1例长期卧床老年患者反复鼻胃管置入致上消化道出血的原因分析

**摘要**：本文通过对本科室一例长期卧床老年患者反复置入鼻胃管的观察，分析总结导致上消化道出血的几个原因，包括解剖方面，患者自身的疾病原因，药物因素，以及操作者的注意事项等，为临床护理工作提供参考，为患者提供更完善的优质护理服务。

**关键词: 老年患者；鼻胃管置入；上消化道出血；护理安全**

留置鼻胃管是临床常见的操作，前提是患者胃肠功能正常，对于不能经口进食，病情危重，有吞咽功能障碍的的患者大多需留置胃管，便于肠内营养支持治 疗，保证病人摄入足够的营养，水分和药物，尤其是对于长期卧床不起，伴有瘫痪切已发生吞咽功能障碍的患者，鼻胃管置入是一种即安全有经济的营养支持的方法，又有助于动态了解胃液的颜色、性质和量，以便判断有无并发症的发生; 在 置管过程中，有可能因反复置管损伤消化道，从而导致消化道出血，在临床上不多见，易被忽略，存在一定的安全隐患，可危及患者生命。本科于 2019 年11 月发生1例长期卧床老年患者反复留置胃管导致上消化道出血，为了提高护理质量，确保患者医疗安全，更好地为患者服务， 现将临床护理中发生的 1 例长期反复放置胃管致上消化道出血的报道如下。

**1.病例介绍**

患者，男性，92 岁，2016年起入住我科，因长期卧床且存在吞咽功能障碍，患者于2019年10月办理出院并再入院，时入院诊断: 冠状动脉粥样硬化性心脏病，慢性心功能不全。多发腔隙性脑梗塞。脑梗死后遗症。血管性痴呆。帕金森综合征。慢性阻塞性肺病、两肺多发肺泡。高血压3级。双下肢闭塞性动脉硬化、前列腺增生，患者目前肺部感染，近期血压偏低，肢体末梢循环差，年老体弱，病情危重，目前给予抗感染(头孢类)，化痰，止血，抗休克等治疗等，该患者无胃管置入术禁忌症，2019 年 11 月 11 日 上午遵医嘱行胃管重置术，操作前准备完成后，按标准流程进行操作，置管过程顺畅、无明显阻力，置入 60 cm 后，经胃管抽吸出 少许白色液体，管末端连接无菌注射器打入 20 ml 空气，未听见 明显的气过水声，高年资护士进一步确认后证实胃管在胃内，询问患者无特殊不适症状后，妥善固定胃管。置管当日予以床边胸片不能证实在胃内，后遵医嘱予以拔出。患者于11月15日再次胃管置入，重复上述操作，予以床边胸片未见明显异常，胃管通常在位，妥善固定，于当日晚间回抽无胃液有阻力感，协助翻身后无胃液无助力感，常规鼻饲。置管当日予以床边胸片：脊柱重叠处及左侧见管状影，管头位于胸11水平，11月16日早晨鼻饲时推注阻力明显，更换体位后仍有助力，遵医嘱予以拔出5cm，保留胃管55cm，再次验证在胃内，后常规鼻饲，晚间回抽可见淡红色液体，回抽约30ml，留取胃内容物送检可见隐血阳性，继而医生予以完善相关检查后诊断为上消化道慢性隐形出血。遵医嘱予以加用止血药物应用等对症处理，随访。

病情回顾: 追踪胃管置入史，患者2016年起保持鼻胃管置入状态，胃管是到期更换置入，如此反复进行，至今鼻胃管置入史约5年，我科室均使用一次性使用鼻胃肠管，有效期42天，患者自入我科至今2019年11月份反复置入鼻胃肠管约40余次。

**2.原因分析**

**2．1解剖因素**

一、食管或者胃的物理性损伤：食管全长约25cm，是消化道各部中最狭窄的部分，全长有三个生理性狭窄。第一狭窄是，是食管的起始处，位于咽与食管相续处，正对第6颈椎下缘平面，距中[切牙](https://baike.so.com/doc/4866502-5084099.html" \t "https://baike.so.com/doc/_blank)约15cm;。第二狭窄，位于食管与左支气管交叉处，相当于[胸骨角](https://baike.so.com/doc/6623180-6836977.html" \t "https://baike.so.com/doc/_blank)或第4、5[胸椎](https://baike.so.com/doc/5327219-5562391.html" \t "https://baike.so.com/doc/_blank)之间的水平，由[主动脉弓](https://baike.so.com/doc/6645982-6859799.html" \t "https://baike.so.com/doc/_blank)从其左侧穿过和左支气管从食道前方越过而形成，该部位是食道内异物易存留处，距中切牙约25cm;。食管的第三个狭窄是食道通过[膈肌](https://baike.so.com/doc/6780868-6997140.html" \t "https://baike.so.com/doc/_blank)的裂孔处。该裂孔由右向左呈向上[斜位](https://baike.so.com/doc/8744698-9067888.html" \t "https://baike.so.com/doc/_blank)。在行食道[钡餐](https://baike.so.com/doc/611753-647721.html" \t "https://baike.so.com/doc/_blank)造影[食道三狭](https://p1.ssl.qhimg.com/t01e43bac1fae010390.jpg)时，可见到食道的这三个压迹。当左心房出现病理性扩大时，第三个压迹更为显著，距中[切牙](https://baike.so.com/doc/4866502-5084099.html" \t "https://baike.so.com/doc/_blank)约40cm。食管下括约肌连接喷门下行至胃，老年患者由于衰老的进展，会引起感知功能的衰减，机体低反应性:置管过程未见不适症状。且老年人的酸暴露及酸暴露持续时间明显高于中、青年人。酸暴露的机会和持续时间的显著延长增加了食管－气管反射和近端反流误吸的机会，与中、青年人相比，老年人黏液碳酸氢盐和唾液等分泌减少，这降低了中和反流入食管内的胃酸能力，食管微循环障碍，组织自我修复能力减弱。然而，老年人神经敏感性降低，则食管出血、食管狭窄、BRRETT食管等并发症更为常见。 二、胃管：正常食管下段直径为38-50mm，当狭窄至大约12mm或更小时，病人可出现吞咽固体食物困难。该患者食管下段直径大约12mm，胃管直径占食管下段直径的比例越低，越容易进入 。该病例 中患者使用的是 16F 胃管，直径 5．28 mm，约占食管下段的 1 /2，所以出血风险较高。

**2.2疾病因素**

患者目前出现轻度休克，可能是由于患者存在休克，机体发生应激相关的胃粘膜损伤，局部粘膜缺血是消化道出血发生中的一个重要致病因素。休克往往有严重的酸毒并存,而酸中毒在上消化道出血中又起着很重要的作用,且感染性休克更为显著,常并发多器官功能衰竭或DIC。这些并发症则更导致大出血及死亡率的增加。感染性休克易发生消化道出血确与局部胃粘膜缺血、酸中毒、DIC以及MOF有关。

**2.3药物因素**

患者长期使用头孢类抗感染治疗，头孢菌素类药的抗菌作用机制与青霉素类相同，使细菌细胞壁合成过程中的交叉连接不能形成， 导致细菌细胞壁合成障碍，细菌溶菌死亡。头孢菌素类可能在肝脏微粒体中，与维生素K竞争性结合γ-谷氨酸羟化酶,抑制肠道正常菌群，减少维生素K的合成，导致维生素K依赖性凝血因子合成障碍，减弱凝血功能而导致出血。本例患者医嘱长期给予维生素K应用，定期监测凝血功能。

**2.4护士因素**

一、思维定势误导: 通常置管后会出现典型的不适症状如呛咳、紫绀、呼吸困难，该患者无典型症状导致认为是置管顺利，忽视了老年长期卧床会引起感知功能的衰减，机体低反应性。二、责任心不强:机械性的护理操作，没有做到爱伤观念。⑶临床经验不足: 在留置胃管后，未仔细观察了解患者病情、状态，未引起重视。(4)理论学习滞后: 护理人员知识老化，未及时学习新进展。

**2.5对患者造成的影响**

一、营养低于机体需求量; 二、诊疗时间延长; 三、医疗费用增加。

**3.小结**

胃管置入引起上消化道出血临床并不多见，但是对于长期卧床反复胃管置入的患者，且存在堵管现象，因此，应该加强护理人员的理论知识更新，完善理论知识和技能操作，强化责任心，严密观察细节，勤于思考，充分评估，及时总结临床经验及反思，为患者提供更优质的护理服务。

**参考文献：**

[1] 李小寒，尚少梅． 基础护理学［M］． 第 4 版． 北京: 人民卫生 出版社，2008: 211．

[2] 达凌娟.1例食管异物术后留置胃管误入气管的原因分析与预防[J]. 当代护理,2020，27( 1) : 162-163.

[3] 方 圆，徐 欢，施彦卿，李宏韬，谢敏华.老年胃食管反流病患者食管动力及反流特点分析[J].微 量 元 素 与 健 康 研 究,2019,36(4):78-79.

[4] 邹开芳，易粹琼，龚镭，张锦坤.与各种休克相关的急性上消化道出血[J].中国 急救 医 学 1 9 9 2，6（12）：36-38.

[5] 陈杰.老年患者上消化道出血临床特征研究[J].创伤与急危重病医学2019, 6(7) ：367-369.

[6] 韩静静.老年人上消化道出血的临床特点及护理干预的进展[J].临床医药文献电子杂2019 ，6（89）：193-194.

[7]张石革，毛杰明，张继春。药学专业知识二[M]。第七版。北京：中国医药科技出版社，2018：305.