

团体标准

T/HNNAS 011—2025

成人鼻胆管的留置与维护

Placement and maintenance of a nasobiliary tube in adults

2025-08-01 发布

2025-10-01 实施

湖南省护理学会 发布

目 次

前言 III

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 缩略语 1

5 基本要求 1

6 置管 2

7 固定 2

8 维护 2

9 拔管 2

10 注意事项 3

附录A（资料性）鼻胆管置入口鼻转换流程 4

附录B（资料性）鼻胆管冲洗流程 5

附录C（资料性）感染风险评估表 6

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。

本文件由湖南省护理学会提出并归口。

本文件起草单位：湖南省人民医院（湖南师范大学附属第一医院）、湖南省肿瘤医院、中南大学湘雅医院、中南大学湘雅二医院、中南大学湘雅三医院、南华大学附属第一医院、南华大学附属第二医院、株洲市中心医院、邵阳市中心医院、岳阳市中心医院、湘西自治州人民医院、湖南医药学院第一附属医院、东部战区总医院。

本文件主要起草人：曾敏婕、张红辉、王紫艳、胡薇华、李华、莫萍、马彩莉、何怡帛、王慧清、曾祥娥、周薇、刘卫红、曾湘凡、张倩、徐翠、周媛、颜春英、黄迎春。

成人鼻胆管的留置与维护

1 范围

本文件规定了成人鼻胆管的留置与维护的基本要求、置管、固定、维护、拔管、注意事项。
本文件适用于各级各类医疗机构从事成人留置鼻胆管相关工作的护理人员。

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。

WS/T 313—2019 医务人员手卫生规范
WS/T 367—2012 医疗机构消毒技术规范
T/CNAS 20—2021 成人鼻肠管的留置与维护
T/CNAS 25—2023 胸腔闭式引流护理

3 术语和定义

T/CNAS 20—2021界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

鼻胆管 nasobiliary tube

经内镜鼻胆管引流术后留置于胆道减压、胆汁引流及药物灌注的引流导管。

3.2

高举平台法 elevated platform fixation

通过医用胶布或专用固定贴形成支点，减少管道与皮肤直接摩擦的固定技术。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

ERCP：经内镜逆行胰胆管造影术（endoscopic retrograde cholangiopancreatography）

ENBD：经内镜鼻胆管引流术（endoscopic nasobiliary drainage）

5 基本要求

- 5.1 应在具备放射防护设施的消化内镜室或手术室进行鼻胆管置入，应操作轻柔，避免机械损伤。
- 5.2 ERCP、ENBD由具有资质的医生和经过培训的护士协同完成。确定导丝位于胆管，护士配合医生将鼻胆管置入目标位置并完成固定、留置期间的护理。
- 5.3 应遵循WS/T 313—2019 规定执行操作前后手卫生；应遵循T/CNAS 25—2023进行引流装置的更换。

- 5.4 应按照产品说明书正确留置鼻胆管及引流装置，保持装置密闭和通畅。
- 5.5 应评估患者的病情、管道固定与通畅情况、引流液颜色、性状、量，及时识别并处理并发症。
- 5.6 应经医生全面评估后决定鼻胆管的移除，由经过培训的医护人员操作。

6 置管

- 6.1 应评估患者的年龄、病情、过敏史、鼻腔情况、意识状态、合作程度，并确认签署知情同意书。
- 6.2 应根据医嘱准备置管用物和药物，完成手术安全核查后协助医生置管。
- 6.3 应顺造影导丝套入鼻胆管并X线下确认置入头端位置。
- 6.4 应协助撤出十二指肠镜。
- 6.5 应将鼻胆管用口鼻转换的方法从口腔改至鼻腔引出体外（见附件A），应检查管路有无打折，口腔中是否有盘曲。

7 固定

- 7.1 应根据患者鼻部大小选择合适规格固定材料（如低致敏性胶布），鼻部皮肤脆弱时宜使用具有创面修复功能的敷料，根据实际情况调整材料规格尺寸。
- 7.2 应清洁鼻尖和鼻翼皮肤，粘贴固定参照T/CNAS 20—2021中经鼻喂养管的固定方式。
- 7.3 可将鼻胆管外露部分剪除保留100 cm长度，末端套入引流袋固定，引流平面始终低于肝胆管水平45 cm为宜。
- 7.4 宜采用鼻翼、面颊、耳尖、颈部外侧四个固定点固定，面颊、耳尖可用高举平台法固定，颈部外侧用燕尾夹或别针固定，避免牵拉。
- 7.5 应确认鼻胆管外露长度，固定前应用记号笔在鼻部出口标记。
- 7.6 应检查固定牢固性，管道无扭曲、压迫皮肤情况及连接处密封性。

8 维护

- 8.1 应遵循T/CNAS 25—2023规定操作更换引流袋，根据引流装置材质每周宜更换1~2次；若引流液浑浊、袋内污染或破损，需立即更换。
- 8.2 应每日查看置管外露刻度标记和导管固定情况。
- 8.3 应根据医嘱正确实施鼻胆管冲洗（见附件B）。
- 8.4 应尽早识别引流不畅或堵管，轻捏导管远端，尝试疏通；宜改变体位，观察引流是否恢复，无效立即报告医生处置。
- 8.5 应及时发现感染相关症状、引流异常、导管异常情况（见附表C），应根据医嘱正确实施感染相关护理。
- 8.6 应尽早识别消化道出血、胆道出血、胆汁漏、胰腺炎、十二指肠穿孔等其它手术并发症。
- 8.7 应在留置期间实施鼻咽部护理，可开展清洁、滴鼻湿润，必要时旋转导管、雾化吸入。

9 拔管

- 9.1 拔管前应用不少于20ml生理盐水脉冲式冲洗鼻胆管，宜选用≥20ml注射器。
- 9.2 应嘱患者屏气，缓慢拔除鼻胆管，检查导管完整性。

9.3 拔管后应观察鼻腔黏膜情况。

10 注意事项

10.1 置管前评估患者鼻腔情况：如有息肉、鼻中隔偏曲用健侧鼻腔引出鼻胆管；如颅底骨折、鼻出血等建议直接经口腔引出鼻胆管。

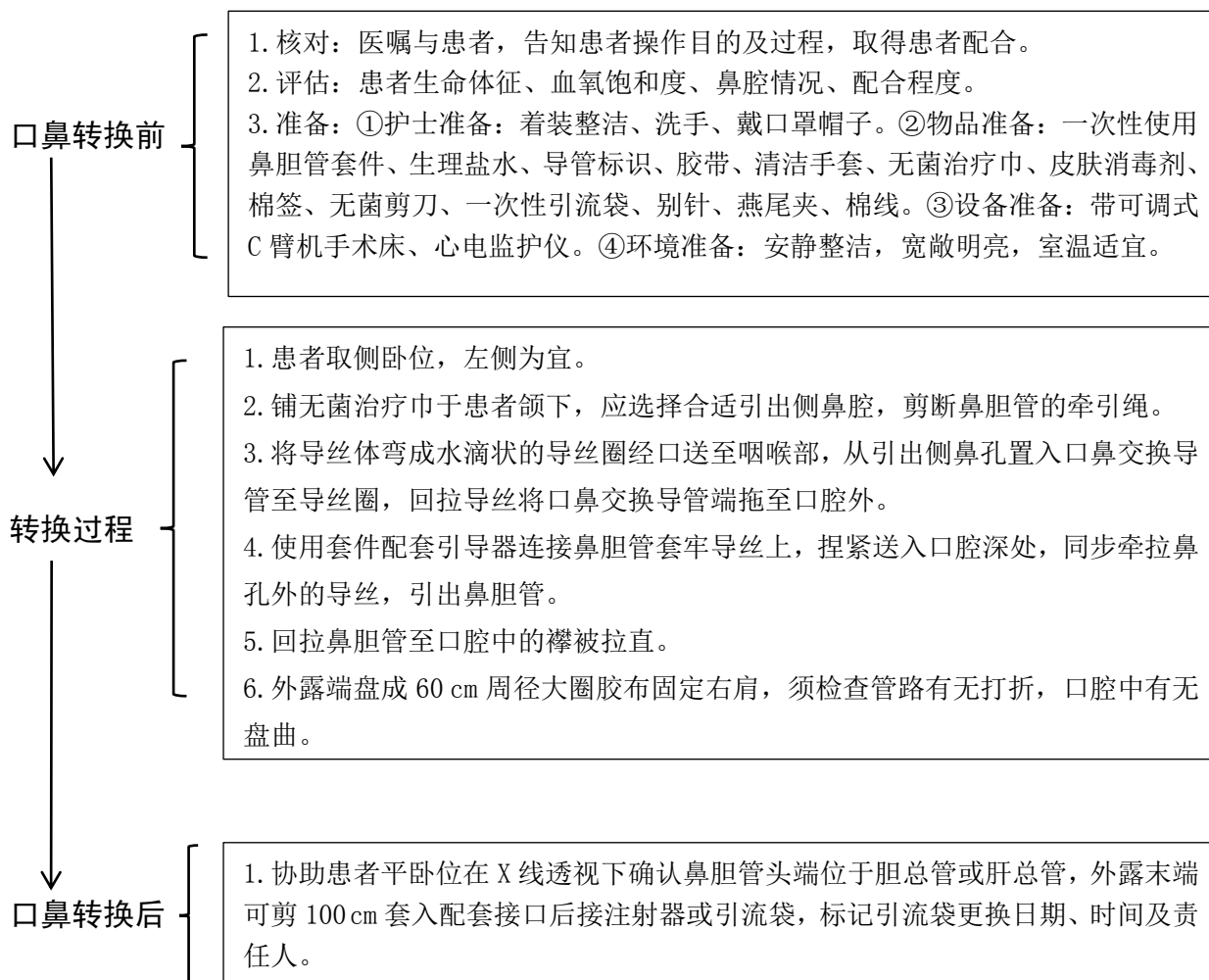
10.2 应在出院后第一周随访患者，可通过互联网+医院进行线上复诊、上门管路维护。

10.3 应对长期带管出院患者遵医嘱予口服胆汁指导，使其掌握胆汁过滤、储存、口服方法，口服量根据其具体情况调整，可适当增加调味剂。

附录 A

(资料性)

鼻胆管置入口鼻转换流程



附 录 B
(资料性)
鼻胆管冲洗流程

冲洗前

- 1. 核对：核对医嘱与患者，告知患者操作目的及过程，取得患者配合。
- 2. 评估：患者生命体征、血氧饱和度、鼻胆管引流情况、配合程度。
- 3. 准备：①护士准备：着装整洁、洗手、戴口罩帽子。②物品准备：冲洗药液（遵医嘱准备品规）、一次性输液器、清洁手套、无菌治疗巾、皮肤消毒剂、棉签、无菌剪刀、一次性引流袋、别针、20 ml 注射器、有条件可备低压输液泵。③环境准备：安静整洁，宽敞明亮，室温适宜。

冲洗过程

- 1. 核对医嘱及患者信息，将冲洗液连接输液器并排气，建议使用注射泵控制流速（如 3 ml/min），避免压力过高损伤胆管黏膜。
- 2. 铺无菌治疗巾于引流袋接口处，注射器接驳鼻胆管接口回抽胆汁确保通畅后方可接输液器。
- 3. 调节滴速：初始速度≤30 滴/分钟，观察患者有无腹痛、腹胀等不适；若无不良反应，可逐渐增至 60 滴/分钟；胆总管梗阻患者总量不超 20 ml 为宜。
- 4. 悬挂“鼻胆管冲洗”警示牌，并记录冲洗时间、液体种类及用量。
- 5. 冲洗期间患者如出现的腹痛、腹胀、恶心、呕吐等，立即停止操作，通知医生相应处理。
- 6. 若引流液突然减少或性质改变，需排查管道堵塞或移位。必要时可再次造影，观察鼻胆引流管情况，及时汇报，可遵医嘱使用生理盐水+庆大霉素注射器低压冲洗。

冲洗结束

- 1. 更换引流袋，标记引流袋更换日期、时间及责任人。
- 2. 冲洗后记录引流液颜色、量及患者耐受情况。
- 3. 遵循 WS/T 367—2012 要求进行终末处置。

附 录 C
(资料性)
感染风险评估表

指标	低风险	中风险	高风险
体温	$<37.5\text{ }^{\circ}\text{C}$	$37.5\text{ }^{\circ}\text{C}\sim 38.5\text{ }^{\circ}\text{C}$	$>38.5\text{ }^{\circ}\text{C}$
腹痛	无	轻度, 可耐受	持续性, 难以忍受
胆汁性状	清亮, 无絮状物	轻微浑浊	浑浊, 有脓性或血性分泌物
白细胞计数	$<10\times 10^9/\text{L}$	$(10\sim 15)\times 10^9/\text{L}$	$>15\times 10^9/\text{L}$
导管周围情况	无红肿、渗液	轻微红肿	明显红肿、渗液或脓性分泌物