

## · 综 述 ·

## 脑卒中留置胃管患者非计划性拔管的护理防范进展

黄征宙 综述, 段培蓓 审校

**[摘要]** 脑卒中患者出现吞咽障碍时,留置胃管是维持其生命、提供营养、预防并发症的重要手段之一。但由于各种因素影响,临床上非计划拔管的现象时有发生。本文就该类患者留置胃管非计划拔管的原因分析及护理干预做一综述。

**[关键词]** 脑卒中;留置胃管;非计划拔管;护理防范进展

**[中图分类号]** R472 **[文献标志码]** A doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2015.02.023

脑卒中患者常因假性或者真性延髓受损而导致吞咽肌麻痹,造成吞咽障碍,引起呛咳、误吸等危险。为了保证患者的营养摄入及生命安全,治疗上常规留置胃管进行鼻饲食物及药物。但临床上由于护理工作的疏忽、患者及家属的不配合等多方面因素,非计划性拔管(UEX)的情况时有发生。UEX是指拔管时机尚未成熟时,患者自行拔除插管(自行拔管,故意拔管),以及在对患者实施护理和运送过程中导致意外拔管<sup>[1]</sup>。胃管意外拔除可造成鼻黏膜损伤,鼻饲液返流而引起并发症,使病情加重,再次插管增加患者的痛苦<sup>[2]</sup>。为此,现将近年预防脑卒中留置胃管患者 UEX 的研究进展综述如下。

## 1 原因

### 1.1 患者的因素

**1.1.1 舒适度的改变** 脑卒中患者吞咽功能恢复是个长期过程,长时间留置胃管,对口腔、鼻咽部和食道都是一个刺激。患者会有咽喉肿痛、恶心、痰多和口腔黏膜干燥等不适,咳出甚至因为忍受不了自行拔出<sup>[3]</sup>。

**1.1.2 未合理镇定** 有报道称发生于夜间的 UEX 率高于白天<sup>[4]</sup>。夜间迷走神经兴奋,心率、呼吸频率降低,肺泡通气不足,二氧化碳潴留,血氧饱和度较清醒时低,易出现头痛、烦躁、幻觉等精神障碍<sup>[5]</sup>。对于持续躁动不安、紧张易怒的患者,建议在有效约束的前提下,可遵医嘱适当给予镇静处理<sup>[6]</sup>。目前临床上最常用的镇静评分是 Ramsay 分级评分法,大多以控制 Ramsay 评分 2~4 分为治疗目标。镇静深度主要由护理人员进行评估,可是此评估方法受观察者的主观因素的影响,缺乏客

观性<sup>[7]</sup>。

**1.1.3 肌力的恢复** 随着脑卒中患者病情的好转,机体活动度越来越大,当上肢肌力恢复到 4 级及以上时<sup>[8]</sup>,患者就有了拔管能力,很有可能会有意识或无意识地将留置的胃管拔出。

### 1.2 医护人员的因素

**1.2.1 拔管延迟** 医生未对患者留置胃管给予充分重视,未对拔除胃管的时机给予正确把握。李慧等<sup>[9]</sup>研究认为,有一部分患者实际上已经不需要依赖胃管,但是由于治疗上的疏忽延迟了拔管时间<sup>[10]</sup>。有部分患者在做吞咽训练过程中,仅有饮水呛咳,认为自己吞咽功能已经恢复良好,未经允许自行拔管。

**1.2.2 缺乏沟通** 有报道<sup>[10]</sup>,因沟通障碍导致情绪异常是 UEX 的一个重要原因。脑卒中患者多伴随言语不清,甚至言语不能。临床医疗护理工作中,只重视生命体征的测量、专科检查及各项治疗护理的落实,忽视患者的心理护理。缺乏与患者语言和非语言的交流,或者欠缺交流的技巧,不能及时发现和处理患者的不舒适,往往会导致患者的情绪激动、不配合治疗,大大增加了 UEX 的发生率。

**1.2.3 护理人员未对拔管危险因素给予充分评估** 现我院使用的胃管滑脱危险因素评估表,是从导管类型、意识状态、呃逆/呛咳三个方面进行评分。清醒患者累计分值 $\geq 12$ 分或意识有改变患者累计分值 $\leq 4$ 分,才填写该表。该表中胃管属于Ⅲ类导管,分值:1分。脑卒中留置胃管患者的导管滑脱危险评分大多数 $\leq 4$ 分。但临床工作中发现该类患者 UEX 还是时有发生。其中一个原因笔者认为:缺乏对患者智能的评估。脑血管疾病的急性期、恢复期及后遗症期均可产生多种精神症状<sup>[11]</sup>。其中智能减退不在少数,有些 UEX 患者日常表现的很平静,护士与其沟通及健康教育时能做出简单的回应。当

作者单位: 210029 江苏南京,南京中医药大学附属医院北 25 病区针灸康复科

通讯作者: 段培蓓, E-mail: Huangzhengzhou2@sina.com

UEX 发生时, 追述其资料有智能障碍情况。

**1.2.4 护理工作疏忽** 护理工作是繁琐忙碌的, 但同时它要求护理人员必须细致, 往往一些细节的疏忽, 就会导致不良的后果。在护理该类患者时, 我们工作可能存在以下问题: ①更换体位时牵拉导管: 潘夏蓁等<sup>[12]</sup>曾报道有患者床头抬高或翻动躯体挣扎后受约束的手触及插管后拔管, 拔管后手仍为约束状态。或者在为患者改变体位时, 没有妥善摆放胃管, 而导致牵拉脱出; ②过于依赖家属: 脑卒中患者恢复是个长期的过程, 照顾患者的家属或多或少掌握了一些护理技巧, 但由于未经过系统学习培训, 护理患者时常存在疏漏。这时护士如果过分依赖家属, 就会存在 UEX 的风险。我院出现 1 例 UEX, 就是护士在予患者双侧上肢约束时, 一侧上肢请患者家属帮忙约束, 由于约束不到位, 导致了患者自行拔管。刘亚红等<sup>[8]</sup>也有报道患者因陪护喂养不当, 导致食物堵管而 UEX 的; ③护士未严格交接班, 未按时巡视, 未及时发现胃管固定和约束带松脱等问题。

**1.2.5 胃管缺乏有效的固定** 首先患者是油性皮肤、出汗较多或者予患者擦拭面部时使胶布潮湿, 固定的胶布容易松脱; 其次临床使用传统的胶布或棉线固定常常失败。

**1.2.6 未有有效的肢体约束** 存在两种原因: ①未及时给予约束; ②约束的方法不正确。

**1.3 家属因素** 家属缺乏相关的知识, 当患者拒绝使用约束带, 比较烦躁时, 会顺应患者的要求, 拒绝护士的约束, 这时极易发生患者自行拔管现象。

## 2 护理干预

### 2.1 提高重视、注重管理

**2.1.1 建立制度** 制定不良事件非惩罚性上报制度, 当发生 UEX 时, 当事人填写不良事件报告单, 描述过程, 分析原因。护士长提出整改措施, 及时上报护理部。每月护士长例会上进行讨论学习, 护士长再向科室全体护士进行传达。护士长督查整改措施在今后工作中的落实情况, 注重持续质量改进。

**2.1.2 制定护理标准化程序** ①制定留置胃管及鼻饲的临床技术操作规程; ②制定胃管交接标准流程; ③完善与胃管相关的制度, 如: 一旦置管及时粘帖标识, 粘帖时注意边缘对齐, 使用过程中以不损伤患者为原则。贴标识者需签全名, 字迹应防水、防乙醇擦拭, 标识脱落需及时补上。胃管内置长度及置管时间应在护理记录单上正确记录。

**2.1.3 科学排班** 班次的安排注重科学性, 高年资护士与低年资护士合理搭配, 高年资护士可在工作

中弥补低年资护士临床实践经验缺乏, 预见性不足, 对风险的处置应对性差等不足。也有学者提出改变排班模式<sup>[13]</sup>, 在 UEX 的高危时段加强人力资源的安排。

**2.1.4 激励机制** 在工作中护士长注重激励原则, 对于预见患者有拔管风险, 并提前给予干预, 杜绝不良事件发生的护士给予奖励, 以充分调动全体护士的积极性。

**2.1.5 临床管理** 对于胃管滑脱高风险的患者, 在床头放置显著红色警示标识, 护士长和全体护士要做到心里有数。加强巡视和观察, 严格交接班, 巡视时注意观察胃管外露的长度及导管固定情况并及时记录。

**2.2 加强学习** 组织护士学习固定导管的方法、如何有效约束肢体及翻身和更换床单时如何预防意外拔管的发生。尤其是对轮转护士和低年资护士的培训。建立分层次护士培训计划, 将管道护理纳入初级层次护士的考核内容, 做到人人过关。

### 2.3 及时沟通

**2.3.1 与患者的沟通** 耐心倾听患者的主诉, 必要时复述一遍, 当患者口述不清时, 可请家属帮忙表达。使用闭合式提问, 让患者可以通过点头或者摇头来表达意愿。丰富非语言交流的技巧, 向患者示范简单的手势语, 或提供纸笔进行书写。及时发现患者的需求, 并适当满足, 以稳定患者的情绪, 配合治疗护理。

**2.3.2 与家属的沟通** 对于接受能力差或者烦躁不安依从性差的患者, 我们要重视和家属的沟通。强化对家属的健康教育, 使其主动配合护理工作, 预防胃管滑脱。

**2.4 增加舒适度** 在患者留置胃管期间, 关注患者的负性体验, 注意检查口鼻腔有无红肿、炎症、溃疡等。护理中予患者使用细径硅胶胃管留置, 如福尔凯胃管, 其管径细, 组织相容性好, 对黏膜刺激小。保持患者置管侧鼻腔的湿润, 每天多次用石蜡油或生理盐水进行润滑鼻腔。保持病室湿度, 必要时使用加湿器。常规每天 2 次使用活性银离子漱口液予患者行口腔护理, 以减少口腔异味, 预防感染。患者吞咽功能部分恢复, 康复训练带胃管试吃时, 选用柔软、无刺激、温度偏凉的食物。在试吃结束时, 交代患者多做几次空吞咽, 食用少量温开水, 以减少食物残渣在口腔及食道的粘连。也有报道每天为患者氧气雾化吸入, 雾化液中遵医嘱加入地塞米松、 $\alpha$ -糜蛋白酶以减轻患者咽喉部不适感<sup>[14]</sup>。也有研究显示优美的旋律对缓解疼痛、减轻焦虑和抑郁均有

很好的效果<sup>[15]</sup>。可根据患者的爱好播放舒缓的音乐,缓解患者焦虑烦躁情绪。

## 2.5 充分评估

**2.5.1 评估患者的吞咽功能** 掌握好患者拔除胃管的指征,及时予患者拔除留置胃管。予患者进食训练时,进食一口量以 3~4 mL 开始,逐渐增至 10 mL 左右为宜。患者经口进食量恢复一半以上且无明显呛咳时,即可拔除胃管<sup>[16]</sup>。

**2.5.2 评估患者的精神和情绪** 使用多种镇静评分方法,除使用较常用的 Ramsay 分级评分法外,还可结合其他一些评分方法,如拉姆斯镇静量表、舒适量表、镇静-躁动量表、自主活动评估量表、GCS 昏迷评分量表、简易智能量表、临床痴呆评定表、意识模糊评估法等<sup>[17]</sup>。

**2.5.3 评估患者导管滑脱危险** 根据现在临床上使用的导管滑脱危险因素评估表所存在的不足,许多学者都对其进行了改良和修正,但其中仅仅针对胃管的并不多见。李加平等<sup>[18]</sup>使用的胃管滑脱风险评估方法,从患者的意识状态、肢体活动情况、认知、负性体验等多方面进行每天的动态评估,具有较好的临床实用性。具体方法如下:意识状态(昏迷 0 分、嗜睡/昏睡 1 分、意识模糊 2 分、神志清楚 3 分)、肢体活动能力(双侧完全受限 0 分、1 侧完全受限 1 分、1 侧部分受限 2 分、不受限 3 分)、认知与合作(合作 0 分、不合作 1 分)、患者负性体验(无不适 0 分、稍不适 1 分、很不适 2 分、难以忍受 3 分),评分 1~3 分为低危人群。4~6 分为中危人群。7~9 分为高危人群。

## 2.6 妥善有效的固定胃管

**2.6.1 日常护理** 每天用温水清洁面部,有效祛除面部油脂、汗液等分泌物,每日更换固定的胶布,发现胶布潮湿或松脱时及时更换。

**2.6.2 胶布材质的选择** 可采用黏性和韧性较好的胶布,现临床常用的是 3M 加压胶布,该胶布采用棉布背衬,内含弹力丝,弹性好,透气性佳,不易过敏。丝绸胶布也是较好的选择,其材质柔软、黏性大、易于固定,并且在受潮后变得更黏。

**2.6.3 切实有效的固定方式** 胃管的固定方式也有所改良:①在常规胶布固定的基础上,加 2 根棉线,1 根上拉用胶布固定于额头,1 根两端水平拉至枕后系于耳后<sup>[8]</sup>;②取 3M 加压胶布 3 cm × 5 cm 两块,各剪成“工”字形,将其中一个“工”字形固定于鼻翼部和导管上,另外一个“工”字形固定在导管和一侧面部<sup>[13]</sup>,可采用高举平抬法以减少张力<sup>[19]</sup>。

**2.7 有效的约束** 从维护患者权利等伦理因素考

虑,身体约束不被提倡,对其使用需有严格的限制。潘夏葵等<sup>[20]</sup>强调,强制约束患者只能作为在其他方法都无效的情况下采用的最后一种不得已方法。而且护理人员需掌握约束双手必要性判断指标<sup>[21]</sup>:意识模糊、单纯烦躁、定向力障碍不能配合且无陪护有拔管倾向的置胃管患者。临床最多用的约束工具是手腕棉布约束带和加强型约束手套。随着护理人员对 UEX 越来越重视,涌现出一批先进的约束工具。如带有拉链的多功能约束手套<sup>[22]</sup>、防对指手套式约束带<sup>[23]</sup>、手腕一体保护性约束带等<sup>[24]</sup>。这些既保留了其功能性,又考虑到了患者的舒适性。在予患者使用约束带约束的过程中,护士应该将肌力在 4 级以上的上肢固定在手部附近的床栏上,松紧度以患者移动躯体后手指不能触及胃管为宜,2~4 h 松懈约束带一次,放松时间为 15~20 min,约束期间注意观察约束部位的血液循环、神经功能及皮肤情况,并做好护理纪录。

总之,留置胃管是脑卒中后吞咽障碍患者营养支持的重要措施,随着科学技术的发展,更有效的护理措施及护理材料被应用于预防导管的滑脱。但临床工作发现,UEX 仍时有发生。这需要我们工作中不断发现问题、分析问题、解决问题,坚持持续质量改进,优化制度和流程。提高患者及家属的满意度,提升优质护理服务的质量。这同时也需要医生、护士、患者及家属的共同努力。

## 【参考文献】

- [1] Jarachovic M, Mason M, Kerber K, et al. The role of standardized protocols in unplanned extubations in a medical intensive care unit [J]. *Am J Crit Care*, 2011, 20(4):304-312.
- [2] 董艳,王荔,张澜,等. ICU 胃肠鼻饲患者意外拔管的原因分析和护理对策[J]. *中国医学装备*, 2009, 6(6):38-39.
- [3] 朱海霞,曾萍,黎春芳,等. 胃肠减压患者两种雾化吸入频次雾化效果比较[J]. *护理学杂志:外科版*, 2011, 26(6):41-42.
- [4] 陈桂君,益雯燕,张晨. 脑血管意外患者气管插管非计划性拔管的原因分析及护理对策[J]. *中国医药导报*, 2011, 8(17):124-125, 129.
- [5] 王翠乔,班月敏. ICU 患者留置气囊尿管非计划拔管的原因分析及护理干预[J]. *临床合理用药*, 2014, 7(4A):16-18.
- [6] 方英英,孔小雪. 非计划性拔管的原因分析及对策[J]. *东南国防医药*, 2014, 16(6):652-653.
- [7] 张燕,赵世娣,程晓红,等. BIS 监测联合 Ramsay 镇静评分在预防 ICU 患者非计划性气管拔管中的应用[J]. *中国实用护理杂志*, 2012, 28(36):30-32.
- [8] 刘亚红,孔丽,梁萍,等. 神经内科患者非计划拔除胃管原因分析与对策[J]. *医学研究生学报*, 2003, 16(3):235-237.
- [9] 李慧,刘义兰,张远,等. 2783 例留置管道非计划性拔出情况调查与分析[J]. *中国护理管理*, 2010, 10(12):61-63.

[10] 廖常菊, 丁娟, 张会礼, 等. HFMEA 应用于气管插管非计划性拔管的效果观察[J]. 护理研究, 2015, 29(1): 88-90.

[11] 江开达. 精神病学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 261-269.

[12] 潘夏蓁, 林碎钗, 黄海萍, 等. 持续质量改进在降低 ICU 非计划拔管中的应用[J]. 护理研究, 2007, 21(4): 1015-1016.

[13] 钱援芳, 徐东娥. 根因分析法在住院患者非计划性拔管管理中的应用[J]. 中华护理杂志, 2012, 47(11): 979-980.

[14] 姚丽琴, 苏冰莲, 谢月霞. 集束化护理策略在预防消化内科患者胃管非计划拔管中的应用[J]. 中国临床护理, 2014, 6(2): 111-113.

[15] 杨艳杰. 护理心理学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 143-144.

[16] 徐月花. 康复训练综合疗法治疗脑梗死后吞咽困难[J]. 现代中西医结合杂志, 2008, 17(8): 1252-1253.

[17] 徐俐, 孙慧君, 王岩梅. 意识模糊评估法预防术后胃管非计划性拔管的作用[J]. 上海护理, 2012, 12(3): 55-57.

[18] 李加平, 刘瑞洁, 沈芳, 等. 留置胃管非计划拔管 78 例原因

分析与护理对策[J]. 山西医药杂志, 2014, 43(22): 2706-2708.

[19] 许翠花, 张玉侠, 顾莺, 等. 儿科胃管非计划拔管的现况调查与分析[J]. 上海护理, 2013, 13(2): 21-24.

[20] 潘夏蓁, 方希敏, 包向燕, 等. 身体约束在 ICU 的应用研究[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(10): 1031-1033.

[21] 吴光珍, 杨敏, 王静慧. 循证护理联合简易分指板在预防胃管非计划性拔管中的应用价值[J]. 温州医学院学报, 2013, 43(7): 483-485.

[22] 王姗姗. 多功能约束手套的制作与应用[J]. 护理学杂志, 2012, 27(11): 94.

[23] 董丽, 韩红梅, 许蕾, 等. 防对指手套式约束带的设计与应用[J]. 护理研究, 2011, 25(3): 252.

[24] 周晶, 陈麒羽, 马晶, 等. 手腕一体保护性约束带的设计与应用[J]. 护理学杂志, 2011, 26(14): 7.

(收稿日期: 2015-01-21; 修回日期: 2015-03-10)  
(本文编辑: 黄攸生)

(上接第 134 页)

[6] 张晓文, 邵海枫, 王卫萍, 等. 导致氨基糖苷类药物双圈耐药型鲍曼不动杆菌的相关携带基因研究[J]. 临床检验杂志, 2011, 29(1): 19-21.

[7] Jung S, Yu JK, Shin SH, et al. False susceptibility to amikacin by VITEK 2 in acinetobacter baumannii harboring armA[J]. Ann Clin Lab Sci, 2010, 40(2): 167-171.

[8] 周万青, 沈瀚, 宁明哲, 等. 肠杆菌科细菌对阿米卡星双圈耐药机制探讨[J]. 临床检验杂志, 2013, 31(7): 490-493.

[9] 周万青, 沈瀚, 宁明哲, 等. 导致阿米卡星双圈耐药肠杆菌科细菌耐药性研究[J]. 检验医学, 2013, 28(11): 1012-1015.

[10] 周军, 史伟峰, 糜祖煌. 肺炎克雷伯菌  $\beta$ -内酰胺酶、氨基糖苷类修饰酶、氯己啶-磺胺耐药基因研究[J]. 中国抗生素杂志, 2007, 32(10): 627-630.

[11] 黄支密, 糜祖煌, 储秋菊, 等. 肺炎克雷伯菌临床分离株中出现 16S rRNA 甲基化酶基因 *rmuB* [J]. 中华流行病学杂志, 2008, 29(9): 909-914.

[12] Akers KS, Chaney C, Barsoumian A, et al. Aminoglycoside resistance and susceptibility testing errors in acinetobacter baumannii-calcoaceticus complex[J]. J Clin Microbiol, 2010, 48(4): 1132-1138.

[13] Labbate M, Case, RJ, Stokes HW. The integron/gene cassette system; an active player in bacterial adaptation[J]. Methods Mol Biol, 2009, 532: 103-125.

[14] 张跃进, 常清利, 汪倩, 等. 临床分离肺炎克雷伯菌 I 类整合子的结构与功能[J]. 遗传, 2014, 36(6): 603-610.

[15] Gilad J, Giladi M, Poch F, et al. "All-in-one-plate" E-test and disk diffusion susceptibility co-testing for multiresistant Acinetobacter baumannii[J]. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 2006, 25: 799-802.

[16] Gilad J, Schwartz D. Need for verification of imipenem (IPM),

meropenem (MER) and amikacin (AK) VITEK-2 susceptibility results for Acinetobacter baumannii (Ab) [C] 48th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Washington, DC, 2008; Abstract D-284.

[17] 杨燕, 孙长贵, 陈坚, 等. 用改良 Hodge 试验检测产碳青霉烯酶肠杆菌科细菌[J]. 东南国防医药, 2011, 13(3): 223-225.

[18] 石晓卉, 刘琪, 于湘友. 外科重症监护室临床细菌分布及耐药性监测[J]. 东南国防医药, 2014, 16(4): 349-352.

[19] 冯俊明, 肖光夏, 夏培元, 等. 烧伤创面的细菌分离及其耐药性的初步分析[J]. 华南国防医学杂志, 2011, 25(1): 32-34.

[20] Stone ND, O'Hara CM, Williams PP, et al. Comparison of disk diffusion, Vitek 2, and broth microdilution antimicrobial susceptibility test results for unusual species of Enterobacteriaceae[J]. J Clin Microbiol, 2007, 45(2): 340-346.

[21] Jang W, Park YJ, Park KG, et al. Evaluation of MicroScan Walk-Away and Vitek 2 for determination of the susceptibility of extended-spectrum  $\beta$ -lactamase-producing Escherichia coli and Klebsiella pneumoniae isolates to cefepime, cefotaxime and ceftazidime[J]. J Antimicrob Chemother, 2013, 68(10): 2282-2285.

[22] Lee SY, Shin JH, Lee K, et al. Comparison of the Vitek 2, MicroScan, and Etest methods with the agar dilution method in assessing colistin susceptibility of bloodstream isolates of Acinetobacter species from a Korean university hospital[J]. J Clin Microbiol, 2013, 51(6): 1924-1926.

[23] Sader HS, Fritsche TR, Jones RN. Accuracy of three automated systems (MicroScan WalkAway, VITEK, and VITEK 2) for susceptibility testing of Pseudomonas aeruginosa against five broad-spectrum beta-lactam agents[J]. J Clin Microbiol, 2006, 44(3): 1101-1104.

(收稿日期: 2015-01-26; 修回日期: 2015-02-15)  
(本文编辑: 张仲书; 英文编辑: 王建东)