

广东省护理学会团体标准

T/GDNAS 061—2025

成人居家鼻饲喂养护理规范

Standards for home nasogastric feeding care for adult

2025-09-09 发布

2025-12-01 实施

广东省护理学会 发布

目次

前言 II

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 基本要求 1

5 置管过程护理 2

6 置管后维护 2

7 喂养过程护理 3

8 喂养效果的监测 4

9 并发症的预防与处理 4

10 健康教育 4

附录 A（规范性）居家鼻胃管置管流程 6

附录 B（资料性）微型营养评定简表（MNA-SF） 7

附录 C（资料性）便秘症状自评问卷（PAC-SYM） 8

附录 D（资料性）误吸风险评估表 9

参考文献 10

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广东省护理学会提出并归口。

本文件起草单位：广东省护理学会营养护理专业委员会、中山大学附属第一医院、香港中文大学（深圳）附属第二院/深圳市龙岗区人民医院、北京大学护理学院、中山大学附属第七医院、深圳市儿童医院、广州医科大学附属第五医院、佛山市高明区人民医院、清远市妇幼保健院。

本文件主要起草人：陈玉英、邬宝国、陈喻萍、路潜、陈颖、国宁、廖昌贵、钟小春、邹瑜、曾丽娟、杨芬、陈秋莲、廖玲、曾广鸿、冯惠平、何倩佺、莫潘艳、彭利芬、林晓莹、朱颖、白利平、徐小微、江玉珍、黄晓嫦、李丹、冯洁贞。

成人居家鼻饲喂养护理规范

1 范围

本文件规定了成人居家鼻饲喂养护理的基本要求、置管过程护理、置管后维护、喂养过程护理、喂养效果的监测、并发症的预防和处理、健康教育。

本文件适用于各级各类医疗机构、养老机构医务人员开展成人居家鼻饲喂养护理。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

鼻饲法 nasogastric feeding

将导管经鼻腔或口腔插入胃内和肠内，从管内灌注流质食物、水分和药物的方法。

3.2

鼻胃管 nasogastric tube

鼻胃管是一种医用导管，通过鼻腔或口腔插入，经咽部、食管置入胃中，用于将食物、药物或水分输送到胃内，提供营养、药物水分，或用于胃肠减压和引流等。

3.3

鼻肠管 nasointestinal tube

导管由鼻腔置入至幽门后，导管末端位于十二指肠，称为鼻十二指肠管；导管末端位于空肠，则称为鼻空肠管。

3.4

误吸 aspiration

在吞咽过程中有数量不等的液体或固体的食物、分泌物、血液等进入声门以下的呼吸道和肺组织的过程，分为显性误吸和隐性误吸。

3.5

腹泻 diarrhea

排便次数明显超过平日习惯的频次(超过3次)，粪质稀薄，水分增加，每天排便量超过200克，可伴有黏液脓血或含有未消化的食物。

4 基本要求

- 4.1 应评估患者和/或家庭照护者的文化水平及配合程度。
- 4.2 操作前应评估居家环境安全情况，如遇不可现场解决的隐患时，宜谨慎处理或立即终止服务。
- 4.3 应在专业评估的基础上，结合居家患者的日常生活习惯，给予切实可行的居家鼻饲喂养指导。
- 4.4 应鼓励患者和/或家庭照护者主动参与，共同制订及实施居家鼻饲喂养安全措施。
- 4.5 应指导患者和/或家庭照护者进行相关并发症的自我监测，发现异常及时到医疗机构就诊。

5 置管过程护理

5.1 置管前

- 5.1.1 应采用居家护理适宜技术进行系统评估，包括患者年龄、意识、病情、口鼻腔情况、活动性义齿、消化道手术史、胃肠功能、吞咽功能、进食时间、误吸风险等。
- 5.1.2 操作前应排除患者禁忌证，如鼻腔及食道肿物、上消化道狭窄或阻塞、食管静脉曲张、脑脊液漏等。
- 5.1.3 应向患者或家属说明置管过程，取得配合及签署知情同意书。
- 5.1.4 宜对病情许可患者采取端坐位或半坐位。

5.2 管道选择

- 5.2.1 应根据患者的年龄、体型、病情及鼻咽部解剖结构，选择合适的鼻胃管型号。
- 5.2.2 短期鼻饲喂养的患者宜选用柔软、舒适度较好的硅胶导管；长期鼻饲喂养的患者宜选用耐受性好、生物相容性高的导管，如聚氨酯材质导管。

5.3 置管方法

- 5.3.1 置管前应测量置管深度，一般为前额发际至胸骨剑突处或由鼻尖经耳垂至胸骨剑突处的距离。成人鼻胃管置入深度一般为 45 cm~55cm，应根据患者的身高确定个体化长度，注入刺激性药物再向深部增加 10cm，使鼻胃管末端达到或接近幽门。
- 5.3.2 置管前宜用液体石蜡油润滑胃管前端，润滑部位及长度为置入深度的前三分之一。
- 5.3.3 置入胃管约 10 cm~15cm（咽喉部）时，嘱清醒患者做吞咽动作，随吞咽动作推进胃管至预定长度，昏迷患者则将其头部托起，使下颌靠近胸骨柄，再插入胃管至预定长度。
- 5.3.4 置管过程中密切观察并发症并及时处理。应综合采用两种以上方法确定胃管的位置，如听气过水声、回抽胃液、看气泡、胃内容物 pH 测定法等。
- 5.3.5 确定胃管在胃内后，应采用高举平台法将胃管用胶布固定在鼻翼及颊部，并记录导管置入长度、置管时间。
- 5.3.6 鼻胃管的置管流程（具体遵照附录 A）

6 置管后维护

- 6.1 应指导患者和/或家庭照护者每日检查管道留置长度、固定与通畅情况，以及导管固定处的皮肤和黏膜受压情况。

- 6.2 应指导患者和/或家庭照护者定时更换胶布及其固定位置，如有潮湿、松动，应随时更换。
- 6.3 应指导患者和/或家庭照护者出现皮肤、黏膜损伤时，宜用生理盐水清洁，并遵医嘱给予外用药物。
- 6.4 应指导患者和/或家庭照护者若怀疑胃管有脱出或移位，应及时联系医护人员，返院采用 X 线确定胃管位置后再进行喂养。
- 6.5 采取适宜的方法对患者和/或家庭照护者做好宣教并预防非计划拔管。
- 6.6 应根据胃管/鼻肠管说明书要求定期更换导管。长期置管时，应每隔 4 周～6 周更换导管至另一侧鼻腔。

7 喂养过程护理

7.1 配方的选择

- 7.1.1 应根据患者的年龄、性别、体重、健康状况以及特定的医疗需求，在医师或营养师的指导下，确定患者的目标能量及蛋白质需要量，满足其基础代谢率及活动消耗所需。
- 7.1.2 应根据患者的胃肠道功能、耐受性及疾病情况选择鼻饲液。一般患者宜选择标准配方或遵照营养师膳食配方自制匀浆膳。
- 7.1.3 中重度营养不良或能量消耗较大的患者宜选择高能量配方；糖尿病患者宜选择糖尿病患者专用配方；便秘患者宜选用富含纤维素的肠内营养制剂等。

7.2 食物的处理

- 7.2.1 应注意手卫生，保证食物制作及操作台面洁净。
- 7.2.2 所有食物均应煮熟后加工至无颗粒的均匀糊状，特别是肉类、蔬菜等，以确保食物易于通过鼻饲管且不会造成堵管。
- 7.2.3 制备好的食物应立即使用，若需长时间保存，需速冻处理，再次使用前采用高压蒸汽消毒或重新煮沸，以保证食物的新鲜与卫生。
- 7.2.4 匀浆膳宜现配现用，常温保存不宜超过 4 小时，超过 4 小时应置于冰箱冷藏，24 小时内未用完应丢弃。成品肠内营养制剂应根据产品说明保存。

7.3 喂养的实施

- 7.3.1 无特殊体位禁忌时，鼻饲喂养时应抬高床头 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ ，喂养结束后宜保持半卧位 30～60 分钟。鼻饲液宜 $38^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ ，可使用专用加温器。
- 7.3.2 分次推注宜采用注射器或喂养器，排尽空气后再将鼻饲液缓慢推入胃管，每次喂食时间控制在 15～20 分钟，每日 4 次～6 次，每次 250 ml～400ml，每次推注量不宜超过 400ml。
- 7.3.3 成品肠内营养制剂宜采用输注泵持续输注，速度应由慢到快，根据患者耐受情况逐渐增加。
- 7.3.4 保持管道通畅，每次注食、注药前后，均应采用 20 ml～30ml 温开水脉冲式冲洗鼻胃管/鼻肠管。持续经泵输注时，应每 4 小时用 20 ml～30ml 温开水脉冲式冲管一次。
- 7.3.5 防止堵塞管道，注入口服药物前，固体药片应充分研磨溶解。应避免营养液与 pH 值 ≤ 5 的液体药物混合。
- 7.3.6 根据患者病情，采取腹部热敷、按摩及运动等方法促进胃肠蠕动，减少腹胀等并发症发生。

7.3.7 每日进行口腔、鼻腔清洁护理至少 2 次，病情许可宜勤漱口。

8 喂养效果的监测

8.1 应准确记录喂养过程，包括摄入食物、喂养时间、量、速度及患者反应、管道情况等。

8.2 应定期监测患者体重，观察患者皮肤弹性、毛发光泽度、排便等情况。

8.3 可使用微型营养评定简表（MNA-SF）（具体参照附录 B）对患者进行营养评估，12~14 分正常，8~11 分有营养不良风险，0~7 分营养不良。对于存在营养不良风险或营养不良的患者，应及时就诊，结合患者一般情况、膳食调查、营养实验室指标等，调整居家喂养方案。

9 并发症的预防与处理

9.1 腹泻

9.1.1 应观察患者腹泻频次，排便的色、质、量及肛周皮肤情况，加强患者肛周皮肤的护理，可适当在肛周皮肤涂抹皮肤保护剂。

9.1.2 对于营养液输注过快引起的腹泻，应减慢输注速度，可使用输注泵控制输注速度。

9.1.3 对于营养液温度过低引起的腹泻，可使用加温器。

9.1.4 居家鼻饲喂养过程中，应指导患者/或家庭照护者进行腹泻的自我监测，发现异常应及时联系医护人员就医。

9.2 便秘

9.2.1 当患者排便<3 次/周或 0 次/3 天，伴有粪便干硬、排便费力、肛门直肠堵塞感及腹胀时，应及时就医。

9.2.2 便秘患者可使用便秘症状自评问卷（PAC-SYM）（具体参照附录 C）进行评估，包括粪便性状、直肠症状、腹部症状。可通过腹部按摩、补充水分、增加膳食纤维摄入等改善便秘，有相关禁忌证患者除外。

9.3 误吸

9.3.1 有误吸风险的患者（具体可参照附录 D 进行评估），宜使用左侧卧位，采用输注泵连续控速输注，留置鼻肠管进行喂养。

9.3.2 一旦发生误吸或可疑误吸时，应立即暂停鼻饲，取半卧位并鼓励患者咳嗽，头偏向一侧，同时查找误吸的原因，及时联系医护人员就医。

9.4 堵管

9.4.1 用 20ml~30ml 温开水通过脉冲式推注的方法和抽吸冲洗管道。

9.4.2 若无效，可使用 5%碳酸氢钠溶液 20ml~30ml 冲洗鼻饲管。

9.4.3 若以上操作处置无效，则应更换导管。

10 健康教育

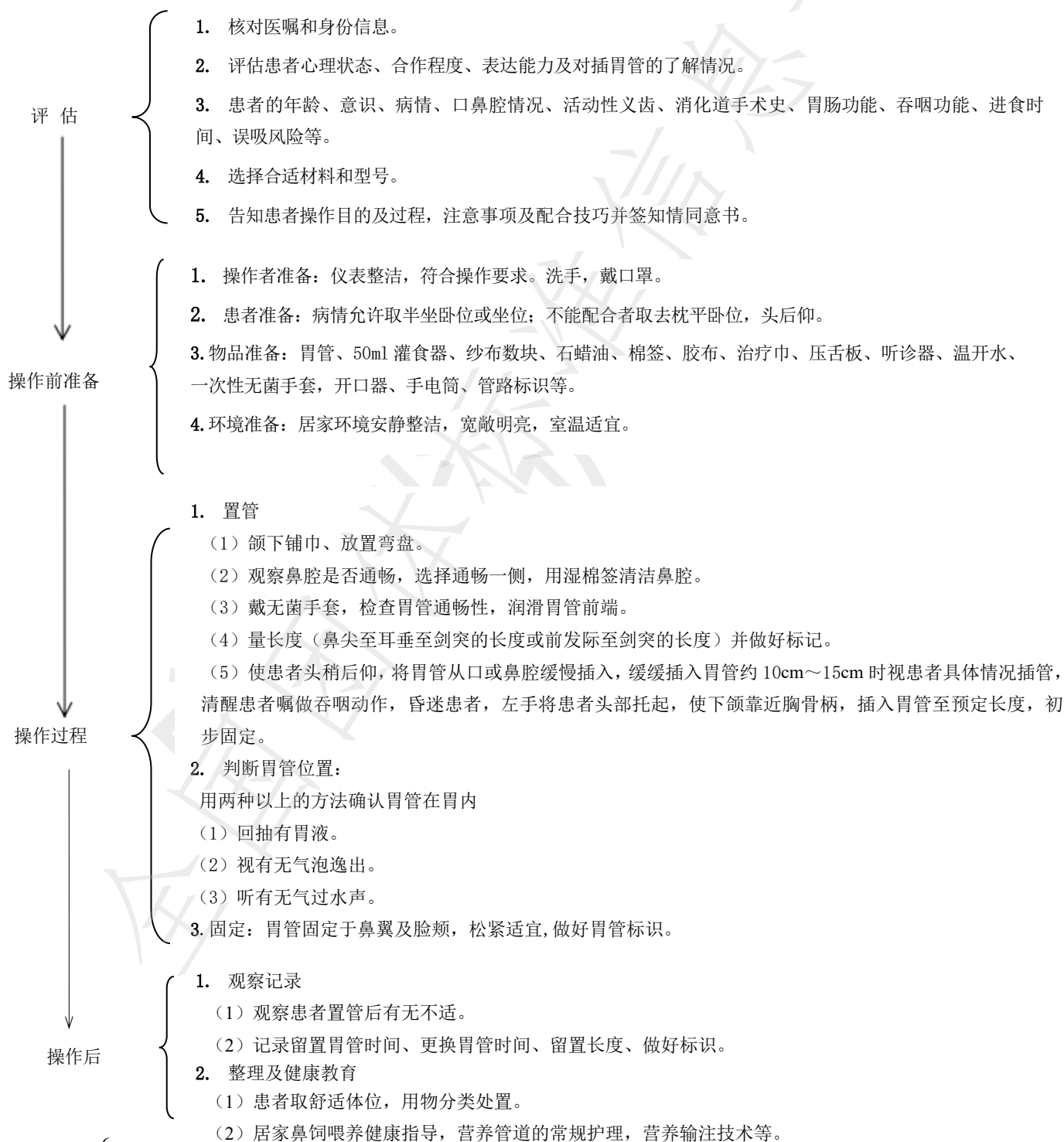
- 10.1 应告知患者和/或家庭照顾者鼻饲喂养的重要性、操作流程以及管路的维护方法。
- 10.2 应告知患者和/或家庭照顾者配方的选择原则、食物处理及保存方法。
- 10.3 应告知患者和/或家庭照顾者输注仪器使用方法、输注过程中的注意事项及配合要点。
- 10.4 应告知患者和/或家庭照顾者常见并发症的观察和应急处理。

附录 A (规范性) 居家鼻胃管置管流程

A.1 居家鼻胃管置管流程

居家鼻胃管置管流程见表 A.1。

表 A.1 居家鼻胃管置管流程



附录 B (资料性)

微型营养评定简表 (mini nutritional assessment-short form, MNA-SF)

B.1 微型营养评定简表

微型营养评定简表见表 B.1。

表 B.1 微型营养评定简表

内容 \ 分值	0 分	1 分	2 分	3 分	得分
A. 过去三个月内有没有因为食欲不振、消化问题、咀嚼或吞咽困难而减少食量?	食量严重减少	食量中度减少	食量没有改变		
B. 过去三个月内体重下降的情况	体重下降大于 3 公斤	不知道	体重下降 1~3 公斤	体重没有下降	
C. 活动能力	需长期卧床或坐轮椅	可以下床或离开轮椅,但不能外出	可以外出		
D. 过去三个月内有没有受到心理创伤或患上急性疾病?	有		没有		
E. 精神心理	严重痴呆或抑郁	轻度痴呆	没有精神心理问题		
F1. 身体质量指数(BMI) (如无法获得 BMI 请跳过此题回答 F2)	<19 kg/m ²	19 kg~21 kg/m ²	21 kg~23 kg/m ²	≥23 kg/m ²	
F2. 小腿围(已回答 F1 请跳过此题)	<31cm			≥31cm	
合计					
结果: 12~14 分正常营养状况, 8~11 分有营养不良的风险, 0~7 分营养不良。					

附 录 C
(资料性)

便秘症状自评问卷 (patient assessment of constipation symptom, PAC-SYM)

C.1 便秘症状自评问卷

便秘症状自评问卷见表 C.1。

表 C.1 便秘症状自评问卷

症状		严重程度(Likert5 级评分法)				
		无	轻微	中等程度	严重	非常严重
		0 分	1 分	2 分	3 分	4 分
粪便性状	粪质坚硬					
	粪量少					
直肠症状	排便次数减少					
	排便费力					
	排便疼痛					
	排便不尽感					
	有便意而难以排出					
	直肠出血或撕裂					
	直肠烧灼感					
腹部症状	胃痛					
	腹部痉挛疼痛					
	腹部胀满					
评分		0 分无症状，4 分症状非常严重。分值越高表示症状越严重。 患者自评、回顾时间为 2 周。				

附 录 D
(资料性)
误吸风险评估表

D.1 误吸风险评估表

误吸风险评估表见表 D.1

表 D.1 误吸风险评估表

评价内容	评价标准		
	1 分	2 分	3 分
年龄(岁)	10~49	50~80	>80 或 <10
意识	清醒	清醒+镇静	昏迷
痰液	少	多+稠	多+稀薄
合并阿尔茨海默病、脑血管意外、重症肌无力、帕金森病	无	1 种	1 种以上
饮食	禁食	普食	流质或半流质
体位	半卧 $\geq 30^\circ$	半卧 $< 30^\circ$	平卧
饮水试验	1 级	2 级	3 级及以上
人工气道、机械通气	无	有	/
总分			
评价标准：10~12 分为低度危险；13~18 分为中度危险；19~23 分为重度危险。 评估要求：病情变化、医嘱变更饮食时；评分 10~18 分(低中度危险)，每周评估 1 次误吸风险；评分 ≥ 19 分(重度危险)，每日评估 1 次误吸风险。			

参 考 文 献

- [1] 顾莺. 儿童家庭肠内管饲的现状和挑战[J]. 中华现代护理杂志, 2024, 30(22):2953-2956.
 - [2] 任琳, 杨红红, 张铮, 等. 成人鼻饲喂养患者冲管方法的循证实践[J]. 护士进修杂志, 2018, 33(03):222-224.
 - [3] 林碧霞, 许丽春, 杨毅端. 重症鼻饲患者喂养不耐受症状管理的证据总结[J]. 中国护理管理, 2019, 19(02):280-286.
 - [4] 史芝璟, 黄瑾, 金璐琛, 等. 鼻饲喂养患者家庭主要照护者应用思维导图式健康教育的效果[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(24):4451-4457
 - [5] 周洁, 王璐, 辛兆红. “H2H” 营养管理模式在食管癌居家鼻饲患者中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(28):3858-3862.
 - [6] 贺润莲. 基于奥马哈系统的多学科合作脑卒中居家鼻饲营养管理模式的构建与应用[J]. 中国护理管理, 2019, 19(S1):45-47.
 - [7] 朱仁敏, 周建妹. 居家鼻饲患者照顾者鼻饲护理培训效果的研究[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(15):168+188.
 - [8] 周冬冬, 田芳曦, 杨艳花, 等. 5A 随访模式在胃癌患者鼻肠管带管居家延续性护理中的应用效果[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2023, 30(07):451-456
 - [9] Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition[J]. Clinical nutrition. 2020, 39(1):5-22.
 - [10] Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, et al. ESPEN practical guideline:Home enteral nutrition[J]. Clinical nutrition. 2022, 41(2):468-488.
 - [11] Lord L M, McGinnis C, Densmore C. Addressing the unique needs and quality of life issues for adults receiving long-term home enteral nutrition[J]. Nutrition in Clinical Practice, 2023, 38(2):257-276.
 - [12] Byrnes C, Mockler D, Lyons L, et al. A scoping review of best practices in home enteral tube feeding[J]. Primary Health Care Research & Development. 2022, 23:e43.
-