

# 1 例贲门失弛缓者留置胃肠管的护理个案报告

刘伊凡

(北京市回民医院 急诊科, 北京市, 100054)

**摘要:** 本文总结 1 例贲门失弛缓患者肠内营养支持的护理体会, 重点为饮食干预、心理护理、胃肠置管、鼻胃置管喂养、腹部按摩, 在中医推拿学的理论指导下, 以经络学说为理论基础, 配合胃肠管操作方法, 达到改善患者营养状况的目的。

**关键词:** 贲门失弛缓症; 胃肠管留置; 营养支持

## Case report of indwelling gastrointestinal tube in a patient with sluggish cardia

LIU Yifan

(Emergency Department of Beijing Hui Hospital, Beijing 100054)

**ABSTRACT:** This paper records the nursing experience of enteral nutrition support in a patient with cardiac achalasia, who was diagnosed by TCM as cough, damp-toxin accumulation syndrome, Qi stagnation and blood stasis. Western medicine diagnosed bacterial pneumonia, coronary arteriosclerosis, achalasia, type 2 diabetes, old cerebral infarction. The nursing focuses on diet intervention, psychological nursing, gastrointestinal tube, nasogastric tube feeding, abdominal massage, under the guidance of the theory of traditional Chinese medicine massotherapy, taking the theory of channels and collaterals as the theoretical basis, and cooperating with gastrointestinal tube operation methods, to improve the nutritional status of patients. To investigate the effect of abdominal massage and acupoint stimulation on the success rate of indwelling gastrointestinal tube in patients with achalasia.

**KEY WORDS:** achalasia; gastrointestinal indwelling; nutritional support

贲门失弛缓症(Esophageal achalasia)主要特征是食管缺乏蠕动,不能顺利进入胃腔,从而出现一系列症状,临床多表现为吞咽困难、食物反流、胃灼热和胸骨后不适或疼痛,久而久之患者逐渐消瘦、营养不良,生活质量受到严重影响<sup>[1]</sup>。临床证实,药物疗效有限,只能暂时缓解不适症状,部分患者因不良反应无法耐受。贲门失弛缓症有一定的比例可以引起食管癌。贲门失弛缓症可以通过食管,可以通过上消化道钡餐检查来明确诊断。贲门失弛缓症患者一般处于机体高分解代谢状态,再加上免疫功能下降,容易导致患者出现各重要脏器损伤以及营养不良,不利于患者康复,因此需要加强对患者的肠内营养支持治疗,以预防和减轻患者营养不良状态,促使患者原发疾病尽快好转<sup>[2-3]</sup>。贲门失弛缓症留置胃肠管也是针对患者对营养的无法获取从而进行的一种治疗手段。

本文总结 1 例贲门失弛缓症留置胃肠管患者的护理体会,现报告如下。

### 1 临床资料

患者女性,91 岁,主因“间断咳嗽、咳痰伴纳差 2 月余,加重 3 天”于 2023-02-20 10:52 由家属陪同入院。患者于 1 个月前开始出现吞咽困难,主要表现为少量进食水后呛咳,后咳嗽咳痰逐渐加重。入院 3 日前,上述症状加重,无法进食,遂来本院就诊。查体:体温 36.5°C,脉搏 100 次/min,呼吸 23 次/min,血压 106/77 mm Hg,神志清,精神弱,营养差。辅助检查:胃镜检查诊断示贲门失弛缓症。患者既往史:高血压、糖尿病、冠心病、窦性心动过缓、无起搏器、肾功能不全、陈旧性脑梗死、胆囊切除术后 10 年。中医诊断:咳嗽病,湿毒蕴结证,气滞血瘀。西医诊断:细菌性肺炎,冠

状动脉粥样硬化性心脏病,贲门失弛缓症,2型糖尿病,陈旧性脑梗死。

结合患者病情特点,患者疾病诊断明确,虽可用手术方法解决,但患者高龄,不适宜手术,与之相较适合置入胃肠置管,经过与患者及家属沟通,患者同意进行此项操作。患者处于营养风险,需要营养支持,给予肠内营养混悬液营养支持治疗。给予患者通便方外用贴敷于天枢穴,以健脾行气通便,1次/d,6 h/次。患者于入院第3天可自行排便,暂停穴位贴敷治疗。患者体质虚弱,给予艾灸足三里配合基本推拿手法以益气健脾治疗,1次/d,15 min/次。痰气交阻表现为吞咽困难胸膈痞闷,食少呕吐,口干咽燥,舌红少津,脉弦滑。治宜解郁化痰,理气降逆为主。药用:半夏、茯苓、陈皮、积实、丁香、知母、鸡内金各10 g,竹茹、沉香、三棱、莪术、乳香、没药、甘草各6 g,干姜、大黄各9 g,丹参、山楂、神曲、麦芽各15 g,1次/d,1周一个疗程,持续两个疗程。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 营养风险:参考NRS 2002营养风险筛查表,患者总分>3分,处于营养风险,需要营养支持。NRS 2002只能判断是否存在营养风险(不能判定患者是否存在营养不良及营养不良的程度),得分高低并不能判定营养风险程度的大小。≥3分,表示存在营养风险。应结合临床,制定营养支持方案,部分患者有疑问时,加营养评定。<3分,表示无营养风险。1周后复查。

2.1.2 窒息、误吸风险:参考窒息、误吸风险评估表,患者分数为21分,处于高危,需要进行胃肠置管及针对性护理措施。

2.1.3 心理评估:参考焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)心理评估量表。患者分数处于焦虑与抑郁状态,需要进行心理护理。①SAS量表项目总计20个,分界值为50分,评分与患者焦虑程度的关系为正相关,评分越高,表明患者的焦虑程度越高,超过50分以上,即为焦虑。分别在患者接受护理前、接受护理后进行测评,评价患者的焦虑主观感受。②SDS量表题目总计20个,≥50分,代表患者出现有抑郁症状,评分越低,表明患者的抑郁情况越低。分别在患者接受护理前、接受护理后进行测评,评价患者的抑郁主观感受。

2.2 护理诊断

患者存在窒息的危险,与患者进食呛咳有关;营养失调,低于机体需要量与患者无法进食有关;心理障碍与病症及置管状态相关。

2.3 护理计划

针对护理诊断,制定护理计划,见表1。

表1 护理计划

| 护理诊断 | 对应护理计划     |
|------|------------|
| 营养失调 | 饮食护理干预     |
| 心理障碍 | 心理干预       |
| 窒息风险 | 胃肠置管、喂养及护理 |

2.4 护理措施

2.4.1 饮食干预:患者术后禁饮禁食,采用肠外营养。根据患者身高、体质量和24 h出量,制定每日输液总量,置入中长静脉导管,采用持续匀速输注方式,输注全合一营养液,每2~3 d监测肝肾功能、电解质、血糖变化,补充白蛋白及免疫球蛋白。术后第6天CT下造影检查示胸腔无渗出,改为流质饮食,指导患者喝水,观察无呛咳,术后第7天开始进食米汤、鱼汤、鸽子汤等流质,无胸痛、发热等症状,指导其少量多餐,循序渐进,忌辛辣刺激、不易消化的食物。进食后指导患者坐起或床边活动,防止胃酸反流,促进消化。

2.4.2 心理护理:①主动识别。在临床干预开始前由护理团队利用SAS、SDS量表对患者的心理问题表现以及严重程度进行识别与评估。将护理关口前移,避免症状表现发生后再实施干预。②干预方案设计。护理团队结合具体心理问题表现设计相应的干预方案,其中焦虑者小组成员在巡视期间主动观察患者的症状体征表现,指导患者掌握正确的腹式呼吸和镇定呼吸技巧,在小组成员指令下规律呼吸,或者是闭目养神并在小组成员语言引导下陷入冥想状态。上述康复锻炼方法每日进行3次,15~30 min/次。同时,遵医嘱服用抗焦虑药物,主动向小组成员或者是患者家属宣泄内心的苦楚。抑郁者小组成员耐心与其聊天,积极寻找问题成因并对症处理。组织患者参与群体性娱乐活动,在活动期间放开内心的束缚,投身到与其他人的互动之中。活动形式可以包括健身操、棋牌游戏、听音乐等,每日活动时间1 h左右。或者是在小组成员的帮助下选择适合自身的兴趣爱好,如读书看报、聆听音乐、做有氧运动等,在自觉情绪不佳时主动选择予以对抗。

2.4.3 胃肠置管:(1)操作前护理:操作前20 min,给予患者盐酸甲氧氯普胺注射液10 mg,肌肉注

射,促进导管尖端进入贲门,顺利通过幽门,提高置管成功率<sup>[4]</sup>。(2)操作中护理:暂停经口腔进食,给予患者留置胃肠管,患者取平卧位时头偏向一侧,防止误吸,床旁准备负压吸引器,呛咳发生时及时清理分泌物<sup>[5]</sup>。(3)置管后护理:①病情观察:置管半小时后,须密切观察患者症状,如恶心、腹痛、呕吐等;观察胃肠置管管置入深度有无加深,如出现加深,说明胃肠置管在消化道上有盘转、弯曲或已脱位,需立即暂停鼻饲喂养,给予腹部超声定位<sup>[6]</sup>。②用药护理:给予肠内营养剂 SP(百普素)500 mL 泵入。③健康宣教:每 4~6 h,使用 30~50 mL 温开水脉冲式手法冲洗胃肠置管,评估管路的外露长度;食物以流质饮食为宜,不宜喂养匀浆膳;喂药时,评估药物性质,将药物研碎、充分浸泡溶解后给药,每种药物之间至少用 5 mL 水冲管,药物不可混用。

2.4.4 鼻胃置管喂养:鼻胃置管喂养,是指将管路尖端留置于幽门后(十二指肠降部或空肠)进行喂养的营养支持途径,目前临床上使用的鼻胃管通常为螺旋型鼻胃管,其管径较细、管路较长、材质较软,末端装置可使管路随胃肠蠕动被动进入幽门后,最后固定在十二指肠。鼻胃管的置管路径会经过两个重要部位,即咽喉部和幽门部,患者存在吞咽困难、胃蠕动减慢,鼻胃管在通过咽喉部及幽门时会出现管路到位困难现象,鼻胃管的管路更易盘曲在口咽部或胃内,导致置管时间延长、置管成功率降低,患者不适感增加。因此在置管时抬高床头 30 度,采取头后仰位、在管路到达幽门部用注气法或(和)注水法均可促进管路通过幽门<sup>[7]</sup>。

2.4.5 腹部按摩:腹部按摩能够有效提高鼻空肠置管成功率,改善胃肠道功能<sup>[8]</sup>。腹部按摩便捷安全,经济适用且按摩的手法种类较多,如推胃手法是使用腹部按摩中掌托法与按法相结合的手法,通过手法在体外助胃上移。先用揉法、一指禅推法施于鸠尾、中脘穴位,然后循任脉向下至腹部,左手四指并拢,使用掌托法,罗纹面着力,右手虎口托住胃最底部,用力缓缓上前,向上推移,根据胃下垂的不同程度配合掌振法及摩法等,每次大约需要 10 min,此方法通过刺激胃起搏点,促进胃肠蠕动,同时还能够在体外助胃上移,有效改善胃下垂。在体表将胃贲门、幽门、胃大弯进行标记,助手协助置管者在体外环形按压门及幽门处促进放松,然后在胃大弯下部与胃窦部连接处的

下方沿着胃角切迹方向给予一定推托力,将此部位上抬至与幽门平齐,从而增大胃角度数,缩短鼻空肠管行走路径,进而减少管路在胃内打折、盘曲的发生,促进管路通过幽门。

## 2.5 结果和随访

复查随访:患者 3 天内生化血液检查中钠、氯指标达正常值;患者进食肠内营养剂无大量潴留及腹泻的发生。电话随访在患者出院后的 3 周、6 周、9 周、12 周进行;上门随访在患者出院后的 4 周、10 周进行。经过随访,目前患者状态良好,治疗效果较佳。

## 3 讨论

消化道内置管喂养是治疗老年患者营养不良的重要手段,主要包括经胃喂养和经小肠喂养两种方式。经小肠喂养可提高消化道内置管喂养的耐受性,降低肺部感染的发生率。目前临床中多采用盲插鼻肠管至胃内,被动等待其自行通过幽门移动至十二指肠或空肠上段的方法,但置管成功率偏低。文献报道导管置入胃内后 72 h 的幽门通过率仅为 68.7%。其原因是老年人胃大弯平滑肌收缩力下降,胃起搏点难以兴奋,导致胃肠蠕动减慢,不能自行将螺旋型鼻肠管送达预定部位。胃蠕动受胃平滑肌基本电节律的控制,基本电节律起源于胃大弯上部,沿纵行肌向幽门方向传播频率为 4~5 次/min,传播速度由胃大弯向幽门逐渐加快,临床通常将胃大弯的平滑肌称为胃起搏点。因此,加强胃肠蠕动是置管成功的关键。本研究采用腹部按摩刺激胃起搏点的方法,简单易行,可加速老年患者胃肠蠕动,效果显著<sup>[9]</sup>。本例贲门失弛缓症患者留置胃肠管,最终康复出院。术后密切观察生命体征的变化,保持引流管通畅,重视发热护理,做好饮食干预,遵医嘱用药并控制好输液速度,做好基础护理防止各种术后并发症的发生,是患者康复的关键。

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] 熊杰. 带你了解贲门失弛缓症[J]. 人人健康, 2024, (3): 44-45.  
XIONG J. Take a Look at Achalasia of the Cardia [J]. Everyone's Health, 2024, (3): 44-45. (in Chinese)

- [2] 张礼礼, 朱西西, 陈建萍. 营养泵鼻饲肠内营养对危重症患者营养状况及胃肠功能的影响[J]. 医疗装备, 2023, 36(24): 112–114.  
ZHANG L L, ZHU X X, CHEN J P. Effect of enteral nutrition by nasal feeding with nutrition pump on nutritional status and gastrointestinal function of critically ill patients [J]. Med Equip, 2023, 36 (24): 112–114. (in Chinese)
- [3] 陈臻, 赵亚敏, 侯慧, 许彬. 一种鼻肠管防堵塞冲洗装置在留置鼻肠管患者中的应用效果研究[J]. 当代护士(上旬刊), 2024, 31 (6): 165–167.  
CHENG Z, ZHAO Y M, HOU H, et al. A Study on the Application Effect of Nasogastric Tube Anti-blockage Flushing Device in Patients with Nasogastric Tube Retention [J]. Contemporary Nurse (Upper Monthly Edition), 2024, 31 (6): 165–167. (in Chinese)
- [4] 仲秀玲, 宋淳, 李常霞, 宋才举, 李丽. 1 例全身 80% 大面积电击伤合并呼吸道损伤患者磁导航引导下鼻肠管置管的护理[J]. 当代护士(中旬刊), 2024, 31 (6): 102–104.  
ZHONG X L, SONG C, LI C X, et al. Care for a Patient with 80% Total Body Surface Area Electrical Burns and Respiratory Injuries Placed with a Nasogastric Tube Using Magnetic Navigation: A Case Report [J]. Contemporary Nurse (Mid-month Edition), 2024, 31(6): 102–104. (in Chinese)
- [5] 曹闻亚, 常红, 李苗, 等. 大脑半球大面积脑梗死患者血管内低温治疗时实现早期幽门后喂养的流程优化研究[J]. 中风与神经疾病杂志, 2024, 41 (5): 452–458.  
CAO W Y, CHANG H, LI M, et al. Optimization of early post-pyloric feeding process during intravascular hypothermia in patients with large hemispheric infarction [J]. J Apoplexy Nerv Dis, 2024, 41 (5): 452–458. (in Chinese)
- [6] 赵明曦, 孙建华, 李若祎, 等. 床旁超声在重症患者肠内营养的应用进展[J]. 护理学报, 2021, 28 (1): 17–21.  
ZHAO M X, SUN J H, LI R Y, et al. Application progress of bedside ultrasound in enteral nutrition of critically ill patients [J]. J Nurs China, 2021, 28 (1): 17–21. (in Chinese)
- [7] 杭成, 平洁琼, 赵亦丹, 等. 新型医用放大镜引导可视鼻肠管置管术在危重症患者的应用[J]. 江苏医药, 2024, 50(5): 447–450, 454, 541.  
HANG C, PING J Q, ZHAO Y D, et al. Clinical efficiency of new medical magnifying scope-guided visual nasointestinal tube placement in critically ill patients [J]. Jiangsu Med J, 2024, 50(5): 447–450, 454, 541. (in Chinese)
- [8] 李婷, 汪林锋, 王路遥, 等. 水气混合注射法在 ICU 重症患者床旁超声引导下留置鼻肠管中的应用研究[J]. 全科医学临床与教育, 2024, 22(5): 472–474.  
LI T, WANG L F, WANG L Y, et al. Application of hybrid water-air injection method in bedside ultrasound-guided indwelling nasointestinal tube in critically ill patients in ICU [J]. Clin Educ Gen Pract, 2024, 22(5): 472–474. (in Chinese)
- [9] 童玲, 顿士娟, 李亚军, 等. 1 例甲状腺癌根治术后留置鼻肠管误入气道的原因分析与对策[J]. 赣南医学院学报, 2024, 44(2): 183–185, 212.  
TONG L, DUN S J, LI Y J, et al. Cause analysis and countermeasures of a case of indwelling nasointestinal tube mistakenly entering airway after radical thyroidectomy [J]. J Gannan Med Univ, 2024, 44 (2): 183–185, 212. (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 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。