



高呼气末正压在急性呼吸窘迫综合征治疗中的护理方法及效果

薄晨晨 赵丹丹 (淇县人民医院 456750)

摘要:目的 探讨高呼气末正压在急性呼吸窘迫综合征治疗中的护理方法及效果。**方法** 筛选我院 2016 年 10 月-2018 年 10 月以来收治的 68 例急性呼吸窘迫综合征患儿的临床资料,均采用高呼气末正压治疗,对比其他医院常规治疗患儿 69 例,观察治疗前后两组患儿的临床治疗效果。**结果** 观察组患儿的临床感染率 5.88% (4/68) 明显低于对照组患儿临床感染率 26.47% (18/68),两组数据差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 高呼气末正压在急性呼吸窘迫综合征治疗效果确切,对降低感染率,具有科学的防护效果,在实施中严格护理方法和策略应用,各能提升防护效果,值得临床大力推广。

关键词: 高呼气末正压 急性呼吸窘迫综合征 治疗 护理方法 效果

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2019) 02-221-01

急性呼吸窘迫综合征是胎儿分娩过程中的危急症状,随着疾病进行性进展,患儿可因低氧血症、高碳酸血症和酸中毒而死亡^[1]。相关研究结果证实,在儿童间有 2%-5% 的发病率,且有潜在的肺功能损害危险。高呼气末正压在急性呼吸窘迫综合征治疗在近年取得了较为满意的成效,为探讨高呼气末正压的临床疗效,特选取我院 68 例患儿为探讨对象,现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

筛选我院 2016 年 10 月-2018 年 10 月以来收治的 68 例急性呼吸窘迫综合征患儿的临床资料,纳入研究的所有患儿均符合“2007 年我国《急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征诊断与治疗指南(2006)》”的诊断标准。参选患儿均经证实,其中男 38 例,女 28 例,出生时间 24h-7d。

1.2 治疗和护理方法

68 例急性呼吸窘迫综合征患儿的临床资料,均采用高呼气末正压治疗,对比其他医院常规治疗患儿 69 例,观察治疗前后两组患儿的临床治疗效果。

护理重点: 保暖;心电监护和生命体征观测;防感染;静卧休息;饮食调护、提倡母乳喂养;必要的静脉营养药物支持护理等。对围生期窒息胎儿,及时给予患儿新法复苏技术和复苏后生命体征和病情的监护,确保每一个监护细节都符合精心优质护理策略,对避免颅内出血、有肠麻痹肾功能衰竭、肺出血等严重并发症,具有重要的预防价值。抢救和治疗环节,要对在新生儿窒息患儿及时进行治疗,避免患儿多器官损害和大脑缺血缺氧以及是实现生育政策指导下的优生优育措施,具有重要的复苏价值,复苏中护士的助产配合,尤其需要医务人员的责任心、爱心和信心。高呼气末正压治疗护理中,把握插管最佳时机和拔除时机,避免过长导致的并发症等。

1.3 观察指标

是否有颅内出血、有肠麻痹肾功能衰竭、肺出血等严重并发症。

1.4 统计学分析

应用 SPSS20.0 数据软件对所有数据进行统计分析,计数资料均采用 % 表示,用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 时作为统计学研究价值。

2 结果

表 1: 两组患儿的临床疗效比较 (n/%)

组别	例数	好转	显效	感染	总有效
治疗前	68	12 (17.65)	38 (55.88)	18 (26.47)	50 (73.53)
治疗后	68	30 (44.12)	34 (50.00)	4 (5.88)	64 (94.12)
χ^2	/	11.741	8.410	9.621	8.145
P	/	0.001	0.021	0.012	0.036

观察组患儿的临床感染率 5.88% (4/68) 明显低于对照组患儿临床感染率 26.47% (18/68),两组数据差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

详见下表 1 所示:

3 讨论

新生儿呼吸窘迫是围产儿死亡的重要原因之一,尤其是围生期的产科患儿,其归根结底是缺氧引起的^[2]。新生儿呼吸窘迫所造成的缺氧能降低细胞及各器官的代谢速度,对患儿脑和其他组织器官的正常运行带来不可逆的伤害。在以高呼气末正压通气治疗中,以供氧、保持窒息新生儿呼吸通畅为主,兼以增加心率、增加血流量、提高患儿身体自身代谢供氧为目标^[3]。护理方法和策略的落实是在分娩前对孕妇进行必要的产检,可避免新生儿缺陷。选定治疗方案从最初的传统方案演变到现在的新式复苏方案,以用药合理化和复苏中的配合和药物使用禁忌症把握,对提高新生儿呼吸窘迫抢救有效率的、减少新生儿因窒息死亡率提供了重要的通道保障。

本研究的治疗结果表明,高呼气末正压在急性呼吸窘迫综合征治疗效果确切,不仅有利于患儿血气分析指标(呼吸频率和心率)的改善,同时还能改善患儿的肺内环境,在新生儿窒息诊疗过程中,行优质护理对患儿早日康复出院,缩短患儿住院时间,提高患儿生存质量,减少并发症,具有积极的作用。最佳呼气末正压治疗,对患儿耐受良好,该药物治疗方式的突出优势表现在减少气道平滑肌收缩力、改善患儿症状、提高患儿生活质量^[4]。在护理方法上,还可通过应用 BIPAP 或 APRV 给 ARDS 患者机械通气时,必须维持较低的平台压,避免气道压的大幅波动,同时避免过于强烈的自主呼吸,以维持相对稳定的跨肺压^[5]。建立呼吸道管理,人工气道的护理和保持呼吸道通畅,除了合理评估病人的呼吸状况外,还要做必要的胸部物理治疗和必要的血气分析和生命体征监测护理,以最大限度的维护患者循环功能,给予必要的营养支持。

综上所述,高呼气末正压在急性呼吸窘迫综合征治疗效果确切,对降低感染率,具有科学的防护效果,在实施中严格护理方法和

参考文献

- [1] 任晓霞. 关于不同水平呼气末正压对急性呼吸窘迫综合征合并腹腔高压患者的呼吸功能及血流动力学影响分析[J]. 中国社区医师, 2018, 34(11): 51-52.
- [2] 杨国科, 黄晓栋, 古晏鸿. 高水平呼气末正压通气与标准呼气末正压通气对重症急性胰腺炎伴急性呼吸窘迫综合征的疗效比较[J]. 中国医学物理学杂志, 2017, 34(10): 1064-1068.
- [3] 王斐斐. 不同机械通气模式治疗老年重症胸部损伤合并急性呼吸窘迫综合征的临床效果观察[J]. 中国保健营养, 2019, 29(1): 72-73.
- [4] 杜磊, 吴倩, 邓扬嘉. 三种肺复张方法治疗重度肺外源性急性呼吸窘迫综合征的效果比较[J]. 中国综合临床, 2019, 35(1): 32-36.
- [5] 王应琼, 石慧芳, 何海武, 等. 跨肺压指导下机械通气对急性呼吸窘迫综合征患者呼吸功能和血液动力学的影响[J]. 内科急危重症杂志, 2018, 24(5): 359-363.