

# 1 例新生儿呼吸窘迫综合征患儿的护理

张方

皖南医学院第一附属医院 安徽芜湖

**【摘要】**新生儿呼吸窘迫综合征是新生儿常见的严重的呼吸系统疾病之一，早产儿多见，病死率较高，本文通过对1例新生儿呼吸窘迫综合征患儿的护理，总结出有针对性的护理措施，以及后续护理的重点、难点

**【关键词】**新生儿呼吸窘迫综合征、新生儿、早产儿、呼吸机辅助通气、气道护理、特殊药物、静脉通道

**【收稿日期】**2023年7月15日 **【出刊日期】**2023年8月10日 DOI: 10.12208/j.jmmn.2023000451

## Nursing care of a child with Infant respiratory distress syndrome

Fang Zhang

The First Affiliated Hospital of Wannan Medical College Wuhu, Anhui

**【Abstract】** Infant respiratory distress syndrome is one of the common serious Respiratory disease of newborns. Preterm infants are common, and the mortality rate is high. This article summarized the targeted nursing measures, as well as the key points and difficulties of follow-up nursing through the nursing of a case of Infant respiratory distress syndrome

**【Key words】** Infant respiratory distress syndrome, newborns, preterm infants, ventilator assisted ventilation, airway care, special drugs, venous channels

### 正文

#### 1 基本情况

##### 1.1 患者信息

29床 许诺 男 住院号：A864153，因“胎龄30<sup>+</sup>周，窒息复苏后10分钟”入院；患儿系G2P2，母孕30<sup>+</sup>周，患儿于我院妇产科剖宫产产出，出生体重1130g，出生后立即给予保暖，清理呼吸道后正压通气，出生后1分钟APGAR评分4-5-5分，我科急会诊后，拟“新生儿窒息、早产儿、极低出生体重儿”收住入院。

##### 1.2 入院查体

神清，反应差，哭声弱，皮肤弹性稍差，口周及四肢末梢青紫，未见皮疹及出血点，头颅外观无异常，双瞳孔等大等圆，对光反射敏感，口唇青紫，颈软，胸廓双侧对称，三凹征阳性，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音，HR 126次/分，未闻及杂音，腹膨隆，未见胃肠型、蠕动波，脐带包扎，腹软，四肢肌张力低，拥抱、觅食、吸吮、握持反射未引出。

1.3.专科检查：拥抱、觅食、吸吮、握持反射未引出。

1.4.初步诊断：新生儿窒息 2.新生儿呼吸窘迫综合征 3.早产儿 4.极低出生体重儿(1000-1249g)

##### 1.5.诊疗计划：

1.5.1.完善相关检查。

1.5.2.予以留置胃管，洗胃，治疗上予以“维生素K1”预防出血，“头孢噻肟、青霉素钠”预防感染，“多巴胺、多巴酚丁胺”改善循环及营养补液等对症支持治疗。

1.5.3.病危通知家属

#### 2 相关护理诊断及护理措施

##### 2.1 呼吸护理

2.1.1.清理呼吸道：使用负压吸引吸痰器，充分开放患儿呼吸道，清理患儿口鼻内残留液体，吸引时间不得超过15S，使用软质硅胶吸痰管，避免损伤患儿呼吸道及口鼻腔黏膜

##### 2.1.2.气管插管：

2.1.2.1.经口气管插管，操作者需严格无菌操作，使用布胶布固定气管插管，患儿口周有分泌物时，需及时清理，避免分泌物湿润胶布导致脱管；

2.1.2.2.气管插管需标注高危导管标识；

2.1.2.3.机械通气时，需每间隔2小时进行气道护理：①经气管插管内吸痰，严格无菌操作，提前注入湿化液（湿化液的配比：1:1的生理盐水：灭菌注射用

水混合液)湿润附着在气管插管患儿气道端的干涸痰液、痰痂、痰栓,戴无菌手套持麻醉吸痰管进行吸痰;②经口吸痰,更换手套,更换普通硅胶吸痰管,进行口腔内吸痰

2.1.2.4.确定气管插管是否在位:①气管插管内壁可见白色雾气规律出现、消失;②使用气囊加压给氧,可见患儿胸廓起伏,听诊可闻及双肺对称呼吸音;③气管插管后,使用呼吸机辅助通气或气囊加压给氧,患儿肤色明显好转,同时经皮血氧饱和度可见明显上升,并维持在90%~95%

2.1.3.呼吸机的使用:正确连接呼吸机管道,保证呼吸机正常运行,监测呼吸机的报警信息,及时对症处理,保证湿化罐内有充足的灭菌注射用水,保证呼吸机管道内的气体温、湿度均适宜

## 2.2 体温护理

2.2.1.多功能暖箱的使用:患儿置于多功能暖箱中,铺设鸟巢式床单位,为患儿营造宫外继续生长发育的合适环境,床单位柔软没有硬物,设置合适的暖箱温度,并根据患儿的实际体温进行调整,设置适宜的暖箱湿度:70%,保证患儿的皮肤湿度,降低不显性水分的散失

2.2.2.鸟巢式护理:在新生儿出生后选择大小合适的布包进行包裹,布包选择面料较为舒适和柔软的,将其制作成鸟巢形状以包裹新生儿。在包裹新生儿时建议选择侧卧位,保证新生儿四肢呈微屈状态,从新生儿背部、臀部等位置开始包裹,包裹期间保持力度适中,在使用布包之前还需选择类似于辐射台预热的合适方式适当加热,保证布包使用期间的温度控制于33~37℃<sup>[1]</sup>

2.2.2.监测体温:每隔4小时测体温,监测患儿体温,若患儿体温升高,可适当降低暖箱温度0.5~1℃;若患儿体温正常,但四肢末梢仍凉,可适当升高暖箱温度0.5~1℃;随着患儿体重增长,生长发育各方面趋于完善,患儿的体温调节中枢会逐渐完善健全,最终在离开暖箱后仍可以自己维持正常体温

2.2.3.改善循环:使用多巴胺等药物帮助患儿改善循环,由于多巴胺属血管活性药物,使用过程中需注意保护血管

## 2.3 预防感染

2.3.1.严格无菌操作和消毒隔离制度,严格执行手卫生,保证患儿在院期间不发生医院获得性感染

2.3.2.使用“头孢噻肟钠、青霉素钠”静脉滴注抗感染,使用该药物前需做皮试,两种抗生素需分开做皮试,时间间隔5分钟,分别在两侧手臂试验,试验结

果均为阴性,青霉素钠需使用和皮试同一批号的药物,若更换批号,需重新做皮试,阴性后方可继续使用

2.3.3.每日清水擦拭暖箱内外壁,床单有污染需及时更换,每周更换一次暖箱,更换的暖箱需使用次氯酸钠消毒液进行终末消毒;每周更换呼吸机管道一次,并打包送至供应室消毒、塑封备用;每3天更换胃管一次,保证胃管的通畅及清洁;每日更换输液连接管

2.3.4.每日三次口腔护理,使用1:1的碳酸氢钠注射液:灭菌注射用水混合液体进行口腔冲洗

## 2.4 特殊药物

### 2.4.1.PS(肺表面活性物质):

2.4.1.1.PS为天然药物制剂,可充分补充患儿肺泡表面的活性成分,合理降低肺表面张力,在一定程度上降低了肺泡发生塌陷的风险<sup>[2]</sup>

2.4.1.2.使用肺表面活性物质前,需充分复温药物,以便在溶解时能缩短时间

2.4.1.3.溶解肺表面活性物质,需使用灭菌注射用水,并将已经注射过灭菌注射用水的安剖置于振荡器内振荡,帮助药物充分溶解

2.4.1.4.肺表面活性物质充分溶解后,使用注射器完全抽出药液备用

2.4.1.5.由医生在场,护士从旁辅助,经气管插管内分次、缓慢滴入肺表面活性物质,滴注过程中使用连接氧气的呼吸气囊进行加压给氧,保证患儿氧气的供给,同时促使药物充分进入肺内进而附着于肺泡表面

### 2.4.2.多巴胺、多巴酚丁胺

2.4.2.1.多巴胺、多巴酚丁胺属血管活性药物,对血管的刺激较大,新生儿血管壁相对更薄,高渗性的药液更容易渗出血管外,产生条索样痕迹,因此需选用较粗较直的血管,同时至少备用一组静脉通道,以便交替使用,或者患儿有深静脉置管,直接使用深静脉置管严格做好交接班工作,交班者与接班者在新生儿护理记录单上都要有记录<sup>[3]</sup>。

2.4.2.2.由于多巴胺、多巴酚丁胺的属性,当患儿血压稳定,体温波动正常范围内,四肢循环良好,及时停止使用

### 2.4.3.血浆

2.4.3.1.血浆属血液制品,使用前需严格执行三查十对,确保血浆使用的安全性

## 2.5 饮食护理

2.5.1.患儿早期不能进食,使用呼吸机辅助通气时,为避免腹胀,需开放胃管<sup>[4]</sup>。

2.5.2.早期微量喂养,提倡尽早开奶,患儿使用呼

呼吸机辅助通气期间,可经胃管内鼻饲奶汁,少量少次,观察患儿胃内吸收、消化情况,每次鼻饲奶汁后半小时~1小时,仍需开放胃管<sup>[5]</sup>。

2.5.3.干预性口腔运动,刺激患儿口腔唾液分泌,引起患儿的吸吮、吞咽反射,进而促进胃肠道的蠕动,加速胃液的分泌,以达到促进胃消化功能的作用

2.5.4.使用特殊奶粉,避免大分子蛋白等物质刺激肠道黏膜,引起水肿,进而导致腹泻、不消化、腹胀等一系列不良反应,监测体重,保证能量和营养的供给<sup>[6]</sup>。

## 2.6 静脉输液

### 2.6.1.脐静脉置管

2.6.1.1.患儿出生结扎时,保留脐静脉用做脐静脉置管,置管前需保证脐静脉湿润,用生理盐水湿润的无菌纱布覆盖,直至行脐静脉置管术

2.6.1.2.脐静脉置管术由医生完成,全程严格无菌操作,置管后行床旁胸片定位,确定导管尖端位置合适方可使用

2.6.1.3.脐静脉置管成功后,外露的脐带残端需用无菌纱布覆盖24小时,待残端自行收敛无渗血即可,同时将脐静脉置管的尾端固定与患儿躯干,避免拉扯造成脐静脉移位<sup>[7]</sup>。

2.6.1.4.脐静脉使用时,需每日2~3次进行冲管,保证脐静脉通畅,回抽需可见回血,若推注不畅或回抽不顺、无回血,需再次床旁胸片定位,确定导管是否在位,仍在位可继续使用,若已经移位需及时拔除<sup>[8]</sup>。

### 2.6.2.PICC置管

2.6.2.1.PICC置管前,评估患儿静脉情况以及凝血功能,凝血功能差的患儿容易在置管后发生血凝不止,因而不能置管

2.6.2.2.选择合适的血管行PICC置管,首选上肢贵要静脉

2.6.2.3.置管前,做好用物准备,测量患儿双侧臂围、穿刺点至左侧锁骨顶端的长度,充分消毒穿刺侧手臂

## 3 讨论

3.1 气道护理时,可根据实际情况调整吸痰时间,患儿氧饱正常,无明显烦躁,管道未见高压报警等异常情况,应适当延长吸痰间隔时间,频繁的吸痰,也是对患儿的一种刺激<sup>[9]</sup>;

3.2 鸟巢式护理时,患儿放置的床单位也应柔软化处理,人工水袋制成的小型水床,可以缓解患儿水肿的情况,减轻皮肤压力

3.3 脐静脉置管的过程中和使用时,严格的无菌操作是否能够有效避免感染的发生,后期感染指标的监测很重要

3.4PICC在持续输液的过程中,可以使用生理盐水代替肝素钠冲管,前提是管道通畅,患儿凝血功能正常,输液速率大于3ml/h<sup>[10]</sup>。

## 参考文献

- [1] 刘浩,祝晓光,吴华璞,等.加强护理药理学改革,促进高级护理人才培养[J].安徽医药,2009,13(2):229-231.
- [2] MERJA KALLIO M, VAN DER ZWAAG AS, WALDMANN AD, et al. Initial observations on the effect of repeated surfactant dose on lung volume and ventilation in neonatal respiratory distress syndrome [J]. Neonatology, 2019, 116(4):385-389
- [3] 杨莘.静脉输液护理指南[M].科学技术文献出版社,2009:47-49.
- [4] 胡金梅,王珍.预防性护理干预在新生儿呼吸窘迫综合征中的应用效果[J].中国医药导报,2021,018(026):181-184
- [5] 冯子娟,丁晓芳,苏丽丽,等.专职护理小组对新生儿呼吸窘迫综合征肺功能及康复水平的影响[J].河北医药,2021,43(19):4.
- [6] 邓群向,国庆.新生儿呼吸窘迫综合征实施联合疗法的效果及护理[J].现代科学仪器,2021,38(3):161-163.
- [7] 王卫卫.肺部12分区超声评分法在新生儿呼吸窘迫综合征中的临床应用价值[J].新乡医学院学报,2022,39(3):6.
- [8] 韩艳,周慧慧,周月,等.团队协作式零缺陷护理在新生儿呼吸窘迫综合征CPAP治疗期间的应用价值[J].优生与遗传杂志,2022,12(006):030.
- [9] 吴婷婷,贺姣姣,田艳艳,杨妮,付佳,梁冰,珂,程功梅.呼吸机在新生儿呼吸窘迫综合征综合护理中的应用效果[J].现代科学仪器,2022,39(2):144-147.
- [10] 张慧.常规护理结合体位变换在早产新生儿呼吸窘迫综合征机械通气患儿中的应用价值[J].妇儿健康导刊,2023,2(8):3.

版权声明:©2023作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS