

2010年儿科护理：早产儿留置胃管的护理 \_ 护士资格考试 \_  
PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/1/2021\\_2022\\_2010\\_E5\\_B9\\_B4](https://www.100test.com/kao_ti2020/1/2021_2022_2010_E5_B9_B4)

[\\_E5\\_84\\_BF\\_c21\\_1790.htm](#) 早产儿消化系统有其独特的生理特点，虽然吸吮及吞咽功能还不协调，但其胃肠道机制已能适应胃肠道营养，或经静脉营养后逐渐能耐受。为了保证供给患儿足够的营养，满足生长发育的需要，增强抗病能力，临床上常需留置胃管注入食物及药物。而早产儿的存活率与合理喂养及精心的护理密切相关。现将早产儿留置胃管中的护理报告如下：

一、置管前的护理 用物的准备：充分评估患儿选择合适型号的胃管，备好一次性无菌手套、无菌剪刀、一次性注射器、听诊器等置管用品。还需备好吸痰吸氧等急救物品。

二、置管百考试题论坛

(一) 置管长度 早产儿胃肠蠕动能力弱，每次鼻饲前需抽吸胃内残余奶量，以观察胃液的性质及胃排空、肠蠕动情况，根据胃残留量给予喂奶量，因此，只有适宜的胃管长度才能正确反映患儿的消化功能，为治疗提供依据。有文献报道：胃管置入长度以到达胃黏液池为宜，且早产儿前额正中发际不及成人明显，“印堂穴（两眉连线中点）一脐”法使胃管侧孔部分或全部在胃液内的比例增加至置入的胃管长度比“发际剑突”测量法更适宜。

(二) 置管方法 置管前应先用石蜡油充分润滑胃管，使用的德尔医械生产的DRW-BX型（新生儿保留胃管）为多孔胃管，置管前，可用无菌剪刀剪去多余侧孔，保留2个侧孔，这样置管时既可保证胃管全部在胃内，又可确保管道无堵塞。但前端尽量保持圆钝，防止损伤食管及胃粘膜。插管时将患儿上身抬高30~50°，头稍后仰，在患儿哭声未深吸气时立即将

胃管插入，当插管5~7cm到达咽部时，可采用改良新生儿插管法，即助手迅速用裹紧的消毒棉签蘸少许糖水或奶汁放入患儿口腔，使其安静并产生吸吮动作，此时操作者迅速将胃管插至所需长度。但注意操作过程中动作应轻柔，防止损伤胃粘膜。且在置管过程中，应密切观察患儿神志及面色变化，一旦发现患儿出现刺激性呛咳或面色发绀应立即拔出胃管，待患儿休息片刻再重新插入，防止胃管误入气管。（三）判断胃管在胃内的方法（1）注射器连于胃管末端回抽有胃液。www.Examda.CoM（2）缓慢向胃管内注入3~5ml空气，用听诊器在胃部闻及气过水声。（3）将胃管末端置于水中，看是否有气泡溢出。（四）胃管固定可采用“Y”法固定胶布，将宽胶带纵形剪开呈“Y”型，整端从鼻跟至鼻尖贴于鼻梁上，撕开的2条胶布分别按顺时针及逆时针方向旋转贴于胃管上，露在外面的胃管可用胶带固定于耳旁，胃管固定应牢固，防止反复置管给患儿带来痛苦。更多信息请访问：百考试题护士网校 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)