

脑血管病的治疗方法:从药物治疗到手术治疗的全方位解析

丁 洋

脑血管病泛指脑血管各种疾病，是以脑血管病变为核心原因的脑部疾病,如脑梗死、脑出血等,可引起言语不清、肢体瘫痪、运动障碍等,严重者危及生命,是威胁人类生命的三大疾病之一。脑血管病发作急骤,进展迅速,需及时采取有效治疗手段抑制病情发展。药物治疗、介入治疗及手术治疗是临床挽救脑血管病患者生命的常用方法，但治疗原理及适用条件有所不同。本文围绕脑血管病的治疗方法展开阐述，对疾病的药物治疗、介入治疗、手术治疗进行全方位解析。

一、脑血管病的药物治疗

在脑血管病的治疗领域，药物治疗既是基础也是核心。贯穿于患者的整体治疗过程。下面着重介绍我们常用的缺血性及出血性脑血管病相关药物。

1.缺血性脑卒中(脑梗死、短暂性脑缺血发作):

①抗血小板聚集药物：如阿司匹林、氯吡格雷、西洛他唑等,根据病情选取药物种类及剂量。

②抗凝药物：肝素、低分子肝素、华法令、利伐沙班、达比加群酯等，主要针对心源性栓塞及高凝患者,注意监测凝血功能。

③溶栓药物:对于发病 4.5 小时内或发病 6 小时内的患者，在专业神经内科医生充分评估下，可予以rt-PA 或尿激酶溶栓治疗,旨在抢救梗死缺血半暗带,改善患者预后。

其他如降纤药物、神经保护剂、扩容药物、中医药等均在缺血性脑卒中发挥一定作用。

2、出血性脑卒中(脑出血、蛛网膜下腔出血等)

①脱水降颅压、减轻脑水肿:渗透性脱水剂甘露醇是最重要降颅压药物。甘油果糖、利尿剂也可同时应用。用药过程注意监测尿量、水、电解质、肾功能等。人血清白蛋白价格昂贵,应用受限。

②降压药物：脑出血常伴有血压升高,宜平稳降压,严密观察血压变化。

③预防血管痉挛药：尼莫地平(用于蛛网膜下腔出血)。

需要注意的是，不论是出血性亦或是缺血性脑血管病，病人往往伴有高龄、吸烟、高血压、糖尿病、高脂血症等危险因素。对于基础疾病的管控十分重要。

高血压对脑血管病影响较大，利用降压药将血压控制在安全范围内可促进脑血管病病情恢复，降低复发风险。他汀类等降脂药物能够稳定动脉硬化斑块，同时可以通过调节低密度脂蛋白水平预防脑卒中。对于糖尿病患者则需要通过降糖药物或胰岛素将血糖控制理想范围。

二、脑血管病的介入治疗

介入治疗属于微创技术，需经皮穿刺，在血管内完成相关操作，优势在于创伤小、恢复快，在脑血管病

治疗领域取得良好成效。脑血管病介入治疗方法包括:全脑血管造影、动脉狭窄球囊扩张/置入支架、动脉瘤介入栓塞、急性脑梗死的动脉溶栓取栓等。

1、全脑血管造影是目前诊断所有脑血管病的一个金标准，是最高级别的检查手段。特别是对于动脉瘤、动静脉畸形等定位定性诊断,明确有无颅内动脉狭窄；同时有助于脑出血/蛛网膜下腔出血病因寻找。

2、动脉狭窄球囊扩张/置入支架：最重要目标就是“防治脑卒中(脑中风)”。是通过微创神经介入技术对狭窄的脑血管进行球囊扩张或置入支架以达到血运重建，让狭窄的血管腔最大限度的恢复至正常结构，这样就避免了因为血管狭窄所致的脑部低血流灌注或缺块脱离、甚至血栓形成所致的脑血管事件的发生。

3、血管内取栓术:此疗法可利用导管、支架等特殊取栓器械精准取出病变段血管内的血栓，通常在脑血栓形成后 3~6 小时内实施,能够快速恢复血流，避免脑组织持续受损。对于静脉溶栓无效以及超时间窗的急性脑梗死患者来说，血管内取栓术是帮助其脱离生命危险的有效方法。

4、动脉瘤栓塞术:作为典型的介入治疗手段，动脉瘤栓塞术能够利用导管对栓塞物质进行转移,使之进入动脉瘤内部，从而达到封闭

健康园地

手部骨折的手术治疗方法及康复指南

丁 菊

手部在日常活动中参与度较高，容易在外力直接或间接作用下发生骨折，继而出现局部肿胀、疼痛、活动受限、畸形等一系列表现。手部骨折不但会给日常生活带来不便，还可能因治疗方法或康复方案不当而出现关节僵硬、软组织萎缩等问题。本文针对手部骨折的手术治疗方案以及术后康复指南进行阐述，希望能够帮助大家有效应对手部骨折。

三、脑血管病的手术治疗
脑血管病手术治疗往往存在有创性、价格昂贵、风险高等缺点,但在特定情况下，其意义在于挽救生命、预防再出血或卒中复发、降低致死率、改善预后。

脑血管病手术治疗常见术式如下：

1、出血性脑血管病:颅内动脉瘤栓塞术;脑动静脉畸形栓塞术;脑立体定向血肿吸除术；开颅血肿清除术等。

2、缺血性脑血管病:颈动脉内膜切除术(CEA);颅内外动脉搭桥手术等。

3、其他脑血管病手术:脑室引流术;神经内镜下切除等。

脑血管病现已成为损害人类健康的主要疾病之一，深入探讨疾病治疗方法是提高疾病管理水平的关键。药物治疗、介入治疗及手术治疗均在脑血管病防治中发挥积极作用，但需结合患者实际病情及身体状况确定最优治疗方案，最大限度地改善患者预后。此外,广大群众也要重视健康管理,积极控制血压、血糖、血脂等指标，避免不良生活习惯,戒烟或酒,定期体检,早发现脑血管健康问题，早期干预降低脑血管病的威胁。
(作者单位系安徽省宿州市立医院)

手部骨折治疗方案的制定应以骨折类型、患者体质差异以及移位程度为参考依据，在石膏固定等保守疗法难以奏效的情况下，需通过手术治疗来修复受损组织。手部骨折常见手术方法如下：

1、手部骨折的手术治疗方法

克氏针固定术适用于指骨、掌骨骨折患者以及儿童或青少年的手部骨折治疗，具有费用低、创伤小以及操作便捷等优势，便于早期活动锻炼。此术式主要依靠特殊手法或专业器械对骨折断端进行复位，并用克氏针穿过骨折断端固定成固，包括单针固定法和双针交叉固定法。术后需定期通过 X 光监测骨折形成进度，4~6 周后可拆除克氏针。

1.2 切开复位内固定术

此术式是临床治疗复杂型手部骨折的主要方法之一，如粉碎性骨折、关节内骨折等。医生可经手术切口执行复位操作，配合钢板、螺钉等金属内固定工具对骨折断端进行固定，逐层缝合切口后固定功能位。这种内固定术式可以取得更加稳定的固定效果，利于术后早期锻炼，二次移位风险相对更低。术后，应当对伤口愈合进度严加观察，按时更换敷料并清洁伤口，防止感染。

1.3 外固定支架固定术

对于开放性骨折、软组织受损严重以及需逐步调整骨骼位置的手部骨折患者，临床常采用外固定支架固定术对其进行治疗。实施此术式时，需在骨折远端、近端经皮穿刺内置钢针，借助连接杆固定夹对两端进行固定，形成空间力学稳定的固定系统。此术式可减少手术操作对骨折处软组织造成的二次创伤，同时便于临床人员更好地观察和护理伤口。需注意，术后应结合骨折断端修复情况定期对支架位置进行调整，仔细护理钢针周围皮肤，降低感染风险。

1.4 微创经皮固定术

蓝光治疗可有效降低新生儿血清胆红素浓度，在黄疸的治疗中取得出色效果。但光疗也会带来一些副作用，如皮肤干燥、过敏、眼部损伤以及体温异常等。为保障新生儿健康，需在光疗期间采取科学的护理手段，尽可能减少副作用的发生。本文从皮肤、眼睛、体温护理三个维度对新生儿蓝光治疗的护理要点进行阐述。

1、新生儿蓝光治疗期间的皮肤护理

蓝光治疗时，新生儿持续暴露于强光下，局部皮肤可能出现干燥脱皮的情况，甚至出现皮疹，增加新生儿痛苦。皮肤的护理要点包括三方面：

①清洁：温水清洁皮肤，禁止使用含有刺激性成分的沐浴露或护肤品，清洁后用柔软干毛巾轻轻擦拭皮肤表面的水分，并为新生儿穿上柔软、透气、宽松的棉质衣服，避免对皮肤造成额外刺激和损伤。治疗期间每 2 小时更换 1 次体位，防止皮肤持续受压。

②保湿：光疗前后为新生儿涂抹专用保湿乳液，及时锁住皮肤水分，防止因蓝光长时间照射而引起干燥、脱皮等问题。光疗前合理调节蓝光灯角度，与皮肤之间的距离以 33~50 厘米为宜，防止局部过热而出现皮肤损伤。

③监测：注意观察新生儿皮肤状态，检查有无红斑、丘疹，发现异常应及时告知医生。光疗引起的皮疹通常无需特殊处理，但应保持皮肤干燥且清洁，可以用保护手套包裹新生儿双手，防止其抓挠皮肤而引发感染。若皮肤已出现破溃，应暂停光疗，根据损伤情况进行护理，并做好感染处理。

2、新生儿蓝光治疗期间的眼睛护理

蓝光治疗虽能有效缓解黄疸症状，但高能量光线可能会损伤新生儿视网膜，对其视力发育产生一定影响。因此，加强眼睛保护是新生儿蓝光治疗期间的护理重点之一，核心内容如下：

①佩戴眼罩：选择遮光性能出色且贴合新生儿面部曲线的眼罩，将新生儿双眼完全覆盖，防止光线直接照射新生儿的视网膜。眼罩的材质以柔软透气的无纺布或硅胶为主，佩戴期间可以利用魔术贴或者弹性带加强固定，避免光疗期间移位。护士每 2 小时需对眼罩固定情况进行检查，若发现眼罩松动、潮湿，应及时更换。

②视力监测：蓝光治疗后，需针对新生儿眼部情况进行 24 小时的持续观察，便于及时发现眼睛红肿、畏光、流泪及频繁眨眼等异常反应。对于光疗后出现以上反应的新生儿，应暂停光疗计划并通知医生。嘱咐家长在新生儿出院后定期接受眼科检查，了解视网膜发育情况，判断是否存在光损伤、斜视等问题。

③家庭延续护理：向家长说明保护眼睛的方法及相关注意事项，同时强调蓝光治疗可能对视网膜发育造成的影响，嘱咐家长在生活中关注新生儿眼部情况，通过规范佩戴眼罩、定期检查视力等方法保护新生儿视力健康。

3、新生儿蓝光治疗期间的体温护理

光疗期间蓝光灯会持续发出热量，在外源性热量的持续作用下，新生儿体温调节系统可能会受到一定影响。因此，光疗期间需精准监测新生儿体温变化，配合环境温度的合理调控进一步稳定新生儿体温。具体措施如下：

①体温监测：按照 2 小时/次的频率测量新生儿体温，正常区间为 36.5~37.5℃。若发现新生儿体温不足 35℃或高于 37.8℃，应及时中止蓝光治疗，及时调整环境温度并报告医生。

②环境温度管理：提前调节蓝光箱温度，持续预热至适宜温度（低于中性温度 1~2℃即可），防止新生儿光疗期间受凉。治疗室温度应处于 22~26℃之间，湿度处于 55%~65%之间，适宜的温湿度能避免体温异常波动。

③保暖与散热：对于体温偏低的新生儿，可利用暖箱、棉被等保暖用具为其提供温暖。对于体温偏高的新生儿，可以通过减少衣物、扩大照射距离等方法促进散热，加速体温恢复。

4、新生儿蓝光治疗期间的特殊护理

受个体差异影响，一些新生儿在光疗期间可能面临更高的风险，需予以特殊护理。对于早产儿与低体重新生儿，应加强对皮肤和体温的监测，必要时可以配合药物治疗来增强疗效，缩短光疗时间。对于黄疸指数较高的新生儿，可以适当增加胆红素水平监测频率，同时要加强安全防护，警惕胆红素脑病征兆（如惊厥、嗜睡等）。

蓝光疗法是临床治疗新生儿黄疸的首选方法，在规范治疗的前提下能够及时降低胆红素水平，帮助新生儿重获健康。但光疗对新生儿皮肤、眼睛及体温的影响不容忽视，可能导致新生儿皮肤和视网膜受损，并且会引起体温异常降低或升高。鉴于此，护士和家长应在新生儿光疗期间做好皮肤、眼睛和体温护理相关工作，通过全方位呵护保障新生儿身心健康。(作者单位系萧县人民医院)

宫颈癌筛查(HPV+TCT)全攻略

王 蒙

宫颈癌是威胁女性健康安全的常见恶性肿瘤疾病,近年来,宫颈癌发病率和死亡率不断增长,据报道,我国 2022 年新发病例约 15 万,死亡病例约 5.6 万,预测 2030 年新发病例将增至 20.78 万，死亡病例将增至 9.3 万，故需做好宫颈癌的筛查诊断,以便早发现、早治疗,减轻宫颈癌给患者带来的损伤危害。宫颈癌的癌前病变时期较长，在此期间患者如能够得到准确诊断、规范治疗，则可以在很大程度上扭转癌前病变,鉴于 HPV 病毒与宫颈癌的发生发展息息相关,故开展 HPV 检测至关重要。作为宫颈癌筛查又一有效手段，液基薄层细胞学检查(TCT)可以完成宫颈细胞的细胞学分类诊断，为医师判定宫颈细胞有无异常提供科学准确的数据支持。基于此，本文简要阐述 HPV+TCT 筛查宫颈癌的相关攻略。

1 HPV+TCT 筛查宫颈癌的优势作用

HPV 检查简单来说就是检测患者有无感染 HPV 病毒,主要有两种检查方式。其一 HPV 分型检查,是一种精准性更高的 HPV 检查,可以准确测定 HPV 病毒类型,评估病毒属于高危型或低危型；其二 HPV-DNA 检查，用于判断有无 HPV 感染发生和具体的 HPV 负荷量,HPV 负荷量和宫颈病变风险呈正相关性,负荷量越低、病变风险越小。TCT 检查简而言之就是检测患者宫颈细胞是否正常，有无在致病因素影响下出现病变。由此可知，HPV 检查主要原因、TCT 检查看结果，二者结合可以帮助医师在明确致病原因的基础上，更加准确地诊断疾病，极大地提高了癌前病变期宫颈癌的检出率，对患者获得理想的疗效和预后十分有益。

2 HPV+TCT 筛查指南和建议

年龄是宫颈癌筛查的重要参考指标,于不同的年龄进行恰当频次的筛查可以最大限度地提高宫颈癌预防效果。常规情况下,21 岁是宫颈癌筛查的初始年龄;21~29 岁时，以 1 次/3 年的频次进行 TCT 检查;30~65 岁时，以 1 次/3 年的频次进行 TCT 检查，或 1 次/5 年的频次进行 HPV+TCT 检查;65 岁以上时,如既往检查结果均为阴性,基本无需继续筛查。对于 HPV 感染、有宫颈癌前病变治疗史等宫颈癌高危群体,其筛查频次需严格按照医师建议进行,适当增加筛查频次或联用其他筛查手段。需要注意的是，接种 HPV 疫苗并非可以做到 HPV 病毒的百分之百免疫，依旧需要按照年龄变化参与筛查。

3 HPV+TCT 筛查注意要点

3.1 筛查前
月经结束后 3~7 天是最佳筛查期，故有筛查意向的女性应避开月经期,且不可于妊娠期进行筛查,如伴有宫颈炎或正处于感染期需在医生指导下进行筛查。筛查前 1~2 天不可有性生活，不可对阴道进行冲洗或给药，以防异常病原体清除或阴道内细胞分布改变，降低检查真实性、有效性;注意穿戴宽松、舒适、透气的衣物，避免摩擦外阴部，增加不适;用温开水清洗会阴部。检查当日,认真听取检查人员关于 HPV 和 TCT 检查的知识要点，树立正确规范的认知观，并在检查人员协助下调适心理情绪，放松身心,以平和心态接受检查。

3.2 筛查中
HPV 检查:用宫颈拭子或宫颈刷取样，送至实验室后经 HPV-DNA 和 HPV 分型检查，确定是否感染 HPV，或具体的感染病毒类型，以及是否属于高危型 HPV。TCT 检查:用采毛刷轻轻擦拭宫颈部位,并配合一定的角度旋转,以获取细胞样本，随后用固定液保存样本,送至实验室后用显微镜观察，根据观察到的细胞数量和形态判定宫颈细胞有无异常改变。

3.3 筛查后
检查操作可能会导致些许分泌物或少量出血情况的发生，此时无需惊慌、担忧,在使用卫生巾或护垫隔离外阴部和衣物的同时，利用温开水清洗会阴部，做好个人卫生工作；筛查后 1~2 天需规避性生活和剧烈运动,以免刺激宫颈,或诱发宫颈感染;如筛查结果显示阴性，也不

有效治疗后再行筛查。筛查前 1~2 天不可有性生活，不可对阴道进行冲洗或给药，以防异常病原体清除或阴道内细胞分布改变，降低检查真实性、有效性;注意穿戴宽松、舒适、透气的衣物，避免摩擦外阴部，增加不适;用温开水清洗会阴部。检查当日,认真听取检查人员关于 HPV 和 TCT 检查的知识要点，树立正确规范的认知观，并在检查人员协助下调适心理情绪，放松身心,以平和心态接受检查。

3.4 筛查后
检查操作可能会导致些许分泌物或少量出血情况的发生，此时无需惊慌、担忧,在使用卫生巾或护垫隔离外阴部和衣物的同时，利用温开水清洗会阴部，做好个人卫生工作；筛查后 1~2 天需规避性生活和剧烈运动,以免刺激宫颈,或诱发宫颈感染;如筛查结果显示阴性，也不

有效治疗后再行筛查。筛查前 1~2 天不可有性生活，不可对阴道进行冲洗或给药，以防异常病原体清除或阴道内细胞分布改变，降低检查真实性、有效性;注意穿戴宽松、舒适、透气的衣物，避免摩擦外阴部，增加不适;用温开水清洗会阴部。检查当日,认真听取检查人员关于 HPV 和 TCT 检查的知识要点，树立正确规范的认知观，并在检查人员协助下调适心理情绪，放松身心,以平和心态接受检查。

3.5 筛查后
检查操作可能会导致些许分泌物或少量出血情况的发生，此时无需惊慌、担忧,在使用卫生巾或护垫隔离外阴部和衣物的同时，利用温开水清洗会阴部，做好个人卫生工作；筛查后 1~2 天需规避性生活和剧烈运动,以免刺激宫颈,或诱发宫颈感染;如筛查结果显示阴性，也不

有效治疗后再行筛查。筛查前 1~2 天不可有性生活，不可对阴道进行冲洗或给药，以防异常病原体清除或阴道内细胞分布改变，降低检查真实性、有效性;注意穿戴宽松、舒适、透气的衣物，避免摩擦外阴部，增加不适;用温开水清洗会阴部。检查当日,认真听取检查人员关于 HPV 和 TCT 检查的知识要点，树立正确规范的认知观，并在检查人员协助下调适心理情绪，放松身心,以平和心态接受检查。

3.6 筛查后
检查操作可能会导致些许分泌物或少量出血情况的发生，此时无需惊慌、担忧,在使用卫生巾或护垫隔离外阴部和衣物的同时，利用温开水清洗会阴部，做好个人卫生工作；筛查后 1~2 天需规避性生活和剧烈运动,以免刺激宫颈,或诱发宫颈感染;如筛查结果显示阴性，也不

有效治疗后再行筛查。筛查前 1~2 天不可有性生活，不可对阴道进行冲洗或给药，以防异常病原体清除或阴道内细胞分布改变，降低检查真实性、有效性;注意穿戴宽松、舒适、透气的衣物，避免摩擦外阴部，增加不适;用温开水清洗会阴部。检查当日,认真听取检查人员关于 HPV 和 TCT 检查的知识要点，树立正确规范的认知观，并在检查人员协助下调适心理情绪，放松身心,以平和心态接受检查。

3.7 筛查后
检查操作可能会导致些许分泌物或少量出血情况的发生，此时无需惊慌、担忧,在使用卫生巾或护垫隔离外阴部和衣物的同时，利用温开水清洗会阴部，做好个人卫生工作；筛查后 1~2 天需规避性生活和剧烈运动,以免刺激宫颈,或诱发宫颈感染;如筛查结果显示阴性，也不

有效治疗后再行筛查。筛查前 1~2 天不可有性生活，不可对阴道进行冲洗或给药，以防异常病原体清除或阴道内细胞分布改变，降低检查真实性、有效性;注意穿戴宽松、舒适、透气的衣物，避免摩擦外阴部，增加不适;用温开水清洗会阴部。检查当日,认真听取检查人员关于 HPV 和 TCT 检查的知识要点，树立正确规范的认知观，并在检查人员协助下调适心理情绪，放松身心,以平和心态接受检查。

3.8 筛查后
检查操作可能会导致些许分泌物或少量出血情况的发生，此时无需惊慌、担忧,在使用卫生巾或护垫隔离外阴部和衣物的同时，利用温开水清洗会阴部，做好个人卫生工作；筛查后 1~2 天需规避性生活和剧烈运动,以免刺激宫颈,或诱发宫颈感染;如筛查结果显示阴性，也不

有效治疗后再行筛查。筛查前 1~2 天不可有性生活，不可对阴道进行冲洗或给药，以防异常病原体清除或阴道内细胞分布改变，降低检查真实性、有效性;注意穿戴宽松、舒适、透气的衣物，避免摩擦外阴部，增加不适;用温开水清洗会阴部。检查当日,认真听取检查人员关于 HPV 和 TCT 检查的知识要点，树立正确规范的认知观，并在检查人员协助下调适心理情绪，放松身心,以平和心态接受检查。

新生儿呼吸窘迫综合征的气管插管与肺表面活性物质给药护理

彭 柳

新生儿呼吸窘迫综合征(NRDS)属于新生儿科危及病症,常见于早产儿,具有突发性强、疾病进展迅速的特点。该病是新生儿肺部缺乏肺表面活性物质致使肺泡无法正常扩张所致，进而引发严重缺氧和呼吸困难。医护人员必须争分夺秒地进行干预,否则可能迅速发展为呼吸衰竭,甚至危及新生儿生命。临床气管插管联合肺表面活性物质给药是抢救 NRDS 患儿的核心措施之一。本文将带您深入了解 NRDS 的发生机制、识别气管插管与肺表面活性物质给药护理要点,帮助您认识这场生死时速的生命救援。

1. 新生儿呼吸窘迫综合征概述

新生儿呼吸窘迫综合征也被称为肺透明膜病，是一种主要发生在早产儿中的急性肺部疾病，其核心原因是肺表面活性物质分泌不足或功能障碍。早产是发生 NRDS 的最主要影响因素，这是因为，肺表面活性物质通常在妊娠 28 周后才开始大量产生,35 周以后趋于稳定,早产可能造成肺表面活性物质不足,引发疾病。此外,孕妇患有糖尿病、剖宫产未发动宫缩、围产期感染等也会影响胎儿肺成熟度，增加患病风险。

NRDS 多在新生儿出生后数分钟至几小时内出现症状，典型表现

为呼吸急促、鼻翼扇动、吸气性胸骨下凹陷、口唇及四肢发绀、呻吟样呼吸等。体格检查常可发现双肺呼吸音减弱,部分患儿伴有低体温、肌张力低下等全身表现；经胸部 X 线检查可见双肺透亮度降低,呈“毛玻璃样”改变,肺野清晰度下降。

2. 气管插管技术在 NRDS 中的应用

2.1 气管插管概述

NRDS 治疗中的气管插管就是将一根柔软的塑料导管插入新生儿气管,意在建立人工气道,通过连接机械通气设备提供持续的氧气支持和正压通气。在 NRDS 患儿干预中,气管插管是维持有效气体交换、纠正低氧血症的关键步骤，不仅能确保低氧血症的通气量，还能为进一步给予肺表面活性物质创造条件。

需要注意的是，气管插管是一项对技术和操作环境要求极高的急救操作，需由经验丰富的新生儿科医生或麻醉医师完成。具体流程包括：(1)准备阶段,医护人员要对新生儿的体重、胎龄、呼吸情况、心率等基础情况予以评估后，选择合适尺寸的喉镜、气管导管、氧气供应设备等器械，安排助手协助固定患儿头部、准备药物及监测设备。(2)插管过程,使新生儿头后仰位,头部稍向后仰,保持呼吸道自然伸直;开放

气道,使用喉镜轻轻挑起会厌,暴露声门;将气管导管缓慢送入声门,直至预定深度；听诊双肺呼吸音是否对称,观察胸廓起伏,并可通过呼气末二氧化碳检测仪辅助判断导管是否进入气管；完成后用胶布或专用固定器将导管稳妥固定,避免移位。

2.2 气管插管后护理要点

插管后护理是确保治疗效果、保证新生儿安全的关键环节，主要包括：(1)密切观察患儿呼吸频率、心率、血氧饱和度等生命体征变化,准确记录；(2)注意监测导管位置,护理人员要定时对患儿进行床旁 X 光检查，确认导管位于气管中部；(3)并发生预防,加强口腔护理,定时吸痰,保持气道湿化,避免发生误吸、气胸、气管损伤、导管堵塞等并发症；(4)及时调整呼吸机参数,按照血气分析结果调整吸入氧浓度、潮气量等参数，避免过度通气或通气不足。

3. 肺表面活性物质给药指南

3.1 肺表面活性物质作用机制
肺表面活性物质能够显著降低肺泡表面张力，防止肺泡在呼气时塌陷，从而改善肺顺应性和气体交换效率，不仅能缓解当前的呼吸窘迫症状,还能促进肺部结构的发育,降低慢性肺炎病的发病率。目前临床上常用的肺表面活性物质主要包

括猪肺磷脂提取物、牛肺提取物等天然制剂和合成制剂，其中天然制剂因其成分更接近人体自身分泌物,故而疗效更佳、安全性更强,临床应用更为广泛。

3.2 给药方法及注意事项

肺表面活性物质通常在气管插管后通过导管直接注入气道，医护人员首先进行剂量计算,据患儿体重确定肺表面活性物质所需剂量;后将药液加热至接近体温,避免冷刺激引起的呼吸暂停；将药物分为 2~4 次注入,中间间隔数分钟,在间隔时间变换新生儿体位,确保药物均匀分布于各肺叶;给药后继续机械通气 1~2 小时,保持气道压力稳定,防止药物反流或肺泡再次塌陷。给药过程中要注意严密监测患儿生命体征,维持无菌操作,避免交叉感染,另外要记录用药时间与剂量,评估患儿的呼吸状况和各项指标变化,按照结果决定是否需重复给药。

总而言之，新生儿呼吸窘迫综合征是一场与时间赛跑的生死战役，其中气管插管和肺表面活性物质给药是拯救生命的两大支柱。医护人员必须要具备专业的知识、精准的操作技能和细致的护理能力，在短短时间内恢复患儿的呼吸功能，挽救患儿生命。

(作者单位系萧县人民医院)