

T/GXAS

团 体 标 准

T/GXAS 1413—2026

成人经皮胃造瘘管饲护理规范

Specifications for nursing care of percutaneous endoscopic
gastrostomy tube feeding in adults

2026 – 08 – 14 发布

2026 – 08 – 20 实施

广西标准化协会 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 人员要求 1

5 评估与准备 1

 5.1 评估 1

 5.2 准备 1

6 护理措施 2

 6.1 再次核对与检查 2

 6.2 营养液配制与保存 2

 6.3 管路确认与冲洗 2

 6.4 管饲实施 2

 6.5 管饲后护理 3

7 常见并发症的预防与处理 3

 7.1 胃潴留 3

 7.2 造瘘管堵塞 3

 7.3 反流误吸 3

 7.4 胃造瘘口周围肉芽组织增生 4

 7.5 胃造瘘口周围感染 4

 7.6 包埋综合征 4

 7.7 管周渗液 5

参考文献 6

前 言

本文件参照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。

本文件由广西护理学会提出、归口并宣贯。

本文件起草单位：广西医科大学附属肿瘤医院、广西壮族自治区民族医院、广西医科大学附属口腔医院、柳州市人民医院、南宁市第一人民医院、广西壮族自治区工人医院、广西中医药大学第一附属医院、广西中医药大学第二附属医院、田东县人民医院。

本文件主要起草人：韦丹丹、刘媛芳、石柳、何姗蔓、韦珊珊、张小明、李琳琳、覃春园、左慧子、杨竞、袁关秀、林艺玲、刘彦君、苏凤梅、谢冬梅、马凯芬、龙仙莲、罗锦集、谢镕蔚、吴锦梅、范小燕、潘秋梅、舒婷、凌丽萍、黄彩妮。

成人经皮胃造瘘管饲护理规范

1 范围

本文件界定了经皮胃造瘘的术语和定义，规定了成人经皮胃造瘘管饲护理的人员要求，以及评估与准备、护理措施、常见并发症的预防与处理的要求。

本文件适用于医疗机构对成人经皮胃造瘘管饲的护理。

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 医院消毒卫生标准

WS/T 313 医务人员手卫生规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

经皮胃造瘘 percutaneous endoscopic gastrostomy

通过手术或内镜/影像等技术经腹部体表、胃前壁穿刺，置入连接胃与体外的造瘘管路的微创技术。

4 人员要求

医护人员应经过成人经皮胃造瘘管饲护理相关培训并考核合格，掌握成人经皮胃造瘘管饲护理专业知识与技能，以及院感防控、并发症识别与应急处置能力。

5 评估与准备

5.1 评估

核对医嘱，评估患者以下情况，如有异常报告医师：

——病情、营养状况、意识状态、吞咽功能、合作程度、管饲输注方式等；

——有无腹痛、腹胀、腹泻、胃潴留等不适；

——造瘘管及周围皮肤情况：造瘘管外露刻度、外固定器垫片松紧情况、胃造瘘口渗血、渗液、异味、疼痛、皮下硬结、皮肤受压等。

5.2 准备

5.2.1 环境准备

选择安静整洁，温湿度适宜，室内光线充足的操作室，消毒卫生应符合GB 15982的规定。

5.2.2 操作者准备

按WS/T 313的要求进行手卫生，佩戴口罩、帽子，必要时穿戴隔离衣等防护用品。

5.2.3 物品准备

5.2.3.1 治疗车上层物品放置如下：

- 使用灌注器灌注时，放置清洁治疗盘，内有专用肠内营养灌注器、无菌手套、肠内营养液、37℃～40℃的温开水或生理盐水、棉签；
- 持续输注时，放置清洁治疗盘，内有肠内营养输注管路、无菌手套、肠内营养液、37℃～40℃的温开水或生理盐水、肠内营养泵、固定架。

5.2.3.2 治疗车下层放置医疗垃圾桶、生活垃圾桶。

5.2.4 患者准备

- 5.2.4.1 将患者床头抬高 30°～45°，或取坐位。若患者无法取坐位，可在床头垫软枕维持半卧位，不应处于平卧位或头低脚高位。
- 5.2.4.2 对意识障碍或躁动患者，应采取肢体约束或使用安全固定带。
- 5.2.4.3 告知患者操作目的及过程，取得患者配合。

6 护理措施

6.1 再次核对与检查

- 6.1.1 携用治疗车至患者床旁，核对姓名、住院号和手腕带，同时确认管饲医嘱（营养液种类、剂量、输注方式）及患者造瘘管留置情况。
- 6.1.2 再次核对 5.1 的评估内容。

6.2 营养液配制与保存

- 6.2.1 遵医嘱配制营养液，营养液应现配现用，配制过程中不应被污染，25℃以下保存不宜超过 4h，不用时置于 4℃冰箱保存，24h 内使用完毕。成品肠内营养制剂开启后应立即使用或按照产品说明书要求保存，开启后超过 24h 应丢弃。
- 6.2.2 冷藏保存的营养液使用前，先在室温下放置至室温，再使用温水隔水加热或专用加温器加热至 37℃～40℃方可使用。

6.3 管路确认与冲洗

- 6.3.1 每次管饲前应确认造瘘管位置，方法如下：
 - 核对置管记录，测量造瘘管外露刻度并与基线比较（偏差>1cm 警惕移位）；
 - 观察胃造瘘口有无异常渗漏或皮下积气；
 - 回抽无胃液或外露刻度改变、阻力增大时，应立即停止操作并报告医师。
- 6.3.2 管饲前用 37℃～40℃的 20mL～30mL 温开水或生理盐水缓慢冲洗造瘘管，确认导管通畅。

6.4 管饲实施

6.4.1 灌注器灌注

使用灌注器匀速缓慢注入造瘘管，根据营养液总量分次喂养，每次推注量不宜超过 400mL，推注时间不少于 15min；针对老年人或重症成人患者，应根据医嘱调整每次推注量，观察病情。

6.4.2 间歇重力滴注

将肠内营养制剂置于专用营养液输注袋/瓶中，通过肠内营养输注器与肠内营养喂养管连接，经重力滴注方法进行间歇喂养。

6.4.3 持续经泵输注

在间歇重力滴注的基础上，使用肠内营养泵持续 12h～24h 输注，速度应由慢到快，先调至 20mL/h～50mL/h，根据患者耐受情况逐渐增加。重症患者持续泵输注时，应每隔 4h～6h 检查胃残留量，评估肠内营养耐受性。每 4h～6h 冲管一次，操作如下：

- 冲管时先暂停肠内营养泵注；
- 抽取 37℃～40℃的 20mL～30mL 温开水或生理盐水；
- 断开肠内营养输注器和喂养管连接处，打开喂养管给药口帽，脉冲式推注；

——重新连接肠内营养输注器和造瘘管，启动肠内营养泵。

6.5 管饲后护理

6.5.1 向造瘘管注入 37℃~40℃ 的 20 mL~30 mL 温开水或生理盐水冲管。

6.5.2 关闭造瘘管并固定。

6.5.3 管饲结束后宜保持半卧位 30 min~60 min，期间不应翻身、叩背、剧烈活动。

6.5.4 观察患者有无腹泻、腹痛、呕吐等不适情况。

——如患者出现腹泻，处理方法如下：

- 记录患者腹泻频次，排便的色、质、量，及时报告医师；
- 对于营养液输注速度引起的腹泻，宜使用输注泵控制输注速度；
- 对于营养液温度引起的低温型腹泻，可使用加温器。

——如患者出现腹痛：应立即停止输注，报告医师，观察病情，遵医嘱使用药物。

——如患者出现恶心呕吐，处理方法如下：

- 查找造成恶心呕吐的原因；
- 降低输注速度，协助患者取右侧卧位。

7 常见并发症的预防与处理

7.1 胃潴留

7.1.1 预防

7.1.1.1 管饲前评估胃残余量，当胃残余量 ≥ 500 mL，应立即暂停管饲，并通知医师。

7.1.1.2 遵医嘱调整输注速度，不应短时间大量推注。

7.1.1.3 评估患者腹胀、恶心呕吐情况。

7.1.2 处理

7.1.2.1 遵医嘱暂停肠内营养，回抽监测胃残余量，并通知医师。

7.1.2.2 遵医嘱使用促胃肠动力药。

7.2 造瘘管堵塞

7.2.1 预防

7.2.1.1 每次管饲前后、给药前后使用 37℃~40℃ 的 20 mL~30 mL 温开水或生理盐水冲洗导管；持续泵入喂养时，每 4 h~6 h 冲管 1 次。

7.2.1.2 肠内给药与营养制剂分开喂养。

7.2.1.3 固体药物充分碾碎溶解，不同药物分开注入，不应直接注入管腔。

7.2.1.4 给药结束 30 min~60 min 后重新启动肠内营养。

7.2.1.5 酸性药物、高刺激性药物输注后应增加冲管量。

7.2.2 处理

用 37℃~40℃ 的 20 mL~30 mL 温开水或生理盐水通过抽吸和脉冲式推注的方式冲洗造瘘管。若无效，遵医嘱使用冲管液冲洗造瘘管。

7.3 反流误吸

7.3.1 预防

7.3.1.1 管饲时患者床头抬高 30°~45°，管饲结束后保持半卧位 30 min~60 min。

7.3.1.2 控制管饲量与输注速度，监测胃残余量，不应造成胃过度充盈。

7.3.1.3 评估患者吞咽功能。

7.3.2 处理

- 7.3.2.1 立即暂停管饲，查找造成误吸的原因。
- 7.3.2.2 鼓励患者咳嗽，协助取半卧位，昏迷患者应头偏一侧。
- 7.3.2.3 若患者出现气道梗阻或窒息症状，应立即通知医师并给予负压吸引。
- 7.3.2.4 观察患者的生命体征，遵医嘱用药。

7.4 胃造瘘口周围肉芽组织增生

7.4.1 预防

- 7.4.1.1 固定造瘘管，减少造瘘管的移位和对周围组织的摩擦。
- 7.4.1.2 保持胃造瘘口周围皮肤清洁干燥。
- 7.4.1.3 敷料不应压迫肉芽组织。

7.4.2 处理

- 7.4.2.1 遵医嘱使用无菌剪刀修剪肉芽组织，将藻酸盐颗粒洒于伤口并用纱布按压，或可用高渗盐水湿敷或用碘伏擦洗分泌物或用硝酸银溶液烧灼或短期（不超过 1 周）使用激素类软膏，保持局部干燥。
- 7.4.2.2 重新调整造瘘管垫片松紧度，减少机械摩擦。

7.5 胃造瘘口周围感染

7.5.1 预防

- 7.5.1.1 造瘘术后规范换药，置管次日进行第 1 次换药，并在置管后 1 周内每日对胃造瘘口周围进行消毒并换药。置管 1 周后，换药应每 2 d~3 d 进行一次。每日评估胃造瘘口。
- 7.5.1.2 保持胃造瘘口周围皮肤干燥，管周渗液及时清洁。
- 7.5.1.3 造瘘管不应过度牵拉。

7.5.2 处理

- 7.5.2.1 置管 24 h 后，用无菌生理盐水和纱布清洁造瘘管的穿刺点及周围皮肤，清除胃造瘘口周围的分泌物和污渍。
- 7.5.2.2 术后 1 周内每日检查胃造瘘口周围皮肤，观察有无红、肿、热、痛以及胃内容物渗漏，保持胃造瘘口周围皮肤清洁、干燥。
- 7.5.2.3 当出现胃造瘘口周围皮炎时，可用生理盐水清洗胃造瘘口周围皮肤且待干、撒造口护肤粉或藻酸盐颗粒、喷皮肤保护膜，根据渗液情况选择水胶体敷料或泡沫敷料。
- 7.5.2.4 遵医嘱使用药物治疗。
- 7.5.2.5 根据患者伤口疼痛程度遵医嘱给予镇痛措施。

7.6 包埋综合征

7.6.1 预防

- 7.6.1.1 造瘘管体外盘片松紧适宜，腹壁与外固定器垫片与皮肤保持至少 0.5 cm 间距，固定松紧度以不致压力性损伤、不致置管滑动为宜。
- 7.6.1.2 置管后 48 h，可轻柔旋转导管 90° 再回位，1 次/d。窦道初步形成后，逐步旋转增加 360° 后回位。长期置管患者体外导管部分可使用导管固定贴二次固定。
- 7.6.1.3 不应出现胃壁被固定盘压迫嵌入腹壁的现象发生。

7.6.2 处理

- 7.6.2.1 出现营养液外漏、推注阻力大、管饲后腹痛等情况，报告医师。
- 7.6.2.2 遵医嘱停止喂养。

7.7 管周渗液

7.7.1 预防

- 7.7.1.1 检查并调整外固定器垫片松紧度。
- 7.7.1.2 预防胃潴留造成胃内压力变大。
- 7.7.1.3 固定造瘘管，减少管道牵拉移位。

7.7.2 处理

- 7.7.2.1 查找渗漏原因，及时清洁渗液。
- 7.7.2.2 宜局部使用保护性敷料。



参 考 文 献

- [1] T/CNAS 10—2020 成人肠内营养支持的护理[S].
 - [2] 中国研究型医院学会肠外肠内营养学专业委员会. 经皮内镜下胃(空肠)造口术临床应用中国专家共识(2024版)[J]. 中华胃肠外科杂志, 2024, 27(3):205-214.
 - [3] 中国抗癌协会肿瘤消融治疗专业委员会. X线和CT引导下经皮穿刺胃造瘘术专家共识(2022年版)[J]. 介入放射学杂志, 2022, 31(9):846-851.
 - [4] 中华医学会消化内镜学分会老年内镜协作组, 北京医学会消化内镜学分会. 老年人经皮内镜下胃造瘘术中国专家共识(2022版)[J]. 中华消化内镜杂志, 2023, 40(2):85-93.
 - [5] 中国抗癌协会肿瘤营养专业委员会肿瘤营养通路专家协作组. 肿瘤患者经皮内镜下胃造瘘术操作团体标准[J]. 2026, 13(1):65-72.
 - [6] 卢杰夫. 经皮内镜下胃造瘘术对患者营养及生活质量的改善作用[D]. 广西医科大学, 2013.
 - [7] 沈妍华, 刘爱群, 刘立义, 等. 经皮内镜下胃造瘘术对肿瘤所致进食困难患者的治疗效果[J]. 广西医科大学学报, 2020, 37(05):934-938.
 - [8] 吴华芸. 经皮内镜下胃造瘘术在食管癌同步放化疗中的应用[D]. 广西医科大学, 2018.
 - [9] 中国抗癌协会肿瘤营养专业委员会肿瘤营养通路专家协作组, 庄则豪. 肿瘤患者经皮内镜下胃造瘘术操作团体标准[J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2026, 13(1):65-72.
 - [10] 韦荣泉, 莫立根, 邓腾, 等. 颅内肿瘤住院患者营养风险状况及其影响因素的研究[J]. 护理管理杂志, 2017, 17(07):457-459.
 - [11] 杨晓霞, 金欢, 罗洋. 成人患者经皮内镜胃造瘘护理管理的临床实践指南[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(24):1841-1845.
 - [12] ASGE Standards of Practice Committee. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on gastrostomy feeding tubes: methodology and review of evidence[J]. VideoGIE, 2025, 10(1):1-23.
 - [13] Meine MC, Tusato IH, et al. Percutaneous radiologic gastrostomy versus percutaneous endoscopic gastrostomy for enteral feeding: A systematic review and meta-analysis[J]. JPEN. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 2024, 48(6):667-677.
-

中华人民共和国团体标准
成人经皮胃造瘘管饲护理技术规范
T/GXAS 1413—2026
广西标准化协会统一印制
版权专有 侵权必究