

儿童低镁血症致惊厥 83例护理体会

黄会玲

[摘要]目的:总结儿童低镁血症致惊厥护理经验。方法:对 83例低镁血症致惊厥发作患儿实施规范系统护理,其中单纯低镁血症 45例,血镁血钙均低下者 38例。结果:83例患儿经治疗后,除 15例拒绝复查血钙镁外,余 68例复查结果均正常,疗效满意,无惊厥并发症,均痊愈出院。结论:加强惊厥发作时规范系统护理是减少患儿并发症、降低脑损伤的关键。

[关键词] 血镁过少;惊厥;儿童;住院;护理

[中国图书资料分类法分类号] R 591.4; R 720.597 [文献标识码] A

惊厥是儿科临床常见急症,儿童发病率 4%~6%,包括低镁血症所致的无热惊厥。镁缺乏可影响机体细胞内多种酶的正常生理功能,且多合并其它基础疾病使临床特征不典型,甚至加重原发病。低镁血症与低钙血症所致神经-肌肉功能障碍的临床症状不易区分,护理中发现因忽略镁的补充,使惊厥难以控制。惊厥发作时规范系统的护理,惊厥持续状态缓解后及时补镁、合理补钙,对减少脑损伤、降低病死率至关重要。现将其护理体会作一报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 2000~2006年,我科住院 200例惊厥患儿,测定血清镁低下者 83例,其中男 48例,女 35例;年龄 1个月~1岁 42例, >1~3岁 30例, >3~7岁 6例, >7~14岁 5例。原发病为上呼吸道感染 29例,支气管肺炎 20例,感染性腹泻 9例,腹泻 7例,口腔炎 2例,神经系统感染 5例,脑囊虫病 1例。主要临床表现为易惊、烦躁不安、双眼凝视、惊厥反复发作或呈持续状态。

1.2 治疗及转归 通过及时止惊,保持呼吸道通畅,给氧等对症治疗,单纯低血镁者给予补镁(低镁血症标准为血镁 $<0.8\text{ mmol/L}$);低镁同时合并低钙血症(低钙血症标准为血钙 $<2.24\text{ mmol/L}$)^[1]者再给予静脉补钙,积极治疗原发病。83例治疗后,除 15例拒绝不复查血钙、镁外,余 68例复查结果均正常;均无惊厥并发症出现,康复出院。

2 护理

2.1 惊厥发作时的护理 (1)保持呼吸道通畅:发现患儿惊厥立即予平卧,头偏向一侧或侧卧上托下颌,解开衣领,压舌板放于上下臼齿之间,及时清除口腔和咽喉分泌物、呕吐物,防止误吸阻塞气道,同时备好吸痰器,本组 2例 2~3岁患儿采用鼻导管经

口腔吸痰均吸引出白色黏液状分泌物。呼吸道梗阻严重者,紧急时可用粗针头从环甲膜插入气道,再行气管切开,83例患儿无一例发生误吸及严重梗阻现象。同时加强巡视,保持安静环境,尽量告诫家长不要搂抱、摆动患儿,减少刺激。(2)阻断惊厥持续状态:本组均首选 5%水合氯醛 1 ml/kg 保留灌肠,多数患儿惊厥得到控制,少数疗效不明显惊厥未能得到控制再行肌肉注射地西泮 0.2 mg/kg 后缓解,本组 1例同时按压人中穴及合谷穴止惊。(3)吸氧:惊厥发作时机体氧耗增加,缺氧可诱发惊厥发作。立即给予氧气吸入以改善缺氧状态。78例患儿给氧首选鼻导管吸氧法,插入深度 3~5 cm,婴幼儿可用头皮针上的软硅胶管旁剪侧孔代替,每小时检查 1次,防止堵塞,流量为 $0.5\sim 1\text{ L/min}$ 。本组 <2个月患儿初用面罩,流量为 $2\sim 4\text{ L/min}$ 。惊厥缓解后亦改用鼻道管吸氧以改善全身组织、器官,特别是脑组织的缺氧状态。

2.2 用药护理 单纯低镁给以 25%硫酸镁每次 $0.2\sim 0.4\text{ ml/kg}$ 深部肌肉注射,每天 1次,连用 3天。硫酸镁肌肉注射过浅可致局部坏死,护理中应严格控制剂量、浓度、速度及注射深度。本组 20例肌肉注射补镁患儿无一例发生局部坏死,其中 15例补镁后护理发现患儿出现多汗、易惊、烦躁不安,通知医师给予复查发现血钙低;低镁同时合并低钙血症者再给予 10%葡萄糖酸钙注射液每次 $1\sim 2\text{ ml/kg}$ 用等量 10%葡萄糖溶液稀释后静脉滴注,每天 1次,3~5天。静脉补钙时调整输液速度,常巡视病房仔细观察患儿输液局部情况以便及时处理,如有外渗可用普鲁卡因等局部封闭。

2.3 病因护理 引起体内缺镁的原因诸多,如严重感染时,在毒素作用下可致食欲不振、呕吐、腹泻妨碍镁的吸收。严重感染儿当使用阿米卡星、庆大霉素、羧苄西林等抗菌药物,加上输液、输血、补碱、强心、利尿、脱水、降颅内压均可降低血镁浓度。在补充氨基酸及高营养液时,大量镁离子进入细胞内,细胞外液镁离子降低,则神经-肌肉兴奋性增高,可致强直性痉挛、惊厥。应用 5%碳酸氢钠碱性药物后

可使体内 H^+ 降低, 导致镁沉着于骨, 从而也使血清镁减少。

2.4 一般护理

2.4.1 病情观察 密切观察患儿的体征、神志、体温、脉搏、呼吸、血压的变化, 出现异常及时与医师联系, 并详细做好护理记录。控制惊厥的同时也要治本, 对原因不明的惊厥要密切观察发作的症状、部位、次数及持续时间等, 及时发现诊断线索, 找出惊厥的原因, 以便积极治疗。患儿在惊厥发作停止后有意识障碍发生, 如有意识障碍则考虑有脑部器质性病变情况。医护密切配合, 做好患儿生命体征的监护是成功地治疗惊厥持续状态的关键, 也是降低病死率、减少脑损伤的关键。

2.4.2 安全护理 时刻注意患儿安全, 经常巡视病房, 观察患儿的病情变化, 为患儿插上床边防护栏, 防止坠床, 并留专人看护。对有可能发生皮肤损伤的患儿将纱布放在患儿的手中和腋下, 我科夏季备用柔软床垫替代凉席, 防止皮肤摩擦受损。必要时应用约束带, 切勿强制牵住。已出牙患儿在上下臼齿间放置牙垫, 防止舌咬伤以免损伤牙齿口唇。中医按压穴位时勿划伤皮肤, 本组 1 例在家惊厥发作时按压人中、合谷二穴出现皮肤掐伤。同时减少不必要的环境刺激, 室内光线不宜过强, 并保持安静。治疗护理操作尽量集中进行, 动作要轻柔敏捷。

2.4.3 饮食护理 给予高营养、高维生素、易消化的食物, 近期应以素食流质为主, 据患儿病情及年龄夏季时给饮西瓜汁、番茄汁; 冬季可吃鲜橘水、苹果泥, 痰多可喂食荸荠汁, 暂不能喂食者, 可用胃管或建立全胃肠外营养, 提供足够的热量。本组患儿惊厥控制后都能自行进食。

2.5 心理护理 (1) 实行人性化服务, 做好患儿家长的心理护理。多数家长因孩子突如其来的惊厥发作, 惊慌失措, 大喊大叫, 护士应理解家属此刻的心情, 主动向家长做好解释工作, 同时用体语让家长安心, 关心体贴患儿, 处置抢救操作熟练, 穿刺一针见血, 给患儿轻轻地抚摩, 都能取得家长的信任, 主动配合治疗。家属因为疾病和患儿的哭吵会不断询问病情、测体温, 甚至迁怒于护士^[2]。我们以和蔼的态度, 耐心向家属讲解疾病病因、病理、生理、病情变化及转归, 告诉他们只要治疗护理得当, 一般可痊愈。同时指导并教会家长相关的护理措施, 促进疾病的康复。(2) 根据不同患儿出现的各种心理问题进行针对性的疏导, 使患儿增强战胜疾病的信心。婴幼儿不能用言语叙述病情, 学龄儿童因进入陌生的医院环境会产生恐惧心理, 表现为哭闹、沉默寡言或闷闷不乐。本组有 1 例 8 岁患儿担心该病留下后遗症, 影响学习和前途, 出现焦虑、烦躁心理, 责任护士及时与患儿及家长沟通, 调节其心理状态并取得

其信任与理解, 减轻了患儿心理负担, 积极配合治疗, 痊愈出院。

2.6 健康教育 根据患儿及家长的接受能力选择适当的方式向他们讲解惊厥有关知识, 指导家长掌握止痉的紧急措施及物理降温方法。如发作时要就地抢救, 如针刺或指压人中穴, 同时勿使指甲掐或划伤皮肤, 保持安静, 不能摇晃或抱着患儿往医院跑, 以免加重惊厥或造成机体损伤。发作缓解时迅速将患儿送往医院查明原因, 防止再发作, 及时向医生反映惊厥发作时间、次数、持续时间、惊厥发作时面部表情、两眼有凝视或斜视否、四肢肌张力, 大小便有失禁等, 便于诊断和处理。惊厥停止后, 协助病因诊断完成各类检查, 配合医师作必要的腰椎穿刺, 以明确诊断。

2.7 出院宣教 讲解预防保健知识, 如养成患儿良好的饮食习惯, 及时添加辅食, 不挑食不偏食, 适当户外活动, 增强体质, 积极预防上呼吸道感染。

3 讨论

镁离子有维持正常肌肉兴奋性及神经系统抑制作用, 能减少运动神经肌肉接头处诱发乙酰胆碱介质的释放, 阻止神经肌肉接头的传导。另外, 低镁血症可与儿科许多疾病并存, 尤以感染性疾病多见, 本组感染性疾病占 91.57%, 其中大多伴有发热。文献报道, 小儿热惊厥复杂型者, 血镁显著低于单纯型及正常小儿^[3]。低镁血症引起的神经—肌肉功能障碍与低钙血症所致临床症状不易区分, 患儿往往低镁、低钙同时存在, 本组 18 例低镁合并低钙的惊厥者, 其中有 9 例因静脉大剂量补钙及早期补充维生素 D₃ 致血清镁进一步降低, 使惊厥难以控制, 这与钙、镁离子在神经肌肉活动中的拮抗作用有关^[4]。低镁性惊厥在儿科疾病, 特别是感染性疾病及神经系统原发病等的惊厥患儿中易被忽视, 加之低镁血症与低钙血症所致神经肌肉功能障碍的临床症状不易区分, 而延误诊治。因此, 护理规范系统应做好以下几点: (1) 惊厥发作时配合医师及时控制惊厥持续状态, 细致地观察生命体征变化; (2) 加强业务学习, 提高观察、鉴别诊断和处理病情变化的能力; (3) 加强心理护理, 取得患儿及家长的积极配合, 使患儿减少惊厥并发症顺利康复出院。

[参 考 文 献]

- [1] 吴瑞萍, 胡亚美, 江载芳主编. 诸福堂实用儿科学 (上册) [M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 375.
- [2] 孙玉琴, 程洁琼. 布洛芬混悬液用于小儿急性上呼吸道感染热的观察及护理 [J]. 护理研究, 2005, 19(2A): 233-234.
- [3] 刘海燕, 崔其亮. 小儿惊厥 300 例临床分析 [J]. 中国当代儿科杂志, 2002, 4(6): 513-514.
- [4] 张智香, 张旭光, 杨惠泉, 等. 小儿惊厥与血清镁关系探讨 [J]. 蚌埠医学院学报, 2006, 31(2): 170-171.