

CHAFANG SHOUCE



主编 李桂荣 付仲霞 李凤茹

儿科护理查房手册



甘肃科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

儿科护理查房手册 / 李桂荣, 付仲霞, 李凤茹主编
— 兰州: 甘肃科学技术出版社, 2016. 8

ISBN 978-7-5424-2341-2

I. ①儿… II. ①李… ②付… ③李… III. ①儿科学—
—护理学—手册 IV. ①R473. 72-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 194770 号

出 版 人 王永生

责任编辑 刘 钊(13919356432 QQ:25813463)

封面设计 冯 渊

出版发行 甘肃科学技术出版社(兰州市读者大道 568 号 0931-8773237)

印 刷 兰州万易印务有限责任公司

开 本 710mm×1020mm 1/16

印 张 16

字 数 256 千

插 页 1

版 次 2016 年 11 月第 1 版 2016 年 11 月第 1 次印刷

印 数 1~1 000

书 号 ISBN 978-7-5424-2341-2

定 价 36.00 元

编辑人员名单

主 审: 易 彬 郭 宇
顾 问: 李海鸿 方 璐
主 编: 李桂荣 付仲霞 李凤茹
副主编: 杨晓艳 周小娅
编 委: 曹 蕾 陈百芳 董振银 冯晓英
高红霞 蒋成鹏 李尢梅 李晗怡
刘 萍 李修晶 李小宁 马雪文
秦 钰 史晓敏 孙宥涵 王金萍
王永军 徐瑞峰 徐晓红 徐 燕
杨 婷 岳世霞 臧小琴 赵红艳
赵 平 张蓉芳 张 瑜

前 言

护理查房是检查护理质量、落实规章制度、提高护理质量及护理人员业务水平的重要措施,同时也是护理管理中评价护理程序实施效果,学习和掌握疾病护理知识的一种最常用的方法。随着医学科学的发展,护理学的研究范围越来越大,临床护理所面临的难题也愈来愈多,因此开展临床护理业务查房有非常重要的意义,另外护理带教工作中,组织护理教学查房有利于护理人员,护理学生,对疾病护理知识有全面和系统的认识。

为了提高护理查房效果,编者结合实际临床工作经验,选取儿科临床护理工作中典型的病例进行护理查房,针对其护理诊断和护理目标及护理措施、技能操作充分阐述,还广泛涉猎疾病诊治的最新研究进展和循证医学证据,对疑难、复杂的问题结合病例进行分析,并将护理新理念、新知识贯穿其中。

本书突出临床查房实践中的重点知识和逻辑思维,内容丰富、实用,可供临床护理人员、护校学生参考实用。

本书在编写过程中参考了部分专家同行的著作和资料,在此表示诚挚的感谢。

由于编者水平有限,疏漏之处在所难免,恳请广大读者、护理工作批评指正。

编者
2016年6月

目 录

第一章 新生儿疾病	1
病例 1 早产儿	1
病例 2 新生儿呼吸窘迫综合症	13
病例 3 新生儿低血糖症	20
病例 4 新生儿 ABO 溶血症	28
第二章 呼吸系统疾病	38
病例 1 急性上呼吸道感染	38
病例 2 急性感染性喉炎	44
病例 3 支气管哮喘	49
病例 4 重症肺炎	58
病例 5 支气管异物	66
第三章 消化系统疾病	73
病例 1 溃疡性口炎	73
病例 2 轮状病毒性肠炎	78
第四章 血液循环系统疾病	90
病例 1 小儿贫血	90
病例 2 病毒性心肌炎	96
病例 3 动脉导管未闭	103
第五章 神经系统疾病	110

病例 1	热性惊厥	110
病例 2	化脓性脑膜炎	116
病例 3	脑性瘫痪	123
第六章	泌尿系统疾病	128
病例 1	泌尿道感染	128
第七章	免疫系统疾病	134
病例 1	过敏性紫癜	134
病例 2	皮肤黏膜淋巴结综合征(川崎病)	141
第八章	感染性疾病	149
病例 1	麻疹	149
病例 2	水痘	158
病例 3	手足口病	165
第九章	小儿外科疾病	170
病例 1	先天性小肠闭锁	170
病例 2	腹股沟斜疝	176
病例 3	先天性肥厚性幽门狭窄	181
病例 4	小儿急性阑尾炎	187
病例 5	先天性巨结肠	195
病例 6	血管瘤	202
附表:		
	小儿生命体征正常范围	207
	儿童常用实验室检查正常参考值	209
	儿科常用药物剂量换算	221

第一章 新生儿疾病

病例 1 早产儿

【病例汇报】

一、患儿病情简述

吕××,男,第2胎,第2产,孕30周,于2015年4月21日14:50出生。体重1.340kg,双卵双胞胎,试管婴儿,Apgar评分1min,2分,给予“清理呼吸道、气囊加压给氧、胸外按压、气管插管”,5min评7分,10min,8分,1胎胎死宫内。患儿早产,窒息伴呼吸困难,为进一步诊治转入,以“早产儿、新生儿窒息”收住入院。

二、相关化验检查

(1) 血气分析(呼吸机状态下):pH:7.260; PCO₂:27.7mmHg; PO₂:84.0mmHg Na⁺:128.1mmol/L; iCa⁺⁺:1.09mmol/L; HCO₃⁻:15.2mmol/L; BE:-14.9mmol/L; Lac 10.74mmol/L; 血糖:3.7mmol/L。

(2) 2015年4月21日15:30 X线片示:新生儿肺透明膜病(Ⅲ级)。

(3) B超示:①双侧室管膜下出血; ②脑室旁白质回声增强。

(4) 血常规,生化等大致正常。

三、医疗诊断

入院诊断:①早产儿;②新生儿窒息;③新生儿肺透明膜病。

补充诊断:①新生儿高胆红素症;②新生儿感染;③新生儿低钙血症;④早产儿贫血。

四、治疗经过

入院后积极完善相关检查,给予呼吸机 SIMV 辅助通气,予肺表面活性物质(猪肺磷脂 200^u)气管内注入;预防感染;静脉营养;维生素 K₁,止血等对症支持治疗。4月21日患儿皮肤黄染,经皮胆红素值测定6.4~6.5mg/dl,予单面蓝光光疗,补充诊断新生儿高胆红素血症;4月22日心脏彩超示:动脉导管未关闭(肺动脉端 0.32cm,左向右分流)、卵圆孔未闭,给予布洛芬关闭动脉导管治疗。4月22日查 C-反应蛋白:1mg/dl;钙离子:0.62mmol/L,给予静脉补充钙离子,补充诊断:新生儿低钙血症;4月23日头颅 B 超提示:①双侧室管膜下出血;②脑室旁白质回声增强;4月23日患儿出现呼吸暂停,给予咖啡因兴奋呼吸中枢,补充诊断:新生儿呼吸暂停;4月23日查 C-反应蛋白 22.5mg/L,给予头孢他啶抗感染治疗,补充诊断:新生儿感染;4月27日心脏彩超示:卵圆孔未闭,动脉导管关闭;5月21日查血红蛋白 112g/L,补充诊断:早产儿贫血;6月26日患儿生命体征平稳,一般情况好,奶量自纳完成好,未见吐奶及呛咳,查体未见明显异常,治疗 66d 治愈出院。

【护理查房】

查房时间:2015年4月21日 16:00

一、入院护理评估

(1)一般资料

姓名 吕×× 性别:男 年龄:1小时

籍贯:甘肃兰州市

(2)现病史:第2胎,第2产,孕30周,体重 1.380kg,试管婴儿, Apgar 评分 1min,2分,给予“清理呼吸道、气囊加压给氧、胸外按压、气管插管”, 5min 评 7分,10min,8分,早产,窒息伴呼吸困难。

(3)既往史:无记录。

(4)个人史:患儿系第2胎,第2产,胎龄30周,于2015年4月20日 20:00 出生,体重 1.380kg,双卵双胎,试管婴儿。

(5)家族史:父母健康,家族中无传染病及遗传病史。

(6)护理体格检查:

T:35.8℃;HR:130次/分;R:60次/分;BP:65/31(43)mmHg。头围:

29cm;胸围:25cm;身长:38cm;体重:1.380kg;发育幼稚,反应尚可,呼吸急促,有呻吟,哭声欠响亮;皮肤青紫,肢端温暖,无蜕皮,皮肤弹性好,无皮疹,无出血点,无水肿,无硬肿,皮肤黏膜无黄染,毛细血管充盈时间 2s。头颅外形无畸形、无产瘤、无血肿、前囟 1.0cm×1.0cm,张力适中,无隆起,后囟 0.2cm,颅缝无增宽,无重叠,双眼无畸形,眼睑无浮肿,结膜无充血,角膜无异常,巩膜无黄染,无内眦赘皮,无眼距增宽,无凝视。双眼瞳孔等大等圆,对光反射存在。双耳无畸形,耳廓成型直立,鼻翼有煽动,口唇青紫,口周发绀,口腔黏膜正常,无唇腭裂,颈软,无抵抗,气管居中,无肿物,无斜颈,颈静脉无怒张。胸廓外观无畸形,双侧呼吸动度一致,双肺呼吸音粗,两肺可闻及湿啰音,心律整齐,心音有力,未闻及杂音。腹部:微膨隆,腹软,触之无张力。叩诊呈鼓音,未闻及肠鸣音。脐带未脱落,无渗血,无渗液,无脓性分泌物,无疝气。脊柱无畸形,肛门存在,肛周皮肤无红肿,男性外阴,睾丸未降至阴囊。四肢肌张力弱。原始反射(吸吮反射、觅食反射、吞咽反射、拥抱反射、握持反射)未完全引出。

二、问答部分

1. 早产儿定义? 极低出生体重儿定义。

答: 早产儿指胎龄未满 37 周, 体重未达到 2.500kg, 身长不足 47cm 的活产婴儿。其中, 出生体重在 1.000~1.490kg 之间的早产儿称为极低出生体重儿(VLBW)。

2. 早产儿主要有哪些并发症?

答: 主要有新生儿硬肿症、呼吸暂停、支气管肺发育不良、新生儿肺炎、酸中毒、低钙血症、高胆红素血症、新生儿贫血、坏死性小肠结肠炎等。

3. 该患儿入院时的护理诊断问题是什么?

答: (1) 体温过低 与保暖措施不当、体温调节中枢发育不全有关。

(2) 有窒息的危险 与吸吮功能差, 胃食管返流有关。

(3) 低效性呼吸型态 与早产儿肺表面活性物质缺乏、缺氧有关。

(4) 营养失调 低于机体需要量, 与摄入不足、消耗增加有关。

(5) 有感染的危险 与早产儿免疫功能低下有关。

(6) 有皮肤完整性受损 与反复采血、留置针穿刺、皮肤薄嫩有关。

(7) 焦虑 与患儿父母知识缺乏、担心患儿预后及费用有关。

(8)潜在并发症 NEC、脑出血、肺出血 与早产有关。

4. 该患儿的护理目标是什么?

答: (1)体温维持在 36.3℃~37.3℃之间。

(2)无呼吸暂停发生。

(3)无窒息发生。

(4)营养充足、体重增长。

(5)无感染发生。

(6)皮肤完整。

(7)感染及时得到控制。

(8)通过各种渠道消除家属的焦虑。

(9)无并发症发生。

5. 该患儿的护理措施是什么?

答: (1)体温过低。

①患儿娩出后置于辐射床保暖,用一次性薄膜包裹全身,头部戴帽,减少能量的丢失。

②置暖箱保暖,为患儿提供稳定的持续供暖,使用配有先进的数字式肤温传感器、远红外温度探测器、微电脑高精度伺服控温系统的高级暖箱,可以对患儿进行实时监控,保证患儿体温始终存于正常的范围之内。

③根据患儿的胎龄(30W)及体重(1.380kg),调节暖箱温度,每小时监测体温至患儿体温稳定在 36.3℃~37.3℃之间后,每 4h 监测体温一次。

及时向暖箱水槽内加入蒸馏水,保持暖箱的湿度在 55%~65%之间,减少不显性失水。

④治疗护理集中操作,避免长时间开放箱门或箱窗、以免箱内温度或湿度下降过低,使患儿体温过低。

(2)低效性呼吸型态及预防窒息的护理。

①将患儿头肩部抬高,肩下垫一小毛巾、保持呼吸道通畅。

②遵医嘱,给予呼吸机 SIMV 模式辅助通气。

③注意观察患儿的面色、监测 SPO₂、心率等。

(3)营养失调。

①患儿生后置胃管,禁食,予 10%GS 输注。碳酸氢钠纠酸治疗,严密观

察患儿液体输入情况,防止液体外渗。

②予以非营养性吸吮,即给无孔的橡皮奶头,使胃排空加快,缩短胃肠道转运时间,使早产儿增长加快,住院时间缩短,尽快地从胃管喂养过渡到经口母乳喂养。

③喂养后,患儿宜取右侧位,并注意观察有无青紫、溢乳和呕吐的现象发生。喂乳量应根据消化及吸收能力而定,以不发生胃内潴留及呕吐为原则。

④准确记录 24h 出入量,每日晨空腹测体重一次,并记录,以便分析、调整营养的补充。

⑤每天监测体重变化,每天同一时间用同一体重秤测量患儿体重。

⑥禁食期间给予静脉补充必要的营养,监测血电解质及有关的生化指标。

(4)有感染的危险。

①严格执行无菌操作,物品做到一人一用一消毒。

②严格执行消毒隔离制度,使用密闭式暖箱,防止水生菌的繁殖,每周对暖箱进行一次彻底消毒,暖箱内的蒸馏水每日进行一次更换,患儿需要有一个清洁舒适环境。

③及时监测体温,每 4h 监测体温一次。

④预防感染,应加强口腔、皮肤及脐部的护理,沐浴后用 75%酒精消毒脐部,保持脐部皮肤清洁干燥。

⑤制定严密的消毒隔离制度,工作人员接触患儿前后均应洗手,严禁非本室人员入内。如人流量超过正常时,应及时进行空气及有关用品消毒,确保空气及仪器、物表洁净,防止交叉感染的发生。

⑥每日对室内进行空气消毒 3 次,每次 40~50min。

(5)皮肤粘膜完整性受损。

①提高穿刺技术,加强留置针的护理。

②加强巡回,避免液体外渗。

③保护血管由远心端开始选择穿刺血管,可选择 PICC 深静脉置管。

④掌握正确的足跟采血方法,正确使用血糖仪,经常变换测血糖的部位。

⑤加强皮肤护理,经常更换患儿体位,翻身时避免拉、拽、拖等动作,减

少因摩擦引起的皮肤损伤。

⑥及时更换尿布,便后用湿纸巾擦净臀部并涂护臀霜,保持皮肤清洁、干燥。

⑦保持床单位保持清洁、干燥、无皱褶、无渣屑。血氧饱和度探头每 2h 更换一次检测部位。

⑧严格进行床头交接班,详细查看皮肤情况。

(6)焦虑。

①向家属交待患儿的病情及相关治疗,取得家属的配合。

②告知家属探视制度,告知家属母乳喂养的重要性,坚持母乳喂养。

③告知家属,患儿治疗的必要性,并介绍治疗成功的案例,增加家属坚持治疗的信心。

④告知家属查看医疗费用的地方及方法。

(7)潜在并发症 NEC、呼吸暂停、严重缺氧、酸中毒、高胆红素血症。

①严格记录患儿 24h 出入量:准确记录出入量,称量尿布重量、记录引流量和呕吐物的量;按医嘱输液,合理安排补液速度和预估补液量,保证出入量平衡。

②监测体重变化:每天同一时间同一体重秤测量体重,在体温单上绘制体重曲线,体重下降每天最多不超过体重的 1%~2%,生理性体重下降早产儿最多不超过体重的 15%~20%,足月儿最多不超过体重的 5%~10%。

③评估患儿不显性失水的情况,例如低体重儿、光疗的患儿、应用辐射床及暖箱的患儿、体温高的患儿,不显性失水明显增加,遵医嘱补液量酌情增加。

④减少患儿不显性失水的方法:保持适宜的环境温度 24℃~26℃,相对湿度 55%~65%;使用新生儿暖箱,防护罩,保持局部环境在适宜湿度;防止蒸发、辐射、传导、对流造成的水分丢失。

⑤监测大小便情况:仔细观察,记录大便的次数、性质、颜色及量,了解大便变化过程。及时,正确留取大便标本送检。观察尿量和尿的颜色,监测尿的比重:每天尿量不少于 1~3ml/kg,尿比重为 1.008~1.012。

⑥补液的护理:建立良好的静脉通路,必要时使用 PICC 置管并做好相关的护理。使用推注泵,保持药液及时匀速进入,并根据病情调节速度。

⑦密切观察病情,注意有无呕吐、呕吐物的颜色、量及性状、回抽胃内容物、及时发现肠梗阻、肠穿孔、肠出血的早期症状:发现有严重腹胀、引流液增多、血便、频发呼吸暂停等症状或体征时应立即与医生取得联系。

⑧当患儿面色苍白或有休克的症状及体征,心率过快或过缓、血压下降、末梢循环衰竭时,立即通知医生组织抢救,应迅速补充有效循环量,改善微循环,纠正脱水、电解质紊乱及酸中毒。

⑨观察患儿有无凝血障碍的表现:皮肤是否有瘀斑、注射部位是否有渗血、有无呕血、便血、血尿等凝血障碍等表现;有异常时及时汇报医生。

⑩监测腹膜炎的症状和体征:如腹部颜色发红、发青、腹肌紧张;必要时每小时测量腹围。

⑪遵医嘱缓慢加奶,避免加奶过快,增加消化道负担,影响肠蠕动功能恢复。禁食较久者在控制败血症的基础上给予静脉高营养液,补充热量及营养。

⑫加强巡视,正确喂养,及早发现病情变化及时报告医师,做好抢救准备。

6. 出院前护理指导 患儿病情平稳后转母病室时对母亲及家属进行生活护理指导。

答:(1)指导监测体温的方法及重要性、体温正常值($36.3^{\circ}\text{C}\sim 37.3^{\circ}\text{C}$)。

(2)指导如何判断宝宝是否吃饱?

①小便量:6~8次/日以上,且尿色淡、味道轻。

②喂奶前母亲乳房胀满,喂奶后松弛。

③婴儿喂奶前哭闹、烦躁,喂奶后愉悦、满足。

④婴儿喂奶后安静睡2h以上。

(3)指导母亲抱孩子喂奶的要点

①宝宝的头和身体呈一条直线。

②宝宝的脸对着乳房,鼻子对着乳头。

③尽量让宝宝贴近母亲。

④母亲托着宝宝的头、肩及臀部。

⑤吃母乳的宝宝大便的颜色为金黄色、性状较稀、偶有发绿属正常现象,奶粉喂养的宝宝大便为黄褐色糊状。

(4) 指导宝宝喂养的注意事项

① 喂完奶后,用纱布巾将宝宝的嘴巴擦拭干净;用直立式抱法将宝宝的下巴靠在自己的肩膀上,用空心掌由下往上地轻拍宝宝的背部,直到宝宝打出嗝为止。

② 尽量母乳喂养,如需要添加配方奶,应选择奶嘴孔大小合适。因为奶嘴孔的大小会影响到奶水的流量,太小,宝宝吸奶就非常费劲,时间一长就会使他对吸奶失去兴趣;如果孔太大,奶水流量过快,宝宝容易呛奶。

③ 不要强迫宝宝喝完奶瓶里的奶,勉强只会让宝宝吐奶。

(5) 指导洗澡的方法:

① 给宝宝擦浴前,先把手表戒指等饰物脱去,以免意外划伤宝宝。

② 选择温暖的房间,室温 26℃~28℃并且在浴盆旁准备好尿布、毛巾。

③ 给宝宝擦浴前要用手腕试下水温,如使用温度计,应当显示在 38℃~40℃。

(5) 指导脐部护理 在新生儿洗澡后要注意脐部的护理,垫尿布时要注意暴露出脐部,并且用消毒棉签蘸 75%酒精消毒脐部,1 次/日,消毒时充分暴露脐部,并以螺旋动作向四周擦拭。

(6) 指导臀部护理

① 排尿后撤去尿布,用湿纸巾擦净会阴部及臀部,更换清洁尿布。

② 排便后用温水清洁臀部,小毛巾蘸干,涂少许护臀霜或植物油,更换清洁尿布,动作要轻柔。

7. 出院指导?

答: (1) 加强喂养护理,按计划预防接种,6 月 22 日接种第 2 针乙肝疫苗,体重达 2500g 以上接种卡介苗。

(2) 观察患儿的反应、纳奶、大小便、腹部情况。

(3) 添加维生素 AD,含每日维生素 D,400IU;口服小儿维生素咀嚼片,0.5 片/次,2 次/日,铁剂 2ml/次,1 次/日,1 月后复查血常规(血红蛋白)。

(4) 矫正胎龄 40 周儿保科行 NBNA 评分和头颅核磁共振。

(5) 出院后 1 周门诊眼科复查,生后 3 月新生儿筛查中心复查听力。

(6) 生后 6 月复查心脏超声,不适随诊。

(7) 门诊儿童保健科常规体检。

【相关知识讨论】

1. 早产的病因有哪些？

答：(1)胎盘因素：如前置胎盘、胎盘早剥、羊水过少、胎膜早破、多胎等可致早产。

②孕妇因素：妊娠合并症及并发症，如，心脏病、妊高症；生殖器官异常；如子宫肌瘤、子宫异常；吸烟酗酒等不良行为及严重的精神创伤等。

⑦胎儿因素：胎儿畸形。

2. 早产儿使用肺表面活性药物的作用？

答：研究表明，肺表面活性物质(pulmonary surfactant PS)能明显改善患儿肺的顺应性，改善患儿肺的换气功能，提高动脉氧分压，降低机械通气压力及吸入氧的浓度，提高临床治愈率。在用PS对新生儿呼吸窘迫综合征(RDS)进行治疗时，需要把握好PS的应用时间、剂量及次数。一般首次用药时间应在出生后24h内，越早疗效越好。用药剂量，预防与早期需予以100mg/kg。

3. 早产儿经十二指肠喂养的好处有哪些？

答：早产儿经十二指肠喂养不经胃排空、解决了早产儿胃排空差、反流、误吸等问题，为早产儿尤其是极低出生体重儿喂养不耐受提供了肠内营养治疗技术，早期接受肠道喂养的极低体重早产儿较少发生低血糖、脱水、高胆红素血症、氮质血症及发热，并且骨质疏松的发病率明显降低。十二指肠喂养患儿由于进奶量明显增加，同时解决了腹胀、胃潴留、胃食管反流、误吸、呼吸暂停等问题，体重增长较快、使早产极低出生体重儿的存活率和生存质量明显提高。

4. NEC分几期，有什么表现？

答：新生儿坏死性小肠结肠炎(NEC)是新生儿常见的肠道严重炎症疾病，早产儿肠道免疫不完善，肠道黏膜屏障不成熟，发病率更高，且体重越低，发病率及病死率越高。

NEC分三期、表现有：

I期：可疑病例，非特异性症状，体温不稳定，呼吸暂停，心动过缓，嗜睡等，胃肠道包括，吃奶差，胃潴留，腹胀，呕吐，腹泻及血便(除肛裂外)，腹部

X 线片可以正常或肠扩张,也可有轻度肠梗阻征象,无肠壁囊样积气。

II 期:确证 NEC,除 I 期症状以外还有持续大便潜血阳性或肉眼可见的胃肠道出血,明显腹胀,肠鸣音消失或不伴腹部压痛,部分患儿可见代谢性中毒,轻度血小板减少。腹部 X 线片表现为肠道扩张,腹壁水肿,肠绊不变化,肠壁积气或门静脉积气,病死率 15%。

III 期:重症病例,全身情况恶化,出现休克或严重败血症表现,呼吸衰竭,低血压,心动过缓,严重呼吸暂停,呼吸性和代谢性酸中毒,或有严重的胃肠道出血,DIC,血小板减少,并发腹膜炎或肠穿孔,腹部 X 线除上述改变还有气腹,病死率达 60%。总之,早产儿的营养应因人而异;因情况不同,个体差异,营养上应结合个体情况细致考虑。

5. NEC 的确诊依据有哪些?

答:(1)X 线:扩张的肠管固定、腹部异常气体、腹水、腹部气体减少甚至消失、门静脉积气、腹部游离气体-气腹。

(2)腹部拍片:需正侧位、肠管扩张、僵直、肠壁积气(小泡或线样)

(3)腹部 B 超:如肠壁水肿、肠段动力差,为临床提供了预警信息,临床上早期发现、早期处理,有利于防止 NEC 进展为肠穿孔及腹膜炎。

6. 如何预防和治疗呼吸暂停?

答:呼吸暂停是早产儿生后所面临的一个严峻挑战。它可引发呼吸衰竭、肺出血、颅内出血、缺氧缺血性脑病、多脏器衰竭甚至碎死,严重危及早产儿的生命及预后。

(1)体位疗法:体位治疗是所有治疗的基础。研究表明俯卧位疗法有助于降低呼吸暂停(apnea of prematurity, AOP)的发生率。俯卧位可改善胸腹呼吸运动协调性,并能稳定胸壁,且不影响呼吸方式或氧饱和度。推荐“三阶式姿势”,即头、胸、腹部均高于腿部,而头部和腹部维持在同一水平位,胸部抬高倾斜约 15°,可使氧饱和度下降的发生率降低 12%。此外,应避免头颈部过屈或过伸,保持上气道通畅。

(2)保持气道通畅:上气道阻力增加可引起 AOP,故应缩短鼻胃管保留时间,减少剧烈的经鼻腔吸痰以防止刺激迷走反射。鼻胃管可增加 50%的上气道阻力,用口胃管替代鼻胃管,可减少 AOP 及其伴发的心动过缓的发生。

(3)温度控制:通过系统控制的辐射暖台或培育箱可为早产儿提供一个

稳定的热环境,从而减少体温波动,减少呼吸暂停的发生。

(4) 供氧:通过温湿化空氧混合仪供氧,维持氧饱和度在 90%~95%,以避免加重大脑及全身脏器缺氧打击。可通过脉搏氧饱和度监测仪监测氧饱和度。

(5) 袋鼠式护理(Kangaroo care):亦称皮肤接触式护理(skin to skin care),目前其作用已被广泛认知,包括稳定早产儿生命体征、促进体重增长、减少医院内感染及呼吸道疾病、促进认知能力发展和降低疼痛反应、改善睡眠模式、增加母婴交流、提供母乳喂养、缩短住院时间等,因此这种护理方式对 AOP 的治疗可能有潜在作用。

(6) 治疗原发病:应积极处理诱发和加重 AOP 的原发病,以减少呼吸暂停的发生。

7. 早产儿肠道的特点有哪些?

答:(1) 肠道动力差。

(2) 渗透性增加-细菌,病毒和毒素容易透过肠黏膜。

(3) 细菌清除率下降,细菌过度生长。

(4) 肠道免疫功能不成熟。

(5) B 淋巴细胞数量较少。

(6) 产生分泌性 IgA 的能力下降。

(7) 胃泌素,胃酸和黏液的产生减少。

8. 怎样预防 NEC 的发生?

答:重视围产期保健,减少早产儿发生率,预防细菌感染,是预防 NEC 的根本措施。

(1) 防新生儿缺氧性疾病,如有发生,应禁食 3~5d,使肠道充分休息,至病情好转后开奶,以免肠灌注不良。

(2) 提倡母乳喂养,尤其出生 2 周内,因母乳中 IgA 含量高,对新生儿胃肠道黏膜有局部保护作用,且母乳渗透压低,为 286mosm/L。且母乳易消化吸收。

(3) 预防感染发生、接触患儿前注意手消毒。

(4) NEC 最新的发病机制开发了新药,包括补充免疫球蛋白制剂,营养因子谷氨酰胺精氨酸和多不饱和脂肪酸的应用,细胞因子如表皮生长因