【课 题】特殊饮食的护理 【授课时数】3学时

【授课类型】理论+实践、 【教学方法】多媒体（PPT、视频）+示教

【教 具】 消毒鼻饲包内备：治疗碗2个、消毒胃管(或一次性胃管)、镊子、压 舌板、50ml注射器(灌食用)、纱布数块。治疗盘内:治疗巾、液状石蜡棉球(润管用)、纱布、 棉签、胶布、橡皮圈、别针、听诊詻、手电筒、弯盘、流质饮食(38-40℃)、温开水。拔管时治疗盘内置治疗碗(内有纱布)、松节油、乙醇、棉签、弯盘、治疗巾。

【教学目标】 1、学生正确掌握特殊饮食的目的、

 2、鼻饲插管、喂食的具体操作步骤、相关注意事项

 3、学生掌握正确的出入液量记录方法、要求

【教学重点】 鼻饲插管、喂食的注意事项

【教学难点】 鼻饲插管、喂食的具体步骤

【教学过程】

**Ⅰ.**组织教学（2分钟） 师生问好、班长报告出勤、检查着装

**Ⅱ.**复习提问（5分钟）1、医院饮食分为哪几类？

 2、隐血试验饮食的实施方法、注意事项？

 3、高蛋白饮食适用范围？

 4、营养状况的评估指标？

**Ⅲ.**讲授新课（97分钟）

 **第13章 饮食护理与营养评估**

 **第3节 特殊饮食的护理**

【案例导入】

患者，男，65岁，因脑血管意外昏迷入院，需鼻饲饮食.

问题: 1、如何给患者插胃管，插管时应注意什么？

 2、如何证实胃管插入胃内的方法？ 灌入食物时注意什么？

一、鼻饲法

1、定义：是指将鼻胃管经鼻腔插入胃内，从管内灌注流质食物、水分和药物，以维持患者营养和治疗需要的技术。

2、目的

对下列不能自行经口进食的患者以鼻饲管供给食物和药物，以维持患者营养和治疗的需要1（1）不能由口进食者，如昏迷、口腔疾病、口腔手术后、破伤风的患者。

（2）早产儿及病情危重的患者。

（3）拒绝进食的患者。

3、评估

（1）患者的病情、营养状况及治疗情况。

（2）.患者的心理状态与合作程度，有无鼻饲的经历，是否愿意配合。

.（3）患者鼻腔黏膜有无炎症、肿胀，有无鼻中隔偏曲、鼻息肉等。

1. 计划

（1）护士准备 着装整洁，洗手、戴口罩。

（2）患者准备 了解鼻饲目的、操作过程及配合方式，鼻孔通畅。

（3）用物准备 消毒鼻饲包内备：治疗碗2个、消毒胃管(或一次性胃管)、镊子、压 舌板、50ml注射器(灌食用)、纱布数块。治疗盘内：治疗巾、液状石蜡棉球(润管用)、纱布、 棉签、胶布、橡皮圈、别针、听诊器、手电筒、弯盘、流质饮食(38-40℃)、温开水。拔管时治疗盘内置治疗碗(内有纱布)、松节油、乙醇、棉签、弯盘、治疗巾。

（4）环境准备：病室整洁、安静，光线明亮。

5、实施

（1）核对解释，携用物至床旁，认真核对患者，向患者解释操作目的、过程及配合方法，减轻患者焦虑，取得理解并能配合。

（2）安置卧位，取下活动义齿，安置卧位，取半坐卧位或坐位，不能坐起者采取右侧卧位。取下义齿防止脱落、误咽，半坐卧位或坐位可减轻插管时的不适，右侧卧位可借解剖位置使胃管易于插入。

（3）铺治疗巾，将治疗巾围于患者颌下，弯盘和卫生纸放在便于取用处。防止污染患者的衣服，卫生纸可用于随时擦净面部，以保持患者的自尊。

（4）清洁鼻腔，观察鼻腔、选择通畅一侧，用湿棉签清洁鼻腔，准备好胶布2-3条。如有鼻腔疾病，应选择健侧。

（5）测量长度，测量插管长度,并作一标记。插入长度一般为前额发际至剑突的距离.或自鼻尖经耳垂至剑突的距离，成人45--55cm。

（6）润滑胃管，用液状石蜡棉球润滑胃管的前段，可减少插入时的摩擦阻力。

（7）插入胃管，左手持纱布托住胃管，右手持镊子夹住胃管轻轻插入一侧鼻孔插至14-16cm(咽喉部)时，嘱患者做吞咽动作，同时顺势将胃管向前推进，插至预定长度。插管过程中若出现恶心、呕吐可暂停插入.嘱患者做深呼吸或张口呼吸，昏迷患者插管前先协助患者去枕头向后仰，当胃管插入15cm时，左手将患者头部托起，使下颌靠近胸骨柄。插入动作应轻稳，吞咽动作可助胃管迅速插入食管，护士可以让患者随"吞"的口令边吞边插，无法做吞咽动作时可让患者饮少量温开水。深呼吸可降低迷走神经兴奋性，减轻胃肌收缩。如出现呛咳、发绀、呼吸困难，表示误入气管，应立即拔出，休息片刻后重新插入。插管不畅时检查胃管是否盘在口腔内，如有应抽出再小心插入。头向后仰可避免胃管误入气管，下颌靠近胸骨柄可增加咽后壁的弧度，提高插管成功率(颈椎骨折患者禁用此法)。

（8）验证胃管，验证胃管是否到达胃内：a、抽:注射器连接胃管回抽，抽出胃液;b、听：将听诊器放于胃部，用注射经胃管快速向胃内注入10ml空气，听气过水声;c、看:将胃管末端放入水中，无气体逸出。有胃液被抽出，是最常用最准确的方法。将抽吸后的胃液滴到pH试纸上面，检测ph是否在胃液的范围内，能听到气过水声。如有气体逸出说明胃管插入气管内，应立即拔出，休息片刻重插。

（9）固定胃管，确认胃管在胃内后，用胶布固定胃管于鼻翼及同侧颊部，防止胃管滑出或移位。

（10）灌注食物，连接注射器于胃管末端，先回抽，见有胃内容物再缓慢注入少量温开水，缓慢灌注鼻饲液或药物，每次用注射器抽吸鼻饲液时应反折胃管末端。确定胃管在胃内，了解有无导管堵塞。温开水可湿润胃管，防止鼻饲液附着于管壁，药片应研碎溶解后灌入，避免注入过快，注入过程中应询问患者感受以调节注入速度，防止胃内容物反流或空气进入造成腹胀。

（11）夹末端管，鼻饲完毕，再注入少量温开水，提高胃管末端，将胃管末端反折并用纱布包好，橡皮圈系紧，用别针固定于枕旁或衣肩处。冲净胃管，避免鼻饲液存积管腔中变质，引起胃肠炎或堵塞管腔防止胃管脱出。

（12）整理用物，协助患者清洁面部，整理床单位，嘱患者维持原体位20-30分钟，冲洗注射器，放于治疗盘内，用纱布盖好备用，洗手。维持原卧位以防呕吐，鼻饲用物应每日更换、消毒，洗手能防止微生物的传播。

（13）记录观察，记录插管时间、饮食的种类、量及患者的反应

6、插管口诀：一释、二卧、三清孔、四量、五润、六插管、七检、八固、九温、十注】

7、拔管操作

 用于停止鼻饲或长期鼻饲需更换胃管时

（1）核对解释，携用物至床旁，核对、解释，置弯盘于患者颔下，揭去胶布，反折胃管末端。防止拔管时管内液体反流。

 （2）拔除胃管，用纱布包裹近鼻孔处胃管，嘱患者深呼吸，在患者呼气时拔管，边拔边擦胃管，至咽喉处快速拔出，擦净口鼻。在咽喉处快速拔出胃管，以防液体滴入气管。

 （3）整理记录， 置胃管于弯盘内，撤去弯盘，清洁口腔、鼻腔、面部，擦去胶布痕迹，协助漱口，安置舒适休位，整理床单位，清理用物，洗手。记录拔管时间和患者反应。可用松节油擦净胶布痕迹，再用乙醇擦除松节油。

1. 评价

（1）患者理解插管的目的，能主动配合，胃管插入顺利。

（2）患者通过鼻饲获得需要的营养、水分及药物。

（3）护士操作熟练、正确，无损伤及并发症出现。

9、注意事项

（1）插管动作要轻稳，注意食管解剖特点(3个狭窄:环状软骨水平处、平气管分叉处、食管通过膈肌处),避免损伤食管黏膜。

（2）每次灌食前应先确定胄管在胃内，检查胃管是否通畅。回抽有胃液后注入少量温来水，鼻饲完毕后再次注入少量温开水，防止鼻饲液凝固。

（3）鼻饲液温度为38-40℃，每次鼻饲量不超过200ml，间隔时间不少于2小时。如需要用药物时，应将药片研碎溶解后再注入。

（4）长期鼻饲者应每天护理口腔2次，普通胃管每周更换1次，硅胶管每月更换1次，聚氨酯胃管放置时间可达2个月;拔管于当晚末次饲食后拔出，次晨再从另一侧鼻孔插入。

（5）食管、胃底静脉曲张、食管癌、食管梗阻患者禁忌采用鼻饲法。

（6）插入胃管至14-16cm(咽喉部)时，若为清醒患者，嘱其做吞咽动作;若为昏迷患者，则用左手将其头部托起，使下颌靠近胸骨柄，以利插管。

 **第四节 出入液量记录**

 1、记录内容与要求：

（1）摄入量：饮水量、食物中含水量、输液量、输血量等，患者饮水或进食时，应使用量杯或固定使用已测量过的容器，以便准确记录。

（2）排出量：尿量、粪便量、其他排出量(呕吐量、咯血量、痰量、胃肠减压量、腹腔抽出液量、各种引流量及伤口渗出量等)。

2、记录方法：

（1）蓝笔填写出入液量记录单的眉栏项目,如床号、姓名、住院号、日期等。

（2）出入液量记录，晨7时至晚7时用蓝笔记录，晚7时至次晨7时用红笔记录

（3）出入液量总结，一般每日晚7时做12小时小结，次日晨7时做24小时总结，并用蓝笔填写在体温单的相应栏目内。

（4）记录应及时、准确、完整。

**Ⅳ.巩固新课**（15分钟）

1．学生操作回示

2．小结回顾

**Ⅴ.布置作业**（1分钟）

1．练习鼻饲插管、喂食

2．预习排尿的护理