

经胃管饲养操作要点及评分标准

（操作时间： 分钟）

选手组别：_ 选手编号： 评委编号： 得分

项目	分值	实施要点与标准	评分等级				得分	备注
			A	B	C	D		
操作前准备	10	护士准备：着装整洁，洗手，戴口罩。	3	2	1	0		
		环境：清洁、光线明亮	2	1	0	0		
		用物准备：根据医嘱准备鼻饲奶液、温开水、注射器、听诊器，必要时备胃管、胶布、pH值试纸	5	4	3	2		
评估	10	1. 给奶或给药前查看喂养管位置、刻度。	5	4	3	2		
		2. 观察腹部情况，听诊肠鸣音。	5	4	3	2		
操作要点	60	1. 遵医嘱确定给奶量。	5	3	2	0		
		2. 查对床号、姓名，病人取仰卧或半坐卧位。	5	3	2	0		
		3. 确认胃管在胃内。有三种方法：将胃管末端放入盛有水的水杯中，看有无气汇溢出，如果有气泡溢出，且同呼吸一致，则证明胃管在气道中；用注射器抽吸胃液，如有胃液抽出，则证明在胃内；向胃内注入空气，同时将听诊器放在胃部，听胃内有无气过水声，如果有气过水声。则证明在胃内。必要时检测pH值。	15	10	5	0		
		3. 抽取胃内残留液，胃内残留液超过管饲奶量的1/4时，报告医生酌情减量或禁食。	5	2	1	0		
		4. 奶液的温度保持在38~40℃，缓慢注入（新生儿使用自然重力喂养），观察患儿耐受情况。	15	10	5	2		
		5. 管饲后，抽温开水1~2ml，冲净喂养管。	5	2	1	0		
		6. 封闭喂养末端。	5	2	1	0		
		7. 安置患者，作好指导，整理用物，记录。	5	2	1	0		
整体	62	1. 操作规范、熟练，动作迅速、连贯、准确，关注病人病情。	6	4	2	1		
		2. 用物：按要求分类处理。	2	1	0	0		
		3. 护士：举止端庄，态度严肃认真。	2	1	0	0		
提问	10	1. 相关知识	5	4	3	2		
		2. 注意事项						

注：操作时间：15分钟，每超过1分钟扣1分，以此类推。