20例异物致食道黏膜损伤患儿的护理体会

刘璐 苏颖 邬岚
沈阳市儿童医院耳鼻喉科,辽宁沈阳 110000

[摘要] 食管异物可使局部食管黏膜损伤,小儿食道异物的发生率较高,若处理不当,可引发严重的并发症,甚至危及患儿生命。有效的护理可维持患儿营养需求,提高患儿抵抗力,促进食道黏膜损伤恢复,加快患儿康复,减少并发症的发生。本研究对20例异物致食道黏膜损伤患儿进行了鼻饲饮食、疼痛、心理护理及健康教育,并加以总结,希望为相关临床工作积累经验并提供参考。

[关键词] 小儿食道异物;食道黏膜损伤;鼻胃管护理
[中图分类号] R473.72 [文献标识码] B [文章编号] 2095-2856(2021)01-61-02

幼儿好动,好奇心强,喜欢将玩具含于口中,玩耍、嬉笑时易不慎将其咽下,因此小儿食道异物的发生率很高,且异物种类繁多[1]。幼儿发生食道异物时,不能自行表达不适感,同时年轻家长对幼儿生活环境中存在的危险物品意识及重视度不高,对食道异物发生后的急救知识掌握不足,以致家长不能及时发现并处理,绝大多数患儿只能来医院行食道异物取出术[2]。为防止并发症的发生,我科常规对行食道异物取出术的有食道黏膜损伤的患儿进行胃管置入行鼻饲饮食护理,效果较好,本研究对2015年12月 ~ 2019年12月我院收治的行食道异物取出术的异物致食道黏膜损伤患儿20例实施胃管置入行鼻饲饮食护理,并加以总结,希望为临床护理提供参考,现报道如下。

1 临床资料

选取2015年12月 ~ 2019年12月我院收治的行食道异物取出术的异物致食道黏膜损伤患儿20例,男12例,女8例;年龄0.5 ~ 2岁。异物种类:尖锐耳环1例,电池后盖2例,一角银币2例,钮扣电池9例,曲别针4例,环形胸针2例。入院时患儿频繁哭闹、有呕吐、流涎、表情痛苦、进食困难及反复呛咳等表现。完善术前检查,急诊全麻下行食道异物取出术,顺利取出异物,术中可见食道黏膜轻微损伤或溃疡。术后对患儿行胃管置入术并给予鼻饲饮食护理及术后常规抗感染治疗,按鼻饲管饮食常规操作,遵医嘱鼻饲牛奶,24 h后遵医嘱口服5 mL康复新液,3次/d,患儿无呕吐呛咳,能够安静入睡;48 h后拔出胃管,遵医嘱口服20 mL生理盐水,无呕吐及呛咳,无烦躁不安;4 h后进食牛奶未见异常,经对症处理后,均痊愈出院。

2 护理方法

20例患儿均采用鼻饲管饮食护理,具体为:(1)鼻饲管固定:鼻饲管应固定于插入鼻腔的同侧脸颊部,在鼻饲管侧下方垫入少量棉球,并用无菌透明敷料贴于同侧脸颊部,注意对鼻饲管塑形,防止管路紧贴于皮肤形成压疮。(2)鼻饲液温度管理。鼻饲液应保持在38℃ ~ 40℃,过冷鼻饲液易引起胃痉挛,甚至呕吐,过热的鼻饲液可能会烫伤胃黏膜。(3)鼻饲管管理:护士在为患儿注食时,特别要注意回抽及推注的速度,如果过快,会引起患儿胃部不适,甚至恶心、呕吐,同时增加患儿的恐惧心理,每次注食前必须确定鼻饲管在胃内方可缓慢推注。(4)鼻饲管注食护理:行鼻饲管注食时,应证实鼻饲管在胃内且通畅,并用少量温水冲管后再进行喂食,鼻饲结束后,再次注入少量温开水,防止鼻饲液凝结。注食时,严密观察患儿表情、面色及患儿感受,如病情变化,立即停止操作,及时通知医生。

3 讨论

食道异物完全可以预防,但是很多家长对幼儿生活环境中存在的危险物品意识及重视度不高,导致幼儿食道异物发生率高[3]。幼儿发生食道异物,常感到疼痛,不能自行表达不适感,易出现焦虑、恐惧心理,同时尖锐异物刺入过深,会继发感染,增加并发生症的发生,因此在行鼻饲管饮食护理的同时,应给予患儿疼痛、心理、并发症护理,并对家长及监护人进行健康教育,从而缓解患儿不适,改善不良情绪,减少并发症及幼儿食道异物的发生[4]。疼痛与异物刺激局部黏膜有关,对于术后胃管置入行鼻饲喂养的患儿可采用非营养性吸吮(NNS),即放置安慰奶嘴进行吸吮动作,使用NNS可分散患儿注意力,减轻患儿疼痛[5];异物停留时间久或异物尖锐容易引起继发性感染,对食道黏膜损伤患儿采用胃管置入法,可预防并发症及感染的发生;患儿出现焦虑

和恐惧心理时，可采用情景游戏的方法，通过再现场景与角色装扮，让患儿熟悉并理解各项治疗与检查的过程，使患儿适应医院环境，提高治疗依从性及护理质量，消除或减少患儿的退化行为，减轻患儿家属的忧虑[6]。

异物取出后，若护理不当，常会出现并发症[7]，（1）食管周围炎：是食管异物最常见的并发症，护理中应密切观察患儿是否有颈部压痛及呼吸困难，预防食管周围炎和脓肿的发生。（2）纵隔炎：一般是尖锐异物刺入过深而继发感染所致，护理中密切观察患儿体温变化及是否有胸骨后疼痛感，预防纵隔炎、脓肿的发生。（3）大血管破裂出血：由食管异物引发的大血管破裂出血，以主动脉弓破裂最为多见。在病情早期（食管异物发生7 d左右），有反复小量呕血或便血症状。（4）气管－食管瘘：胸段食管穿孔可穿入气管壁而形成气管－食管瘘，部分患儿可因此出现食管狭窄或食管憩室，但临床很少见。

多数幼儿家长缺乏对发生食道异物的急救知识，不能及时处理，因此应广泛地向家长及幼儿教师进行健康教育，加强婴幼儿看护，一旦发生吞食异物，可及时急救，以降低病死率。健康教育内容：（1）进食不宜匆忙，尤其是吃带刺、籽类的食物时，告知小儿仔细咀嚼将废物吐出，误咽后，避免强行用米饭、馒头等将异物咽下。（2）教育、纠正幼儿将硬币、电池、玩具放在口内的不良习惯。（3）海姆利克急救法[8]：3岁以下幼儿，应马上把小儿抱起来，一只手捏住小儿颧骨两侧，手臂贴着小儿的前胸，另一只手托住小儿后颈部，使其脸朝下，趴在抢救者膝盖上；在小儿背上拍1 ~ 5次，并观察小儿是否将异物吐出；婴儿使用5次拍背法，将婴儿的身体扶于抢救者的前臂上，头部朝下，抢救者用手支撑婴儿头部及颈部；另一只手掌根在婴儿背部两肩胛骨之间拍击5次；5次压胸法，如果堵塞物仍未排出，使患儿平卧，面向上，躺在坚硬或床板上，抢救者跪下或立于其足侧或取坐位，并使患儿骑在抢救者的两大腿上，面朝前；抢救者以两手的中指或食指，放在患儿胸廓下和脐上的腹部，快速向上重击压迫，重复之，直至异物排出。

综上，本研究中对20例食道异物取出术后食道黏膜损伤患儿实施胃管置入鼻饲方法喂养效果较好，临床护理中对于尖锐异物致食道黏膜损伤的患儿动作要轻柔，注意观察患儿术后的病情变化，是否出现疼痛、负性情绪及并发症等，并采取针对性的干预方法，同时加强对患儿家长的健康教育，减少小儿食道异物的发生。

[参考文献]

[1] 孙松，朱叶，董岿然，等．儿童食管异物致穿孔的诊治分析－单中心临床经验总结[J]. 临床小儿外科杂志，2019，18（6）：456–461.

[2] 张薇，唐力行，赵靖，等．儿童食管异物致气管食管瘘的临床表现及原因分析[J]. 临床和实验医学杂志，2019，18（24）：2671–2675.

[3] 张华．27例食道异物患儿术后的观察及护理体会[J]. 云南医药，2017，38（2）：214–215.

[4] 段清川，王桂香，王华，等．儿童纽扣电池食道异物临床特点及风险状态分析[J]. 中国医药导报，2019，16（23）：146–149，155.

[5] 陈琳，何淑贞．非营养性吸吮和口腔支持对早产儿经口喂养进程及表现的影响[J]. 护理学杂志综合版，2015，30（9）：1006–1008.

[6] 张玉侠，施媛媛，顾莺．情景游戏对住院儿童操作性疼痛和检查依从性的影响[J]. 中华护理杂志，2007，42（11）：969–971.

[7] 翟红丽．68例食道异物及并发症的观察与护理[J]. 世界最新医学信息文摘（连续型电子期刊），2019，19（42）：281.

[8] 海云．异物卡喉应用海氏急救法[J]. 农村新技术，2016，（8）：61–62.