

人性化护理干预对新生儿败血症患儿并发症及肝功能分析

何斯梅

(陆军特色医学中心 重庆 40000)

摘要:目的:分析对新生儿败血症患儿实施人性化护理后的效果。方法:从2020年1月-2022年1月区间因新生儿败血症日进入本院接受诊治的患儿内随机选择80例展开研究,根据护理形式对其进行分组,即实验与对照,每组内40例。对照组接受常规护理,实验组接受人性化护理,对比相关指标。结果:实验组家属总满意度分别为95%,对照组家属总满意度75%, $P < 0.05$ 。护理前,两组家属负性情绪无差异, $P > 0.05$ 。护理后,实验组家属负性情绪优于对照组,对比 $P < 0.05$ 。实验组并发症发生率显著低于对照组, $P < 0.05$ 。实验组肝功能显著优于对照组, $P < 0.05$ 。实验组的炎症指标发现,实验组显著优于对照组, $P < 0.05$ 。结论:对新生儿败血症患儿实施人性化护理措施,可以改善患儿家属的满意度、负性情绪,改善生活质量、肝功能以及炎症指标,降低并发症。

关键词:人性化护理;新生儿败血症;并发症;肝功能

新生儿败血症是由于细菌、真菌等病原体感染,并侵入血液循环而引起的全身炎症反应综合征^[1]。患儿常有发热、精神萎靡、呼吸心率增快等一系列临床症状,还可出现多脏器功能异常^[2]。因此,需及时对患儿进行有效的诊治,以此保证患儿的生命安全,改善患儿的不良症状。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从2020年1月-2022年1月区间因新生儿败血症日进入本院接受诊治的患儿内随机选择80例展开研究,根据护理形式对其进行分组,即实验与对照,每组内40例。实验组年龄在0-28天,平均为 (13.91 ± 1.23) d,男20,女20,平均病程 (6.54 ± 1.32) h。对照组年龄在0-28天,平均为 (13.92 ± 1.21) d,男21,女19,平均病程 (6.55 ± 1.31) h。对两组年龄、性别等资料分析后, $P > 0.05$,具有可比性。本次实验经医院伦理委员会同意。纳入标准:(1)知情同意,且积极参与。(2)符合临床新生儿败血症诊断标准。排除标准:(1)存在凝血障碍。(2)存在先天性病变。(3)肝功能受损。

1.2 方法

对照组接受常规护理:密切观察患儿的生命体征变化,定期检测患儿的症状,给予患儿舒适的生活环境,避免发生交叉感染的情况。

实验组接受人性化护理:(1)心理护理:患儿在疾病的影响下,会出现烦躁、哭闹等情绪,影响临床依从性。同时,家属也会随之产生一系列的心理负担以及压力。此时,护士需给予患儿以及家属耐心的安抚,采用积极性语言,改善患儿家属的情绪,让患儿感受到安全感,提升患儿的依从性。(2)环境护理:护士需保证患儿生活的病房内干净、温湿度适宜,保证空气流通、新鲜,制定严格的家属探望以及走动制度,减少人员走动,降低患儿出现二次感染的几率。同时,由于患儿年龄比较小,故病室可以适当使用玩具进行装饰,以此吸引患儿的注意力,缓解患儿的烦躁情绪,营造温馨的病室环境。(3)体温护理:护士需密切观察患儿的体温变化,针对高烧的患儿可以使用温水擦浴、敷毛巾等方式进行物理降温。同时,为了避免患儿体温变化,必要时可以给予药物治疗。(4)饮食护理:由于新生儿年龄较小,故其无法正常进食,故需遵循少食多餐的原则对患儿进行母乳喂养,给予患儿充足的维生素、电解质等食物,以此保证患儿的营养均衡。若患儿吸吮能力稍差,必要时则需给予患儿鼻饲或静脉营养输入,且进食后需立即拍打患儿的背部,避免出现溢乳、呕吐等情况。(5)皮肤护理:若患儿出现脐部或皮肤感染等情况,则需密切观察患儿的皮肤以及脐部变化,一旦发现异常,需及时干预进行治疗,且各个操作过程中,需保证无菌操作,避免感染扩散。(6)预防感染:败血症患儿的免疫能力稍低,故需严格

控制环境清洁程度,避免患儿出现二次感染。护士需定期对患儿的床品进行消毒,保温箱则需每天使用酸性氧化电位水进行擦拭消毒,且患儿所需物品需严格按照一婴一消毒的原则进行,且强化患儿各个部位的护理工作。(7)药物治疗护理:新生儿败血症作为临床内常见的感染性病变,需及时对患儿进行抗生素治疗。针对血液培养结果不明确的患儿,常给予常规的头孢抗生素进行治疗。血培结果确定的患儿,则需根据病原菌给予针对性的抗生素进行治疗。

(8)家属心理护理以及宣教:护士需及时与患者家属进行沟通,并与其进行有效的疏导工作。对护士进行的健康宣教内容包括喂养、日常护理等。护士还需为家属提供相关书籍,详细讲解临床操作的目的性、作用以及注意事项,对待家属的疑惑耐心回答。

1.3 观察指标及效果评价标准

对比两组家属护理满意度,自拟调查问卷,根据分数分成非常满意、满意以及不满意,最终统计总满意度。非常满意标准:分数在80以上。满意标准:分数在79-60分。不满意标准:分数低于60分。总满意率=(非常满意+满意)/总人数*100%。

对比两组患儿的肝功能,肝功能指标包括总胆汁酸、总胆红素、血清丙谷转氨酶。

对比两组护理前后的家属不良情绪,采用SDS、SAS量表进行评分。

对比两组患者的炎症指标,即CRP、WBC、NE数值。

对比并发症发生率,包括恶性、呕吐、腹泻以及静脉炎。

1.4 统计和分析

统计学软件SPSS 23.0分析,计数型指标则以例(n/%)表示, χ^2 检验,计量型指标则选用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)描述,t检验。 $P < 0.05$,则具有差异。

2 结果

2.1 护理满意度

实验组、对照组护理问卷结果见表1,总满意度分别为95%、75%。经统计学计算, $\chi^2=6.2745$, $P < 0.05$ 。

表1 护理满意度分析(n,%)

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	护理总满意度
实验组	40	26	12	2	38 (95.00%)
对照组	40	18	12	10	30 (75.00%)
χ^2 值					6.2745
P值					0.0122

2.2 肝功能

治疗前,实验组与对照组肝功能无差异, $P > 0.05$ 。治疗后,实验组肝功能优于对照组, $P < 0.05$ 。详见表2。

表2 肝功能($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前			治疗后		
		总胆汁酸(μ mol/L)	总胆红素(μ mol/L)	血清丙谷转氨酶(U/L)	血清丙谷转氨酶(U/L)	总胆汁酸(μ mol/L)	总胆红素(μ mol/L)

实验组	40	38.45 ± 18.96	37.63 ± 7.91	140.45 ± 18.96	56.96 ± 11.32	8.36 ± 1.32	10.14 ± 1.93
对照组	40	39.12 ± 19.35	37.55 ± 7.62	140.12 ± 19.35	93.15 ± 15.69	20.15 ± 5.69	18.93 ± 3.24
T 值	-	0.1564	0.0577	0.0770	11.8304	12.7658	14.7411
P 值	-	0.8761	0.9541	0.9388	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 不良情绪

护理前, 两组不良情绪无差异, P > 0.05。护理后, 实验组不良情绪优于对照组, 对比 P < 0.05。见表 3。

表 3 SAS 评分、SDS 评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	护理前 SAS 评分	护理后 SAS 评分	护理前 SDS 评分	护理后 SDS 评分
实验组	40	45.52 ± 4.16	11.39 ± 3.26	48.27 ± 3.69	13.15 ± 2.28
对照组	40	46.01 ± 4.05	21.11 ± 2.18	49.10 ± 3.56	21.33 ± 1.57
T 值	-	0.5338	15.6754	1.0238	18.6885
P 值	-	0.5950	0.0000	0.3091	0.0000

2.4 炎症指标

治疗后, 实验组各项炎症指标优于对照组, P < 0.05。见表 4。

表 4 炎症指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CRP (mg/L)	WBC ($\cdot 10^9$)	NE (%)
实验组	40	11.87 ± 4.52	9.11 ± 0.92	73.21 ± 5.32
对照组	40	27.47 ± 6.69	14.25 ± 1.21	82.25 ± 10.43
T 值	-	12.2201	21.3865	4.8831
P 值	-	0.0000	0.0000	0.0000

2.5 并发症发生率

实验组并发症发生率显著低于对照组, P < 0.05。见表 5。

表 5 并发症发生率 (n/%)

组别	例数	恶性	呕吐	腹泻	静脉炎	总发生率
实验组	40	1	0	1	0	2 (5%)
对照组	40	3	3	2	4	12 (30%)
χ^2 值						8.6580
P 值						0.0032

3 讨论

新生儿败血症是指病原体侵入婴儿的血液, 并且生长繁殖产生毒素而造成的全身性反应^[9]。常见的病原体为细菌, 也有的是霉菌、病毒或原虫等其它病原体。败血症在新生儿感染性疾病中发病率较高, 病死率也较高, 尽管医学和抗生素的发展迅速, 但新生儿败血症的发病率和病死率仍然是很高的, 尤其是耐药菌株的产生和细菌种类的变异, 成为当今研究的热点^[4-5]。新生儿败血症可分为: 早发型和迟发型。早发型, 多在出生后七天内, 疾病感染多发生于出生前和出生时, 病原菌以大肠杆菌为主, 多系统受累、病情凶险、死亡率高^[6-7]。迟发型在出生后七天起病, 感染发生在出生时或出生以后, 病原体葡萄球菌、肺炎克雷伯菌常见, 常有脐炎、肺炎等局部感染病灶, 死亡率较早发型相对要低^[8]。新生儿败血症的早期临床表现不典型, 早产儿尤其如此。表现为进奶量减少或者是巨乳、溢乳、嗜睡和烦躁不安、哭声低、发热或体温不升, 也可表现为体温正常、反应低下、面色苍白或灰暗、体重不增等非特异性症状^[9-10]。临床治疗新生儿败血症的方式, 多是根据患儿的实际情况进行治疗, 常见方式如下: (1) 抗菌治疗, 培养不同的细菌, 给予不同的治疗。比如革兰氏阳性菌, 往往选择苯唑西林、万古霉素、替考拉宁、斯沃等治疗。如果是革兰氏阴性菌, 往往用三代头孢或者氨基青霉素抗生素进行治疗; (2) 支持治疗, 败血症的时候, 给营养支持, 维持水电解质的平衡, 纠正他酸碱平衡的紊乱, 输注中性粒细胞、输注静脉丙种球蛋白、凝血因子等支持治疗。(3) 抗休克治疗: 如果新

生儿败血症伴有休克, 此时在以上治疗措施的基础上, 重点要放在抗休克的治疗, 也就是要注意保持血压的稳定、血容量充足, 此时就要积极的扩容, 必要的时候可以用一些血管活性药物的治疗。(4) 其他辅助治疗: 要防止败血症导致的多脏器功能的损伤, 如最常见的是容易发生肾损伤, 引起肾功能衰竭, 可以用一些血管活性药物来增加肾脏的血流量, 同时要保证充足的氧和, 必要的时候还可以给予呼吸支持治疗。

而护理作为临床内不可缺少的措施之一, 对患儿实施有效的护理工作, 可以改善患儿以及家属的不良情绪, 提升护理质量。人性化护理是将患儿作为中心遵循人性化、个性化、整体化的原则展开护理。患儿作为特殊群体, 虽然其情感并不丰富, 但仍需医护人员给予其的人文关怀, 以此减少患儿存在的恐惧心理, 改善家属的悲观、焦虑状态。护士使用人性化护理, 可以主动与患儿以及家属进行沟通, 并使用科学的方式、语言讲解疾病, 提升家属以及患儿的治疗信心, 营造良好的护患关系, 提高患儿对医护人员的依赖程度, 改善治疗效果。

综上所述, 对新生儿败血症患儿实施人性化护理措施, 可以改善患儿家属的满意度, 改善生活质量、负性情绪、肝功能以及炎症指标, 降低并发症。

参考文献:

[1] 颜利, 刘思美. 新生儿早发型败血症预后不良的危险因素分析及护理措施[J]. 当代护士(上旬刊), 2022, 29(05): 49-51.
 [2] 赵萌萌. 新生儿败血症临床标准观察及护理效果评价[J]. 中国标准化, 2021, (18): 161-163.
 [3] 杨慧. 临床护理路径对败血症患儿的康复效果及家属满意度的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(15): 2821-2824.
 [4] 赵淋平. 综合护理在新生儿败血症中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33(14): 148-149+152.
 [5] 崔欢欢, 赵晨静, 刘迷娟. 新生儿科早产儿败血症危险因素及护理对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(11): 137-139.
 [6] 范丽敏. 新生儿败血症的护理——评《医用有机化学》[J]. 化学工程, 2021, 49(04): 4-5.
 [7] 刘瑞瑞. 个性化护理在新生儿败血症护理中的临床应用[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(21): 3493-3495.
 [8] 庄飞婵, 黄宜娥, 叶燕美, 盛玉慧. 母体阴道菌群异常评价 GBS 早发型败血症的作用及护理干预措施分析[J]. 临床护理杂志, 2020, 19(04): 32-35.
 [9] 朱景兰, 黄萍, 黎娴, 黄培凤, 胡君红. 1 例新生儿 B 族链球菌感染败血症及化脓性脑膜炎的护理[J]. 全科护理, 2019, 17(25): 3212.
 [10] 郭平, 向美芹, 李玮桐. 新生儿败血症并发坏死性小肠结肠炎患儿的护理体会[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(23): 106-107.