

体位管理结合抚触护理对新生儿呼吸窘迫综合征氧合功能的影响

桑文文

安徽医科大学第一附属医院 安徽 合肥 230041

【摘要】：目的：分析体位管理结合抚触护理对新生儿呼吸窘迫综合征氧合功能的影响。方法：该研究总共纳入100例研究对象，均是2025年2月到2026年2月到医院诊治的新生儿呼吸窘迫综合征患儿，以随机数字表法为分组原则，划分为对照组（常规护理）、观察组（体位管理结合抚触护理）。对实施过程中两组患儿相关指标数据做整理记录，结合统计学系统进行比较观察，分析体位管理结合抚触护理的应用价值。结果：观察组氧合功能指标优于对照组，临床恢复指标短于对照组，并发症发生率低于对照组，（ $P<0.05$ ）。结论：针对新生儿呼吸窘迫综合征患儿实施体位管理结合抚触护理干预，可有效改善患儿肺通气与换气功能，优化机体氧合状态，加快临床症状恢复，缩短治疗与康复周期，降低并发症发生风险，护理效果显著，值得临床应用。

【关键词】：体位管理；抚触护理；新生儿呼吸窘迫综合征；氧合功能

DOI:10.12417/2705-098X.26.15.051

新生儿呼吸窘迫综合征（NRDS）是以肺部急性病变为主要表现的一种临床综合征，多见于极低或者超低出生体重早产儿，其主要的病理基础就是肺表面活性物质的缺乏，造成肺泡弹性组织被破坏、顺应性下降，进而引起逐渐加重的呼吸困难、紫绀和严重的呼吸衰竭^[1]。如果病情不能得到及时有效的治疗，就会发展成急性呼吸窘迫综合征（ARDS），严重威胁患儿生命安全，并且明显提高了病死率，儿科重症医学领域重点研究对象中，此病的防治策略优化成了急需解决的重要问题^[2]。

目前新生儿呼吸窘迫综合征临床治疗体系以机械通气支持、肺表面活性物质替代疗法、高浓度氧疗等为主，其根本目的就是迅速改善低氧血症状态，维持患儿生命体征稳定^[3]。由于该人群存在呼吸道解剖结构异常、肺脏功能发育不成熟以及自主调节能力差等特征，在进行上述干预措施的时候，由于受体位不当、活动受限或者生理应激反应等原因，会使肺组织气体交换受到影响，从而增大急性缺氧事件发生的几率，增加肺部感染、呼吸暂停等并发症风险，不利于病情恢复^[4]。因此，科学有效的护理干预是提升NRDS治疗效果、改善患儿氧合功能的关键辅助手段。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2025年2月到2026年2月，我院共接收新生儿呼吸窘迫综合征患儿，共计人数100例，以随机分组方式均分为两组，对照组人数50例，胎龄区间涉及：（28-37）周，平均值：（32.00±2.00）周，观察组人数50例，胎龄区间涉及：（28-37）周，平均值：（32.50±2.10）周，两组患儿性别、出生体重、病情程度等基线资料对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），满足研究开展要求。

纳入标准：①符合《新生儿呼吸窘迫综合征》临床诊断标准；②胎龄28~37周早产儿；③家属患儿知情同意，自愿参与本研究；④临床资料完整。

排除标准：①合并先天性心肺畸形、颅内出血、重度感染；②入院时生命体征极不稳定、需紧急抢救；③皮肤破损、感染，无法开展抚触护理；④中途退出研究。

1.2 方法

对照组实施常规护理：密切留意患儿的体温、心率、呼吸、血氧饱和度、血压等各项生命体征，严格依照医嘱给药，并合理调节氧疗参数。按时为患儿清除口鼻中的分泌物，确保其呼吸道顺畅无阻；做好常规保暖举措，让暖箱的温度与湿度维持在恰当范围；统一安排患儿以仰卧姿势卧床，每隔两小时常规性地为其翻身一次；认真落实皮肤、脐部以及口腔的基础护理工作，预防院内感染的发生；详细记录患儿的出入量以及病情的动态变化，一旦出现异常情况便及时处理^[5]。

观察组在常规护理基础上联合体位管理+抚触护理干预，具体措施如下：

（1）体位管理：①俯卧位护理：每日开展俯卧位通气护理，每次2h，每日3~4次，实际应用时需要把患儿的头部稍微偏向一侧，双上肢自然伸直放松，躯干和髋部放在软性支撑面上，这样可以促使肺部组织均匀扩张、功能得到恢复。②侧卧位护理：俯卧位间隔交替行左右侧卧位，每次1h，背部垫高角度控制在15°~30°之间，利于痰液引流，提升局部肺区的通气量。③体位禁忌：应该避免长时间保持仰卧姿势，防止引起气道梗阻、胸廓受压引起呼吸困难等危险，所有翻身动作要轻柔缓慢，尽可能降低由于机械损伤造成生理指标突然变化的可能性。④体位调整原则：根据血氧饱和度、心率等主要生命体征的变动趋势及时调节体位，出现严重的低氧血症或者其它它紧急情况立即转到紧急抢救程序中来保证呼吸道通畅和全身各系统正常运转^[6]。

（2）抚触护理：①抚触前准备：护理人员首先要用流动水清洗双手并保持干燥，再将手部加热到适宜的温度，然后根据需要设置好暖箱的温度（26~28℃），营造出一个温暖的环

境,再选用婴儿专用的护肤油作为介质。②抚触流程:需依照头部、胸部、腹部、四肢、背部的次序,进行轻柔抚触。对头部,需轻柔按揉其额头、太阳穴以及枕部,以此舒缓患儿的应
激烦躁情绪;于胸部,双手自胸廓中线向两侧缓缓推揉,助力
胸廓扩张,推动肺部气体交换;在腹部,以顺时针方向轻柔按
摩,促进胃肠蠕动,防止腹胀情况出现;针对四肢,进行轻柔
的揉捏与拉伸动作,改善肢体血液循环状况;对于背部,沿着
脊柱两侧轻柔推拿,放松肌肉,缓解身体的紧张状态。③注意
事项:在所有抚触的时候都要遵守动作轻柔、力度适中的原则,
不要碰到颅骨未闭合的地方、脐周和有伤口的地方,随时观察
生命体征并做好详细的记录^[7]。

1.3 观察指标

观察对比氧合功能指标: PaO₂、SpO₂、PaCO₂、氧合指数;
临床恢复指标:呼吸平稳时间、吸氧时长、住院天数;并发症:
统计气胸、肺部感染、呼吸暂停、腹胀发生情况。

1.4 统计学分析

本文以 SPSS 24.0 分析实验数据,对于计量型变量用均值
±标准差来表示其分布特点,用独立样本 t 检验或者卡方检验
(χ^2 检验)比较不同组别间的差别;对计数型数据用百分比
(n%)来表示各个类别出现的频率,把 $p<0.05$ 当作统计学显
著性的判定标准。

2 结果

2.1 氧合功能指标对比

观察组较优,有统计学意义 ($P<0.05$),见表 1。

表 1 对比氧合功能指标[($\bar{x}\pm s$)]

组别	对照组		观察组		P 值
例数	50		50		-
时间	干预前	干预后	干预前	干预后	-
PaO ₂ (mmHg)	52.36± 5.10	68.54± 5.27	51.97± 5.27	76.89± 5.90	< 0.05
SpO ₂ (%)	83.25± 4.35	91.37± 3.26	82.99± 4.53	96.27± 2.15	< 0.05
PaCO ₂ (mmHg)	58.63± 6.37	45.37± 5.27	59.14± 6.23	38.53± 4.64	< 0.05
氧合指数	125.37± 10.20	186.53± 12.57	124.90± 10.64	225.37± 11.80	< 0.05

2.2 临床恢复指标对比

观察组短于对照组,统计结果存在差异 ($P<0.05$),见表
2。

表 2 临床恢复指标对比[($\bar{x}\pm s$)]

组别	对照组	观察组	P 值
例数	50	50	-
呼吸平稳时间(h)	72.37±10.26	58.63±8.34	< 0.05
吸氧时长(h)	126.84±15.89	98.35±12.59	< 0.05
住院天数(d)	14.27±2.36	11.36±1.87	< 0.05

2.3 并发症发生率对比

观察组较低,结果有差异 ($P<0.05$),见表 3。

表 3 并发症发生率对比[n, (%)]

组别	对照组	观察组	P 值
例数	50	50	-
气胸(%)	3(6.00)	0(0.00)	-
肺部感染(%)	4(8.00)	2(4.00)	-
呼吸暂停(%)	4(8.00)	1(2.00)	-
腹胀(%)	3(6.00)	1(2.00)	-
总发生率(%)	14(28.00)	4(8.00)	<0.05

3 讨论

新生儿呼吸窘迫综合征的主要病理生理机制是由于肺泡
表面活性物质缺乏所引起的多种连锁反应,核心特点就是肺泡
稳定性被破坏,肺顺应性降低,电解质失衡,多个脏器出现衰
竭。虽然机械通气支持能较快地改善缺氧,但是由于早产儿的
器官发育不成熟、免疫系统比较脆弱,在后续治疗中实行精细
化护理就显得特别重要^[8]。常规护理以基础监护、对症护理为
主,护理模式单一,仅能满足患儿基础治疗需求,无法针对性
改善肺部通气状态、缓解机体应激反应,整体护理效果有限^[9]。
体位管理属于临床实践中一种重要的干预手段,科学改变各种
卧位姿态,既可以改善肺部通气分布,又能削减气道受累,还
可能促使肺表面活性物质产生,进而稳定病情发展,比如俯卧
位通气时,新生儿心脏因重力作用前移,能减轻对左下肺叶的
压迫,使背侧萎陷的肺泡充新张开,从而改善通气/血流灌注比
(V/Q 比值),这是 PaO₂显著提高、PaCO₂显著下降的关键原
因;抚触疗法是另一种非侵入性的辅助治疗方法,依靠刺激神
经末梢释放内啡肽等物质来减轻患儿的心理压力,并提高血液
循环尤其是心肺之间配合的速度,加快康复速度^[10]。顺时针
的腹部抚触能通过外力刺激迷走神经,促进胃肠蠕动和胎便排
出;皮肤抚触能降低机体的儿茶酚胺等应激激素水平,减少能
量消耗。

综上所述,针对新生儿呼吸窘迫综合征患儿实施体位管理

结合抚触护理干预,能够切实改善患儿的肺通气与换气能力,需时间,减少各种并发症出现的可能性,值得临床推广应用。提升机体氧合水平,加速临床症状的消退,缩短治疗及康复所

参考文献:

- [1] 王艳,李娟.新生儿呼吸窘迫综合征患儿肺表面活性物质缺乏的病理机制及临床特征分析[J].当代护士,2022,29(08):56-59.
- [2] 刘敏,张雪梅.新生儿呼吸窘迫综合征病情进展危险因素及预后分析[J].儿科药学杂志,2022,28(11):23-26.
- [3] 茹喜芳,冯琪.新生儿呼吸窘迫综合征的防治——欧洲共识指南 2022 版[J].中华新生儿科杂志(中英文),2023,38(03):191-192.
- [4] 陈丽,周静.早产儿呼吸窘迫综合征机械通气期间不良预后的护理相关因素分析[J].护士进修杂志,2023,38(05):445-448.
- [5] 吴婷,杨燕.常规精细化护理在新生儿呼吸窘迫综合征机械通气患儿中的应用效果[J].中外医学研究,2023,21(24):112-115.
- [6] 周丽平,苏红.基于集束化理念的气道分级管理在新生儿呼吸窘迫综合征机械通气患儿中的应用[J].中外医学研究,2024(16):85-89.
- [7] 曾鑫,胡高艳.预见性抚触护理对新生儿呼吸窘迫综合征患儿康复效果的影响[J].临床护理杂志,2024,23(02):102-105.
- [8] 张宇,李红梅.新生儿呼吸窘迫综合征病理生理机制及临床干预研究进展[J].医学综述,2022,28(18):3652-3656.
- [9] 林晓燕,王淑娟.综合护理干预在新生儿呼吸窘迫综合征中的应用价值[J].中国实用护理杂志,2023,39(12):905-909.
- [10] 黄丽萍,陈美珠.体位护理联合抚触干预对 NRDS 患儿氧合功能及康复进程的影响[J].齐鲁护理杂志,2024,30(09):78-81.