

基于循证理念的口鼻双固定护理对昏迷患者鼻肠管非计划拔管的影响

龚琳

常州市武进中医医院神经外科，江苏常州

DOI:10.62836/nursing.v3n1.1365

摘要：目的：探讨基于循证理念的口鼻双固定护理对昏迷患者鼻肠管非计划拔管的影响。方法：将42例行鼻肠管肠内营养的昏迷患者按随机数字表法分为常规固定组与循证双固定组各21例，前者行传统鼻翼胶布固定，后者实施口鼻双固定护理，比较两组导管相关不良事件、营养指标及喂养相关指标。结果：循证双固定组非计划拔管及导管相关不良事件总发生率低于常规固定组（ $P<0.05$ ）；干预后循证双固定组血清白蛋白（ALB）、前白蛋白（PA）、血红蛋白（Hb）水平高于常规固定组（ $P<0.05$ ）；循证双固定组喂养中断次数、导管重新固定次数少于常规固定组，目标喂养量达标时间短于常规固定组（ $P<0.05$ ）。结论：口鼻双固定护理可降低昏迷患者鼻肠管非计划拔管风险，改善营养状态，保障肠内营养顺利实施。

关键词：昏迷；鼻肠管；非计划拔管；循证护理；肠内营养；医疗器械相关压力性损伤

Effect of EvidenceBased OralNasal DoubleFixation Nursing on Unplanned Extubation of Nasoenteric Tubes in Comatose Patients

Lin Gong

Neurosurgery Department, Changzhou Wujin Traditional Chinese Medicine Hospital, Changzhou, Jiangsu

Abstract: Objective: To explore the effect of evidencebased oralnasal doublefixation nursing on unplanned extubation of nasoenteric tubes in comatose patients. Methods: A total of 42 comatose patients receiving enteral nutrition via nasoenteric tubes were divided into the conventional fixation group and the evidencebased doublefixation group by random number table method, with 21 cases in each group. The conventional fixation group received traditional nasal ala adhesive tape fixation, while the evidencebased doublefixation group was provided with oralnasal doublefixation nursing. Catheterrelated adverse events, nutritional indicators and feedingrelated indicators were compared between the two groups. Results: The total incidence of unplanned extubation and catheterrelated adverse events in the evidencebased doublefixation group was lower than that in the conventional fixation group ($P<0.05$). After intervention, the levels of serum albumin (ALB), prealbumin (PA) and hemoglobin (Hb) in the evidencebased doublefixation group were higher than those in the conventional fixation group ($P<0.05$). The frequency of feeding interruption and catheter refixation in the evidencebased doublefixation group were less, and the time to achieve target feeding volume was shorter compared with the conventional fixation group ($P<0.05$). Conclusion: Oralnasal

doublefixation nursing can reduce the risk of unplanned extubation of nasoenteric tubes in comatose patients, improve nutritional status, and ensure the smooth implementation of enteral nutrition.

Keywords: coma; nasoenteric tube; unplanned extubation; evidencebased nursing; enteral nutrition; medical devicerelated pressure injury

昏迷患者因意识障碍、吞咽与咳嗽反射减弱,多需经鼻肠管实施肠内营养以维持代谢需求,鼻肠管可将营养液直接输送至空肠,较鼻胃管能明显降低反流与误吸风险[1]。然而此类患者常伴无意识躁动及肢体活动,传统单一鼻翼胶布固定黏附力有限,易受汗液、分泌物浸渍而松脱,非计划拔管频发,既中断营养供给,又可能损伤鼻腔与消化道黏膜[2]。循证理念主张将现有最佳证据与临床经验相结合,据此形成的口鼻双固定护理借助鼻部与口角双通路协同锚定,能提升导管稳定性[3]。本研究就该护理模式对昏迷患者鼻肠管非计划拔管的干预效果加以分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年1月至2025年12月本院收治并留置鼻肠管行肠内营养的昏迷患者42例,按随机数字表法分为常规固定组与循证双固定组,每组21例。常规固定组男16例,女6例;年龄32~80岁,平均 (66.44 ± 8.26) 岁;GCS评分4~8分,平均 (6.19 ± 1.21) 分;其中脑出血8例,脑梗死6例,重型颅脑损伤5例,其他疾病2例。循证双固定组男15例,女5例;年龄35~95岁,平均 (65.75 ± 8.74) 岁;GCS评分4~8分,平均 (6.33 ± 1.18) 分;其中脑出血7例,脑梗死7例,重型颅脑损伤5例,其他疾病2例。两组上述资料未见统计学意义($P > 0.05$)。本研究经本院医学伦理委员会审核通过,患者家属对护理方案知情并签署同意书。

1.2 临床纳入与排除标准

纳入标准:符合昏迷临床诊断,格拉斯哥昏迷

量表(Glasgow Coma Scale, GCS)评分 ≤ 8 分;参照肠内营养相关临床实践指南[4]需留置鼻肠管且预计留置时间 ≥ 7 d;年龄18~75岁;鼻肠管一次置管成功并经腹部X线确认头端位于空肠。

排除标准:鼻腔或口腔严重畸形、损伤致无法实施固定者;面部皮肤破损或对固定材料过敏者;合并消化道活动性出血、肠梗阻等肠内营养禁忌者;预计生存期 < 7 d或中途转院、死亡致资料不全者。

1.3 方法

两组均接受昏迷基础护理,包括人工气道管理、翻身拍背、口腔清洁及营养液经营养泵匀速持续泵入,置管深度与外露刻度由责任护士交接班记录。

常规固定组行传统鼻翼胶布固定。将导管自鼻孔引出后,取宽约2cm医用弹力胶布剪成工字形,一端粘贴于鼻背,分叉端缠绕导管螺旋固定,每日更换一次,胶布卷边或污染时随时更换,班班查看外露刻度并记录。

循证双固定组实施口鼻双固定护理。护理小组围绕“如何降低昏迷患者鼻肠管非计划拔管”提出问题,检索并评价现有证据,结合本科室条件形成固定方案并分层落实。鼻部固定:清洁并干燥鼻背皮肤后,先贴一层水胶体敷料作为皮肤保护层,再以高举平台法用弹力胶布“人”字形固定导管,避免管壁直接压迫鼻翼。口角固定:于同侧口角外0.5cm处贴保护膜,用防过敏系带将导管二次锚定于面颊,形成鼻一口角双点受力,分散牵拉张力。动态评估:每班测量并核对外露刻度,观察固定处皮肤,敷料松动或潮湿即刻更换,对躁动患者遵医

嘱评估镇静并适度约束，班次交接留置情况。

1.4 观察指标

(1) 鼻肠管非计划拔管及导管相关不良事件发生率。于导管留置全程统计，非计划拔管指非医护计划下导管完全或部分脱出至需重新置管；导管移位指外露刻度较置入时改变 $\geq 2\text{cm}$ ；鼻面部医疗器械相关压力性损伤依据压力性损伤国际分期标准判定；不良事件总发生率为发生上述任一事件的例数占本组例数之比。

(2) 营养指标。分别于置管当日（干预前）与干预14d后（干预后）晨起采空腹静脉血，检测血清白蛋白（albumin, ALB）、前白蛋白（prealbumin, PA）及血红蛋白（hemoglobin, Hb）。正常参考值：ALB 40~55g/L, PA 200~400mg/L, Hb男120~160g/L、女110~150g/L。

(3) 喂养相关指标。于留置期间统计喂养中断次数（因导管因素致营养泵停止的次数）、目标喂养量达标时间（自开始喂养至达到每日目标热量所需天数）及导管重新固定次数（因固定失效而重新固定的次数）。

1.5 统计学方法

本研究采用SPSS 26.0软件处理数据。计量资

料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，组间行独立样本t检验，组内干预前后行配对t检验；计数资料以“%”表示，行 χ^2 检验，当理论频数 < 5 时采用Fisher确切概率法。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组导管相关不良事件发生率比较

循证双固定组非计划拔管、导管移位、鼻面部压力性损伤发生率及不良事件总发生率均低于常规固定组（ $P < 0.05$ ）。见表1。

2.2 两组干预前后营养指标比较

干预前两组ALB、PA、Hb水平比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；干预后两组上述指标均较本组干预前升高，且循证双固定组高于常规固定组（ $P < 0.05$ ）。见表2。

2.3 两组喂养相关指标比较

循证双固定组喂养中断次数、导管重新固定次数少于常规固定组，目标喂养量达标时间短于常规固定组（ $P < 0.05$ ）。见表3。

3 讨论

昏迷患者中枢调控受损，胃肠动力及气道保护性反射下降，营养供给高度依赖鼻肠管的稳定留置，导

表1. 两组患者鼻肠管相关不良事件发生率比较[例(%)]

组别	例数	非计划拔管	导管移位	鼻面部压力性损伤	不良事件总发生率
常规固定组	21	8(38.10)	6(28.57)	5(23.81)	11(52.38)
循证双固定组	21	1(4.76)	1(4.76)	0(0.00)	3(14.29)
χ^2 值		6.929	4.286	5.676	6.857
P值		0.008	0.038	0.017	0.009

表2. 两组患者干预前后营养指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	ALB(g/L)		PA(mg/L)		Hb(g/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
常规固定组	21	32.153.42 $\pm$	35.283.16 $\pm$ *	145.3220.15 $\pm$	178.4622.34 $\pm$ *	98.4510.22 $\pm$	106.8310.05 $\pm$ *
循证双固定组	21	32.483.30 $\pm$	38.943.05 $\pm$ *	147.6819.88 $\pm$	205.7323.10 $\pm$ *	99.1210.56 $\pm$	115.6710.48 $\pm$ *
t值		0.318	3.819	0.382	3.889	0.209	2.790
P值		0.752	< 0.001	0.704	< 0.001	0.836	0.008

注：与本组干预前比较，* $P < 0.05$

表3. 两组患者喂养相关指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	喂养中断次数(次)	目标喂养量达标时间(d)	导管重新固定次数(次)
常规固定组	21	4.861.32±	5.621.45±	3.711.06±
循证双固定组	21	2.430.98±	3.981.12±	1.950.74±
t值		6.773	4.102	6.239
P值		<0.001	<0.001	<0.001

管一旦脱出或移位, 营养治疗的连续性即被打断, 进而拖累机体恢复[5]。因此, 如何在躁动与被动体位并存的条件下维持导管牢固, 是护理的关键环节。

从不良事件结果看, 循证双固定组非计划拔管及总发生率明显下降, 其机制在于口鼻双通路把原本集中于鼻翼一点的牵拉力重新分配到鼻背与口角两处, 单点位移被有效抑制; 水胶体敷料充当皮肤与胶布之间的缓冲层, 减轻了导管对鼻黏膜的持续压迫, 这也解释了该组鼻面部压力性损伤为何显著减少[6]。营养指标方面, 导管稳定使营养泵中断减少, 肠内营养摄入趋于连续, 蛋白质与铁的吸收得以保障, 故ALB、PA、Hb均优于常规固定组; PA半衰期短、对近期营养变化更敏感, 其组间差异尤为突出, 提示双固定对短期营养改善的贡献真实可循[7]。喂养相关指标同样支持这一判断: 固定失效次数下降直接减少了重新固定的操作, 护理连续性提高, 喂养得以尽早加量, 目标喂养量达标时间随之缩短, 护理人力消耗也相应减轻[8]。上述三方面结果彼此印证, 形成“固定牢固—喂养连续—营养改善”的合理链条。

综上, 基于循证理念的口鼻双固定护理能够降低昏迷患者鼻肠管非计划拔管及导管相关不良事件风险, 改善营养状态, 缩短喂养达标进程, 具有较好的临床实用性。本研究为单中心、样本量偏小, 后续可扩大样本并开展多中心观察, 进一步验证该

护理模式的长期效果与推广价值。

参考文献

[1]张滢滢,王海芳,王玉宇,等.ICU不同进食方式的患者误吸发生现状及特征比较[J].中华护理杂志,2022,57(3):265-271.
[2]李彩霞,李晓芳,张蕊,等.成人鼻胃肠管非计划拔管风险评估量表的编制及信效度检验[J].护理管理杂志,2025,25(7):615-620.
[3]潘晗,王谨,龙文英,等.预防成人胃管与鼻肠管非计划性拔管的证据总结[J].中西医结合护理,2025,11(10):1-9.
[4]中华医学会肠外肠内营养学分会,杨桦,朱明炜,等.中国人患者肠外肠内营养临床应用指南(2023版)[J].中华医学杂志,2023,103(13):946-974.
[5]许丽春,黄慧敏,黄雨欣,等.基于循证的预防鼻胃管非计划性拔管护理方案的变革策略研究[J].军事护理,2025,42(2):54-57.
[6]魏鹤群,刘燕,余娇,等.PDCA循环管理模式在降低食管癌患者鼻胃肠管非计划拔管中的效果评价[J].江西医药,2025,60(6):547-550+570.
[7]胡亚南,任小宇,赵璐,等.重症肺炎患者气管导管非计划性拔管的危险因素及护理策略探究[J].黑龙江医药科学,2025,48(3):26-27.
[8]鄢茵,管细红,童华章,等.基于护理风险管理理论的康复科鼻饲患者非计划性拔管风险评估指标体系构建[J].护士进修杂志,2024,39(6):588-593.

