

2.3 两组复发情况比较 治疗后, 治疗组 1 个月内复发 5 例 (10.64%), 对照组 1 个月内复发 16 例 (34.04%), 两组复发率相比具显著性差异, $\chi^2 = 7.4194, P < 0.05$ 。

3 讨论

中医认为, 妊娠剧吐属于“恶阻”的范畴, 其病机为素体脾胃虚弱, 孕后血聚以养胎, 冲脉之气旺盛, 而冲脉属阳明, 冲气上逆犯胃, 胃失和降, 引发厌食、呕吐等症状, 治疗时应因人而异, 采取止呕健脾、和胃清肝、益气养阴或降逆止呕等措施^[2-3]。西医认为, 该病与人绒毛膜促性腺激素水平过多、胃肠功能失调、胃酸分泌下降和胃排空时间延长等因素有关, 认为治疗时应采取止吐补液、纠正酸中毒及保持水电平衡为主, 若治疗后症状无好转, 存在体温高于 38℃、心率高于 120 次/min、血压降低等情况, 则应考虑终止妊娠。中西药联用不仅可提高疗效, 还可避免发生严重不良反应^[4]。但是, 不同文化层次的孕妇均可能患病, 一些孕妇对妊娠无心理准备, 缺乏亲友的理解和关心, 害怕怀孕会影响体形和容颜, 出现不安、焦虑等顾虑, 此时最易引起妊娠剧吐, 故在应用药物治疗的同时还应辅以心理治疗^[5]。

本研究主要探讨分析了中西医结合配合心理干

预治疗妊娠剧吐的临床疗效。心理干预主要为安抚孕妇情绪, 稳定其心理, 使其相信妊娠剧吐非疾病, 而是正常妊娠反应, 以此保证治疗的顺利进行; 并可争取亲友和家属的配合和支持, 让他们多关心孕妇身体情况, 丰富孕妇生活内容, 创造舒适、温馨、良好的治疗氛围, 激发孕妇积极情绪, 使其治疗始终保持一个良好的心情, 并劝导其进食以补充营养, 从而保证母婴健康^[6]。研究结果显示, 治疗后, 治疗组总有效率高于对照组, 具有显著性差异 ($P < 0.05$); 治疗组的血清胃动素值高于对照组, 1 个月内复发率低于对照组, 均具有显著性差异 ($P < 0.05$)。综上所述, 中西医结合配合心理干预可有效治疗妊娠剧吐, 增加血清胃动素水平, 减少复发, 值得临床推广使用。

参考文献

[1]冯虹,方敏.产科常见疾病临床分型与疾病分类的对比及其思考[J].现代医院,2014,14(9):145-146
[2]冯英,马婧婧.灸药结合治疗妊娠恶阻 49 例[J].实用中西医结合临床,2013,13(3):35-36
[3]金丽华,胡德新.毫针针刺联合对症支持疗法治疗顽固性妊娠剧吐患者 20 例临床观察[J].中医杂志,2014,55(11):939-941
[4]李世群.中西医结合治疗妊娠剧吐 28 例临床观察[J].中医临床研究,2012,4(11):82-84
[5]徐沛凤.心理干预联合饮食护理在妊娠剧吐治疗中的效果观察[J].中外医学研究,2014,12(11):93-94
[6]沈丽华,陈丽.系统宣教对妊娠剧吐孕妇的影响[J].中国初级卫生保健,2013,27(5):43-45

(收稿日期:2015-01-09)

脐静脉插管术应用于早产儿救治的效果分析 *

卢浩棠 韦芳 卢爱仪
(广东省东莞市东坑医院 东莞 523000)

摘要:目的:分析脐静脉插管术在早产儿救治中的应用效果。方法:以我院 2013 年 3 月~2014 年 3 月收治的 60 例早产儿为研究对象,根据不同置管方式将其分为对照组和观察组,每组 30 例。对照组给予经外周静脉穿刺置管治疗,观察组则行脐静脉插管术,比较两组一次性穿刺成功率、置管相关并发症、住院时间等情况。结果:观察组一次性穿刺成功率、并发症发生率分别为 96.67%、6.67%,与对照组的 76.67%、26.67%比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。另外,两组平均静脉穿刺次数、穿刺时间及住院时间比较,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:脐静脉插管术具有一性穿刺成功率高、并发症少、无需反复穿刺等特点,可作为早产儿救治重要手段。

关键词:脐静脉插管术;早产儿;效果

中图分类号:R722.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.07.031

受新生儿监护病房强光照、过多触摸早产儿等影响,早产儿易出现体重过低、合并症多等现象,加上早产儿住院时间长^[1],需建立静脉通道以长时间输注营养液、药物及血液,不仅可以为早产儿补充营养,纠正体重轻等病症,而且有利于提高临床救治成功率^[2]。目前临床常见置管方式包括外周静脉穿刺置管、脐静脉置管等,外周静脉穿刺置管成功率虽然较高,但难以长时间保留^[3];脐静脉穿刺置管具有操

作方便、长时间留置、无需反复穿刺等特点,逐渐成为早产儿救治置管的重要手段。本研究对我院收治的早产儿行脐静脉插管术,效果明显。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 以我院 2013 年 3 月~2014 年 3 月收治的 60 例早产儿为研究对象,男 34 例,女 26 例;胎龄 (32.8±3.0) 周;出生体重 (1 780.5±435.8) g;剖宫产 46 例,阴道分娩 14 例;其中新生儿窒息 7 例,

* 基金项目:广东省东莞市科技计划医疗卫生类科研一般项目 (编号:201310515000194)

吸入综合征 6 例,感染 12 例,呼吸暂停 15 例,贫血 18 例,新生儿呼吸窘迫综合征 13 例。根据不同置管方式将其分为对照组和观察组,每组 30 例,对比两组体重、主要疾病等差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组经外周静脉穿刺置管治疗,根据早产儿情况选择相应的硅胶管(长、内径、容量分别为 30 cm、0.6 mm、0.2 ml),取肘正中静脉、头静脉;将早产儿放置到辐射保暖台(事前预热)上,常规消毒穿刺部位,经由 20 G 碟形穿刺针插入相应的外周静脉,回血后将上肢良好固定,严格按照外周静脉穿刺置管流程操作。观察组则行脐静脉插管治疗,放于辐射保暖台后快速将全身皮肤羊水、分泌物擦干,无菌操作。断开脐带(预留 2~3 cm 脐静脉插管),消毒脐带及附近皮肤,确定脐静脉位置(脐带横切面 11~12 点)后用弯钳固定脐带残端,暴露脐静脉,经由止血钳提起脐静脉并慢慢将导管插入脐轮腹壁 1~3 cm 处。插管长度为[体质量(kg)× 3+9]÷ 2+1(或者脐带根部到肩峰的距离+脐带断端长度),回血后套上肝素帽;于脐带残端缝合 1~2 针,丝线缠绕导管打结固定,透明敷料贴于脐轮两侧,同时用纱布覆盖。X 线片确定导管位置正确(下腔静脉与右心房连接处)。完成输液后通过生理盐水封管,根据早产儿需求合理调整留置时间,最长 7 d。

1.3 观察指标 观察和记录两组一次性穿刺成功率、静脉穿刺时间、静脉穿刺次数、住院时间、置管相关并发症等情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件对数据分析,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验,计量资料用均数± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一次性穿刺成功率比较 观察组一次性穿刺成功 29 例(96.67%),对照组一次性穿刺成功 23 例(76.67%),两组比较差异有统计学意义($\chi^2=5.19, P<0.05$)。

2.2 两组静脉穿刺次数、静脉穿刺时间及住院时间比较 观察组平均静脉穿刺次数、静脉穿刺时间及住院时间均明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组静脉穿刺次数、静脉穿刺时间及住院时间比较($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	静脉穿刺次数(次)	静脉穿刺时间(min)	住院时间(d)
观察组	30	1.58± 0.40	13.02± 6.95	20.14± 3.54
对照组	30	3.15± 0.58	22.40± 7.57	26.75± 3.66
t 值		12.21	5.00	7.11
P 值		<0.01	<0.01	<0.01

2.3 两组置管相关并发症比较 观察组并发症发生率 6.67%,对照组并发症发生率 26.67%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组置管相关并发症发生率比较[例(%)]					
组别	n	感染	局部渗血	导管堵塞	并发症
观察组	30	0(0.00)	1(3.33)	1(3.33)	2(6.67)
对照组	30	2(6.67)	2(6.67)	4(13.33)	8(26.67)
χ^2 值					4.32
P 值					<0.05

3 讨论

过去临床上救治早产儿建立静脉通道过程中常采取外周中心静脉置管方式,其置管成功率较高,但受早产儿静脉(表浅)、血管(管壁薄)特点影响^[4],难以长时间留置,需多次穿刺操作,增加新生儿痛苦。加上周围静脉留置导管易出现外渗现象,不利于临床救治^[5]。为此选择一种安全有效置管方式具有十分重要的意义。近年来脐静脉插管术在早产儿(特别是极低出生体重早产儿)救治中得到广泛的应用,具有操作简单、易辨认脐静脉、插管成功率高等特点^[6]。脐静脉主要由胎盘毛细血管汇合形成,能有效把母体动脉血输送到胎儿体内,脐静脉一端经由脐门与胎盘连接,而另一端则与门静脉左支囊部连接,两者之间形成索状结构(通常新生儿出生后 1~2 个星期闭合),为此新生儿出生后行脐静脉插管操作简单,为早产儿临床救治药物、血液、营养液输注提供便捷方式,争取最佳救治时间,以提高早产儿救治成功率。另外,脐静脉插管术能有效弥补外周中心静脉置管不能长时间留置弊端,避免或减少静脉反复穿刺^[7],除了减轻早产儿痛苦外,还能为急救提供一条安全有效的快捷静脉通道,有利于临床抢救^[8]。饶钊等^[9]研究表明早产儿住院初期给予脐静脉置管治疗,并发症少,减少静脉反复穿刺、高渗液外漏等现象发生,有利于预后。陈秀丽等^[10]通过比较两组患儿病死率、并发症发生率等指标,表明相比常规方法,脐静脉置管术具有操作简单、创伤小、抢救成功率高等特点;同时该学者认为保持管道通畅、并发症预防、患儿变化观察等护理干预是提高脐静脉插管成功的关键。

本研究通过与外周中心静脉置管比较以证明脐静脉插管术在早产儿救治中的效果,观察组一次性穿刺成功率高达 96.67%,明显比对照组的 76.67% 高。观察组平均静脉穿刺次数、静脉穿刺时间明显比对照组少,差异均有统计学意义($P<0.05$),提示脐静脉插管具有穿刺成功率高、无需反复穿刺等特点。观察组并发症发生率明显比对照组少,这可能与插管难易度、穿刺次数、导管护理等密切相关。综上所述

述,脐静脉插管术在早产儿救治中应用安全有效,能明显减少反复穿刺次数,并发症少,有利于提高救治成功率,值得临床进一步研究应用。

参考文献

[1]李瑛,王欣煜,肖桂华.改良脐静脉插管术在早产儿中的临床应用[J].中国妇幼保健,2011,28(26):4136-4137
[2]田淑萍,李刚.脐静脉置管术在早产儿中的应用及其并发症的防治[J].中国妇幼保健,2012,27(21):3371-3372
[3]孙天华,于新颖,王一鸣.24 例 NICU 患儿脐静脉插管的护理[J].实用医学杂志,2013,29(18):3080-3081
[4]卓瑞燕,陈晓欢,刘宁宁,等.危重早产儿脐静脉插管与 PICC 连续应用的临床观察[J].福建医药杂志,2013,35(5):150-151

[5]金龙,俞钢,朱小春,等.经脐静脉插管的临床应用[J].临床小儿外科杂志,2010,9(2):90-92
[6]杨祖铭,王三南,马月兰,等.脐静脉联合外周中心静脉置管在极低出生体重儿中的应用[J].中国当代儿科杂志,2013,15(5):353-355
[7]林立,魏丽华,唐凤姣,等.脐静脉置管术在早产儿中的应用[J].广州医学院学报,2012,40(4):86-88
[8]叶秀桢,向建文,杨杰,等.脐静脉导管置留对极低出生体重儿胃肠喂养影响的探讨[J].中国妇幼保健,2009,24(17):2424-2426
[9]饶飏,张晓红.脐静脉置管在早产儿住院初期的临床应用[J].护士进修杂志,2013,28(19):1807-1808
[10]陈秀丽,魏贤娇,钟奎英.脐静脉置管术在极低出生体重儿中的应用及护理[J].齐鲁护理杂志,2012,18(34):91-92

(收稿日期: 2015-03-03)

纳洛酮联合氨茶碱治疗早产儿原发性呼吸暂停的疗效

刘芳¹ 涂燕青² 王景香¹ 周莲珠¹

(1 广东省湛江市霞山妇幼保健院 湛江 524013; 2 广东省湛江市第二人民医院 湛江 524013)

摘要:目的:观察纳洛酮联合氨茶碱治疗早产儿原发性呼吸暂停的临床疗效。方法:收集 2012 年 1 月~2013 年 1 月本院收治的 60 例原发性呼吸暂停早产儿,随机分为对照组与治疗组各 30 例。对照组患儿在首次发生呼吸暂停之后采用氨茶碱治疗,治疗组患儿采用纳洛酮联合氨茶碱治疗,观察两组患儿的临床疗效。结果:治疗组的总有效率为 86.67%,明显高于对照组的 73.33%,两组对比差异显著,具有统计学意义($P<0.05$)。治疗组患儿呼吸暂停次数、呼吸暂停时间、血氧饱和度(SpO_2)、心率等情况明显优于对照组,差异显著,具有统计学意义($P<0.05$)。结论:与单用氨茶碱治疗相比,纳洛酮联合氨茶碱治疗早产儿原发性呼吸暂停,有利于改善患儿呼吸功能,安全性与有效性显著,值得临床推广。

关键词:原发性呼吸暂停;早产儿;纳洛酮;氨茶碱

中图分类号:R766.43

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.07.032

呼吸暂停是指呼吸停止时间超过 20 s,并且出现青紫及心率减慢等异常现象,是早产儿最常见的并发症之一^[1]。早产儿原发性呼吸暂停与胎龄具有紧密的联系,在传统的临床治疗中大多采取甲基黄嘌呤类物质氨茶碱进行治疗,副作用比较明显,疗效比较差。笔者采用纳洛酮联合氨茶碱治疗早产儿原发性呼吸暂停疗效显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2012 年 1 月~2013 年 1 月本院收治的 60 例原发性呼吸暂停早产儿,随机分为对照组与治疗组各 30 例。治疗组中男胎儿 19 例,女胎儿 11 例;平均胎龄为 (31.25 ± 2.67) 周;平均体质量 $(1\ 135.45\pm 302.24)$ g;首次呼吸暂停时间为 (22.34 ± 1.32) s。对照组中男胎儿 18 例,女胎儿 12 例;平均胎龄为 (30.25 ± 2.42) 周;平均体质量 $(1\ 090.43\pm 309.26)$ g;首次呼吸暂停时间为 (21.33 ± 1.67) s。两组早产儿的性别、平均胎龄、平均体质量、首次呼吸暂停时间等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组在首发呼吸暂停后,采用氨茶碱治疗,首次剂量为 5 mg/kg,稀释后静脉滴注,每间

隔 12 h 给维持量 2 mg/kg,静脉滴注。治疗组在对照组治疗基础上加用纳洛酮治疗,首次剂量为 0.1 mg/kg,加 10%葡萄糖注射液 5 ml 静脉注射。治疗过程中,对患儿生命体征(心率、呼吸、氧饱和度等指标)进行严格监控,不断调整静脉泵入的速度,采用常规保温措施,保持呼吸道畅通,维持水、电解质及酸碱平衡,同时抗感染治疗,并做好详细的记录。连续治疗 3 d。如果效果显著,再连续治疗 2 d。如治疗 3 d,患儿临床症状无改善,甚至更严重,可以改为经鼻持续气道正压通气(CPAP)或机械通气治疗。

1.3 疗效判定 显效:用药后 2 d,原发性呼吸暂停症状完全消失,呼吸恢复正常;有效:用药后 3 d,原发性呼吸暂停症状基本改善,呼吸节律有所好转;无效:用药后 3 d,原发性呼吸暂停症状无改善,对患儿生命安全构成严重的威胁。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理 本次研究资料均采用 SPSS18.0 统计学软件处理,计数资料对比采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿临床疗效比较 治疗组的总有效率