高部位放置胸腔引流管（通常是在第二肋间锁骨中线），连接水封瓶。有时尚需用负压吸引装置，以利排尽气体，促使肺膨胀。同时应用抗生素预防感染。

经闭式引流后，一般肺裂口多可在3~7日内闭合。待漏气停止24小时后，经X线检查证实肺已膨胀，方可拔出插管。

长期漏气者应进行剖胸修补术。如胸膜腔插管后，漏气更严重，病人呼吸困难未见好转，往往提示肺、支气管的裂伤较大或断裂，应及早剖胸探查，修补裂口，或做肺段、肺叶切除术。