

颅脑损伤患者腹胀原因及护理

吕彦锋 王胜华

颅脑损伤患者发病急,病情重,并发症多,其中腹胀是不可忽视的并发症之一。腹胀是胃肠功能失调和下降的重要临床表现之一,探讨腹胀的病因,预防和治疗腹胀,促进胃肠功能恢复,对增强机体抵抗力和防治(MODS)的发生起到了重要的作用。

1 临床资料

1.1 一般资料 2004 年 1 月至 2005 年 1 月共收住颅脑损伤患者 130 例,其中发生腹胀患者 56 例,年龄 29~77 岁。其中老年患者 48 例,机械通气者 10 例,因便秘应用 20%甘露醇导泻 31 例。

1.2 胃肠功能的监测 临床监测:主要通过观察患者症状与体征的变化了解胃肠道的功能状态,胃肠功能紊乱的主要症状有腹痛、腹胀、恶心、呕吐、腹泻、便秘、厌食、体重减轻、消化道出血等。腹胀者腹部膨隆,腹部张力增高,叩诊呈鼓音,肠鸣音减弱或消失,可出现食物反流。因颅脑损伤患者以昏迷者居多,这就要求护士要仔细观察生命体征变化,及早发现和报告病情变化。

1.3 实验室监测 能够更为客观的评价胃肠功能。目前主要的监测仪器有胃肠功能监测仪、胃肠测压仪、食管 24 h pH 监测仪、胃电图等。还可通过测定血浆胃动素(MTL)浓度、胃肠通过时间和肠黏膜 pH 值监测来了解胃肠功能。通过这些方法可以动态观察胃肠功能变化,为临床观察提供了便捷,为临床治疗提供了客观依据。

2 原因分析

2.1 年龄因素 年龄越大,消化系统越趋于老化。消化道粘膜萎缩,胃肠蠕动功能减弱,加之患者病后长期卧床,食物排泄慢,易产生胃肠道菌群失调,肠道积气,造成腹胀。

2.2 气体吸入 (1)昏迷患者,可出现不同程度舌后坠现象,患者张口呼吸,气体自口腔内直接经食管吸入胃内。(2)应用面(鼻)罩行无创性通气,气体经食管进入胃肠道。(3)有创通气治疗过程中,气管导管套囊充气不足,封闭不严,通气机送气体从气囊旁逸出至口咽部,引起吞咽反射亢进,将气体咽入胃内。

2.3 甘露醇导泻 甘露醇下泻作用显著,临床上常用于通便治疗,但口服 20%甘露醇导泻后易造成腹胀,这是由于甘露醇在肠道内的高渗透压,造成短时间内大量肠液聚积,另外甘露醇在肠道内发酵,也可产生大量气体,直接造成腹胀。

2.4 电解质紊乱 其中尤以低钾血症是导致腹胀常见原因。常见原因:(1)大量应用脱水降颅压药物,使钾从肾脏排出增多;(2)颅脑损伤机体处于急性应激状态,致肾上腺素分泌增多,促使钾进入细胞内;(3)还可能与昏迷禁食、胃肠内营养时

营养液配制不合理,均可造成患者低钾。以上低钾状态对胃肠功能起负反馈作用,可导致胃肠蠕动减慢,肠道积气,出现腹胀。

2.5 胃肠功能紊乱 颅脑损伤后,尤其昏迷患者,机体出现应激反应,交感神经兴奋,抑制胃肠道的蠕动,加之机械刺激减少,加重胃肠功能的紊乱,致使腹胀。正常情况下,胃肠道功能受神经(迷走神经、脊髓神经和肠肌间神经丛)和体液因子的调节,即受下丘脑-垂体-肾上腺素轴、脑-肠轴、脑肠肽的调节。当发生颅脑损伤后,各神经肽的合成和分泌发生明显的变化,迷走神经的活性受到抑制,进而抑制胃肠蠕动,表现为腹胀等。

2.6 鼻饲操作方法不正确 (1)鼻饲物的温度低。(2)鼻饲时未回抽,未检查胃肠消化情况及胃内是否有残存气体,以及鼻饲操作不当气体与鼻饲液同时经胃管注入胃内。(3)腹部未能有效保暖。

3 治疗及护理措施

3.1 临床及实验室监测 临床护士应熟练掌握物理诊断和各种胃肠功能检测仪的使用和观察,能够准确描述病情变化,能够根据病情变化进行基本的治疗。

3.2 物理治疗 患者机体低抗力弱,对外界温度适应力差,给予物理疗法如:热敷、按摩腹部等,增进胃肠蠕动,促进排气,减轻腹胀(我科腹胀患者多采用热水袋保暖同时间断按揉腹部,热水袋水温度在 60~70℃,对昏迷患者温度宜在 50℃,灌入热水不宜过满,在 1/2~1/3 之间,并排尽袋内空气,防止水重力作用加重对呼吸的影响。热敷时不能直接接触皮肤,防止烫伤);中频电脑脉冲治疗或磁化治疗,通过机械刺激或磁场磁化治疗,促进胃肠蠕动,促进患者排气,达到治疗目的。中频电脑脉冲治疗可采用 2~4 次/d,每次 20 min。在进行电脑脉冲治疗时应同时给予胃肠动力药,增强疗效。

3.3 合理胃肠营养 饮食上摄入易消化不产气食物,适当减少摄食量(使用胃肠营养液,进行胃十二指肠营养),待腹胀缓解后,可增加食物摄入量。间歇定时鼻饲营养时应注意鼻饲液温度,一般应超过 37℃。我科昏迷患者多采用持续滴注或持续鼻饲泵方式,加热棒持续保持营养液温度,开始时 20~30 ml/h,4 h 后测定胃残留量,如超过 50 ml,应暂停一段时间,恢复时滴注也应从慢滴速开始,如胃残留量少于 50 ml,可逐渐加快滴速至 100~125 ml/h。

3.4 维持电解质平衡 低钾患者及时检查,早期纠正,可通过静脉、口服补钾纠正低钾血症,促进胃肠功能恢复,减少致腹胀因素。

3.5 药物治疗 新斯的明能有效增加胃肠平滑肌收缩,促进肠蠕动,减轻腹胀;吗叮啉、莫沙必利等能有效增强胃肠平滑肌蠕动,促进排气,改善腹胀;助消化药物如活性菌等有助于肠道菌

群的调节。

3.6 机械通气的护理 腹胀是机械通气的并发症之一,同时腹胀也对机械通气产生负面影响。因此加强气管导管护理(及时检查气囊的充气情况)、加强鼻饲导管护理,注意机械通气参数调整避免过多气体进入胃肠道是临床非常重要的护理措施。注意必要时进行胃肠减压及肛管排气,如出现食物潴留、上腹胀,食物反流时可应用胃肠减压,引出气体和残留食物,缓解腹胀;如系低位肠胀气可用肛管排气。

3.7 抗生素和调节菌群药物 肠源性感染已越来越受到重视,主要原因是胃肠功能障碍时肠黏膜屏障受损,肠道菌群失调和免疫功能受抑制。临床可通过监测胃液 pH,分析有无肠道感

染, pH 高于 4.0, 则易引起感染。及时适量应用抗生素和双歧杆菌等药物,可很好的预防和治疗机体感染,减小多器官功能障碍的发生几率。

3.8 祖国医学 采用中医针灸、中药制剂治疗也有一定疗效,如取足三里、内庭穴联合针刺疗效显著。中药制剂如:大承气汤加减(大黄、芒硝、厚朴、枳实、瓜蒌、枣仁)也可用于治疗腹胀症状,减轻患者病痛。

腹胀原因多种多样,医护人员应及时查明原因,针对病因,对症施治,缓解腹胀,减轻患者痛苦,改善胃肠功能,增强机体抵抗能力,使原发病早得到康复。

(收稿日期:2006-08-30)

·短篇报道·

酚妥拉明治疗小儿肺炎并心力衰竭严重不良反应

李淑敏 杨英伟 杜淑仙

血管扩张剂酚妥拉明用于治疗小儿重症肺炎并心力衰竭(心衰)取得显著疗效,并广泛应用于临床治疗实践中^[1],但近年来因用药不当导致严重不良反应,使病情加重的情况已日益引起注意^[2]。我们在临床治疗中应用酚妥拉明后出现严重不良反应 12 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组患者 12 例,男 7 例,女 5 例;均为住院小婴儿,年龄 10~28 d 3 例;~3 月 6 例,~6 月 3 例,新生儿肺炎合并心衰 3 例,毛细支气管炎合并心衰 4 例,支气管肺炎合并心衰 5 例。

1.2 药物剂量 在肺炎常规治疗基础上,加用酚妥拉明,每次 0.5~1 mg/kg 加入 5% 葡萄糖液 50~100 ml 中静脉滴注,每日 2 次。

1.3 不良反应 用药 5~15 min 后患儿均表现为烦躁不安,喘憋,呼吸急促,鼻翼扇动,口唇发绀,5 例出现鼻塞,6 例出现大汗淋漓,面色苍白,心率增快,1 例出现呼吸衰竭,有张口呼吸,呼吸表浅,不规则或暂停。

1.4 处理措施及结果 立即停用酚妥拉明,吸氧,烦躁、呼吸困难加重者酌情给予镇静剂和地塞米松,呼吸衰竭者兴奋呼吸,血压低者给补液同时给予多巴胺、多巴酚丁胺静脉滴注,经抢救 2~5 h 症状缓解。

2 讨论

支气管肺炎是儿科常见病,心衰是其主要的并发症,小儿肺炎时缺氧,二氧化碳潴留导致心衰^[3],血管舒张药物酚妥拉明又名胺唑啉^[4],酚妥拉明为一短效而且中等强度阻滞 α 受体的药物,具有吸收快,排泄快,作用时间短的特点,可扩张冠状动脉,改善心肌供血,增强心肌收缩力,舒张血管,能解除血管

的痉挛,改善微循环,扩张肺动脉周围的小动脉,使肺动脉压和外围血管阻力降低,从而减轻心脏前后负荷,减轻肺水肿,酚妥拉明还有缓解支气管痉挛,改善通气的作用,对小儿肺炎并心衰治疗效果明显,但如果应用不当,亦会导致严重的不良反应,而有些不良反应的表现又易与原发病的症状相混淆,如呼吸困难加重,紫绀加重,心率加快等,易误认为病情加重而延误适当的处理,有些患儿由于缺氧,脱水对此药敏感,静脉滴注后可出现鼻腔、气管、支气管黏膜血管过度扩张、充血水肿而影响通气功能,导致鼻塞,烦躁不安,呼吸急促,口唇发绀,另外因血管扩张,血容量不足,可出现面色苍白,大汗淋漓,心率增快,以及低血压,甚至呼吸困难。

酚妥拉明不良反应的发生与年龄、用药剂量、给药速度、个体差异有关系,建议采用以下措施以降低不良反应发生率:(1)严格掌握适应症,对于 1 岁以下婴儿应用该药应慎重,原有鼻塞者应慎用。(2)用药前应充分估计患儿的血流动力学状态,如有血容量不足,应当补充血容量后再应用酚妥拉明。(3)给药速度应从小剂量开始,对 6 个月以下婴儿用药剂量最好不超过 0.3 mg/kg 次,滴速不宜过快,同时严密观察患儿症状、体征的变化,尤其是心率和血压的变化,一旦出现不良反应要立即停药,并予以对症处理。(4)为防止用药后血压骤降,可与阿拉明联用,以对抗其降压作用。(5)对有轻度瘙痒、恶心、呕吐者可减慢滴速,重者停药并给予地塞米松及异丙嗪等不良反应。

参考文献

- 蔡达生,林潮炮.酚妥拉明加多巴胺佐治小儿肺炎并心力衰竭疗效观察.中国基层医药,2001,8:71.
- 王淑霞.酚妥拉明与间羟胺治疗小儿肺炎伴心力衰竭引起不良反应的分析.中国临床药理学杂志,2003,12:248.
- 于瑞新.小儿肺炎合并心衰的诊断治疗进展.河北医药,2002,24:514
- 杨藻宸主编.药理学和药物治疗学.第 1 版.北京:人民卫生出版社,2000.434

(收稿日期:2007-03-21)