

DOI: 10.12209/CAIM202506040001

· 中西医结合临床案例 ·

1 例经改良方法徒手放置螺旋型鼻肠管的护理体会

张小桐, 刘 丽, 刘书华, 李学艳

(首都医科大学附属北京中医医院 重症医学科, 北京, 100010)

摘要: 本文总结 1 例肠内喂养不耐受重症患者床旁徒手盲插螺旋型鼻肠管联合鼻胃管进行营养支持的护理体会。针对患者胃残余量多、腹胀腹痛、消瘦及精神状态差等问题,在常规治疗基础上采用改良置管技术。针对患者咽后壁狭窄及鼻胃管占位问题,采用双人协同法成功克服,使导管顺利通过口咽部;优化体位(床头抬高 60°、右侧卧位)联合间断脉冲式注水注气法刺激幽门开放;配合精准送管与多部位定位。改良方法显著提高置管成功率,缩短置管时间,避免了患者转运及对设备的依赖。置管后患者当日胃液量从 960 mL/d 降至 100 mL/d,10 d 内降至 20 mL/d 以下,腹胀腹痛消失,肠内营养输注可达目标量 60 mL/h。该技术操作安全、成功率高,联合鼻胃管可为肠内喂养不耐受患者提供有效的营养支持路径。

关键词: 改良方法徒手置管;螺旋型鼻肠管;联合营养支持;个案护理

Nursing Experience of Improved Blind Manual Placement of Spiral Nasointestinal Tube

ZHANG Xiaotong, LIU Li, LIU Shuhua, LI Xueyan

(Department of Critical Care Medicine, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Capital Medical University, Beijing, 100010)

ABSTRACT: This article summarizes the nursing experience of bedside manual blind insertion of a spiral nasoenteric tube combined with a nasogastric tube for nutritional support in a critically ill patient with enteral feeding intolerance. In view of the patient's clinical problems including high gastric residual volume, abdominal distension and pain, emaciation, and poor mental status, a modified tube placement technique was applied on the basis of conventional treatment. To address the challenges of a narrow posterior pharyngeal wall and the occupation of the nasopharyngeal space by the indwelling nasogastric tube, a two-person cooperative method was adopted to facilitate the smooth passage of the catheter through the oropharynx. Optimization of patient positioning (head of bed elevated to 60° and right lateral decubitus position) combined with intermittent pulsed water and air instillation was employed to stimulate pyloric opening. This was further complemented by precise tube advancement and multi-site localization. The modified technique markedly improved the success rate of tube placement, shortened the procedural duration, and avoided the need for patient transfer and equipment dependence. After successful tube placement, the patient's daily gastric drainage volume decreased from 960 mL/d to 100 mL/d on the same day and fell below 20 mL/d within 10 days, with complete resolution of abdominal distension and pain. Enteral nutrition infusion reached the target rate of 60 mL/h. This technique is safe to perform, demonstrates a high success rate, and, when combined with a nasogastric tube, provides an effective nutritional support pathway for patients with enteral feeding intolerance.

KEY WORDS: modified manual tube placement; spiral nasoenteric tube; combined nutritional support; case nursing

肠内营养是危重症患者首选的营养支持方式,但喂养不耐受发生率高达 30.5%~65.7%,可

导致反流、误吸或营养中断等不良事件^[1-2]。对于喂养不耐受的重症患者,鼻肠管幽门后喂养可减

收稿日期:2025-06-04

OPEN ACCESS

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

少胃残余量、降低误吸风险、提高营养达标率,已成为重要的替代营养支持途径^[3-4]。然而,床旁盲插鼻肠管的技术成功率受患者胃肠动力、解剖结构或操作者经验等多因素影响,尤其在合并胃肠动力障碍、长期卧床及咽后壁狭窄的患者中,传统方法的一次性置管成功率较低^[5]。如何优化盲插技术、提高置管成功率,是临床护理亟待解决的难题。

2024年05月,我科收治1例脓毒症合并胃肠功能障碍患者,因喂养不耐受需行鼻肠管喂养,但传统盲插方法多次尝试均失败。结合解剖学特点与胃肠动力原理,采用改良徒手盲插螺旋型鼻肠管技术成功置管,并联合鼻胃管实施营养支持。现将护理经验总结如下,以期临床提供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性,80岁,主诉“间断发热伴喘憋8月余,加重1d”于2024年05月11日收入ICU病房。患者8月前跌倒卧床休息后出现嗜睡、发热、喘憋及喉中痰鸣,诊断为重症肺炎、脓毒症,经系统治疗后好转;后续病情反复发作,再次出现喘憋,为进一步诊治收入ICU。既往史:痴呆病史多年,可完成简单对答;有应激性溃疡、上消化道出血病史,合并肠道菌群失调,均未规律治疗。

1.2 查体

一般情况:体温(T)36℃,脉搏(P)70次/min,呼吸(R)19次/min,血压(BP)103/69 mmHg;患者嗜睡,体型偏瘦,痰多质黏,已留置胃管,大便不成形;腹部叩诊呈鼓音,肠鸣音3次/min。

1.3 诊断

中医诊断:肺风痰喘,辨证为气阴两虚、痰浊内蕴证。患者久病耗伤气血,气阴不足,年老脾胃功能减退,痰湿无以运化,痰浊壅遏于肺,导致气机不畅、肃降失职、肺气上逆,故见咳嗽咳痰、喘憋;结合舌红、少苔、脉弦滑,综合症、舌、脉,病位在肺,累及脑、脾胃。西医诊断:细菌性肺炎,肠道菌群失调。

1.4 治疗

给予抗感染对症治疗,经鼻高流量吸氧,予瑞能500 mL鼻饲行肠内营养支持,1次/d,奥美拉唑20 mg鼻饲抑酸护胃,1次/d;因患者胃液回抽量多、肠道菌群比例失调,予莫沙必利鼻饲促进胃肠蠕动,地衣芽孢杆菌活菌胶囊、双歧杆菌三联活菌

胶囊鼻饲调节肠道菌群。中医方面,经四诊合参予中药汤剂鼻饲,配合穴位贴敷调整脏腑功能。经过10 d的综合治疗与护理干预,患者于2024年05月25日顺利完成鼻肠管联合鼻胃管营养支持治疗。治疗结束时,患者肠内营养喂养量已达目标量60 mL/h,胃液引流量降至20 mL/d以下,胃液性状恢复正常(透明水样、无味),腹胀腹痛症状完全消失,精神状态明显好转,营养不良状况得到有效改善。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 一般评估

生命体征:体温(T)36℃,脉搏(P)70次/min,呼吸(R)19次/min,血压(BP)103/69 mmHg;营养状态:消瘦(BMI 18.2),胃液引流量>500 mL/d;腹部体征:叩诊呈鼓音,肠鸣音3次/min;胃液特征:草绿色,伴异味(详见图1)。



图1 患者胃液情况

2.1.2 吞咽功能

采用Gugging吞咽功能评估量表(Gugging Swallowing Screen, GUSS)评估患者吞咽功能^[6]。该量表通过间接吞咽测试(评估警觉性、自主咳嗽、吞咽唾液、流涎、声音改变)和直接吞咽测试(依次评估半固体、液体、固体三种性状食物的吞咽能力)进行分步评估,总分20分,分数越低表示吞咽功能障碍越严重、误吸风险越高。本例患者评分为8分,属于重度吞咽障碍,存在高度误吸风险,提示患者不宜经口进食,需采用管饲喂养并严格防范误吸发生。

2.1.3 活动能力

采用Barthel指数(Barthel Index, BI)评估患者日常生活活动能力^[7]。该量表通过进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、

行走及上下楼梯等 10 个项目进行评估,总分 100 分,得分越高表示独立性越强、依赖性越小。根据总分将日常生活能力分为四个等级,0~20 分为完全依赖,21~40 分为重度依赖,41~60 分为中度依赖,61~99 分为轻度依赖,100 分为无需依赖。本例患者评分为 5 分,属于完全依赖,提示存在严重功能缺陷,患者长期卧床,无法自主翻身,日常生活完全需要他人协助。

2.1.4 认知状态

采用格拉斯哥昏迷量表(Glasgow Coma Scale, GCS)评估患者意识状态^[8]。该量表从睁眼反应(E)、语言反应(V)及运动反应(M)三个维度进行评估,总分 3~15 分,分数越低表示意识障碍越严重。根据总分将意识障碍程度分为三级,13~15 分为轻度意识障碍,9~12 分为中度意识障碍,3~8 分为重度意识障碍。本例患者评分为 9 分(E2V3M4),属于中度意识障碍,具体表现为嗜睡状态,仅对疼痛刺激有睁眼反应(E2);言语混乱,可说不连贯词语(V3);对疼痛刺激有回缩躲避反应(M4),提示患者存在中度认知障碍,可简单发声但对指令配合能力差,需采用疼痛刺激才能获得可靠反应。

2.1.5 情绪状态

采用 Ramsay 镇静量表(Ramsay Sedation Scale)评估患者意识状态与情绪水平^[9]。该量表由 Ramsay 等学者于 1974 年发表,将患者状态分为 6 个等级:1 分为焦虑、躁动不安;2 分为合作、定向力良好;3 分为仅对指令有反应;4~6 分分别对应睡眠状态下对刺激反应敏捷、迟钝或无反应。本例患者评分为 1 分,属焦虑、躁动不安状态,提示患者存在烦躁不安、焦虑恐惧情绪,对治疗配合度差。

2.1.6 皮肤状况

采用 Braden 压疮风险评估量表(Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk)评估患者压疮发生风险^[10]。该量表由 Braden 和 Bergstrom 于 1987 年发表,从感觉感知、潮湿、活动能力、移动能力、营养、摩擦力和剪切力 6 个维度进行评估,总分 6~23 分,分数越低表示压疮发生风险越高。根据总分将风险分为四个等级:15~18 分为轻度风险,13~14 分为中度风险,10~12 分为高度风险,得分≤9 分为极高风险。本例患者评分为 11 分,属于高度风险;查体可见骶尾部皮肤因长期卧床出现轻微潮红,鼻部因胃管长期压迫可见

轻微压痕,皮肤弹性尚可。

2.2 护理诊断

营养失调,低于机体需要量与胃肠吸收功能障碍相关;有胃潴留的风险与胃肠动力不足有关;有误吸的风险与胃液反流、吞咽功能障碍有关;有皮肤完整性受损的风险与长期卧床、管路压迫及营养不良有关。

2.3 护理计划

72 h 内逐步实现肠内营养目标量(60 mL/h),确保营养供给的同时密切监测患者耐受情况;1 周内将胃液引流量控制在 100 mL/d 以下,减轻胃肠负担,降低误吸风险;住院期间全程落实防误吸、防压力性损伤的护理措施,确保无误吸及压力性损伤发生。通过每日动态评估患者胃潴留量、腹胀程度、营养摄入情况及皮肤状态,及时调整护理方案,保障肠内营养安全、有效地实施,促进患者胃肠功能恢复及整体状况改善。

2.4 护理措施

2.4.1 置管前准备

患者准备:①阅读患者病历,了解患者基本信息与病史,患者家属已签署知情同意书。②评估患者病情,生命体征、意识状态均平稳,患者予经鼻高流量吸氧,吞咽功能欠佳。③评估患者鼻腔情况:使用手电筒检查鼻腔通畅,无鼻中隔偏曲,无鼻息肉。④提前 2 h 暂停患者肠内营养液输注,遵医嘱用注射器抽空胃内液体及气体,予胃肠减压。⑤简化置管说明:因患者 GCS 评分为 9 分、理解能力差,仅用简短、重复语句告知“放一根细管子,不要动”,避免复杂解释。⑥非语言安抚:置管前通过轻柔触摸患者手部、家属在旁轻声安慰,降低应激反应(基于 Ramsay 评分 1 分,语言沟通效果有限)。⑦躁动应对策略:置管时如患者急躁、挣扎,立即暂停操作,由一名护士轻按患者手部给予安全感,另一人保持导管稳定;调暗光线、减少环境噪音;必要时遵医嘱给予小剂量镇静药物(如右美托咪定),不依赖患者主动配合放松。

物品准备:螺旋型鼻肠管、无菌纱布、生理盐水 500 mL、pH 试纸、鼻肠管固定贴、管路标识贴、一次性治疗巾、一次性弯盘、一次性手套、50ml 注射器、一次性压舌板、听诊器、手电筒、记号笔、速干手消毒剂、黄色垃圾袋、黑色垃圾袋及利器桶。

检查螺旋型鼻肠管:将鼻肠管的引导钢丝完全插入管道,用生理盐水湿润浸泡鼻肠管 10 min,抽吸 10 mL 生理盐水注入鼻肠管内,以激活管道

内外的亲水成分,使管道变软;同时检查管道是否通畅。

2.4.2 改良床旁盲插螺旋型鼻肠管操作

本例患者入院后,首先尝试传统盲插鼻肠管方法,即在患者平卧位或半卧位下,将导管插入至第一刻度(55 cm)后,采用持续注水法(以 20 mL 温水连续注入)辅助导管前进,经 3 次尝试均未成功,分析原因如下。①咽后壁解剖结构异常:患者长期卧床致全身肌肉僵硬,咽后壁狭窄,加之原有鼻胃管占位,导管头端在咽后壁处反复盘旋,难以进入食管开口;②幽门开放困难:患者存在胃肠动力障碍,幽门处于持续收缩状态,传统持续注水法无法有效刺激幽门开放,导管头端在胃腔内反复盘曲,难以通过幽门进入十二指肠;③体位配合不足:患者因认知障碍无法配合吞咽指令,平卧位时胃体与幽门位置关系不利于导管通过。

基于上述失败原因,结合相关文献报道的经验^[11-12],并借鉴消化内镜操作中“脉冲式注气扩张幽门”的原理,设计了一套改良置管方案,核心要点为:①双人协同法,解决咽后壁占位问题;②优化体位联合间断脉冲式注水注气法,克服幽门开放困难;③缓慢捻转联合多部位定位,确保导管顺利进入空肠,具体操作步骤如下。

①患者准备与测量:洗手后,协助患者取半卧位,颌下铺治疗巾并放置弯盘。测量鼻尖至耳垂再至剑突下缘的距离(本例患者为 55 cm),于导管头端对应处标记为第一刻度(55 cm),并于 75 cm 处标记第二刻度。②经鼻置管技巧:戴无菌手套。患者虽有吞咽功能,但因长期卧床致全身肌肉僵硬、下颌活动受限,无法配合完成吞咽动作,加之咽后壁狭窄、原有鼻胃管占位,导致鼻肠管头端在咽后壁处多次盘旋;针对此情况采用双人协同法:一人用压舌板固定鼻胃管,避免其移位干扰;另一人用镊子夹持鼻肠管头端,缓慢顺时针捻转 90°的同时配合小幅度脉冲式送管,利用螺旋导丝的轴向力引导导管通过咽后壁,可有效避免导管头端在口咽部盘绕,提升一次成功率。插入至第一刻度(55 cm)后暂固定,经压舌板检查确认口腔内无导管盘曲,双人听诊闻及气过水声。③体位准备:协助患者取右侧卧位,借鉴文献经验^[11]并基于前期尝试,将床头抬高至约 60°(患者可耐受),以使胃体与十二指肠趋于平行、幽门处于相对低位,减少送管阻力;随后夹闭鼻胃管,向胃内缓慢注入空气 250 mL,充盈胃腔。④改良注

水送管法:为克服患者胃动力不足、幽门开放困难,采用间断脉冲式注水注气法,即先注入 20 mL 温水,随即注入 20 mL 空气,利用水的重力推动导管前进,空气扩张胃腔,刺激幽门开放;送管过程中,每推进 5 cm 即顺时针捻转导管 90°,使螺旋头端更易进入十二指肠。该方法较传统连续注水法更符合胃肠蠕动节律,可减少胃胀气,且有利于导管通过幽门。⑤继续送管与定位:送管前再次回抽残余气体,同法继续送管至 85 cm,此时可在剑突下和/或右肋下闻及气过水声。⑥判断位置:重复上述步骤送管至 95 cm 处,于脐周及左下腹闻及气过水声,抽吸出金黄色肠液,pH 试纸检测 pH > 7;随后固定鼻肠管,安置患者于舒适体位,行床旁腹平片检查以确认导管头端位置(见图 2),该检查是判断置管位置的金标准^[12]。⑦拔除导丝:确认导管位置无误后,经鼻肠管注入 20 mL 温水,以增加导管头端重力,防止拔除导丝时导管移位;随后缓慢拔除导丝,于脸颊处预留约 5 cm 鼻肠管并妥善固定,使导管可随肠道蠕动自行进入空肠。⑧固定:妥善固定鼻肠管,粘贴管路标识。

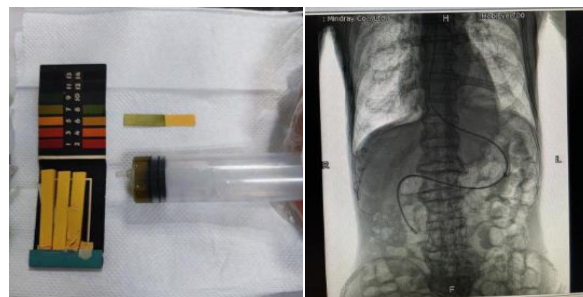


图2 鼻肠管置管成功的标准

2.4.3 置管后管路维护

预防螺旋型鼻肠管堵塞:针对本例患者同时使用中药汤剂和西药的特殊情况,采取以下个性化措施:①每 4 h 应用温水 50 mL 采用脉冲式手法冲洗鼻肠管,减少管壁附着物;②鼻饲中药汤剂前使用滤网过滤,防止大颗粒物阻塞管路;③鼻饲中药前后用温水脉冲式冲管;④注意观察肠内营养袋内营养液有无沉淀,及时摇晃袋子以防凝块形成;⑤当温水冲洗管路阻力增大时,注入碳酸氢钠浸泡管路后再冲洗,防止堵管;⑥及时处理鼻饲泵报警,保持营养液正常流速;⑦应用加温仪,维持营养液温度在 38 ~ 42℃为宜;⑧经临床药师指导,考虑患者胃功能尚可,同时为避免西药颗粒阻塞鼻肠管,将西药碾碎温水溶解后经鼻胃管注入。

预防管路滑脱:①采用弹性绵柔胶布固定,固

定前清洁鼻翼去除油脂;②观察胶布是否潮湿、松动,及时更换;③整理患者床旁管路,分类安置,避免混乱交叉;④标识完整,字迹清晰。

预防鼻部及脸颊部压力性损伤:①规范胶布固定方法,避免胶布张力压迫鼻部内侧皮肤;②每周两次更换固定胶布,出现潮湿松动时立即更换;③交接班时双人共同观察皮肤状态;④因患者不能完全合作,予以保护性约束。

2.4.4 中医适宜技术应用

穴位贴敷:将党参、白术、茯苓及木香按5:3:3:1比例混合,制成药饼贴敷;取足三里、天枢、中脘穴位贴敷,每天敷6 h后取下,7 d为1疗程;功效为健脾和胃,疏通中焦气机,缓解腹胀,减少胃液反流。

中药汤剂鼻饲:予沙参麦冬汤合二陈汤加减,药物组成包括沙参20 g、麦冬20 g、党参15 g、白术15 g、茯苓15 g、陈皮10 g、法半夏9 g、鱼腥草15 g及大黄5 g(后下)等;1剂/d,浓煎至200 mL,

分2次鼻饲,以益气养阴、化痰健脾、通腑降浊。

2.4.5 营养喂养方案

实施肠内喂养时,需将患者床头抬高,将床头抬高 $\geq 30^\circ$,一般为 $30 \sim 45^\circ$,可降低鼻饲患者误吸、呛咳、胃潴留、呕吐及肺炎等并发症的发生率,并且不会增加压力性损伤的发生率^[13]。胃肠道反应与营养制剂的温度有关,实施肠内营养时将营养制剂温度调节至接近正常生理体温,尤其对于老年喂养相关性腹泻患者,维持营养液温度在 $38 \sim 42^\circ\text{C}$ 为宜。准确记录肠内营养制剂开启日期和时间,打开但未使用的营养制剂,放入冰箱 $2 \sim 6^\circ\text{C}$ 储存,有效期24 h;正在使用的营养液,有效期不超过24 h^[4]。准确记录观察胃液的色、质、量,保证鼻肠管的营养支持,分别记录经鼻肠管、鼻胃管的管饲量。

2.5 护理评价

经治疗,患者营养状况及意识状态改善,情绪稳定,治疗配合度提高,详见表1。

表1 疗效评估

评估项目	评估工具/指标	入院时	干预后(第10天)
营养状态	BMI/喂养量	BMI 18.2,胃液引流量 $> 500 \text{ mL/d}$	喂养量达60 mL/h,胃液引流量 $< 20 \text{ mL/d}$,BMI未再下降
吞咽功能	GUSS	8分(重度障碍)	未再评估(仍保留管饲)
活动能力	BI	5分(完全依赖)	5分
认知状态	GCS	9分(中度障碍)	12分(E4V4M4)
情绪状态	Ramsay	1分(焦虑躁动)	3分(对指令有反应)
皮肤状况	Braden	11分(高度风险)	13分(中度风险)

3 结果和随访

该患者应用胃管时胃液量单日最高达到960 mL/d,临床逐渐暂停肠内营养支持;此后置入螺旋型鼻肠管,当日胃液量即降至100 mL/d,呈淡墨绿色,臭味减轻,遂以20 mL/h速度启动肠内营养持续喂养。第二日将营养输注速度调整为40 mL/h,胃液量为160 mL/d,色泽转为淡黄绿色。治疗至第七日,胃液量已降至50 mL/d以下,呈淡黄色,无异味。第十日将营养速度进一步调至60 mL/h,胃液量少于20 mL/d,呈透明水样,无异味。至此,患者对肠内营养耐受良好,胃液引流量显著减少、性状恢复正常,成功建立并逐步增加了全肠内营养支持,治疗于置管后第10日顺利结束。出院后,分别于1周及1个月进行电话随访,随访内容主要包括患者居家营养耐受情况,有无腹痛、腹胀或腹泻等不适。结果显示,患者继续经鼻肠管喂养,未诉明显胃肠道不适,营养状况维持稳定。

4 讨论

肠内营养支持已成为危重症患者重要的治疗措施,但危重症患者常存在胃肠动力及功能障碍,鼻胃管营养支持易引起腹泻、反流、误吸及消化道出血等并发症,导致营养状况改善效果不佳^[14]。幽门后喂养是改善重症患者营养输送的有效替代方案,鼻肠管可使营养液直达空肠,减少胃残余量及反流误吸风险,临床应用日益广泛。

本案例采用的改良徒手盲插螺旋型鼻肠管技术,核心创新包括:①双人协同法(压舌板固定鼻胃管+镊子夹持脉冲式送管),解决咽后壁狭窄及鼻胃管占位问题;②间断脉冲式注水注气法(交替注入温水与空气),刺激幽门开放;③优化体位(床头抬高 60° +右侧卧位),利用重力辅助导管通过幽门。与传统持续注水法相比,该方法更符合胃肠蠕动节律,避免了持续注气导致的胃过度胀气。

与文献报道的床旁盲插技术相比,刘芳等总

结的成人重症患者鼻肠管喂养护理实践中^[11],传统盲插法一次性成功率约为 60%~75%,且对患者胃肠动力有一定要求。而本案例患者在胃肠动力障碍、传统方法 3 次尝试失败的前提下,采用改良方法一次性置管成功,置管时间明显缩短。相关研究中长期卧床患者盲插鼻肠管成功率约为 70%^[3],本案例进一步验证了针对解剖结构异常(咽后壁狭窄)及动力障碍患者改良策略的有效性。本技术的另一优势在于无需依赖设备及患者转运。与内镜下置管或 X 线引导下置管相比,床旁盲插可避免转运风险、降低医疗成本,尤其适用于 ICU 内血流动力学不稳定或感染控制要求高的患者。

需要明确指出,本案例为单病例报告,改良方法的成功受患者个体因素(如咽后壁狭窄程度、残存胃肠动力、操作者经验等)影响,结果不一定适用于所有肠内喂养不耐受患者。例如,对于完全无胃肠动力(如严重胃瘫、肠梗阻)的患者,即使采用注水注气法,幽门仍可能无法开放,此时需考虑内镜下置管或经皮胃造口等替代方案。此外,该技术对操作者经验有一定要求,双人协同需要默契配合,脉冲式注水注气的频率和压力需根据患者实时反应调整,初学者可能需要 5~10 例操作训练后才能达到稳定成功率。本案例由具有 3 年以上 ICU 工作经验的护士完成,故结果不能直接推广至无相关培训的护理团队。

本病例报告的独特性在于,针对同时存在解剖狭窄、胃肠动力障碍、认知障碍及躁动状态等多重困难因素的老年重症患者,提出了一套系统、可操作的改良置管方案,并详细记录了每一步骤的可行性调整(如非语言安抚、躁动时暂停操作、两人协助调整体位等),这为临床护理人员处理类似复杂病例提供了具体参考。为临床护理提供一种无需额外设备、可在床旁快速实施的鼻肠管置管策略;强调评估结果驱动措施设计的理念,避免“一刀切”的护理常规;明确了鼻胃管与鼻肠管联合使用的管理路径(鼻肠管喂养+鼻胃管减压及给药),为肠内喂养不耐受患者提供了安全、连续的营养支持方案。

综上所述,改良徒手盲插螺旋型鼻肠管技术在处理合并复杂因素的肠内喂养不耐受患者中具有较高的成功率和安全性,但需严格把握适应证,并充分认识其局限性。未来需开展大样本、多中心研究,进一步验证该技术的普适性和推广价值。

针对此类患者,应基于动态评估结果制定个体化护理方案,实现中西医结合、技术与人文并重的综合管理。

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] Xu J, Shi W Y, Xie L Y, et al. Feeding intolerance in critically ill patients with enteral nutrition: a meta-analysis and systematic review[J]. J Crit Care Med (Targu Mures), 2024, 10(1): 7-15.
- [2] 米元元,黄培培,董江,等. 危重症患者肠内营养不耐受预防及管理的最佳证据总结[J]. 中华护理杂志, 2019, 54(12): 1868-1876.
Mi Y Y, Huang P P, Dong J, et al. Best evidence summary for prevention and management of enteral feeding intolerance in critically ill patients[J]. Chin J Nurs, 2019, 54(12): 1868-1876. (in Chinese)
- [3] 李晶,吕阳,宋雪莲. 床旁盲插鼻肠管技术应用于长期卧床患者中的临床效果[J]. 国际医药卫生导报, 2023, 29(3): 434-439.
Li J, Lv Y, Song X L. Clinical effect of bedside blind nasointestinal tube insertion technique in long-term bedridden patients [J]. Int Med Heal Guid News, 2023, 29(3): 434-439. (in Chinese)
- [4] 米元元,黄海燕,尚游,等. 中国危重症患者肠内营养治疗常见并发症预防管理专家共识(2021 版)[J]. 中华危重病急救医学, 2021, 33(8): 903-918.
Mi Y Y, Huang H Y, Shang Y, et al. Expert consensus on prevention and management of enteral nutrition therapy complications for critically ill patients in China (2021 edition) [J]. Chin Crit Care Med, 2021, 33(8): 903-918. (in Chinese)
- [5] Yang Z C, Yong Z Z, Hua L, et al. Superiority of percutaneous endoscopic gastrostomy over nasogastric feeding for stroke-induced severe dysphagia: a comparative study[J]. Med Sci Monit, 2023, 29.
- [6] 沈卫红,李丽,刘丹丹,等. 脑卒中吞咽障碍患者早期评估及进食管理的研究进展[J]. 中西医结合护理, 2023(10): 244-249.
Shen W H, Li L, Liu D D, et al. Research progress in early evaluation and feeding management of patients with dysphagia after stroke [J]. Chin J Integr Nurs, 2023(10): 244-249. (in Chinese)
- [7] 郑子秀,宋润珞,高焱,等. 基于 PERMA 模式的

- 护理干预对中青年脑卒中病人病耻感和日常生活能力的影响[J]. 护理研究, 2023, 37(19): 3538-3544.
- Zheng Z X, Song R L, Gao Y, et al. Effect of nursing intervention based on PERMA model on stigma and ability of daily living in young and middle-aged stroke patients[J]. Chin Nurs Res, 2023, 37(19): 3538-3544. (in Chinese)
- [8] 何蒙蒙, 褚晨, 高建瓴. 脑出血术后危险因素及事件相关电位在意识监测中的应用[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2024, 50(4): 209-214.
- He M M, Chu C, Gao J L. Prognostic factors of postoperative patients with intracerebral hemorrhage and application of event-related potentials in consciousness monitoring [J]. Chin J Nerv Ment Dis, 2024, 50(4): 209-214. (in Chinese)
- [9] 中华医学会急诊医学分会危重症学组, 中国急诊成人镇痛、镇静与谵妄管理专家共识组, 张茂, 等. 中国急诊成人镇痛、镇静与谵妄管理专家共识[J]. 中华急诊医学杂志, 2023, 32(12): 1594-1609.
- The Critical Care Group of the Emergency Medicine Branch of the Chinese Medical Association, the Expert Consensus Group for Adult Pain, Sedation and Delirium Management in Acute Care in China, Zhang M, et al. Expert consensus on management of analgesia, sedation and delirium in emergency adults in China [J]. Chin J Emerg Med, 2023, 32(12): 1594-1609. (in Chinese)
- [10] 曾斌, 杨琴, 李勤. Braden 压疮风险评估量表在 ICU 病人压疮管理中的应用[J]. 护理研究, 2012, 26(16): 1494-1495.
- Zeng B, Yang Q, Li Q. Application of Braden pressure ulcer risk assessment scale in pressure ulcers management for ICU patients [J]. Chin Nurs Res, 2012, 26(16): 1494-1495. (in Chinese)
- [11] 刘芳, 龚立超, 魏京旭, 等. 成人重症患者经鼻肠管喂养的护理实践总结[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(15): 1973-1979.
- Liu F, Gong L C, Wei J X, et al. Summary of nursing practice of adult critically ill patients with naso-intestinal tube feeding [J]. Chin J Mod Nurs, 2021, 27(15): 1973-1979. (in Chinese)
- [12] 王硕, 张晓雪, 王欣然. 鼻肠管尖端定位方法的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(11): 1401-1405.
- Wang S, Zhang X X, Wang X R. Research progress of tip positioning technology of naso-intestinal tube [J]. Chin J Nurs, 2022, 57(11): 1401-1405. (in Chinese)
- [13] 鲁志卉, 徐素琴, 向邱, 等. 机械通气患者肠内营养相关性呕吐预防及管理的证据总结[J]. 中国护理管理, 2024, 24(11): 1676-1683.
- Lu Z H, Xu S Q, Xiang Q, et al. Evidence summary for the prevention and management of enteral nutrition-associated vomiting in patients with mechanical ventilation [J]. Chin Nurs Manag, 2024, 24(11): 1676-1683. (in Chinese)
- [14] 中国医疗保健国际交流促进会临床营养健康学会, 中华医学会肠外肠内营养学分会, 中国营养学会临床营养分会, 等. 成人肠内营养耐受不良识别与防治专家共识(2026 版) [J]. 中华医学杂志, 2026, 106(7): 618-631.
- The Clinical Nutrition and Health Branch of the China International Association for Medical Care Exchange, the Intestinal External and Internal Nutrition Branch of the Chinese Medical Association, the Clinical Nutrition Branch of the Chinese Nutrition Society, et al. Expert consensus on identification and prevention in adult enteral nutrition intolerance (2026 edition) [J]. Natl Med J China, 2026, 106(7): 618-631. (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。