

# 经内镜下置入鼻空肠管患者术中误吸预防的措施与效果

徐千惠,周冬梅,周岩岩,胡 宽,卢玉文

**【摘要】 目的** 分析预防误吸干预措施在经内镜下置入鼻空肠管术患者中的应用效果。**方法** 应用评分表选取东部战区总医院内镜中心 2019 年 2~5 月经内镜下置入鼻空肠管术的 93 例患者,在常规护理措施的基础上实施预防误吸的干预措施,观察误吸发生率。**结果** 93 例患者中发生误吸仅 2 例(2.15%),其中评分>5 分的误吸高危患者未发生误吸,干预有效。**结论** 对内镜下置入鼻空肠管患者采取预防误吸的干预措施可降低误吸发生率,保证内镜下置入鼻空肠管患者的安全。

**【关键词】** 内镜;鼻空肠管;误吸;防范措施;效果观察

**【中图分类号】** R473.5

**【文献标志码】** B

**【文章编号】** 1672-271X(2020)05-0527-03

**【DOI】** 10.3969/j.issn.1672-271X.2020.05.017

## 0 引言

近年来,术后早期和危重症患者的营养支持主要依靠肠内营养的方式,而鼻空肠管作为肠内营养的主要途径,其置入方法有多种,如内镜下置管法、盲插法、X 线透视下置管法等<sup>[1]</sup>。其中,内镜下置管在可视下完成、置管成功率高,已作为床边盲插困难患者很好的补充<sup>[2]</sup>。临床中经内镜引导下鼻空肠管途径的建立,多为危重症患者,其气道防御反射较差,且胃蠕动功能较差,易发生胃潴留,胃内容物易反流导致误吸<sup>[3]</sup>。误吸即胃内容物逆流至声门以下的呼吸道,从而使患者发生呛咳、肺部感染、窒息等并发症<sup>[4]</sup>。本文主要探讨如何降低经内镜下置入鼻空肠管操作过程中误吸的发生率,保障患者安全,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院内镜中心 2019 年 2~5 月经内镜下置入鼻空肠管术的 93 例患者。纳入标准:

①需经内镜下置入鼻空肠管术的患者;②年龄 40~70 岁;③应用《误吸风险评估表》<sup>[5]</sup> 评分 $\geq 2$  分的患者;④患者或家属签署知情同意书。排除标准:①术前已有误吸的患者;②术中未成功放置鼻肠管的患者。

**1.2 方法** 在常规护理的基础上行预防误吸的干预护理,具体内容如下。

**1.2.1 设立监控小组** 由护士长、护理组长、总带教和 1 名护师组成,主要负责误吸的风险管理,包括术前对科室护士进行误吸的专项培训;制订并落实预防误吸的干预措施;术后进行效果评价<sup>[6]</sup>。由小组成员担任患者的责任护士,其余岗位护士在责任护士的带领下各司其职,最终由责任护士依据误吸评判标准判定患者是否发生误吸。

**1.2.2 预防误吸培训** 由误吸预防监控小组对科室护士进行预防误吸的专项培训并进行考核。培训内容:①理论知识培训,学习经内镜下置入鼻空肠管术的操作流程、误吸的风险预案、常用急救药品的说明;②操作技术培训,经内镜下置入鼻空肠管术的护理配合、心肺复苏、简易呼吸球囊的使用及与预防处置误吸相关的技能,如异物排除法、负压吸引器的正确使用方法及故障排除法;③临床实践能力培训,筛选误吸高危人群的能力,判断误吸

基金项目:国家临床护理重点专科项目(2016ZDK001)

作者单位:210002 南京,东部战区总医院(原南京军区南京总医院)内镜中心(徐千惠、周冬梅、周岩岩、胡 宽、卢玉文)

通信作者:卢玉文, E-mail:1182625062@qq.com

的能力,干预误吸的能力,处置误吸的能力。培训方法:利用每周一周会时间,总带教向科室护士进行预防误吸的内容培训,每周五由护理组长通过发放问题答卷或操作考试进行考核,时长 4 周,最终由护士长进行点评和总结<sup>[7]</sup>。

**1.2.3 制定干预措施** 采用《误吸风险评估表》筛选出误吸高危人群,针对误吸高危人群进行预防误吸的干预措施。误吸预防监控小组通过查阅文献并结合相关资料<sup>[8-9]</sup>,制定干预措施。①术前标识:由准备间护士在误吸高危人群的转运床上做好颜色标识,评分 2~3 分患者采用绿色标识,4~5 分患者采用黄色标识,6 分以上患者采用红色标识,用颜色标识区分患者高危程度并与责任护士做好交接;②术前预吸氧:若患者吞咽功能弱或咳嗽反应弱,遵医嘱进行术前吸氧 10~15 min,以减轻喘息,避免咳嗽导致误吸;③术中体位管理:若患者胃动力不足、有上消化道手术史或怀疑胃潴留时,制作角度标识,将患者床头抬高 30°,减少胃内容物向食道返流;④术中配合勿反复刺激咽喉部:在内镜视野下放置鼻空肠管,防止鼻肠管在咽喉部打圈或误入呼吸道,以刺激患者咽喉从而诱发咳嗽,引起误吸;⑤术中配合护士分工明确:责任护士将检查室护士分为台上护士(观察患者)和台下护士(配合操作),由台上护士密切观察患者的呼吸、脉搏、血压、血氧饱和度及是否发生呛咳等情况,一旦患者有误吸前兆,台下护士准备急救物品,高效配合以预防误吸的发生;⑥术后加强心理护理:责任护士给予患者及家属充分的宣教和心理护理,告知患者相关注意事项,嘱其勿因置入鼻空肠管后口腔有异物感而过度紧张、焦虑,防止唾液分泌过多发生误吸及防止因不适将鼻肠管咳出,导致放置无效。

**1.2.4 建立误吸上报制度** 误吸预防监控小组每 2 周召开组内讨论会,根据误吸的案例、原因、对应的护理措施及效果,再次进行讨论整改,并持续质量改进<sup>[10]</sup>。

**1.3 评价指标** 观察患者误吸发生率,责任护士负责记录患者情况,若患者在未符合离院标准前有以下任何一种症状,视为误吸:①出现刺激性呛咳,且脉氧持续下降;②明显气促,听诊可闻及肺部湿啰

音;③吸痰时,气管内吸出胃内容物;④影像学检查见有气管痉挛、肺纹理增粗等炎性反应<sup>[11]</sup>。

## 2 结 果

2019 年 2~5 月行内镜下置入鼻空肠管术的 93 例患者经预防误吸的干预后,仅 2 例发生误吸,误吸发生率为 2.15%。此外,术前经《误吸风险评估表》评估,评分 2 分 18 名;3 分 34 名,4 分 23 名,5 分 11 名,6 分 5 名,7 分 2 名,发生误吸患者的术前评分分别为 3 分及 4 分,发生原因为胃切除术后胃内潴留液反流致误吸及鼻空肠管在咽喉部打圈致误吸,其余误吸高危者未发生误吸,干预有效。

## 3 讨 论

**3.1 设立误吸预防监控小组提高误吸风险管理质量** 由误吸预防监控小组整体负责经内镜下置入鼻空肠管患者发生误吸的相关事宜,包括术前对科室护士进行误吸的专项培训、指导护士如何评估及识别误吸高危人群;术中制定预防误吸的干预措施可有效干预误吸并能及早采取应对措施以减少误吸的发生;术后定期召开会议,针对上报的误吸案例、原因、采取的护理措施、结果进行分析和效果评价。误吸预防监控小组根据临床实践中的反馈再次进行讨论,并吸取经验教训进行整改,以不断优化预防误吸管理的各个环节,将改善后的措施应用于接下来的误吸风险管理中。

**3.2 误吸相关培训规范了护理操作** 提高护士筛选误吸高危人群的能力、判断误吸的能力、干预误吸的能力、处置误吸的能力;改善常规护理工作中护士对误吸所缺乏的护理安全意识,使护理工作具备科学性及严谨性<sup>[12]</sup>。同时,科室护士在误吸专项培训后能够从以往被动处理误吸风险到如今积极预防误吸的发生,且能运用培训所学的知识主动向患者及家属落实健康宣教,确保健康教育的完整性和连续性,使护理工作得以延续。

**3.3 落实预防误吸的干预措施** 正确使用《误吸风险评估表》能够快速有效地筛选出误吸高危患者,并对筛选出的患者再落实一系列有针对性地干预措施,使后续护理工作更加科学、高效<sup>[13]</sup>。根据

相关资料并查阅文献,制定并落实改进措施后,误吸发生率降低,由此可见,只有对误吸的原因进行分析和改进才能发现问题所在,减少因同样的原因再次造成误吸的现象,才能制订出合理有效的改进措施。

针对内镜下置入鼻空肠管患者设立误吸预防监控小组、对误吸风险预防进行专人专项培训、正确使用《误吸风险评估表》对误吸高危人群进行积极干预、优化预防误吸的干预措施,可降低误吸风险发生,提高护理工作质量和工作效率,从而更加保证了患者的安全。

#### 【参考文献】

- [1] 王晨光,傅芬兰,张鹏程,等.全胃切除术后早期肠内营养的临床研究[J].东南国防医药,2013,15(1):30-32.
- [2] 刘晓琳,沙正布,刘敏,等.鼻内镜下双导丝引导置入鼻空肠管和鼻胃管的方法及护理配合[J].实用临床护理学杂志,2018,3(21):48-49.
- [3] 余志阳,郑大东,徐苗苗,等.经皮内镜下胃造口空肠置管术在意识障碍患者中的应用[J].东南国防医药,2013,15(5):443-445.
- [4] 赖慧晶,区智凤,吴怡卿.运用 FMEA 预防留置胃管鼻饲患者吸入性肺炎的效果分析[J].护理管理,2018,15(13):94-98.
- [5] 江念.误吸高危评估表在预防心外科患者误吸中的应用[J].当代护士,2016(2):41-43.
- [6] Mauti T, Berra L, Kumwilaisak K, et al. Later-horizontal patient position and horizontal orientation of the endotracheal tube prevent aspiration in adult surgical intensive care unit patients. A feasibility study [J]. *Resp Care*, 2010, 55(3):294-302.
- [7] 唐楚璇,杨富英,刘玉群.教育干预对护士预防误吸知识和护理行为的影响研究[J].广州医药,2018,49(5):115-121.
- [8] 陆海燕,龙海秋.进食安全管理在脑卒中吞咽障碍所致误吸的效果护理[J].现代护理,2019,17(19):85-86.
- [9] McClave SA, Taylor BE, Martindale RG. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A. S. P. E. N.) [J]. *JPEN*, 2016, 40(2):159-211.
- [10] 朱丽群,黄贤凤,赵雪晴,等.老年住院患者预防误吸的管理及质量控制[J].医学临床专集,2017:462-463.
- [11] 王颖,付红.肠内营养护理小组在降低神经内科重症患者误吸风险中的作用[J].*Today Nur*, 2018, 25(7):32-34.
- [12] Chan ZC. A systematic review of critical thinking in nursing education[J]. *Nur Educ Today*, 2013, 33(3):236-240.
- [13] 叶春,张忻平,王希泽,等.老年胃癌患者围手术期营养评估及术后早期肠内营养的临床研究[J].东南国防医药,2015,17(6):579-582.

(收稿日期:2020-01-19; 修回日期:2020-06-09)

(责任编辑:刘玉巧)