

产科新生儿窒息复苏后的临床观察及体会

宫延荣 刘月红

(山东省乳山市人民医院 乳山 264500)

关键词:新生儿窒息;复苏;临床观察;护理

中图分类号:R 722.12

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2005)04- 0049-01

在基层医院的产科,新生儿窒息复苏后,即转入病房,母婴同室。病房护士如何进行观察护理,及时发现复苏后的并发症,显得极为重要。因此在 2001~2003 年对 56 例复苏后的新生儿有针对性地观察。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 男 31 例,女 25 例;胎龄 >40 周 7 例,余均为足月新生儿。体重 3 500~4 000g32 例,>4 000g24 例;轻度窒息 41 例,重度窒息 15 例。其中应用胎头吸引器助产 42 例。出生 5min 后阿氏评分 <8 分除外(直接转儿科治疗)。

1.2 临床结果 发生惊厥 1 例,肌张力增强、头后仰 1 例,肌张力减低 3 例,嗜睡不吸吮 9 例,哭声弱或伴呻吟 3 例,易激惹 1 例,口周青紫、呼吸困难加重 3 例,均转儿科治疗。经跟踪调查儿科诊断情况:颅内出血 3 例,缺血缺氧性脑病轻度 5 例,中度 2 例;余 11 例按新生儿窒息治疗。

1.3 发病时间 出生 0.5~6h 9 例,6~9h 7 例,9~13h 3 例,>24h 1 例,>48h 1 例。

2 临床观察

2.1 神经系统的观察 观察新生儿的意识状态,有无嗜睡或易激惹,甚至昏迷;有无脑性尖叫、哭闹不止、前卤门饱满、双侧瞳孔的改变;注意呕吐的性质、次数,有无抽搐先兆;观察

膜剪一小横口,撕拉腹膜;(2)小块纱布排垫肠管,常规步骤切除子宫,可吸收肠线连续缝合盆底腹膜及壁层腹膜,并连续缝合筋膜层、脂肪层及皮层(缝合时注意缝合拉力要均匀)。对照组按传统方式采用纵切口子宫切除术。

1.3 统计学处理 所得数据用 $\bar{X} \pm S$ 表示,统计学分析采用 t 检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 2 组术中情况比较 改良腹式横切口子宫切除术由于采用撕拉式进腹,使手术时间明显缩短,术中出血量减少。见表 1。

2.2 2 组术后情况比较 观察组术后病率(为术后 5d 内每天测 4 次体温,2 次达到或超过 38℃)和术后肛门排气时间、疼痛程度均明显低于对照组。见表 2。

表 1 2 组术中情况比较($\bar{X} \pm S$)			
组别	n	手术时间/min	术中出血量/mL
观察组	48	51.2± 6.5*	93.81± 29.95**
对照组	48	72.1± 7.5	129.19± 49.57

注:2 组比较,*P<0.01,**P<0.01。

3 讨论

自从新式剖宫产即以以色列剖宫产术在我院应用以来,取得良好效果,故我院 2002 年开始取其优点应用于子宫切除

肢体活动情况,肌张力有无改变以及新生儿特殊的神经反射有无改变。

2.2 呼吸的观察 观察新生儿呼吸的频率、节律、幅度;呼吸道是否改善,如出现呼吸节律不整甚至暂停,呼吸困难加重,应及时与医生联系。

2.3 循环系统的观察 在产科没有新生儿专用血压计,主要是观察面色、心音的强弱,脉搏的节律,末梢循环情况。注意有无肢端发凉和发绀、脉搏细弱、心动过缓、皮肤发花、体温不升及尿量的变化。

2.4 啼哭的观察 正常新生儿哭声宏亮、有力、婉转。随着饥饿、刺激、温度等因素的解除哭声即止。因此可根据新生儿哭声的高低、强弱、持续时间进行观察,注意有无哭声直、弱或伴呻吟,有无惊叫、哭闹不休等,同时注意哭闹时有无伴随其他异常表现。

2.5 吸吮的观察 主要观察新生儿的吸吮力、吞咽反射,有无拒奶,有无伴随症状如面色青紫、恶心呕吐等。

3 体会

3.1 做好评价工作 新生儿转至病房时,护士要向助产士详细了解新生儿的抢救过程,阿氏评分情况,通过对新生儿的呼吸、面色、吸吮反射、肌张力、啼哭的观察,(下转第 55 页)

表 2 2 组术后情况比较($\bar{X} \pm S$)				
组别	n	术后病率/%	肛门排气时间/h	术后住院天数
观察组	48	5.97	22.3± 9.8	5
对照组	48	17.74	45.1± 3.3	7

注:2 组术后情况比较,差异有显著性(P<0.01)。

术,称之为改良腹式横切口子宫切除术。本组资料表明其具有以下优点:(1)沿皮肤皱折处横切口只切开真皮层、皮下脂肪、腹直肌、腹膜等,均采用钝性撕拉方法,避免下腹两侧腹壁下动静脉下行支的损伤,保存了血管、神经的完整性,从而减少了开腹出血量,缩短了开腹时间及总手术时间。避免了因脂肪组织或血管破坏导致的脂肪液化及切口感染,降低了术后病率。(2)横切口口子小,位置低,术中不需要大幅度排垫肠管,对肠管刺激小,有利于术后肠功能恢复,故缩短了排气时间,使患者能早进食,减少了输液量。(3)术后疼痛轻,使病人术后下床活动早,这就大大降低了肠粘连的发生率。可吸收肠线缝合腹壁各层,外表美观,节省手术时间,且不需拆线,缩短了病人术后住院天数。但盆腔恶性肿瘤因手术切除范围广,横切口对盆腔暴露不充分,不利于探查上腹部及膈下,故不宜选用此术式。

(收稿日期: 2005-04-20)

外伤性前房出血 218 例分析

刘春姿 韩红波
(浙江省中医院 杭州 310006)

关键词: 外伤性前房出血;止血敏;皮质类固醇;甘露醇;血府逐瘀口服液

中图分类号: R 779.1

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)04- 0055-01

外伤性前房出血多见于眼球钝挫伤, 是一种常见的并发症。国内统计, 其发病率为 26.9%~55.2%。本文收集我院自 1999~2004 年门诊和住院治疗的 218 例外伤性前房出血。报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 在 218 例外伤性前房出血病人中, 男性 188 例, 女性 30 例; 年龄为 6~68 岁; 发病高峰为 16~35 岁; 致伤原因: 铁器工具、拳击、脚踢伤 128 例, 球类、泥团、弹弓等 81 例, 撞伤 5 例, 爆炸伤 4 例。其中 186 例伤后 24h 内就诊, 其余 2~7d 内就诊。

1.2 临床分级 根据 Oksala 的分类法, 前房积血量, 不到前房容积的 1/3, 位于瞳孔缘之下者为一级, 有 124 例; 占据前房容积的 1/2, 超过瞳孔下缘者为二级, 有 84 例; 超过前房容积的 1/2 以上, 甚至充满整个前房者为三级, 有 10 例。受伤后立即出现出血者为原发性前房出血, 为 214 例; 继发性出血 4 例。

1.3 治疗方法 (1)卧床休息, 取半卧位, 双眼包扎; (2)全身应用止血剂, 如静脉给予 PAMBA, 肌注止血敏针; (3)联合应用皮质类固醇; (4)部分患者口服醋氮酰胺片或 20%甘露醇静滴; (5)局部氟美瞳点眼 (没有角膜上皮损伤的前提下); (6)不散瞳, 不缩瞳; (7)部分患者加用中药血府逐瘀口服液治疗; (8)必要时手术治疗。

1.4 治疗结果 前房出血经上述治疗, 症状消退: 一级前房出血吸收时间 2~6d, 二级前方出血吸收时间 5~10d, 三级前方出血吸收时间 7~15d。并发症: 外伤性瞳孔扩大约 86 例, 外伤性虹膜炎 170 例, 视网膜振荡伤 43 例。其他并发症还有角膜损伤、虹膜根部离断、继发性青光眼、外伤性白内障、玻璃体出血等。

2 讨论

2.1 前房出血是由于外力作用于眼球, 通过房水传递到虹膜、房角、睫状体及视网膜睫状血管破裂所致, 其吸收主要通过

过小梁网, Schlemm 管和巩膜静脉窦^[1]。出血增加了眼内容, 吞噬细胞及血影细胞阻塞了小梁网, 房水排出受阻, 眼压升高, 发生继发性青光眼。早期治疗绝大多数眼压降至正常。本组 58 例继发性青光眼, 经甘露醇及醋氮酰胺片降压治疗后大部分在 1 周内眼压降至正常。我们认为, 对外伤性前房出血, 眼压超过正常, 宜尽早使用降压药物以防止青光眼发生。

2.2 关于缩瞳剂与散瞳剂使用, 目前一直看法不同^[2]。主张不缩瞳也不散瞳者认为: 散瞳剂可使前房变窄, 影响出血吸收, 缩瞳剂可使毛细血管扩张, 易引起出血, 尤其对虹膜根部离断的病人更不能使用^[3]。我们主张在疾病早期既不散瞳也不缩瞳, 如有相应症状给予对症处理。

2.3 皮质类固醇的应用: 本组伴虹膜炎约占 80%, 伴视网膜震荡伤 20%, 皮质类固醇能抑制炎症反应, 减轻血管渗出, 减少软组织水肿, 减少组织破坏及瘢痕形成, 以保证正常的生理功能及促进前房积血的吸收。早期合理使用皮质类固醇可得到较好的疗效。

2.4 本组病例在伤后 24h, 如积血未完全吸收, 则加用血府逐瘀口服液。从现代医学观念认为应用活血化瘀中药能改善血液循环, 扩张血管, 加快房水对流, 促进前房出血吸收^[4]。因此西药治疗外伤性前房出血基础上加用血府逐瘀口服液, 可以减少并发症, 取得较好的疗效。

参考文献

[1]周文炳.临床青光眼[M].北京:人民卫生出版社,2000.269
[2]陈菊仙.外伤性前房出血 63 例分析[J].临床医学杂志,2003,11(2):178
[3]杨静.眼挫伤致前房出血 107 例分析[J].眼外伤职业眼病杂志,2001,23(4):202
[4]吴琰瑾.中西医结合治疗外伤性前房出血[J].中国中医眼科杂志,1993,3(2):150

(收稿日期: 2005-04-08)

(上接第 49 页)重新做好评定工作,必要时做好记录,以资对比。

3.2 责任心强 在产科,护士不能有依赖心理,完全依靠亲属及产妇,必须加强责任心,24h 监护,各班次要做好交接工作,对新生儿的动态变化要保持连续性观察。

3.3 观察要细,鉴别力要强 在产科护士对新生儿的观察,

是如何去发现疾患的存在,不同于儿科是对发病后的新生儿怎样观察与护理。而新生儿的发病有 1 个过程,发病初期症状一般不典型,易与新生儿生理特点相混淆。因此,护士必须做到观察症状是否异常,做到防微杜渐,为新生儿的治疗赢得时间。

(收稿日期: 2004-12-21)