

新生儿肺炎患儿应用体位护理联合 ABCD 气道分级护理对患者血气分析指标的影响

张萍萍

东山县医院 福建漳州 363400

【摘要】目的 制定体位护理联合 ABCD 气道分级护理方案，并评估其在新生儿肺炎患儿中的应用效果。**方法** 从我院新生儿肺炎患儿中随机选取 216 例参与研究，起止时间为 2023 年 4 月～2024 年 4 月。随机分组后，对照组（n=108）给予常规护理，观察组（n=108）在对照组基础上，给予体位护理联合 ABCD 气道分级护理，对比两组效果。**结果** 与对照组相比，护理干预后的观察组患儿 PaCO₂ 检测值更低，PaO₂、SpO₂ 更高（P<0.05）。观察组患儿各项症状缓解时间更早，并发症发生率更低（P<0.05）。**结论** 体位护理联合 ABCD 气道分级护理可显著改善新生儿肺炎临床症状，纠正血气指标，降低并发症的发生率，促进新生儿康复。

【关键词】 新生儿；肺炎患儿；体位护理；ABCD 气道分级护理；血气指标
【中图分类号】 R473 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1009-4393 (2025) 19-125-02

新生儿肺炎（neonatal pneumonia）指以出生后 24 小时，或数日内出现不乳，吐沫，喘憋为主要表现的新生儿呼吸系统感染性疾病。根据致病原因不同，可以分为吸入性肺炎、感染性肺炎等。前者一般表现为呼吸急促，发病诱因是吸入羊水、胎粪等，部分吸入量过多，还会直接产生呼吸困难状况，严重时危及生命。感染性肺炎则与病原菌入侵有关，患儿的体温波动较大，由于氧气供应交换不充足，面色可能发白、发绀。从临床经验上看，新生儿肺炎必须予以及时迅速地干预，否则会加重肺气肿、败血症等严重并发症出现几率。在治疗干预期间，也需要配合开展严谨细致的护理，以阻止疾病恶化，维护患儿安全。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2023 年 4 月～2024 年 4 月为限，在我院新生儿肺炎患儿中，选择 216 例设计对比实验。随机分组后，对照组（n=108）男女比例为 57:51，出生日龄（8.65±2.19）d，出生胎龄（38.81±3.42）周，体重（3.56±0.42）kg。观察组（n=108）男女比例为 55:53，出生日龄（8.62±2.20）d，出生胎龄（38.49±3.46）周，体重（3.57±0.41）kg。两组资料可比（P>0.05）。

纳入标准：（1）经临床及影像学检查确诊为新生儿肺炎；（2）法定监护人签署书面知情同意书。

排除标准：（1）存在严重器质性病变；（2）凝血功能显著异常；（3）确诊遗传代谢性疾病；（4）合并重大解剖结构畸形（包括复杂先天性心脏病、严重神经系统畸形、膈疝等）。

1.2 方法

对照组给予常规护理，实施标准新生儿肺炎护理方案：

（1）预热辐射暖箱维持温度，建立静脉通路补充液体、电解质，持续心电监护实时追踪血氧饱和度、心率和呼吸频率，预防性使用抗生素覆盖常见病原菌。（2）开展家属教育计划，采用可视资料讲解肺炎病理机制、治疗流程及家庭护理要点，强化治疗依从性（3）气道管理模块采用循证操作：体位管理以仰卧位为主，允许短时侧卧促进分泌物引流；每 2 小时实施气道干预。

观察组在对照组基础上，成立 ABCD 气道分级护理联合体位护理小组，组内共同商议交换新生患儿信息，做好体位护理及气道护理分工，每半个月参加一次例会和培训，确保护理技能提升。具体护理措施有：

1.2.1 体位护理

要根据患儿的症状表现选择适宜的体位类型，当患儿呼吸急促、血氧饱和度较低时，可以优先使用斜坡卧位，调整患儿头肩部高度，借助护理软垫等工具，确保其保持在 15°～30°左右，让头、颈和躯干处于一条直线之上^[1]，这样可以充分打开气道，缓解患儿的呼吸困难和窘迫问题。期间要特别关注颈部位置和角度，避免后仰导致的气道受压风险。当患儿痰液较多，或者是一侧肺部炎症较重时，可以采用侧卧位护理方法，具体操作期间可以借助体位固定垫提供支撑力，方便患儿排出浓痰。为防压迫，一般需要 2～3h 进行一次方向更换，左右交替更利于肺部通气和痰液排出。若患儿出现严重低氧血症，还可以采用俯卧位护理干预，将患儿头偏向一侧，胸部则用软枕垫高，防止压迫腹部。

1.2.2 ABCD 气道分级护理

由专业医护使用 ABCD 气道分级评分量表开展风险评价，分值范围为 1～15 分，分值越高并发症风险越大，分级评分表可见表 1。

表 1：ABCD 气道分级评分表

分级	得分范围	主要表现
A 级	11～15	面色发白或发绀，嗜睡，偶发呼吸暂停。吸气时可观察到“三凹征”现象，呼吸困难，伴随全身皮肤青紫或惊厥
B 级	7～10	呼吸急促、呻吟，伴体温不稳定，面色发白或发绀，吸气时可观察到“三凹征”现象，呼吸衰竭风险高
C 级	4～6	呼吸急促、呻吟，伴体温不稳定，面色发白或发绀
D 级	1～3	呼吸急促、呻吟

对于风险最高的 A 级新生儿，应当给予严密的监测监护，保持 1 次/2h 的信息采集频率，每 2h 进行 1 次吸痰操作，保

证患儿气道保持畅通。部分 A 级患儿需要给予有创呼吸，长时间有创干预易产生依赖性，增加感染风险，所以还需要联合呼吸内科、影像科等跟踪病情发展，每日评估撤机指征，稳定后及时撤机，促进患儿快速恢复。B 级患儿则需给予无创呼吸支持，结合血气指标进行参数调整，当患儿排痰困难时，应使用 37℃ 生理盐水予以湿化气道，始终保持静脉通道畅通，必要时予以电解质补充，或者抗生素输注。C 级患儿症状稍轻，可采用头罩、鼻罩高流量吸氧护理，参数控制在 2 ~ 4L/min，定期记录体征参数，按需进行吸痰干预。护理期间也需保证营养充足，如果患儿自身吮吸力较弱，可以采用鼻饲喂养方式，并在鼻饲期间、鼻饲后加强观察，避免出现呛咳状况。D 级患儿症状最轻，护理期间应当做好气道辅助清洁工作，每日保持 2 次的生理盐水雾化即可，配合每 2 ~ 3h 一次的翻身拍背。患儿通常可喂养进食，喂养期间应保持头部抬高 30°

左右^[2]，避免误吸风险。

1.3 观察指标

记录两组患儿的 PaCO₂（动脉二氧化碳分压）、PaO₂（动脉血氧分压）、SpO₂（血氧饱和度），以及患儿症状缓解时间、并发症发生率。

1.4 统计学方法

数据处理工具为 SPSS 26.0，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较行 t 检验；计数资料以（n/%）表示，组间比较行 χ^2 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血气指标

护理前两组血气指标差异不显著，护理后观察组 PaCO₂ 更低，PaO₂、SpO₂ 更高（P < 0.05），见表 2。

表 2：两组血气指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	PaCO ₂ (mmHg)		PaO ₂ (mmHg)		SpO ₂ (%)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	108	33.81±5.62	41.03±4.29	66.23±3.91	83.34±5.72	83.94±21.66	91.59±7.26
观察组	108	34.30±5.54	38.46±4.87	65.80±3.85	88.19±6.50	84.29±18.14	96.83±9.12
t		1.036	6.224	1.259	5.294	0.897	5.036
P		0.524	< 0.001	0.660	0.011	0.417	0.012

2.2 两组症状缓解时间

观察组各项症状缓解时间早于对照组（P < 0.05），见表 3。

表 3：两组症状缓解时间（ $\bar{x} \pm s$, d）

组别	例数	发热	咳嗽	咳痰
对照组	108	4.02±1.35	5.92±2.13	6.78±2.44
观察组	108	2.31±1.04	3.46±1.25	4.43±1.31
t		4.016	4.872	5.130
P		0.012	0.008	< 0.001

2.4 两组并发症发生率

观察组并发症发生率更低（P < 0.05），见表 3。

表 4：两组并发症发生率（n/%）

组别	例数	感染性休克	心力衰竭	呼吸困难	总发生
对照组	108	8/7.41	5/4.63	11/10.19	24/22.22
观察组	108	3/2.78	2/1.85	3/2.78	8/7.41
χ^2					13.265
P					< 0.001

3 讨论

导致新生儿肺炎的因素是较为多样的，可能与宫内、产时缺氧有关，也可能受到病原侵袭感染的影响。发病之后患儿的肺部功能受到暂时性损伤，各器官组织难以获得充足的氧气供应，可能会出现呼吸频率加快的代偿反应，有时还伴随全身性的发热问题。此时需要积极加以干预，谨防严重并发症出现。

本文以此为切入点，制定体位护理联合 ABCD 气道分级护理方案，结果显示效果较好，患儿血气指标改善，均优于对照组。分析原因，临床上护理人员会提前观察和评估病情，对呼吸急促患儿优先使用斜坡卧位，这样可以提升患儿头部高度，避免气道弯曲折叠，让空气顺畅且充足地进入患儿肺部，有助于缓解暂时性的缺氧问题，减少缺氧给大脑、心脏等带来的冲击。一些患儿发病后，痰液分泌会明显增多，黏稠的痰液附着在气道之上，不仅会增加不适感，还会使原本通畅的气道变窄。此时护理人员还会调整患儿姿势至侧卧位，这

种位置可以让痰液尽快聚集，配合手动排痰等方式后，还可以进一步提升排痰速度，减轻对患儿气道的刺激。部分患儿在肺炎的影响下，血气指标急转直下，患儿的脸色也出现发绀等状况，此时护理人员还会使用俯卧位护理方式，配合软枕垫放避免压迫。对于新生儿肺炎患儿，临床上还会采取通气治疗的方式，根据不同症状程度，采取差异化的有创或无创、高流量或低流量氧疗，所以本次还针对性地推出了 ABCD 气道分级护理方案，提前对患儿表现进行评分。其中 A 级危重程度最高，病情随时可能出现恶化，此时护理人员会每 2h 进行 1 次查房监测，配合吸痰操作来提高响应速度，随时调整护理内容。待患儿病情稳定后，也会联系专业科室进行有创呼吸的撤机评估^[3]，避免过长时间有创干预增加感染风险。B 级患儿病情严重，可能出现全身性发热、呼吸急促等问题，此时治疗以无创呼吸为主，分级护理期间，护理人员会留置静脉针，随时观察患儿状态，并视情况给予电解质或抗生素。C 级、D 级患儿的症状相对较轻，分级护理时则会给予头罩、鼻罩吸氧，查房时注意观察吸氧管路是否通畅，配合生理盐水雾化等稀释痰液。最终实验显示患儿并发症发生率较低、症状缓解较快，充分印证了护理方案有效性。

综上所述，新生儿肺炎具有一定危险性，干预不及时易发感染性休克，临床上可以采用体位护理联合 ABCD 气道分级护理，以缓解症状，保护患儿安全。

参考文献：

[1] 庄晖, 王静文. 体位改进护理对新生儿肺炎患儿生理指标及临床症状改善的影响 [J]. 西藏医药, 2024, 45(04):99-100.

[2] 王赢赢, 王妍, 郝静, 等. ABCD 气道分级护理联合体位护理对新生儿肺炎患儿的影响 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2025, 33(06):99-102.

[3] 冉琳, 张花. ABCD 气道护理分级联合体位护理在新生儿肺炎临床护理中的应用 [J]. 临床护理杂志, 2023, 22(02):45-48.