

鼻饲技术实训指导

【实训目的】

遵医嘱为不能经口进食的患者灌入流质液体，保证患者摄入足够的营养、水分和药物。

【实训前准备】

护士：护士着装整齐，洗手、戴口罩。

环境：清洁、安静、安全、舒适。

用物：治疗车上层放置治疗盘 2 个，治疗碗 2 个、温水、流质饮食、治疗巾 2 块、弯盘 2 个、棉棒、乳胶手套 1 副、pE 手套 1 副、一次性胃管一根、石蜡油棉球 1-2 个、纱布 2 块、压舌板 1 个、胶布 1 卷、鼻饲空针 1 个、免洗手消毒液，听诊器 1 个、手电筒；治疗车下层放生活垃圾桶 1 个、医疗废物桶 1 个。

【实训方法】

1、课前查资料熟悉食道解剖特点，观看鼻饲技术的操作视频，掌握插管方法。
2、课中根据模拟临床情景或病例，以小组为单位，按照实训步骤进行操作，在模拟人上练习鼻饲术，小组讨论，指出操作同学存在的问题，教师巡回指导，及时反馈问题并各组抽查。

3、课后于实训室开放练习，观看操作视频，对照操作，强化技能。

【实训步骤】

1、遵循查对制度、标准预防、消毒隔离原则。

2、告知患者/家属鼻饲的目的、注意事项，取得患者的配合。

3、评估患者病情、意识状态、合作程度、鼻腔是否通畅、有无消化道狭窄或食道静脉曲张、以往是否有插胃管的经历；评估患者的消化、吸收、排泄功能和进食需求。根据评估结果选择合适的胃管和鼻饲时机。

4、携用物和执行单到床旁，查对床头牌和腕带信息是否与执行单相符，备胶布。

5、协助患者取半坐卧位或仰卧位（昏迷者头稍后仰）。

6、标记剑突部位，治疗巾铺于颌下，置弯盘于口角旁，清洁鼻孔，棉棒弃入弯盘。戴乳胶手套，检查胃管通畅，润滑胃管前段并测量插管长度（前发际—剑突或耳垂—鼻尖—剑突，约 45~55cm）。

7、左手托住胃管末端，右手持胃管前段，沿清洁过的一侧鼻孔缓缓插入，达咽喉部时(约 15cm)嘱患者做吞咽动作（若插入不畅，用压舌板检查胃管是否盘曲于口腔；插管过程中观察患者呼吸和有无呛咳，若有呛咳、呼吸困难，紫绀等情况，立即停止插管并拔管，若恶心严重，稍停片刻再插），直至所需长度，胶布固定于鼻翼。

8、验证胃管是否在胃内，确定在胃内后，稳妥固定。

9、注入少量温开水，再注入流质饮食，每次不超过 200ml。最后再注入少量温水冲洗胃管，正确处理管端，避免空气入胃，引起胀气。

10、长期鼻饲患者，每天清洁鼻腔黏膜和做口腔护理，每次鼻饲前要了解上一次鼻饲时间、进食量，检查胃管是否在胃内以及有无胃潴留，胃内容物超过 150 毫升时，应当通知医师减量或者暂停鼻饲。

11、鼻饲前后用温开水 20-30 毫升冲洗管道，防止管道堵塞。

13、缓慢灌注鼻饲液，温度 38℃-40℃。鼻饲混合流食，应当间接加温，以免蛋白凝固。

14、鼻饲给药时应先研碎，溶解后注入。

15、对长期鼻饲的患者，应当定期更换胃管。

16、患者病情好转，遵医嘱拔出胃管。解释拔管原因，揭起胶布，戴手套，右手缠绕胃管，沿鼻孔方向拔至咽喉部（14~16cm）嘱病人屏气，拔出胃管后，擦净鼻腔污物，连同手套一起置于污物袋中，清洁面部，询问病人感受，指导患者注意事项，妥善安置患者、整理床单位。

17、用物处理正确，洗手，记录。

【实训重点观察】

- 1、插管动作要轻柔，体现爱伤观念。
- 2、正确掌握插管操作要领，动作熟练，操作规范，有效指导患者配合。
- 3、正确处理插管过程中的异常情况。
- 4、确定胃管是否在胃内的方法。

【实训评分标准】

鼻饲技术操作考核评分标准

科室_____姓名_____考试日期_____监考人_____得分_____

项目	总分	技术操作流程及标准	评分等级				实际得分	备注
			A	B	C	D		
评估	10	1. 双人核对医嘱单与执行单，持执行单到床旁，查对患者并告知患者及家属（意识不清者告知家属）鼻饲目的、配合要点、可能出现的不适，征得同意。 2. 询问有无胃管插入史、鼻腔、食道有无疾患、有无食管	6	4	3	2		
			4	3	2	1		
操作前准备	10	1. 着装规范，洗手，戴口罩。 2. 用物：治疗车上层放置治疗盘 2 个，治疗碗 2 个、温水、流质饮食、治疗巾 2 块、弯盘 2 个、棉棒、乳胶手套 1 副、pE 手套 1 副、一次性胃管一根、石蜡油棉球 1-2 个、纱布 2 块、压舌板 1 个、胶布 1 卷、鼻饲空针 1 个、免洗手消毒液，听诊器 1 个、手电筒；治疗车下层放生活垃圾桶 1 个、医疗废物桶 1 个。 3. 用物准备 3 分钟。	3	2	1	0		
			5	4	3	2		
			2	1	0	0		
操作流程	70	1. 携用物和执行单到床旁，查对床头牌和腕带信息是否与执行单相符。备胶布。 2. 协助患者取半坐卧位或仰卧位（昏迷者头稍后仰）。 3. 标记剑突部位，治疗巾铺于颌下，置弯盘于口角旁，清洁鼻孔，棉棒弃入弯盘。戴乳胶手套，检查胃管通畅，润滑胃管前段并测量插管长度（前发际—剑突或耳垂—鼻尖—剑突，约 45~55cm）。 4. 左手托住胃管末端，右手持胃管前段，沿清洁过的一侧鼻孔缓缓插入，达咽喉部时（约 15cm）嘱患者做吞咽动作（若插入不畅，用压舌板检查胃管是否盘曲于口腔；插管过程中观察患者呼吸和有无呛咳，若有呛咳和呼吸困难，立即停止插管并拔管，若恶心严重，稍停片刻再插），直至所需长度，胶布固定于鼻翼。 5. 验证胃管是否在胃内（选择一种方法），①回抽观察胃管前段有无胃液或胃内容物流出（此法首选），②检查胃管末端有无气泡逸出→③用听诊器在胃部听有无气过水声。证实胃管在胃内后用胶布固定于面颊部。 6. 先缓慢注入少量温水，再缓慢注入流质饮食，流质饮食注毕用少量温水注冲胃管，冲管毕将胃管轻提，再将胃管末段妥善放置于枕上。 7. 再次查对，致谢患者配合，询问患者感受，安慰患者，交代注意事项，整理床单元，整理用物，洗手，记录，签字。 8. 停止鼻饲时，查对医嘱、执行单，持执行单床边告知，	5	4	3	2		
			3	2	1	0		
			7	5	3	2		
			30	25	20	15		
			7	5	3	2		
			5	4	3	2		
			5	4	3	2		
			8	6	5	3		
评价	10	1. 操作规范、轻巧、流畅，操作“五声”到位，患者满意。 2. 确保胃管在胃内，固定稳妥、灵活、美观。 3. 每超时 1 分钟扣 2 分。	5	4	3	2		
			3	2	1	0		
			2	1	0	0		

注：总分 100 分 操作时间 12 分钟