

新生儿窒息与产科护理的临床探讨

李凤珍

(江苏省盐城市第三人民医院, 江苏 盐城, 224001)

关键词: 高危妊娠; 新生儿; 缺氧缺血性脑病; 产科护理

中图分类号: R 473.72 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)20-170-02 DOI: 10.7619/jcmp.201320068

高危妊娠是指产妇在妊娠期因各种危险因素及并发症引起的胎儿早产、难产或导致母婴死亡的危险性妊娠。高危妊娠患者由于各种因素影响,导致胎儿在宫内出现缺血缺氧性的风险增大^[1]。新生儿缺血缺氧性脑病(HIE)也称新生儿窒息,是新生儿中较为常见的且对新生儿影响较大的疾病之一^[2]。HIE的致死率及致残率较高,即使患者存活下来也将出现不同程度的脑功能障碍,严重影响着中国新生儿出生质量^[3]。研究表明,胎儿宫内窘迫、脐带因素是导致新生儿窒息的主要原因,其次为羊水过少、胎膜早破、胎位异常、高龄初产、早产儿^[4]。早产、胎儿宫内窘迫、妊娠高血压综合征是新生儿窒息的常见产科原因^[5]。研究发现,新生儿窒息复苏后的产科护理可积极预防新生儿窒息,降低围生儿病死率,减少低智力及病残儿,提高人口素质^[6]。本院选取30例高危妊娠产妇为研究对象,并将其妊娠结局与同期分娩的正常产妇进行对比分析,同时采取相应的措施预防高危妊娠的相关因素发生,以降低缺血缺氧性新生儿的出生率^[7],现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

选取本院2012年1—12月收治的30例高危妊娠产妇设为研究组,年龄16~38岁,平均(34.5±5.5)岁;孕周20~40周,平均(24.5±3.5)周;其中初产妇18例,经产妇12例;早产史患者12例,死产史8例;妊娠史1次者有12例,妊娠史2次者有8例,3次以上妊娠史的产妇有10例;有高血压史患者12例,有先兆子痫患者8例。同时选择本院同期收治的正常产妇30例设为对照组,产妇年龄21~35岁,平均(25.5±4.5)岁;孕周18~42周,平均(23.5±4.5)周;其中初产妇22例,经产妇8例;产妇均不存在流产史、早产史、子痫前期及子痫等高危因素病史^[8]。

所有患者入院后均采用B超监测胎儿情况。对照组患者入院后静待分娩;观察组患者入院后给予其相应的治疗,采取积极的治疗措施,缓解患者症状,调节产妇心理,治疗产妇妊娠并发症^[2]。根据产妇身体状况及产科情况对2组产妇实施剖宫产或自然分娩,同时对窒息新生儿进行CT检查,观察其临床特点。

2 产科护理

2.1 新生儿窒息复苏时配合医生协助处理

2.1.1 保持呼吸道通畅:胎儿娩出后立即置于辐射保暖台上,擦干体表,减少散热。新生儿仰卧位,可在肩胛下垫1块折叠毛巾,使颈部轻度仰伸到“鼻吸气”位,使咽后壁、喉和气管成直线,让空气自由进入。

2.1.2 增加通气:通常用吸引球囊轻吸数次足以吸净黏液。用吸引器时,应将压力设置为当堵住吸管时负压在100 mmHg左右,并注意导管插入的深度。

2.1.3 维持循环:如擦干全身并清理气道后新生儿呼吸仍不足,可进行短暂额外的触觉刺激,弹(拍)足底或摩擦背部1~2次。

2.1.4 药物治疗:建立有效的静脉通路,保证药物应用,根据医嘱及时正确地输入抢救药物。

2.1.5 效果评价:复苏有效的指征有:①自主心跳恢复,可摸到心尖冲动;②自主呼吸恢复;③面色转好、发绀消失;④颈动脉可扪及;⑤瞳孔缩小,对光反射恢复,角膜、睫毛反射出现。每操作1步均要评价患儿情况,以决定下1步操作并做好抢救记录。

2.2 新生儿窒息复苏后的产科护理

2.2.1 保持呼吸道通畅:取左右侧交替卧位,以利于分泌物引流,患儿呕吐物应及时擦掉,如皮肤仍苍白青紫应继续给予氧气吸入,待肤色红润后可逐渐降低氧浓度,适应后撤去面罩给予鼻导管

吸氧。同时观察心率、呼吸、神志、瞳孔、前囟门、吸吮反射、肌张力、大小便情况,开放液体注意调节滴速,发现异常情况及时报告。

2.2.2 保暖:产科护理时必须注意保暖,待体征平稳后置于温箱。新生儿体温维持在 $36.5 \sim 37.5 \text{ }^{\circ}\text{C}$,病室保持恒定温度 $22 \sim 25 \text{ }^{\circ}\text{C}$,湿度 $55\% \sim 60\%$ 。

2.2.3 加强基础护理:做好新生儿口腔、皮肤、脐部及臀部护理。做各项操作前后洗净双手,严格执行消毒隔离措施,防止交叉感染。

2.2.4 合理喂养:窒息新生儿由于神经损伤,吸吮模式、吸吮-吞咽-呼吸的协调需要几天时间才可恢复,在此期间可静脉补充水分和营养物质,给予早期营养支持。哺乳时需细心,宜取右侧卧位,上肢抬高,以免呕吐再次引发窒息。同时注意观察患儿有无溢奶、发绀等症状,鼻饲喂养注意观察有无胃潴留症状。

2.2.5 预防感染:加强基础护理,每天采用 2% 碳酸氢钠清洗口腔,眼部涂红霉素眼膏,大便后用温水清洗,勤换尿布,防止臀部红肿,并保持脐部清洁干燥,每天涂 75% 乙醇消毒,换清洁纱布包裹脐带,条件允许可以每天沐浴。

2.2.6 做好心理护理:抢救时避免大声喧哗,以免加重母亲心理负担,选择适当的时间告诉母亲新生儿情况,争取得到家长理解,从而使其正确配合医护人员照顾好患儿^[9]。

3 结果

3.1 2组死胎发生率、先兆流产率、产前出血与新生儿窒息发生率比较

结果显示,观察组孕妇死胎发生率、先兆流产率、产前出血、新生儿窒息率均显著高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 2组孕妇死胎发生率、先兆流产率、产前出血、新生儿窒息率比较 %

组别	死胎发生率	先兆流产率	产前出血率	新生儿窒息率
观察组($n=30$)	10.0	23.3	20.0	60.0
对照组($n=30$)	3.3	16.6	13.3	13.3

2组比较, $P < 0.05$ 。

3.2 观察组新生儿窒息产科因素分析

新生儿窒息产科因素主要有以下几方面:①脐带因素,包括脐带过短、受压、打结、脐绕颈、脐带脱垂;②羊水异常,包括羊水污染、羊水量少;

③胎盘功能不全,可致胎盘功能减退的疾病,如中重度妊高征、过期妊娠、前置胎盘等;④胎位及产程异常,各种胎位不正,产程延长特别是第二产程延长;⑤阴道助产,包括催产素静滴、胎头吸引、钳产等。观察组新生儿窒息产科因素分析如下:脐带因素导致的轻度窒息7例、重度窒息2例,窒息比率 30.0% ;羊水异常导致的轻度窒息5例、重度窒息3例,窒息比率 26.6% ;胎盘功能不全导致的轻度窒息4例、重度窒息1例,窒息比率 16.6% ;胎位异常导致的轻度窒息3例、重度窒息2例,窒息比率 16.6% ;早产导致的轻度窒息2例、重度窒息1例,窒息比率 10.0% 。

结果表明,脐带因素、羊水异常、胎盘功能不全、胎位异常及早产均为引起新生儿窒息的重要因素,其中影响最大的为脐带因素和羊水异常。

3.3 新生儿窒息和分娩方式的关系

随机选取的2100例孕妇中,1004例自然分娩者发生新生儿窒息32例,发生率 3.19% ;176例阴道助产分娩者发生新生儿窒息18例,发生率 10.22% ;920例剖宫产者发生新生儿窒息28例,发生率 3.04% 。结果表明,分娩方式中阴道助产分娩可能会导致新生儿窒息率升高,剖宫产与自然分娩相比,对新生儿窒息率的影响并无统计学差异。

3.4 2组新生儿阿氏评分比较

对照组30例新生儿阿氏评分(9.5 ± 2.2)分;观察组中,8例子痫前期,评分为(2.8 ± 1.2)分,12例高血压,评分为(4.5 ± 2.8)分,10例非子痫,评分为(7.8 ± 2.2)分。结果显示,高危妊娠产妇产中子痫前期产妇产新生儿阿氏评分显著低于非子痫前期者,差异具有统计学意义($P < 0.05$),高血压产妇产新生儿阿氏评分低于非子痫患者,差异具有统计学意义($P < 0.05$);与对照组相比,高危妊娠产妇产新生儿阿氏评分较低,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

从以上资料可看出,新生儿窒息可由单一的产科因素引起,但常是多种因素的综合结果。相关产科因素依次为脐带因素(有 90% 为脐带绕颈,约占分娩总数的 26%)、羊水异常、胎盘功能不全、胎位及产程异常、早产^[10]。从新生儿窒息与分娩方式的关系看,阴道助产时新生儿窒息发

(下转第173面)

的病变,慢慢随着疾病的发展会逐渐出现肺泡膨胀、肺气肿、支气管黏膜充血水肿等症状,最终导致肺不张,临床可表现为发作性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难或发作性胸闷和咳嗽。严重者被迫采取坐位或呈端坐呼吸,干咳或咳大量白色泡沫痰,甚至出现发绀,需要及时有效的治疗,否则会严重危及患者生命。由于儿童的表达能力较差,儿童哮喘一般很难诊断,当患儿出现呼吸频率加快、呼吸困难、张口呼吸等临床表现,查体见三凹征,双肺有哮鸣音时,在临床应注意哮喘的诊断,并及时进行治疗^[5]。

哮喘患者的治疗需长期、规范、个性化的治疗方案,由于儿童的自控能力较差,一般较难取得患儿的配合,故医护人员要与患儿家属商讨研究,制订出一系列治疗措施,避免接触过敏源,防治哮喘发作^[6]。正确有效的护理干预措施能够提高患儿的雾化治疗效果,具体护理措施为:① 心理护理,首先医护人员要向患者家属解释哮喘的病因、诱因、治疗措施和注意事项等相关知识,教育家属如何正确实施雾化吸入治疗;医护人员要与患儿建立起良好的关系,用温和的语气鼓励患儿,对患儿进行表扬,给患儿讲故事、听音乐等,以消除患儿的恐惧心理;② 雾化前护理,要取得患儿家属的配合,对年龄小于 4 岁者选择面罩,年龄大于 4

岁者选用喷嘴,让患儿取坐位或半坐卧位,对于哭闹不合作的患儿要保持耐心,征得患儿配合后能够极大提高雾化治疗效果^[7];③ 雾化时护理,教会患儿正确的雾化吸入方式,年龄稍大的患儿可教会其深而慢地吸气,使药物吸入更深,年龄小的患儿则使其正常呼吸即可,雾化吸入过程中注意观察患儿呼吸、心跳、面色等,出现不适立即停止,并采取相应的治疗措施;④ 雾化后护理,教给患儿家属正确的用药及饮食注意事项,避免接触过敏源,注意患儿个人卫生,养成良好的生活习惯,嘱咐患儿家属随时记录患儿病情,定期到门诊复查^[8]。

参考文献

- [1] 刘艳,尚云晓,相云,等. V-维生素 E 对哮喘小鼠血清及肺泡灌洗液嗜酸性粒细胞趋化因子的影响[J]. 中国儿童保健杂志, 2013, 21(3): 280.
- [2] 赵云红. 不同剂量氨茶碱用于小儿哮喘的疗效及安全性研究[J]. 中国妇幼保健, 2011, 36(14): 2136.
- [3] 彭力,张兵,段招军,等. 急性系呼吸道感染患儿喘息发生的相关因素分析[J]. 重庆医学, 2012, 41(34): 3588.
- [4] 辛翠娟,张亚英,王江涛,等. 普米克、可必特雾化吸入治疗小儿哮喘的疗效[J]. 中国妇幼保健, 2011, 36(21): 3347.
- [5] 谢贵会,成焕吉,尹嘉宁,等. 长春市支气管哮喘患儿家长知信行问卷调查[J]. 中国妇幼保健, 2011, 36(9): 1369.
- [6] 董晓萍. 小儿哮喘综合防治研究进展[J]. 医药导报, 2010, 29(10): 1321.
- [7] 黄昀. 白三烯受体拮抗剂对 5 岁以下哮喘患儿预后影响研究[J]. 中国全科医学, 2010, 13(8): 2685.
- [8] 蒋珍凤. 顺尔宁联合吸入型糖皮质激素治疗小儿哮喘的疗效[J]. 中国妇幼保健, 2012, 37(11): 1664.

(上接第 171 面)

生率比剖宫产和阴道分娩高。因此,产科工作者应根据上述情况加强孕期保健工作,使孕妇对异常情况早期识别,对临产先兆就诊时间有所认识,并积极治疗妊娠并发症,做好产前 B 超检查。在分娩监护时,认真观察子宫收缩情况、羊水性状、胎心音情况、宫颈扩张情况及胎头衔接情况,特别在产前使用催产素时更应注意。常规应用胎儿监护仪,了解胎儿宫内窘迫情况,及时发现异常及早处理;针对病因做好预防,避免人为造成新生儿窒息,降低新生儿窒息率^[11]。实行全程一对一助产士陪伴分娩和全员进行新生儿复苏技术培训是降低新生儿窒息率的有效措施^[12]。助产士平时需要准备好相关设备、药品,随时做好复苏的准备,以求达到迅速、有效抢救新生儿生命的目的^[13]。新生儿复苏的配合要得当,同时加强新生儿复苏后的监护,提高护理质量,才可以有效降低新生儿窒息率、病死率^[14]。综上所述,加强围产期保健,及时处理高危妊娠及胎儿宫内窘迫,正确处理产程异常,并辅以精心的产后护理,这些是提高产科质量、降低新生儿窒息率、提高人口素质的

关键。

参考文献

- [1] 王敬芝. 新生儿缺氧缺血性脑病的临床分析[J]. 中外健康文摘, 2011, 12(8): 358.
- [2] 于桂丽. 新生儿缺氧缺血性脑病的临床分析[J]. 中外健康文摘, 2010, 35(2): 458.
- [3] 林莉,杨玉丽,谢飞燕,等. 窒息新生儿并发缺氧缺血性脑病危险因素分析[J]. 中国儿童保健杂志, 2011, 18(2): 258.
- [4] 吴丽红. 48 例新生儿窒息原因分析及预防[J]. 中国实用医药, 2012, 5: 99.
- [5] 孔妙玲. 新生儿窒息的产科原因分析[J]. 基层医学论坛, 2013, 17: 2242.
- [6] 邓连方. 2012 年我院活产新生儿窒息情况[J]. 基层医学论坛, 2013, 16: 2153.
- [7] 张玉萍. 新生儿缺氧缺血性脑病围产期相关因素分析[J]. 河南医学研究, 2009, 18(2): 298.
- [8] 曲波. 新生儿缺氧缺血性脑病血糖变化及临床意义[J]. 临床医学, 2010(1): 256.
- [9] 乐杰. 妇产科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 77.
- [10] 邹荣建. 新生儿缺氧缺血性脑病临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 17(2): 158.
- [11] 王新荣. 新生儿窒息的产科因素分析[J]. 临床误诊误治, 2008, 21(7): 30.
- [12] 李兰梅,蔡小梅. 如何预防新生儿窒息[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2013, 1: 131.
- [13] 申桂英. 助产士窒息复苏培训对新生儿窒息率及复苏成功率的影响分析[J]. 内蒙古医学杂志, 2013, 4: 489.
- [14] 黄仲麟. 新生儿缺氧缺血性脑病血清生化检测的临床意义[J]. 中国中医药现代远程教育, 2009, 12(5): 56.