

广东省护理学会团体标准

T/GDNAS 087—2026

晚期肿瘤患者肠梗阻导管的护理

Nursing care of ileus catheter in patients with advanced tumor

2026-02-05 发布

2026-05-01 实施

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 置管准备与配合	2
6 病情观察与护理	2
7 导管护理	2
8 拔管护理	3
9 并发症观察/预防/处理	4
附录 A（资料性） 鼻型肠梗阻导管结构示意图	6
附录 B（资料性） 肛型肠梗阻导管结构示意图	7
附录 C（资料性） 肠梗阻导管置管准备与护理配合	8
附录 D（资料性） 肠梗阻导管的固定方法	10
参考文献	11

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。

本文件由广东省护理学会提出并归口。

本文件起草单位：广东省护理学会安宁疗护专业委员会、中山大学肿瘤防治中心、中山大学护理学院、广州市第一人民医院、广东祈福医院、中国科学医学院肿瘤医院深圳医院。

本文件主要起草人：辛明珠、刘明慧、温棉棉、李敏、邓军、赵娟娟、王茜茜、陈敏军、董阳、李景秋、魏珊、陈晓丽。

晚期肿瘤患者肠梗阻导管的护理

1 范围

本文件规定了晚期肿瘤患者肠梗阻导管护理技术的基本要求、置管准备与配合、病情观察与护理、导管护理、拔管护理、并发症观察/预防/处理。

本文件适用于各级各类医疗机构的注册护士开展肠梗阻导管的护理工作。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB 15982—2012 医院消毒卫生标准

WS/T 313—2019 医务人员手卫生规范

3 术语和定义

3.1

肠梗阻导管 ileus catheter

一种使用硅橡胶、聚氯乙烯、聚氨酯等材质制成的长度约为3m的 Y 型导管，是一类可实施引流减压、灌洗、梗阻部位定位、早期肠内营养的医用器材，分为鼻型和肛型肠梗阻导管。

3.2

鼻型肠梗阻导管 transnasal ileus catheter

在内镜或X线辅助下应用导丝导管，经鼻将肠梗阻导管插至空肠近端或以远的深部小肠肠袢进行引流减压、定位、肠内营养的导管。一般由头部（前端导向头、球囊、侧孔）、导管部、尾部（球囊接头、吸引接口、沉淀接头、逆止阀/补气孔等）构成（参见附录A）。

3.3

肛型肠梗阻导管 transanal intestinal obstruction catheter

在内镜辅助下应用导丝导管，经肛门将肠梗阻导管插至肠梗阻部位进行引流减压、定位、灌洗的导管。一般由头部（前端口、补气口、吸引侧孔、球囊）、导管部、尾部（球囊注水阀门、补气口、洗净/排液引流接口等）构成（参见附录B）。

4 基本要求

4.1 置管环境应符合 GB 15982—2012 医疗机构III类环境要求。

- 4.2 手卫生应符合 WS/T 313—2019 规定。
- 4.3 导管置入操作应在透视或内窥镜协助下，由经过培训且考核合格的医师和护士合作完成。
- 4.4 应根据肠梗阻导管产品说明书规范开展置入、使用、维护、更换/拔管操作。

5 置管准备与配合

- 5.1 应评估置管的适应证和禁忌证，患者的意识状态、病情、吞咽功能、口鼻腔/肛周情况、胃肠功能、耐受能力及配合程度。
- 5.2 应向患者/家属说明置管目的、过程及注意事项等，取得配合并签署知情同意书。
- 5.3 应根据医嘱准备用物和药物，协助医师置管（参见附录 C）。

6 病情观察与护理

- 6.1 应加强巡视，耐心听取患者主诉，严密观察病情变化，并准确记录：
 - a) 应密切监测生命体征变化，每班评估患者有无恶心/呕吐、腹痛/腹胀，肛门排气/排便等症状是否进行性加重；
 - b) 应观察腹部有无压痛、反跳痛等腹膜刺激征，每日测量腹围（平脐水平腹部的周径），听诊肠鸣音次数；
 - c) 宜准确记录 24h 出入量，关注呕吐物、排泄物、胃肠减压抽出液/灌洗液的量、颜色、性状及气味。评估有无眼窝凹陷、皮肤弹性降低等明显脱水体征，有无水、电解质、酸碱失衡或休克征象；
 - d) 宜每 1 天~2 天复查立位腹部 X 线平片，观察导管位置、气液平面数、肠管的扩张程度等变化情况，至梗阻完全解除或手术前 1 天。
- 6.2 应指导患者遵医嘱饮食、保持口腔清洁，每日早、中、晚 3 次口腔护理。
- 6.3 应根据病情需要，鼓励患者变换体位和早期活动。
- 6.4 可遵医嘱给予促进肠蠕动措施，如腹部热敷法、灌肠、肛管排气、胃肠动力药物、高压氧气疗法、中药承气汤等。

7 导管护理

7.1 导管常规护理

- 7.1.1 应将导管妥善固定于面颊或臀部，留有适当弯曲长度（参见附录 D）。
- 7.1.2 应观察鼻腔/肛门导管外露刻度，保持导管通畅，避免导管牵拉、打折、盘曲、受压。
- 7.1.3 应观察并记录引流液的量、颜色、性质、气味。
- 7.1.4 宜每日更换引流瓶，定期挤压，保持有效负压，引流液 1/3 满及时倾倒。
- 7.1.5 应每周使用等量的灭菌注射用水更换前球囊内液体：
 - a) 注水时朝一个方向旋转注射器缓慢注入；
 - b) 禁止注射生理盐水和造影剂。

7.2 鼻型肠梗阻导管的护理

- 7.2.1 每日观察记录导管前行长度，导管前行后及时调整固定点，保持鼻腔至固定点的弯曲松缓约20cm。
- 7.2.2 宜将面颊固定点后的导管盘绕2圈~3圈再固定于衣服处，利于患者翻身或活动。
- 7.2.3 导管前行速度过快时，易造成口咽部损伤，可抽出球囊中灭菌注射用水。
- 7.2.4 导管前行速度过慢或无法前行时，宜鼓励患者多走动，可缩小球囊内灭菌注射用水至10ml~15ml。
- 7.2.5 24h引流液小于500ml或引流液粘稠时，可每3h用35℃~40℃的温开水冲洗导管一次，每次50ml，脉冲式缓慢冲洗抽吸，每日冲洗量不超过2000ml。
- 7.2.6 宜保持导管的润滑：
- 每日2次清洁鼻腔分泌物，插管侧的鼻腔每日早晚2次滴入石蜡油，每次2~3滴；
 - 导管前行缓慢/困难时/负压吸引期间，可遵医嘱每4h~6h（单次量约30ml~50ml，最大单次量小于等于100ml）予液体石蜡/橄榄油/香油等润滑肠道。
- 7.2.7 应遵医嘱促进导管末端到达梗阻部位上方：
- 可间歇或持续低负压吸引，压力为0.98kPa~2.45kPa；
 - 可在置管后24h~48h内主动送管，速度为5cm/h~10cm/h；
 - 导管置入深度达2m或末端通过梗阻位置，应遵医嘱抽掉前水囊并固定管道。

7.3 肛型肠梗阻导管的护理

- 7.3.1 置管后应遵医嘱进行灌/冲洗并引流：
- 应视腹部症状与引流液的颜色、性状和量，每日调整灌/冲洗和吸引的频率，灌/冲压力及速度以能够耐受为宜，灌/冲洗液体可用35℃~40℃的生理盐水，每天总量2000ml~3500ml；
 - 可用50ml注射器每3h使用生理盐水100ml~300ml/次直接冲洗并引流；
 - 可每2h~4h使用生理盐水400ml~600ml/次大量灌洗加吸引，灌洗液的液面高度高于床头60cm~80cm，10ml/min~15ml/min间断匀速滴注，注入灌洗液后宜保留15min~30min，灌洗天数7天~10天；
 - 灌/冲洗过程中患者腹痛、腹胀无法耐受时，予停止冲洗、打开引流、适度变换体位，症状缓解后再继续冲洗。
- 7.3.2 应指导患者保持会阴和肛周清洁，肛周有冲洗液或稀便流出时可用氧化锌软膏涂抹保护。

8 拔管护理

- 8.1 梗阻解除或因放置管道超过14天以上梗阻症状未缓解，均应拔管。
- 8.2 导管拔除前，应将前球囊内的灭菌注射用水全部抽出。
- 8.3 导管拔除前，宜向导管内注适量的水或石蜡油帮助润滑导管。
- 8.4 导管拔除时应缓慢、分次，每次拔出30cm，每1h~2h拔一次，以防拔除过快导致肠套叠；拔至体内剩余80cm左右可一次性拔除。如鼻型肠梗阻导管从肛门脱出，宜剪去尾端，由导管自行排出。

8.5 前球囊无法抽出液体时不可勉强拔管，以免引起肠套叠及肠管破损。可用 10ml 的注射器注入灭菌注射用水 3ml~5 ml 反复抽吸 2 次~3 次，吸净球囊腔排液后方可拔管。

8.6 球囊抽空后导管无法拔出时，可口服液体石蜡等肠润滑剂 150ml~250ml，次日再尝试拔管，拔管前半小时可从导管引流口处注入液体石蜡等肠润滑剂 50ml~100ml 润滑肠道。

8.7 导管拔除后，应检查导管、鼻腔/肛门皮肤黏膜完整性，清洁鼻腔/肛门。

9 并发症观察/预防/处理

9.1 局部损伤

9.1.1 皮肤、黏膜损伤

9.1.1.1 每日观察鼻腔/肛周黏膜及皮肤，适时调整导管与皮肤/黏膜接触部位。

9.1.1.2 宜高举平台法固定导管，使用 0° 或者 180° 手法斯脱胶布。

9.1.1.3 宜使用水胶体等预防性敷料保护受压皮肤。

9.1.1.4 皮肤、黏膜轻微出血或水肿时，应调整导管与皮肤/黏膜接触位置，宜用生理盐水保持局部清洁。

9.1.1.5 皮肤、黏膜大量出血或严重水肿时，应遵医嘱用药物，必要时配合医生拔除导管。

9.1.1.6 会阴部皮肤潮红、湿疹时可用保护贴膜或氧化锌软膏。

9.1.2 消化道损伤

9.1.2.1 应监测生命体征、辅助检查，观察腹部症状和体征，警惕绞窄性肠梗阻、肠套叠、穿孔、出血、坏死等严重并发症，若出现以下情况，及时报告医生配合处理：

a) 持续性剧烈腹痛或持续疼痛伴阵发加重；

b) 呕吐出现早、剧烈而频繁；

c) 腹部有局限性隆起或触痛性肿块；

d) 呕吐物、胃肠减压液或肛门排出物为血性，或腹腔穿刺抽出血性液体；

e) 腹膜刺激征，肠鸣音减弱或者消失；

f) 体温升高、脉率增快，炎性指标增高；

g) 病情进展迅速，早期休克，抗休克治疗无效；

h) 经积极非手术治疗而症状体征未见明显改善：腹部平片可见孤立、突出胀大的肠袢，位置固定不变，假肿瘤状阴影，肠间隙增宽。

9.1.2.2 应遵医嘱予禁食、胃肠减压、肠外营养支持，应用解痉、镇痛、抑酸等药物，纠正水、电解质及酸碱失衡，做好术前准备。

9.2 导管引流不畅

9.2.1 应充分研磨溶解固态药物后再注入导管。

9.2.2 喂养及注药前后均应进行冲管并夹闭导管，1h~2h 后开通。

9.2.3 应检查负压装置，调整负压。

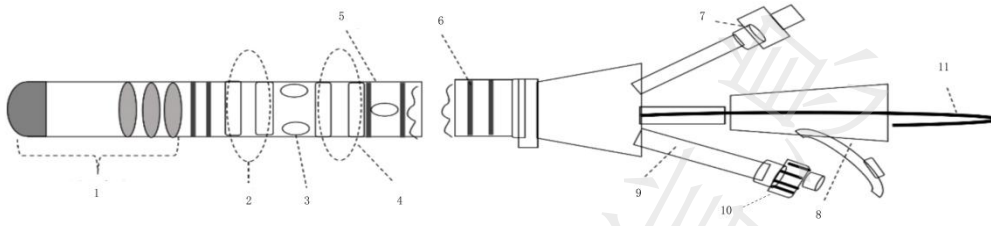
- 9.2.4 应检查补气单向阀是否堵塞，可用注射器抽 3ml 空气注入补气阀内。
- 9.2.5 可注入适量温开水/生理盐水或沿导管前进方向挤压导管壁，解除堵塞。
- 9.2.6 可轻转动导管或协助患者调整体位。
- 9.2.7 禁止直接插入导丝疏通导管，疏通导管失败时应拔除导管。

9.3 导管脱出

- 9.3.1 应指导患者在起床、翻身、穿脱衣服等活动时动作缓慢，避免牵拉造成导管脱出或者气囊移位、破裂。
- 9.3.2 宜每 24h~48h 更换胶布及固定位置，潮湿、松动时应随时更换。
- 9.3.3 可通过 X 线确定导管末端位置。
- 9.3.4 确认导管脱出后，应密切观察患者生命体征和腹部症状，安抚患者情绪，配合医生及时调整或更换导管。

附录 A
(资料性)
鼻型肠梗阻导管结构示意图

鼻型肠梗阻导管的结构见图A.1。



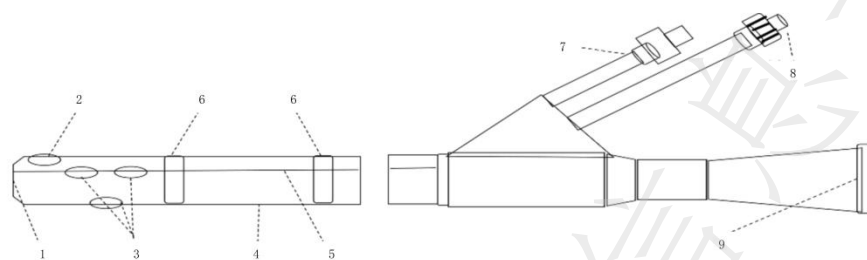
标引序号说明：

- 1—前端部
- 2—前球囊
- 3—侧孔
- 4—后球囊
- 5—导管
- 6—刻度
- 7—球囊接头
- 8—吸引接口
- 9—沉淀接头
- 10—补气口
- 11—导丝

图 A.1 鼻型梗阻导管结构示意图

附录 B
(资料性)
肛型肠梗阻导管结构示意图

肛型肠梗阻导管的结构见图B.1。



标引序号说明：

- 1—前端口
- 2—补气口
- 3—吸引侧孔
- 4—球囊
- 5—显影线
- 6—球囊确认标识
- 7—球囊注水阀门
- 8—补气口
- 9—洗净/排液引流接口

图 B.1 肛型肠梗阻导管结构示意图

附录 C

(资料性)

肠梗阻导管置管准备与护理配合

C.1 置管准备

- C.1.1 环境宽敞明亮, 适合操作, 内镜/医用 X 线、心电监测、麻醉机、供氧/吸引装置等仪器设备完备状态。
- C.1.2 操作者: 衣帽整洁, 洗手戴口罩。
- C.1.3 物品: 肠梗阻导管、配套导丝、无菌巾、注射器、灭菌注射用水、利多卡因注射液及胶浆、奥布卡因凝胶、造影剂、负压引流瓶等。
- C.1.4 患者: 鼻腔/肠道清洁、排空膀胱。
- C.1.5 物品检查: ①用注射器向球囊缓慢注入约 5ml~15ml 空气, 应确认球囊能伸缩正常、无漏气等异常。②将注射液接头与吸引接头连接, 湿润导管确认镜腔通畅情况和导丝移动情况。③检查镜头在 X 线透视下视野情况。

C.2 鼻型肠梗阻导管置管操作护理配合

- C.2.1 协助患者取仰卧位、咽喉部局麻。
- C.2.2 将肠梗阻导管前段表面涂上局麻凝胶, 涂抹长度约 30 cm。
- C.2.3 将导管经鼻置入, X 线透视下确认导管进入胃腔内。
- C.2.4 在 X 线透视下, 协助患者变换体位, 将导管沿胃大弯壁插入幽门前庭部。
- C.2.5 协助患者取右侧卧位, 术者将导管前端部朝向幽门侧, 向前推进使导管通过胃幽门环; 或者利用胃窥镜的钳子孔插入的勒紧器抓住导管前段部的环, 通过胃的幽门环。
- C.2.6 协助术者将导丝缓慢拔出, 将导管沿着十二指肠的下降段向上升段推进。
- C.2.7 依据产品说明书向前球囊接头注入灭菌注射用水, 前球囊随肠蠕动至梗阻部位前端。
- C.2.8 连接负压引流瓶, 收集胃肠道的内容物, 妥善固定导管并贴好标识。

C.3 肛型肠梗阻导管置管操作护理配合

- C.3.1 协助患者取左侧屈膝卧位暴露肛门, 注意保护患者隐私。
- C.3.2 协助术者将内镜调整至最佳位置, 向内镜钳道内插入导丝, 越过狭窄部位, 通过内镜钳道沿导丝插入钳道用扩张管。
- C.3.3 经钳道用扩张管注入适量造影剂, 在 X 线透视下确认导管通过狭窄处, 再缓慢退出内镜, 充分润滑后沿钳道用扩张管插入狭窄部扩张管扩张, 导丝和钳道用扩张管留在肠管内, 拔除狭窄部扩张用扩张管。
- C.3.4 沿钳道用扩张管插入减压导管, 直到球囊部分越过狭窄部位。
- C.3.5 再次注入适量造影剂后, X 线确认减压导管已通过狭窄部位, 拔除导丝及钳道用扩张管。

附录 D
(资料性)
肠梗阻导管的固定方法

鼻型肠梗阻导管的固定方法见D.1，肛型肠梗阻导管的固定方法见D.2。

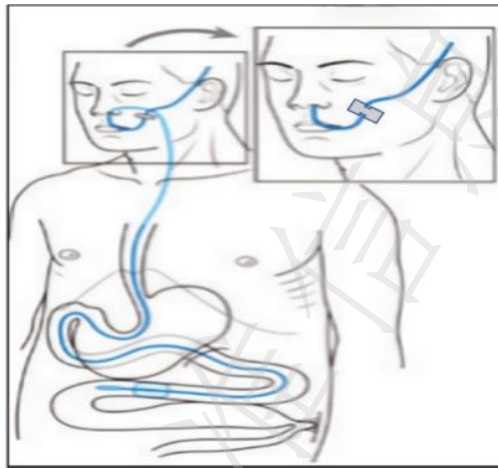


图 D.1 鼻型肠梗阻导管蝶形+高举平台固定法示意图

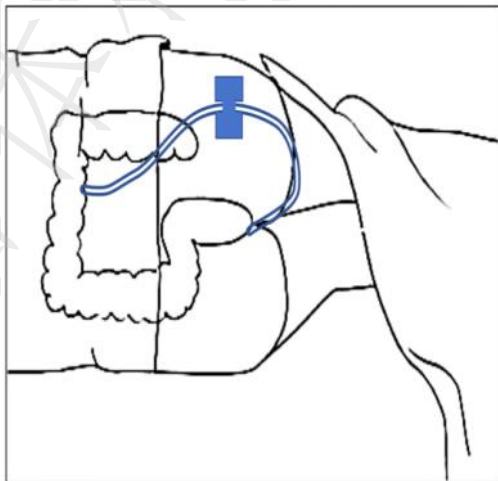


图 D.2 肛型肠梗阻导管蝶形+高举平台固定法示意图

参 考 文 献

- [1] 石汉平, 陈永兵, 李苏宜等. 恶性肠梗阻[M]. 北京: 科学出版社, 2021.
- [2] 李畅, 陈林, 马连君. 内镜下经鼻型肠梗阻导管置入术临床应用的研究进展[J]. 中华胃肠内镜电子杂志, 2015,2(03):113-117.
- [3] 矫秀妍. 经肛型肠梗阻减压导管在急性左半结肠恶性梗阻中应用的术后护理体会[J]. 中国实用护理杂志, 2016,32(12):912-914.
- [4] Qian X, Yan W. Analysis of Placement Priorities and Nursing Countermeasures of Transnasally Inserted Intestinal Obstruction Catheters in Patients with Acute Small Bowel Obstruction[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2022,2022:7317505.
- [5] 中国抗癌协会. 恶性肠梗阻治疗中国专家共识(2023年)[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2023,10(06):730-737.
- [6] Davis M, Hui D, Davies A, et al. Medical management of malignant bowel obstruction in patients with advanced cancer: 2021 MASCC guideline update[J]. Support Care Cancer, 2021,29(12):8089-8096.
- [7] 孙壮, 王智峰, 高宏波, 等. 两种置管减压术在梗阻性直肠癌治疗中的对比研究[J]. 医学与哲学·B, 2018,39(1):23-25.
- [8] 王健, 刘丽, 孙盛梅, 等. 肠梗阻导管治疗结直肠癌根治术后早期低位小肠梗阻综合征的临床疗效[J]. 医学与哲学, 2016,37(18):45-47.
- [9] 董江楠, 蔡晓燕, 乔德林, 等. 经鼻插入型肠梗阻导管治疗粘连性小肠梗阻的临床应用[J]. 介入放射学杂志, 2015,24(05):430-433.
- [10] 陈海滨, 谭延禄. 肠梗阻导管深度置管技术治疗急性肠梗阻短期疗效观察[J]. 中国现代普通外科进展, 2022,25(10):817-819.
- [11] 邹科见, 胡艳, 贺雄辉, 等. 介入引导肠梗阻导管放置在老年左半结直肠癌性肠梗阻患者的临床应用价值[J]. 中国医师杂志, 2018,20(11):1687-1688.
- [12] 陈林昊, 林达佳, 黄良祥. 肠梗阻导管在左半结肠癌及直肠癌治疗中的应用[J]. 中华胃肠外科杂志, 2013,16(11):1113-1114.
- [13] 刘洋, 彭焘, 万源, 等. 经鼻肠梗阻导管治疗不可切除结直肠癌腹膜转移所致肠梗阻的疗效及预后分析[J]. 中华介入放射学电子杂志, 2021,9(4):388-394.
- [14] 田春江, 李国华. 经鼻型肠梗阻导管应用进展[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2014,20(05):571-573.
- [15] 张颖, 韩雪迎. 经肛肠梗阻导管在结肠癌性肠梗阻治疗中的应用效果及护理措施[J]. 中国肛肠病杂志, 2022,42(05):46-48.
- [16] 付俊豪, 赵宁, 刘博, 等. 肠梗阻导管防治肠梗阻的临床应用进展[J]. 中华胃肠外科杂志, 2021,24(10):931-935.