

· 专科护理 ·

早产儿的临床观察与护理

杨 萍, 孙亚梅, 陈 娟

[摘要] 目的 回顾性分析103例早产儿的救护过程,进一步加深认识并总结经验。方法 收集2005年1月至2006年6月我院共收住的103例早产儿,分析病例变化特点及护理干预措施。结果 治愈出院91例,占88.13%,自动放弃治疗5例,占4.19%,死亡7例,占6.17%。结论 通过严密观察病情,迅速采取抢救措施,并实施有计划的整体护理及早期预防并发症的发生是提高早产儿抢救成功的关键。

[关键词] 早产儿;观察;护理

[中图分类号] R473.172

[文献标识码] B

[文章编号] 1681-5122(2008)04-0331-02

早产儿指胎龄未满37周,出生体重 $<2\,500\text{ kg}$,身长在47 cm以下的活产新生儿。由于早产儿各器官生理功能发育不成熟,免疫力低下,对外界生活适应性和抵抗力差等因素,易出现许多危险症状,如低体温、喂养困难、代谢障碍、呼吸暂停、并发感染等各种易患疾病。为提高早产儿成活率及生命质量,收集整理2005年1月至2006年6月我院抢救治疗的103例早产儿,对早产儿的护理方法进行总结,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

2005年1月至2006年6月在盐城市第一人民医院住院治疗的103例早产儿中,男69例,女34例,其中双胞胎16例,体重 $1\,500\text{ g}$ 23例,平均体重 $1\,380\text{ g}$;胎龄28~30周8例,平均胎龄 (31 ± 4.13) 周;Apgar 1 min评分 ≥ 3 分9例,4~7分67例, ≥ 8 分27例;合并硬肿症5例,高胆红素血症21例,呼吸暂停49例,呼吸衰竭12例,坏死性小肠结肠炎3例,多器官功能衰竭9例;其中自动放弃治疗5例,死亡7例。

2 临床观察

2.1.1 体温观察 每2 h测体温1次,保持每日体温差 $<1\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。若腋温能稳定在 $36\text{ }^{\circ}\text{C}$ ~ $37\text{ }^{\circ}\text{C}$ 达3天以上,可改为每4~6 h测体温1次。

2.1.2 呼吸观察 加强巡视次数,监测患儿的呼吸频率、节律及呼吸运动强弱,注意有无青紫、呼吸暂停及呼吸困难,发现异常及时处理。

2.1.3 喂养观察 早产儿吮吸能力差,吞咽反射能力弱,且胎龄越小其吞咽反射能力越弱,因此喂奶时评估患儿有无吮吸、吞咽反射,吮吸的力量、吞咽的速度;观察哺乳过程中有无呛咳、窒息的表现。

2.1.4 一般情况观察 (1)早产儿哭声低弱而无力,正常解除原因后可安静入睡,否则应注意是否由疾病引起。(2)观察有无呕吐,呕吐开始的时间、次数、量及性质,预防吸入性肺炎发生。(3)观测大小便排出情况,一般出生后10~12 h内排出墨绿色黏稠的胎粪,3~4天排完,大便转为黄色。若出生后24 h未排出胎便,应注意有无消化道畸形。小便于出生后24 h排出,若48 h后仍无尿,应查找原因。有硬肿出现时,更应注意观察患儿的小便量。(4)观察皮肤及皮下脂肪,有无破损,皮下脂肪有无变硬、水肿,皮肤是否呈暗红色等硬肿症的表现。

3 护理要点

3.1.1 维持体温稳定 早产儿新陈代谢低,体温调节中枢发育不完善,皮下脂肪薄,体表面积相对较大,散热快,且汗腺发育不全,因此体温易随外界气温而发生波动。针对其不稳定的特点,应给每个早产儿创造一个温度适宜的环境,使肌体耗氧量最低,代谢最低,散热少,而又能保持正常体温。(1)早产儿出生后即温暖而柔软棉被包裹,减少散热。出生后24~48 h做皮肤护理,有胎脂者不要强行擦掉,因其表面胎脂具有保温作用;但皮肤皱褶处胎脂较多时应适当擦去,防止感染。(2)室温保持在 $24\text{ }^{\circ}\text{C}$ ~ $26\text{ }^{\circ}\text{C}$,注意一切护理操作尽量集中进行,避免过多打开包被或暖箱,而增加散热。(3)早产儿代谢低下,可根据其体重、胎龄及病情采取不同保暖措施。一般体重在 $2\,000\text{ g}$ 以上时,可在箱外用热水袋保温,患儿头戴绒帽,以减少散热;体重在 $2\,000\text{ g}$ 以下,体温在 $36\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以下可入暖箱,箱温根据患儿体重、胎龄、日龄进行选择,一般调节在 $28\text{ }^{\circ}\text{C}$ ~ $32\text{ }^{\circ}\text{C}$,使腋温保持在 $36\text{ }^{\circ}\text{C}$ ~ $37\text{ }^{\circ}\text{C}$,皮肤肢端温暖。在暖箱使用过程中,箱温不宜过高或过低,过高,基础代谢

快,使能量消耗增加;过低,基础代谢慢,其酶系统活力弱,影响消化吸收,使体重不增。

312 维持有效自主呼吸 早产儿呼吸浅而快,不规则,是由于呼吸中枢及呼吸器官未发育成熟,呼吸系统不稳定等因素造成的。胎龄越小,呼吸暂停及青紫的发生率越高。胎龄 < 34 周的早产儿 85% 以上于出生后 24 h 内出现呼吸暂停^[1]。早产儿出生后及时清除呼吸道分泌物,保持呼吸道通畅。仰卧位时可在肩下放置软垫,避免颈部弯曲,以保持气道通畅。一旦出现青紫或呼吸暂停可用拍打或弹足底、托背等方法,刺激呼吸出现。同时给予氧气吸入,待缺氧症状缓解,可暂停给氧,避免氧中毒引起眼晶状体后纤维膜增生和加重生理性黄疸。一般以间隙低流量给氧为好,最好在喂奶前后或间隔 4 ~ 6 h 吸氧 1 次,每次 15 ~ 30 min,氧流量 0.15 ~ 1 L/min 为宜,吸氧过程中密切观察呼吸次数及深浅度。

313 供给充足营养 目前主张在病情允许的情况下,早产儿尤其是低出生体重儿应予以早期适量喂养,以利于刺激肠蠕动和胃肠激素分泌,减轻黄疸症状或缩短其持续时间,减少坏死性小肠炎的发生等。但早产儿由于吮吸能力差,吞咽反射弱,胃容量小,胃肠功能差,造成喂养困难。其喂养方法视早产儿的情况而定。体重低于 1 500 g、吮吸力差、吞咽反射弱并时有青紫者,可适当延迟喂养时间,由静脉补液供给能量。生活能力强,有吮吸和吞咽能力者,可直接喂母乳,有吞咽能力而无力吮吸者可用滴管喂养,吮吸及吞咽能力均差者,可用鼻饲,鼻饲时速度宜缓慢,最好能让奶液自针筒利用重力作用自然流

入,以免发生“胃轻瘫”现象。鼻饲后采取头高脚低、右侧卧位,并加强巡视。如因种种原因不能母乳喂养时可用牛奶,并根据病情个体差异而灵活掌握奶量,采取循序渐进的原则增加,必要时可给予少量多次喂哺。

314 预防感染 早产患儿皮肤薄嫩,从母体接受的免疫能力不足,本身合成免疫球蛋白的功能低下,抵抗力低而易感染,因此为避免发生交叉感染应做到:(1) 建立严格的消毒隔离制度,减少入室人员,保持室内空气新鲜,严格无菌操作,房间定时消毒,每月做好空气和物体表面细菌培养。(2) 工作人员进行护理前应洗手,自身必须健康,发现早产儿有感染时需隔离并认真处理,护理时应先护理正常儿。(3) 暖箱每日用消毒液擦拭,箱内用物每周更换,消毒一次。(4) 加强皮肤及脐部护理,体重 > 2 000 g,一般情况好者,可每日沐浴 1 次,并注意全身情况观察。脐部应保持清洁干燥,勿使大小便污染,每日观察有污液时,可用 3% 过氧化氢清洗后涂 2% 碘酊。

总之,早产儿由于各器官生理功能发育未完全,病情变化快,需密切观察,加强护理并做好记录,逐班交接,遇有病情变化及时处理,是提高早产儿抢救成功的关键。

[参考文献]

1 黄丽娟. 不同体位护理对早产儿的影响. 中国实用护理杂志, 2004, 20(6): 64 - 65.

(收稿日期: 2007 - 10 - 11)

(本文编辑: 李 敏)

60 例小儿麻疹诊断护理体会

张晓丽

[关键词] 小儿麻疹; 诊断; 护理

[中图分类号] R725.1111

[文献标识码] B

[文章编号] 1681 - 5122(2008)04 - 0332 - 02

麻疹是由麻疹病毒引起的急性呼吸道传染病,冬春季节高发,通过呼吸道传播,5 ~ 6 岁儿童高发,7 个月至 5 岁是好发年龄,临床特征为发热,上呼吸道感染和特征性口腔黏膜斑(Koplik 斑)及全身斑

丘疹,可发生肺炎、喉炎、脑炎等并发症,其危害大,病死率高,2008 年我县为麻疹高发区,我院自 2008 年 1 月 28 日至 2008 年 2 月 20 日共收治麻疹患儿 60 例,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2008 年 1 月 28 日至 2008 年 2 月

作者单位: 835100 新疆伊宁,伊宁县中医医院