

新生儿呼吸窘迫综合症的护理体会

李雪莲, 汪丽[△], 史源 (第三军医大学第三附属医院野战外科研究所儿科, 重庆 400042)

【摘要】 目的 探讨肺表面活性物质(PS)联合经鼻间歇正压通气(NIPPV)救治新生儿呼吸窘迫综合征(NRDS)的护理体会,提高抢救成功率。**方法** 将 180 例 NRDS 患儿分为观察组和对照组,每组 90 例。观察组患儿采用 PS+NIPPV 治疗,对照组患儿采用 NIPPV 治疗,两组患儿在治疗过程中均进行精心的整体护理。**结果** 观察组患儿在应用 NIPPV 与 PS 联合治疗结合规范的护理措施后 1~6 h 有 77 例发绀明显缓解,呻吟、肤色、三凹征等临床表现及症状明显改善;3 例患儿因病情无明显缓解再次用 PS 一次,均于用药后 24 h 内病情明显缓解;10 例患儿因病情进行性加重改为气管插管机械通气。对照组患儿入院后直接用 NIPPV 治疗,结合规范护理后 60 例患儿临床表现及症状明显改善,30 例患儿症状改善较差,病情加重改为气管插管机械通气。经不同治疗后,观察组患儿病情优于对照组。**结论** 早期诊治、气道护理、密切观察、规范操作、预防感染是抢救成功的关键,避免了因气管插管带来的严重并发症。

【关键词】 新生儿呼吸窘迫综合征; 经鼻间歇正压通气; 肺表面活性物质

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)24-3374-02

新生儿呼吸窘迫综合征(NRDS)是早产儿常见的并发症,病死率高。主要由于其肺发育不成熟,产生或释放表面活性物质(PS)不足,引起广泛的肺泡萎陷和肺顺应性降低所致,胎龄越小,其发病率越高^[1]。PS 替代疗法联合气管插管机械通气可大大降低 RDS 患儿病死率。但对于部分 RDS 患儿,气管插管虽然能有效改善其呼吸,却也大大增加了患儿院内感染等并发症的概率及拔管后再次插管的比率^[2]。2012 年 1~12 月,本科室新生儿救治中心采用 PS 替代疗法联合经鼻间歇正压通气(NIPPV)治疗 90 例 NRDS,在治疗过程中进行精心、综合有效的护理和密切监测患儿生命体征,患儿生存质量和预后有很大提高,取得了满意效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 NRDS 患儿 180 例分为观察组和对照组各 90 例,胎龄 31~40 周、平均(35⁺5)周;体质量 1.3~3.5 kg。生后 6 h 内即出现呼吸困难,并呈进行性加重,伴鼻翼扇动、嘴唇发绀、三凹征及呻吟等症状。对 180 例患儿行床旁胸片及血气分析确诊为 NRDS,均给予精心的整体护理。

1.2 治疗方法 观察组患儿出现呼吸窘迫综合征症状,立即给予 NIPPV 辅助呼吸,行床旁胸片及血气分析确诊 NRDS 后立即给予气管插管经气管内滴入 PS 70 mg/kg,用药后拔除气管插管继续给予 NIPPV 辅助呼吸,必要时可多次给药,在用药后观察患儿生命体征及血气分析各项指标,进行专人护理,取得了满意的效果,减少了并发症发生。对照组仅采用 NIPPV 治疗。

2 结果

观察组 90 例患儿其中 77 例患儿在应用 NIPPV 与 PS 联合治疗结合规范的护理措施后 1~6 h 发绀明显缓解,呻吟、肤色、三凹征等临床表现及症状明显改善;3 例患儿因病情无明显缓解再次用 PS 一次,均于用药后 24 h 内病情明显缓解;10 例患儿因病情进行性加重改为气管插管机械通气。对照组患儿入院后直接用 NIPPV 治疗,结合规范护理后 60 例患儿临床表现及症状明显改善,30 例患儿症状改善较差,病情加重改为气管插管机械通气。经不同治疗后,观察组患儿病情优于对照组。

3 讨论

3.1 一般护理 保持环境安静、安全,各项护理操作集中进

行,做好基础护理,注意保暖,维持体温在 36.5~37.0℃。

3.2 给药护理 用药前需吸净气道内分泌物,保证通气良好;将 PS 粉剂置于暖箱中复温 5~10 min,取灭菌注射用水 2 mL 注入 PS 粉剂中,置于振荡器上振荡 5~10 min,确保 PS 粉剂充分溶于灭菌注射用水中。用 5 mL 注射器吸取药液,注射器连接头皮针备用。气管插管前患儿采取仰卧位,肩背部用棉垫稍垫高,头颈伸展后仰;操作过程中尽量做到无菌操作、快速准确、动作轻柔、位置正确。将头皮针斜插入气管插管导管中,医生可缓慢推注射器给药,护士在旁持续用简易球囊式呼吸器加压通气。用药过程中严密监测患儿血氧饱和度(SaO₂)、心率、呼吸、血压变化。若患儿出现呼吸暂停、SaO₂ 及心率下降,暂停注药,迅速加压给氧,使药液快速进入肺内,直至恢复稳定状态。用药完毕后观察组患儿可带管呼吸 5 min,若患儿生命体征平稳,可拔除气管插管,予 NIPPV 辅助通气。

3.3 严密观察病情变化 NRDS 病情变化快,因此对其生命体征需严密监测。如心率、血压、体温,特别是呼吸频率、深度、节律及氧分压变化,同时严密观察其口唇、面色、四肢末梢有无发绀及有无三凹征等,准确记录出入量,并予 24 h 心电监护,有异常及时报告医生。77 例患儿在应用 NIPPV 与 PS 联合治疗结合规范的护理措施后 1~6 h 发绀明显缓解,呻吟、肤色、三凹征等临床表现及症状明显改善;3 例患儿因病情无明显缓解再次用 PS 一次,均于用药后 24 h 内病情明显缓解;10 例患儿因病情进行性加重改为气管插管机械通气。

3.4 呼吸道护理 除有明显呼吸道阻塞症状外,在 PS 气管内滴入后 6 h 内勿翻身拍背及吸痰以免影响疗效,吸痰时间可推迟至用药后 12~24 h 后。吸痰过程中应严格无菌操作,吸痰压力设置在 8~13 Kpa,时间不超过 10~15 s,并密切注意 SaO₂、心率、呼吸的变化,操作轻柔,以免导致口鼻腔黏膜损伤及低氧血症。在整个治疗过程中,保持气道通畅,及时清除气道及口、鼻腔分泌物,定时清理鼻腔及鼻孔,吸痰前要翻身拍背,使深部分泌物松动并引流,以达到彻底吸痰的目的。

3.5 保证营养供给 吸吮力好的进行人工喂养,吸吮力差的进行鼻饲喂养,同时观察胃排空情况,禁食者给予非营养性吸吮,根据需要给予静脉营养治疗,同时用静脉推注泵缓慢滴入,注意局部有无肿胀。

3.6 预防感染 NRDS 患儿抵抗力十分低下,即使无外来损

[△] 通讯作者, E-mail:289169064@qq.com。

伤,只是由于皮肤与床单长期接触,或自身尿粪污染都可使感染急速播散和加重。另外暖箱内的高温高湿状态,医护人员的手、气管插管、监护装置、胶布等,都是诱发感染的危险因素,所以护理患儿时除严格执行消毒隔离原则和加强基础护理外,还应做到以下几点:(1)暖箱每周消毒,病室每日紫外线消毒 60 min,集中操作;(2)专人护理;(3)操作前洗手消毒;(4)体温计、血压计袖带、听诊器做到个别专用;(5)非损伤性管理,给予有效的静脉置管,减少频繁穿刺造成皮肤损伤与感染,监护时敷贴应尽可能小范围,血氧饱和度探头应每隔 2~3 h 更换部位 1 次,防止灼伤皮肤;(6)定期更换呼吸机管道,必要时预防性给予抗菌药物治疗。

3.7 静脉管理 治疗 NRDS 大多数都需要静脉营养治疗,在进行中心静脉置管术(PICC)穿刺时,要严格无菌操作,掌握好禁忌证和适应证,密切观察穿刺侧肢血运情况,做好 PICC 维护,防止导管堵塞或导管滑脱。

3.8 保持 NIPPV 压力 有效的压力是治疗成功的关键,首先,尽量使患儿安静,以保持气道密闭,保证 NIPPV 压力,必要时可使用镇静剂。其次,应使管道密闭连接并固定,如有漏气会造成压力不稳。对于未带鼻夹的鼻塞可使用弹力绷带将环路管道紧贴患儿头颅围绕一周固定,同时使用头部固定架固定患儿头部,固定架与患儿头部之间隔棉垫以免损伤患儿头部。

3.9 加温湿化 在使用 NIPPV 的过程中应保持气道内气体温度在 33~35 ℃,相对湿度 60%以上,保护气道黏膜,减少机体氧耗量,注意湿化温度不宜过高,以免损伤呼吸道黏膜。

RDS 是早产儿死亡的主要原因,占新生儿死亡原因的 30%和早产儿死亡原因的 50%~70%^[3]。NIPPV 与 PS 联合应用和精心护理,大大提高了 NRDS 的救治成功率。对于一些病情较重的 RDS 患儿,气管插管后虽然能有效缓解患儿呼

吸,随之带来的并发症也严重威胁患儿的治愈率及预后。本研究结果已表明,PS 联合 NIPPV 能明显改善患儿肺通气、换气功能,降低患儿病死率,治疗 NRDS 临床疗效显著优于单纯应用 NIPPV 治疗。PS 应用后立即使用 NIPPV 比 PS 应用后立即使用机械通气更为安全,并可避免呼吸机相关性肺炎发生,用此种方法通过阻止 RDS 的进展,降低了以后应用呼吸机的频率。

综上所述,在 NRDS 的临床治疗中,PS 联合 NIPPV 治疗是目前最为有效的方法,值得临床推广^[4]。在治疗过程中护士应积极配合医生,用药过程中严格无菌操作、预防感染,保持患儿呼吸道通畅,任何操作都做到小心轻柔,保持 NIPPV 气道压力,静脉管路的维护,密切观察患儿病情变化,最大限度发挥 NIPPV 辅助通气作用,增强 PS 疗效,使以往需要气管插管才能救治的患儿在 NIPPV 辅助通气情况下得到成功救治,进一步提高 NRDS 存活率。

参考文献

- [1] 黄志荣.肺表面活性物质治疗肺透明膜病的临床分析[J].中国实用医药,2010,5(6):107-109.
- [2] 史源,李华强.经鼻间歇正压通气在新生儿机械通气中的应用[J].中华儿科杂志,2008,46(9):669-670.
- [3] 羔玉惠.新生儿肺透明膜病 72 例诊疗分析[J].实用儿科临床杂志,2006,21(20):1436.
- [4] Thomas H. Current Use of nasal continous positive airway sp mssu min ne on ates[J]. Litter,2008,11(7):106-113.

(收稿日期:2013-05-25 修回日期:2013-08-01)

58 例内镜黏膜下挖除术治疗胃肠道间质瘤的护理体会

李 平,王 军,刘海燕,王晓敏,兰 丽,曹 艳,沈晓春,杨莹莹,陈东风,兰春慧[△](第三军医大学第三附属医院野战外科研究所消化内科,重庆 400042)

【摘要】 目的 探讨内镜黏膜下挖除术(ESE)治疗胃肠道间质瘤的护理方法。**方法** 58 例患者于术前给予心理护理、术前评估及术前饮食准备;治疗中做好术中护理;术后给予一般护理、饮食护理、出院健康指导。**结果** 第三军医大学第三附属医院内镜中心 58 例患者均顺利完成 ESE 治疗。病变直径 5~30 mm,均一次性完整挖除病变,手术时间(自黏膜下注射开始至完整剥离病变的时间)40~135 min,平均(51.7±14.2) min,术中出血 5 例(8.6%),经氩离子凝固术、电活检凝固术或金属夹闭合创面止血成功,有 7 例术中并发穿孔,穿孔发生率 12.1%(7/58),应用金属夹夹闭缝合穿孔,腹腔穿刺抽气,术后给予胃肠减压、质子泵抑制剂抑酸、抗炎等治疗,均保守治疗成功。58 例患者均无术后出血。ESE 治疗后住院 5~14 d,平均 7.5 d,穿孔患者术后 1 个月胃镜复查见穿孔均闭合,所有患者接受随访 3~26 个月,未见病变残留和复发。**结论** 充分的心理护理及术前准备、术后护理是提高治疗质量、减少并发症、促使患者早日康复的重要环节。

【关键词】 内镜黏膜下挖除术; 胃肠道间质瘤; 护理体会

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.24.069 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)24-3375-03

胃肠道间质瘤(GIST)是消化道最常见的具有潜在恶性的间叶细胞肿瘤,目前外科手术切除仍为首选治疗方法^[1]。近年来,随着消化内镜诊疗技术的发展和成熟,多种内镜技术被应用于微小 GIST 的诊疗^[2-5]。本院消化内科自 2009 年 9 月起采用内镜黏膜下挖除术(ESE)治疗 GIST,疗效良好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院内镜中心 2009 年 10 月至 2012 年

12 月所有行 ESE 治疗的患者,经筛查最终有 58 例患者入选,其中男 23 例,女 35 例,年龄 38~75 岁,平均 52.6 岁,术前均签署知情同意书,对患者详细告知 ESE 治疗的可能风险及出现各种风险后相应防范治疗措施。

1.2 方法及病理检查 58 例患者手术在静脉麻醉或气管插管全身麻醉下进行。术前超声胃镜检查明确病变大小、形态、层次,术中标记、注射、剥离,最后切除病灶。创面止血处理。

[△] 通讯作者,E-mail:tiandaochouqin99@hotmail.com。