

DOI: 10.12209/CAIM202511010001

· 中西医结合临床案例 ·

艾灸联合耳穴贴压干预 1 例缺血性中风后胃瘫患者盲插鼻肠管的护理体会

海明会¹, 蒋晓玥², 马 昕¹

(1. 北京市回民医院 重症医学科, 北京, 100054;

2. 北京市回民医院 消毒供应室, 北京, 100054)

摘要: 本文总结 1 例艾灸联合耳穴贴压干预缺血性中风后胃瘫患者盲插鼻肠管的护理实践。缺血性中风患者常因胃蠕动功能减弱易并发胃瘫, 而经幽门后小肠喂养可有效降低此类并发症风险。临床观察发现, 缺血性中风后胃瘫患者盲插鼻肠管的置管成功率较低。为此, 本研究在常规护理基础上联合中医特色护理技术, 结果显示可有效提高盲插鼻肠管的置管成功率, 减少置管相关不良反应, 促进患者胃肠功能恢复及营养状态改善。

关键词: 盲插鼻肠管; 胃瘫; 中医特色护理

Nursing Experience of Blind Nasojejunal Tube Insertion in a Patient with Post-Ischemic Stroke Gastroparesis Treated with Moxibustion and Auricular Point Pressing

HAI Minghui¹, JIANG Xiaoyue², MA Xin¹

(1. Department of Critical Care Medicine, Beijing Hui Min Hospital, Beijing 100054;

2. Central Sterile Supply Department, Beijing Hui Min Hospital, Beijing 100054)

ABSTRACT: This paper summarizes the nursing practice of blind nasojejunal tube insertion in a patient with post-ischemic stroke gastroparesis treated with moxibustion and auricular point pressing. Ischemic stroke patients often develop gastroparesis due to weakened gastric motility, and post-pyloric small bowel feeding can effectively reduce the risk of such complications. Clinical observations have shown that the success rate of blind nasojejunal tube insertion in patients with post-ischemic stroke gastroparesis is relatively low. Therefore, this study combined traditional nursing with traditional Chinese medicine (TCM) nursing techniques. The results showed that it could effectively increase the success rate of blind nasojejunal tube insertion, reduce tube-related adverse reactions, and promote the recovery of gastrointestinal function and nutritional status in patients.

KEY WORDS: blind nasojejunal tube insertion; gastroparesis; TCM nursing techniques

缺血性中风患者因应激导致机体呈现高分解、高代谢状态, 均存在不同程度的营养缺乏。肠内营养不仅为患者提供营养支持、缩短住院时间, 还可改善患者预后^[1]。鼻胃管是常见的肠内营养途径, 但患者常因胃蠕动欠佳, 易发生胃潴留、反流等并发症。多项临床指南推荐“对不耐受经胃营养或有返流和误吸高风险的危重患者, 宜选择

经小肠营养”^[2], 经小肠喂养可有效降低上述并发症发生率。留置管路最常用的方法是盲插法, 研究显示, 对未使用促胃肠动力药物的重症患者行盲插鼻肠管置管时, 成功率仅为 29.7%^[3]。因此, 如何提高置管成功率、减少并发症是临床医护人员需要重点关注的问题。艾灸和耳穴贴压均是中医特色护理技术, 具有操作简便、副作用少等优

收稿日期: 2025-11-01

基金项目: 耳穴贴压联合艾灸在中风后胃肠功能障碍患者盲插鼻肠管中的应用 (首发 2022-3-7025)

通信作者: 蒋晓玥, E-mail: 550268741@qq.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

势。本院重症医学科收治1名缺血性中风后胃瘫患者,通过应用艾灸联合耳穴贴压护理技术,成功为其盲插置入鼻肠管,取得良好效果,现报告如下。

1 病例资料

1.1 一般资料

患者女性,76岁,主因“意识障碍8 d”由门诊于2025年09月05日11:41收入院。现病史:患者2025年08月28日19:00被发现意识障碍,呼之不应,疼痛刺激无反应,距离最后正常时间12 h,5 h后至某三甲医院急诊,完善头颅核磁示“左侧侧脑室旁、左侧额叶皮质下新近皮质下脑梗死”,诊断“脑梗死”。既往史:脑梗死1年半,遗留言语不清,日常生活可自理;高血压30年,血压最高200/90 mm Hg,平素规律服用氯沙坦钾50 mg,3次/d,降压治疗,血压控制在170/80 mm Hg左右;高血脂20年,规律服用阿托伐他汀钙片10 mg,1次/晚;2型糖尿病20年,规律服用阿卡波糖1片,3次/d,降糖治疗,空腹血糖维持在7~9 mmol/L;否认其他慢性病史,否认其他手术及输血史,否认食物及药物过敏史。

1.2 体格检查

西医查体:体温(T)37.1℃,脉搏(P)99次/min,呼吸(R)24次/min,血压(BP)85/43 mm Hg。患者昏迷,格拉斯哥昏迷指数(GCS)评分E1VTM1,2T分。双侧瞳孔不等大,左侧直径2 mm,右侧直径3 mm;左侧对光反射迟钝,右侧对光反射灵敏;双眼向左侧凝视。四肢肌力检查不配合,疼痛刺激无肌肉收缩;共济运动检查不能配合。四肢肌张力正常,四肢腱反射减退;病理征阴性。脑膜刺激征:颈无抵抗,双侧Kernig征阴性。双肺听诊呼吸音粗,可闻及痰鸣音。腹膨隆,压腹可见痛苦表情,肠鸣音2次/min。美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分29分^[4],急性生理与慢性健康评价系统II(APACHE II)评分36分^[5]。

中医查体:望诊:舌淡暗,苔薄黄;闻诊:气管插管状态,未闻及异常气味;问诊:腹胀,便秘,药物辅助通便;切诊:脉沉细。

头颅核磁:左侧侧脑室旁、右侧额叶皮质下新近皮质下脑梗死,左侧基底节出血灶,左侧额叶、左侧顶枕叶软化灶伴局部层状坏死,脑桥萎缩,左侧锥体束华勒氏变性,脑内多发腔隙;脑白质高信

号,符合改良Fazekas 1级;左侧颈内动脉颅内段及左侧大脑中动脉T1WI血流信号异常。

1.3 诊断

中医诊断:缺血性中风,气虚血瘀证。诊断标准参考中国中西医结合学会神经科专业委员会制定的《中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)》^[6]中“中风病—中经络”相关内容。西医诊断:①大面积脑梗死:诊断标准参考中华医学会神经病学分会脑血管病学组与神经重症协作组共同制定的《症状性大面积脑梗死监护与治疗中国专家共识》^[7]相关内容;②胃瘫:诊断标准参考美国神经胃肠病学与动力学会(ANMS)和美国胃肠病学会(ACG)联合发布的专家共识和临床指南^[8]。

1.4 治疗

患者出现胃瘫症状,遵医嘱予患者留置鼻肠管。2025年09月13日采取艾灸联合耳穴贴压干预盲插鼻肠管,成功置入。经肠内营养支持治疗与护理,患者各项指标及营养情况得到明显改善,于2025年09月24日病情好转出院。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 日常生活能力评估

采用Barthel指数评定量表评估患者日常生活能力,其中100分属生活自理;61~99分属轻度功能障碍;41~60分属中度功能障碍;评分≤40分属重度功能障碍^[9]。本例患者Barthel评分为0分,属重度功能障碍。

2.1.2 跌倒风险评估

Morse跌倒评估量表是评估住院患者跌倒风险的标准工具,总分为0~125分:0~24分为低风险;25~44分为中度风险;评分≥45分为高风险^[10]。本例患者评分35分,属中度风险。

2.1.3 营养状态评估

采用营养风险筛查工具NRS 2002评估患者营养状况^[11],评分≥3分提示高度营养风险,需制定营养支持计划;评分<3分暂不需要营养支持。本例患者评分为5分,提示营养状况较差。

2.1.4 胃瘫症状积分

依据《中药新药临床研究指导原则》的症状分级量化标准:无症状(0分)为无腹胀腹痛、恶心呕吐和反酸症状;轻症状(1分)为偶有腹胀、腹部轻微不适、偶发隐痛、偶有恶心、轻度反酸;中症状(2分)为腹胀较重,每6 h发作1次,腹部胀痛每日发

作数次,时有恶心、偶有呕吐、时有反酸;重症状(3分)为整日腹胀,腹部剧痛或绞痛反复发作,伴有呕吐、剧烈反酸^[12]。本例患者胃瘫症状积分为2分。

2.2 护理诊断

营养失调:与胃瘫导致胃排空障碍有关;腹胀:与胃瘫后胃肠蠕动减慢有关。

2.3 护理计划

短期目标:48 h内改善胃肠动力,中医护理措施干预鼻肠管置入,保证患者营养支持通路的建立,为病情恢复创造条件;长期目标:改善患者腹胀、呕吐症状,长期保证肠内营养支持,维持患者营养状态,促进病情恢复。

2.4 护理措施

2.4.1 置管前准备

与家属积极沟通,讲解置管的必要性、方法及注意事项,明确告知置管风险及可能的并发症,签署知情同意书。查阅患者病历,了解患者病史及有无艾灸和耳穴贴压禁忌,评估患者生命体征,可配合鼻肠管置入操作。使用手电筒评估患者口腔的情况,口腔黏膜正常、鼻腔通畅,无鼻中隔偏曲、无鼻息肉。用物准备包括常规鼻肠管置管用物,艾条、温灸器、打火机、盛水的小碟,王不留行籽贴、75%酒精棉球、探棒、镊子。

2.4.2 艾灸联合耳穴贴压干预盲插鼻肠管置管

2.4.2.1 艾灸

协助患者取仰卧位,双膝下可垫一软枕,使腹部肌肉放松,充分暴露腹部,用被子遮盖其他部位以保暖。取一段艾条(长度大概2~3 cm),点燃一端,看到有红色火头并冒出淡淡白烟即可。将点燃的艾条放入温灸器的支架内,盖上盖子,将温灸器直接放置在患者的神阙穴上。用配套的绑带将其稳妥地固定在腹部,确保在操作过程中不会移位或滑落。艾灸15 min,全程在患者旁边,观察其面色、神情,常询问患者感受,应以“温热舒适”为度,可通过调节灸盒的通风口来控制温度。若患者在此期间,出现心慌、头晕、恶心及面色苍白等反应,停止艾灸,协助患者平卧,保暖,及时报告医生遵医嘱处理。到达时间后,小心解开绑带,将整个温灸器移开。将用过的艾条头插入准备好的清水碟中,确保完全熄灭。再次检查神阙穴周围皮肤是否有灼伤、水泡等异常情况。

2.4.2.2 耳穴贴压

协助患者取舒适卧位,用75%酒精棉球从上到下、从内到外仔细消毒整个耳廓,去除油脂和污

垢。用探棒的圆钝端在预选穴位区域轻轻均匀按压,寻找最敏感的“压痛点”或阳性反应点。用镊子夹住王不留行籽贴准确对已探明的穴位贴敷压实,按神门、交感、胃、小肠、咽喉的顺序进行按压,以患者感到局部酸、胀、麻、热,且能耐受为度。每个穴位按压1~2 min,整个过程约需10~15 min。若患者出现头晕、心慌,应立即停止操作;若贴压处出现红肿痒痛,应立即取下,保持局部清洁干燥。

2.4.2.3 盲插鼻肠管

嘱患者置管前24 h禁食水,操作者戴无菌手套,用0.9%生理盐水润滑螺旋型鼻肠管。用带刻度的鼻肠管测量患者脐部—前额发际距离,在此基础上增加10 cm(成人约55~65 cm),记录长度。按鼻胃管置入术先将鼻肠管置入胃内,抽出胃液测试PH值<7为酸性,听诊有气过水声以证实导管在胃内。患者去枕取右侧卧位90°,双腿屈曲。用60 mL注射器往胃内注入空气,患者吸气时缓慢送管,以每次1~2 cm速度向前缓慢、轻柔推进鼻肠管。另一名协助操作护士同时用60 mL注射器缓慢脉冲式在管末端推入空气,若遇阻力或咳嗽时停止操作,待阻力下降或咳嗽停止时继续送管,插管至105 cm以上。抽吸小肠液,测试PH值>7为碱性,由导管尾端注入20 mL 0.9%生理盐水,缓慢抽出导丝,将鼻肠管固定于鼻翼部。再次抽吸小肠液,测试PH值>7为碱性。置管后行腹部X线光片检查示食管、胃、小肠走行区可见线状影,鼻肠管置入成功,最终鼻肠管内置115 cm,外露15 cm。

2.5 护理评价

2.5.1 观察指标

结局判断:本次所用的是不透明的聚氨酯软管,置管后进行腹部X线检查,以确定鼻肠管末端的位置。患者营养指标比较:取患者凌晨空腹静脉血5 mL,3000 r/min条件下离心5 min,取上层血清,后将其放入-18℃的冰箱中保存待检。采用全自动生化分析仪(型号AU480,贝克曼库尔特公司)检测血红蛋白(Hb)、血清白蛋白(ALB)水平。不良反应:观察患者是否发生反流、误吸、鼻黏膜出血的情况。

2.5.2 结果

经护理措施后,患者被成功盲插置入鼻肠管,食管、胃、小肠走行区见线样影,患者各项指标均较前好转,未出现反流、误吸及鼻黏膜出血等情况,详见表1。

表1 疗效评估

评估项目	09月13日	09月20日
BI/分	0	5
Morse/分	35	15
NRS 2002/分	5	2
胃瘫症状积分/分	2	0
血红蛋白/(g/L)	53	60
血清白蛋白/(g/L)	22.9	25.4
并发症(反流、误吸、鼻黏膜出血等)	/	未出现

3 随访

患者经住院治疗好转,分别于患者出院后第7天、14天进行电话随访,患者胃肠道反应有所减少,胃肠功能得到改善,营养状态得到改善。除此之外,对患者康复后日常饮食、用药进行询问,给予饮食指导,用药指导,并告知患者定期来院复诊。

4 讨论

脑与肠密切相关在中医理论中渊源已久。《灵枢·经脉》有“胃足阳明之脉,起于鼻之交頄中……至额颅”,说明脑与胃肠之间存在经脉联系。现代医学认为,脑-肠轴(brain-gut axis, GBA)是指中枢神经系统(central nervous system, CNS)与肠道之间的双向通信网络,涉及神经、内分泌和免疫等多种机制^[13],在消化和免疫调节中发挥重要作用,实现动态且双向的信息交流^[14]。基于脑与肠的密切联系,营养支持是危重患者治疗中不可或缺的一环,而肠内营养是首选方式。胃瘫是重症患者普遍存在的胃肠道功能障碍,属中医学“胃脘痞满”范畴,归于脾胃病症类,其发病机理为胃腑瘀滞、气机不畅。小肠是人体消化食物、吸收营养的重要场所,将鼻肠管置于Trietz韧带下15 cm的空肠内,24 h持续匀速低流量输注可有效促进胃肠道功能恢复。

在盲插鼻肠管时,应用西医药物可能导致管道在胃内盘绕或引发幽门痉挛等^[15]。艾灸联合耳穴贴压通过经络和神经体液途径,可恢复和增强机体生理节律,创造良好的动力学环境。艾灸的温热之力通过神阙穴大补人体元阳,温煦中焦(脾胃),散寒行气,直接振奋衰弱的脾胃功能,恢复其运化与传导之力^[16];同时能有效促进气体排出,缓解腹胀,为鼻肠管在肠道内的前行扫清障碍。耳穴贴压是中医经络理论与现代全息生物论结合的

疗法。中医认为“耳为宗脉之所聚”,刺激特定耳穴可调节相应脏腑功能。刺激“胃”穴能为鼻肠管通过幽门进入十二指肠或空肠减轻阻力;刺激“小肠”穴可引导鼻肠管向下行进;刺激“交感”穴能解除交感神经对胃肠的过度抑制,恢复胃肠动力;刺激“神门”穴可使胃肠道更易于放松和恢复;“咽喉”穴是插管过程中的重要“通路”穴位,刺激该穴能减轻插管对咽喉部的刺激,提高盲插鼻肠管成功率^[17]。通过以上五穴配伍,为鼻肠管置入创造了从中枢到局部的最佳生理状态。两者协同作用于“脑-肠轴”这一关键通路,可有效逆转中风后胃肠麻痹状态,不仅能提高盲插鼻肠管的成功率,还能在置管后持续改善患者胃肠功能。尽管当前存在样本量小、操作不规范等局限,但通过后续多中心研究、标准化建设与技术创新,该方案有望成为缺血性中风患者胃瘫护理的有效手段。相信随着研究深入与实践完善,艾灸联合耳穴贴压这一中医护理技术将在重症患者护理中发挥更大作用,为患者提供更优质、更具个性化的护理服务。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] HILL A, ELKE G, WEIMANN A. Nutrition in the intensive care unit—a narrative review[J]. *Nutrients*, 2021, 13(8): 2851.
- [2] COMPTON C, BINGHAM A L, MCCALL M, et al. Guidelines for the provision of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition[J]. *J Parenter Enteral Nutr*, 2022, 46(1): 12–41.
- [3] 钱嫦娥, 丁岚. 危重患者的螺旋型鼻肠管盲插进展[J]. *齐齐哈尔医学院学报*, 2017, 38(23): 2814–2816.
QIAN C E, DING L. Review on the blind intubation of spiral nasointestinal tube among critical ill patients[J]. *J Qiqihar Univ Med*, 2017, 38(23): 2814–2816. (in Chinese)
- [4] LYDEN P. Using the national institutes of health stroke scale: a cautionary tale[J]. *Stroke*, 2017, 48(2): 513–519.
- [5] KNAUS W A, DRAPER E A, WAGNER D P, et al. APACHE II: a severity of disease classification system [J]. *Crit Care Med*, 1985, 13(10): 818–829.

- [6] 高长玉, 吴成翰, 赵建国, 等. 中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(2): 136-144.
- GAO C Y, WU C H, ZHAO J G, et al. Guidelines for diagnosis and treatment of cerebral infarction in China (2017) [J]. Chin J Integr Tradit West Med, 2018, 38(2): 136-144. (in Chinese)
- [7] 北京中西医结合学会神经内科专业委员会, 高利. 脑梗死急性期中西医结合诊疗专家共识[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22(7): 1153-1162.
- Neurology Professional Committee of Beijing Society of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, GAO L. Expert consensus on diagnosis and treatment of acute cerebral infarction with integrated traditional Chinese and western medicine [J]. Chin J Integr Med Cardio/cerebrovascular Dis, 2024, 22(7): 1153-1162. (in Chinese)
- [8] CAMILLERI M, PARKMAN H P, SHAFI M A, et al. Clinical guideline: management of gastroparesis [J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(1): 18-37; quiz38.
- [9] MAHONEY F I, BARTHEL D W. Functional evaluation: the barthel index [J]. Md State Med J, 1965, 14: 61-65.
- [10] MORSE J M, BLACK C, OBERLE K, et al. A prospective study to identify the fall-prone patient [J]. Soc Sci Med, 1989, 28(1): 81-86.
- [11] KONDRUP J, RASMUSSEN H H, HAMBERG O, et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials [J]. Clin Nutr, 2003, 22(3): 321-336.
- [12] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [13] ZHOU S Y, GUO Z N, YANG Y, et al. Gut-brain axis: Mechanisms and potential therapeutic strategies for ischemic stroke through immune functions [J]. Front Neurosci, 2023, 17: 1081347.
- [14] CHIDAMBARAM S B, RATHIPRIYA A G, MAHALAKSHMI A M, et al. The influence of gut dysbiosis in the pathogenesis and management of ischemic stroke [J]. Cells, 2022, 11(7): 1239.
- [15] 刘芳, 壮楠辉, 肖树芹. 重症患者盲插鼻肠管的研究进展 [J]. 解放军护理杂志, 2013, 30(4): 30-33.
- LIU F, ZHUANG N H, XIAO S Q. Research progress of blind nasointestinal tube insertion in critically ill patients [J]. Nurs J Chin People's Liberation Army, 2013, 30(4): 30-33. (in Chinese)
- [16] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 205-208.
- [17] 刘晓玲, 刘恩红, 王雪纯, 等. 危重症患者内镜引导下可视化鼻肠管置管方法及效果 [J]. 护理学杂志, 2024, 39(7): 73-76.
- LIU X L, LIU E H, WANG X C, et al. Method and effects of endoscope-guided visualized placement of nasointestinal feeding tubes in critically ill patients [J]. J Nurs Sci, 2024, 39(7): 73-76. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。