

体位护理在新生儿呼吸窘迫综合征治疗中的应用价值

郝金霞

甘肃省天祝藏族自治县人民医院儿科,甘肃武威 733299

[摘要] 目的 探讨体位护理在新生儿呼吸窘迫综合征治疗中的应用价值。方法 选择2017年6月~2019年6月我院收治的60例新生儿呼吸窘迫综合征患儿,运用随机数字表法将其分为对照组和研究组,各30例。对照组给予常规诊疗,研究组在对照组的基础上实施体位护理。比较两组治疗前后血气指标、氧疗时间及住院时间。结果 治疗前,两组患儿动脉二氧化碳分压(PaCO_2)、动脉血氧分压(PaO_2)及氧合指数 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 比较,无明显差异($P > 0.05$),治疗后,研究组患儿上述指标均优于对照组($P < 0.05$);研究组氧疗时间、住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在新生儿呼吸窘迫综合征治疗中应用体位护理效果较为突出,值得广泛推广。

[关键词] 新生儿;呼吸窘迫综合征;体位护理

[中图分类号] R473.72

[文献标识码] B

[文章编号] 2095-2856 (2019)11-53-02

新生儿呼吸窘迫综合征多见于胎龄35周内的早产儿,其主要病因为肺泡表面活性物质缺乏,易增加肺泡壁表面张力,致使肺顺应性降低,引发呼吸困难等较多不良症状^[1]。因此,对于该病,还需采取辅助通气、吸痰等有效治疗措施,并配以护理干预,以改善患儿临床症状,促进其较快康复。本研究对我院30例新生儿呼吸窘迫综合征患儿在常规治疗条件下应用体位护理,取得较好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2017年6月~2019年6月我院收治的60例新生儿呼吸窘迫综合征患儿,采用随机数字表法将其分为对照组与研究组,每组30例。对照组中男18例,女12例;胎龄30~37周,平均(33.52 ± 1.34)周;体重1.4~2.3 kg,平均(1.72 ± 0.81)kg。研究组中男17例,女13例;胎龄31~36周,平均(32.98 ± 1.62)周;体重1.5~2.4 kg,平均(1.75 ± 0.84)kg。两组基线资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

入选标准:(1)符合新生儿呼吸窘迫综合征临床诊断标准;(2)患儿家属均知情且同意本次研究。排除标准:(1)发育畸形者;(2)心搏呼吸骤停者。

1.2 方法

对照组采用常规诊疗,首先开展鼻持续气道正压通气(NCPAP)治疗,通气时间为2 min,等患儿经皮血氧饱和度(SpO_2)为95%时,将药液慢慢注入到气管导管中,并实施NCPAP治疗,药液温度控制在37℃左右,以免药液过凉而引起患儿不良反应。治疗期间,吸氧浓度保持为

0.3%~0.8%,压力设为5 cm H_2O ,流量维持为6~8 L/min。患儿均取其仰卧位治疗,不进行其他体位干预。

研究组患儿在对照组的基础上,应用体位护理。吸氧过程中,待患儿生命体征稳定后,将患儿体位变换为俯卧位,同时将其上肢适当向上伸展,将其头部偏向一侧,该体位保持3 h。之后,将体位改为仰俯位,同样按照上述方法伸展患儿上肢,将其头部偏于一侧。两种体位每间隔3个小时变动1次。

1.3 观察指标

(1)观察两组治疗前后血气指标水平,包括:动脉二氧化碳分压(PaCO_2)、动脉血氧分压(PaO_2)及氧合指数 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 。(2)观察两组氧疗时间与住院时间。

1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0统计学软件进行数据分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿治疗前后血气指标比较

治疗前,研究组的 PaCO_2 、 PaO_2 、 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,研究组 PaCO_2 明显低于对照组,而 PaO_2 、 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 则显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

2.2 两组患儿氧疗时间及住院时间比较

研究组氧疗时间和住院时间均明显短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表1 两组治疗前后血气指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PaCO ₂ (mmHg)		PaO ₂ (mmHg)		PaO ₂ /FiO ₂	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	56.89 ± 9.64	42.51 ± 7.46	44.62 ± 12.87	74.89 ± 10.72	68.91 ± 12.34	150.34 ± 18.75
研究组	30	57.18 ± 8.35	38.91 ± 8.24	45.17 ± 10.24	83.65 ± 11.26	69.87 ± 11.99	159.23 ± 14.18
t		0.144	2.048	0.212	3.564	0.353	2.392
P		0.443	0.022	0.417	0.000	0.363	0.010

表2 两组氧疗时间及住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	n	氧疗时间	住院时间
对照组	30	10.52 ± 1.98	25.82 ± 2.37
研究组	30	8.27 ± 2.13	20.14 ± 1.68
t		4.893	12.366
P		0.000	0.000

3 讨论

新生儿呼吸窘迫综合征又称新生儿肺透明膜变,即新生儿出生不久后产生进行性呼吸衰竭、呼吸困难等症状,该病主要由肺泡表面活性物质缺乏而引起,易导致肺泡萎陷^[2],通常在患儿出生后5~12 h出现,临床症状表现为呻吟、吸气、发绀、呼吸困难等,或伴有肺呼吸音降低、吸气可闻及细湿啰音^[3]。该病易引发胸廓塌陷、呼吸困难,严重时,可危及患儿生命安全。因此,对于该病还需实施对症治疗措施,以控制该病深入发展。

体位护理主要是根据治疗需要及患儿疾病情况,对患儿体位进行合理摆放与调整的一种护理方式,其具有较强的科学性、有效性,对治疗质量的提升具有重要作用^[4]。在本研究中,研究组患儿在治疗过程中实施体位护理干预,每隔3个小时开展1次体位变换,可有效促进肺通气血流比的合理分布,保证各部分肺通气量垂直线压力梯度分布的均衡性。另外,体位变换还可提高患儿通气有效率,促进患儿高效排痰,从而缓解其临床症状。仰卧位可促使胸膜腔压力产生变化,通过重力作用,可减轻肺组织压力,促进萎缩区肺泡重新舒张,改善患儿气体与血流分布状况^[5]。在新生儿呼吸窘迫综合征治疗中应用体位护理,可有效改善患者通气状况,提高其自主呼吸能力,这能在一定程度上提升临床治疗质量。赵文慧^[6]对150例呼吸窘迫综合征早产儿进行研究,结果显示:在机械通气治疗中

应用体位交换的观察组 PaCO₂ 水平明显低于单纯实施机械通气治疗的对照组,而 PaO₂ 显著高于对照组,由此可见,体位变化在机械通气治疗中能更有效改善患儿血气指标水平,有助于患者较快康复,具有较好的实践价值。本研究中,基于常规治疗条件下应用体位护理的研究组治疗后血气指标明显优于单一采用仰卧体位的对照组,可见体位护理干预的实施能有效改善患儿血气指标水平,有助于疾病较快消失。研究组氧疗时间与住院时间均明显短于对照组,提示体位护理的实践能有效缩短患儿治疗时间与住院时间。

综上所述,在新生儿呼吸窘迫综合征治疗中应用体位护理,可促进患儿血气指标较快恢复正常,缩短其氧疗与住院时间,具有较好的临床实践价值。

[参考文献]

- [1] 刘静,崔朝妹. 俯卧体位在患儿中的应用护理进展[J]. 护理学报,2018,341(10): 40-44.
- [2] 李玉峰,王燕,蔡春连,等. 俯卧位通气在新生儿呼吸窘迫综合征中应用效果的 Meta 分析[J]. 中华护理杂志,2017,52(4): 436-442.
- [3] 孙世兰,肖厚兰,林多华,等. 俯卧位通气联合肺复张治疗新生儿呼吸窘迫综合征的疗效分析[J]. 中国妇幼保健,2017,32(12): 2774-2776.
- [4] 何开源,罗振吉,王朝晖,等. 重度急性呼吸窘迫综合征早期联合不同体位和呼气末正压模式对机械通气评价肺可复张性的临床研究[J]. 中国医师进修杂志,2017,40(6): 504-508.
- [5] 周晓光,洪慧. 新生儿急性呼吸窘迫综合征的治疗进展[J]. 中华实用儿科临床杂志,2017,32(2): 81-84.
- [6] 赵文慧,罗庆花,曲海新,等. 体位交换护理对早产儿呼吸窘迫综合征机械通气血气分析的影响[J]. 贵州医药,2018,42(5): 118-120.