

非计划拔除胃管的原因分析与护理对策

胡萍, 赵成敏 (浙江省温州市第二人民医院, 浙江 温州 325000)

神经内科患者由于疾病因素常常会导致意识不清、球麻痹^[1], 不同程度存在吞咽困难, 需要留置鼻胃管, 给予鼻饲用药及营养支持, 达到治疗疾病和维持机体所需能量。留置鼻胃管期间, 由于各种原因, 经常发生意外拔管, 意外拔管可造成鼻黏膜损伤和出血, 鼻饲液返流等并发症。重新插管不仅会增加患者的身心痛苦, 造成不必要的损伤, 甚至会导致病情加重, 同时还会增加经济上的负担和护士的工作量。为了避免发生意外拔管, 需要采取恰当的防护措施, 尽量减少患者再次受到伤害与减轻护理人员的工作负担。

1 临床资料

1.1 病例资料

我院神经内科 2008 年 10—12 月期间留置鼻胃管患者 19 例, 发生意外拔管 15 例。15 例中男 9 例, 女 6 例, 年龄 55~82 岁。诊断为缺血性脑梗塞 11 例, 出血性脑梗塞 4 例。

1.2 拔管原因

15 例非计划拔管的原因见表 1。意识模糊的 10 例中, 谵妄 7 例, 嗜睡 3 例, 意识模糊状态下发生意外拔管率较高。肢体肌力 IV 级及以下 7 例, 操作不当包括喂养不当至呕吐或管道堵塞 3 例, 翻身牵拉或转运过程中发生脱管 4 例, 看管不严, 自行拔除 8 例。拔管次数最多 4 次, 置管时间最短 1.5 h。

表 1 非计划拔管原因

原因	例数	原因	例数
意识状况		拔管时间	
清醒	5	白天	3
模糊	10	夜晚	12
肢体活动		置管时间	
正常	8	≤12 h	8
偏瘫	7	拔管次数	
固定方法		≤2	12
传统	15	≥2	3
加强	0	操作不当	
肢体约束		堵管	3
有	5	翻身	2
无	10	转运	2
		其他	8

1.3 护理对策

1.3.1 胃管选择与插入长度 采用硅胶带帽鼻胃管, 硅胶胃管弹性好, 无异味, 与组织相容性强。插管时增加插入长度^[2], 由于胃贲门处于半开放状态, 胃溶液易返流, 导致呕吐等并发症, 增加脱管危险性, 根据常规深度再插入 7~10 cm, 使胃管接近幽门部, 可有效制止鼻饲液的返流, 预防与减少并发症的发生。

1.3.2 妥善固定胃管 患者常常伴有意识状态的改变, 妥善固定胃管相当重要。常规用 Y 型 3M 透明胶布固定于鼻梁, 常规每天更换胶布 1 次, 及时擦去面部的油渍、汗渍, 鼻腔内分泌物、汗多或分泌物多时随时更换。针对躁动不安、意识模糊患者, 除一般固定外, 使用棉线加强固定^[3], 方法为在上唇靠近鼻腔 0.5 cm 处系住鼻胃管端打一死结, 然后缠绕头部 1 圈固定于患者的耳后或枕后, 防止拔管。

1.3.3 加强巡视 首次插入鼻胃管后, 记录插入深度, 每班记录鼻胃管外露长度, 注意观察标记的变化, 及早发现鼻胃管是否脱出。对于躁动不安患者, 向家属解释做好配合看护工作, 加强护士工作责任心, 尤其应增加夜间巡视次数, 对于有拔管危险的患者及曾经拔管患者, 在患者一览表上与床头做好醒目的标记, 采取预见性防护措施, 减少意外拔管发生。

1.3.4 约束带使用 仔细观察患者病情及情绪的变化, 对有躁动不安与谵妄的病人, 按医嘱给予镇静剂或约束带约束双上肢^[4], 并经常检查约束带有无松散。约束带放置的位置不能离床头太近, 避免自行拔管, 使用约束带时应密切观察局部血运, 定时松开。护士应掌握翻身技巧, 协助患者翻身时动作轻柔, 避免强行牵拉, 搬运时有专人看护, 暂停鼻饲液滴注, 妥善固定鼻胃管。

1.3.5 加强健康宣教 组织护士学习留置鼻胃管的安全管理, 耐心向患者及家属做好解释工作, 加强对家属和陪护的健康宣教力度, 强调意外拔管造成的伤害和不良后果及带管床上活动的注意事项^[5], 引起重视, 取得配合。鼻饲期间, 做好口腔护理, 减少口腔内细菌繁殖。长期置管鼻饲者, 胃管应定时更换。

1.4 实施效果

采取相应护理措施的 1 年中, 非计划拔管发生率明显下降, 效果明显。2009 年 69 例留置鼻胃管患者非计划拔管发生率明显下降, 尤其是夜间拔管发生率明显下降, 拔管次数也下降了 50.0% (表 2)。

源主要来自人们活动产生的声音,候诊、输液区域人员密度高,且行为习惯不良,随意大声讲话、打手机的现象普遍存在。分析二氧化碳超标原因,主要与建筑物通风设施不佳与场所人群密度高最为相关。

建筑物通风设施包括自然通风与机械通风。影响建筑物自然通风的因素有建筑物的形状、朝向、门窗以及布局,目前大型医院建筑由于受占地面积的限制,只能向高深发展以获得更多的建筑面积,造成建筑物朝向不理想,布局不佳,加上内部分隔不合理等因素,室内自然通风条件较差。本次所调查的部分候诊、输液场所,窗户很少,甚至有不合理分隔造成没有窗户,无法利用自然通风来实现通风换气。此外,在自然通风无法实现而需依赖机械通风时,又由于通风设备管理不善,造成新风量不足,这样空气质量就受到很大影响。本次调查选择了2个不同通风条件的场所进行观察对照,其中一场所没有窗户且机械通风新风量仅为设计要求的30%,另一场所窗户占墙面积的16.67%,有一定新风量补充,在人员密度相似的情况下,两者空气中二氧化碳浓度差异有统计学意义。前者浓度均数为国家标准的1.45倍,而后者均在标准以内。

本文结果显示,冬、夏、春3个季节的二氧化碳合格率分别为0.00%、33.33%和38.89%,冬季明显比夏、春季差,也说明了与场所通风条件相关,冬季往往为了保温而很少开窗户。

人员密度因素对空气中二氧化碳浓度的影响是十分明显的,在对2个场所人员密度与二氧化碳浓度关系的追踪检测中发现,随着人员密度的上升,二氧化碳浓度也上升,经统计分析,人员密度与空气中二氧化碳浓度呈直

线正相关。提示医疗机构在机械通风设施的使用管理上,对日益上升的日均门急诊病人数量应有足够新风量的考量。

集中空调通风设备除了新风量问题以外,设备清洗等日常管理问题也较为突出,本次调查的医院自空调系统安装以来从未进行过清洗,因而出现了PM₁₀及细菌总数指标的超标现象。

根据本次调查结果,建议政府卫生监管部门和相关医疗机构要重视上述存在的问题,采取综合性管理措施改善候诊、输液区域空气和环境质量。医院建筑物建设时的建筑设计至关重要,要把好建筑设计卫生审核关,避免建筑物结构、形状与布局不科学的问题,保证建筑物有良好的自然通风。要加强医院集中空调的设计和使用管理,特别在设计阶段,针对当前日益增加的日均就诊病人数量,要考虑足够的新风量。要严格执行《公共场所集中空调通风系统卫生管理办法》等规范,定期开展集中空调通风系统的清洗,并有应对突发公共卫生事件的空气净化消毒处置能力。对最为突出的二氧化碳问题,除上述措施予以改善之外,建议在主要场所安装空气中二氧化碳浓度在线监测设备,及时获得有评价意义的数据,使通风系统科学合理地运作。

4 参考文献

- [1]李志春. 成都区县二乙及以上医院候诊室卫生状况调查[J]. 医学动物防制, 2006, 22(10): 763-764.
- [2]唐晓敏, 梁克为, 杨振洲, 等. 医院空气监测及结果分析[J]. 中华医院感染学, 2003, 13(2): 133-134.

(收稿日期: 2010-06-29)

(上接第470页)

表2 实施护理对策前后非计划拔管情况的比较

时间	插管数	拔管数	最多拔管次数	拔管发生率(%)	夜间拔管发生率(%)
改进前(3个月)	19	15	4	78.9	80
改进后(12个月)	69	24	2	34.8	45.8

2 讨论

神经内科患者受疾病的影响,意识常常会发生改变,当患者清醒后经常会产生情绪激动、焦虑、恐惧等心理。如患者出现躁动不安,而又未及时采取约束等防范措施,极易发生意外拔管。我们通过正确的评估,及时发现意外拔管的危险因素,采取积极有效的护理对策,使非计划拔管发生率明显下降至最低限度,减少了因意外拔管造

成的不良后果,从而提高了临床护理质量,提高了患者的满意度。

3 参考文献

- [1]陈银仙. 假性球麻痹患者吞咽困难的护理[J]. 现代中西医结合杂志, 2008, 17(10): 1604-1605.
- [2]郑秀先, 李雪松, 李琦, 等. 改进鼻饲管置入长度对重型颅脑损伤患者相关并发症的影响[J]. 护理学报, 2007, 14(4): 5-7.
- [3]张刘洋, 黄琴. 棉线绳胃管固定法的临床观察和探讨[J]. 当代护士(学术版), 2007, (11): 112-113.
- [4]陈爱萍, 蔡虹. ICU患者非计划性拔管及相关研究进展[J]. 中华护理, 2007, 42(10): 934-937.
- [5]步惠琴, 王黎梅. 应用持续质量改进方法防止非计划性拔管[J]. 护理与康复, 2007, 6(2): 133-135.

(收稿日期: 2010-05-10)