

新生儿黄疸的分类及治疗方法

□ 龙云霞

黄疸于 4-12 周后下降,无引起黄疸的其他病因出现,停止母乳喂养 3 天后黄疸可下降。

四、新生儿黄疸的治疗

(一)蓝光照射:光照疗法是利用光线照射皮肤的方式使黄疸消退。它可以将胆红素经过光的氧化转化为水溶性的胆红素异构体。这一过程可以避免胆红素与葡萄糖醛酸的结合,然后让该物质从胆汁和尿液中排出,进而减少血清中的胆红素浓度。此方法简单而有效,一些宝宝会出现体温升高、大便次数增多现象,停止照射后便会恢复。

(二)换血疗法:宝宝血液中的胆红素超过 342 μ mol/L,或已经出现大脑受损的症状时,可换血治疗,这是有效控制重度高胆红素血症重要的干预手段,防止核黄疸发生。

(三)日光照射:太阳光可帮助宝宝降低黄疸值,需要在阳光下充分暴露身体,日光照射注意遮挡宝宝的眼睛和避免着凉。

(四)溶血性黄疸:可以采用丙种球蛋白以及输血的方法来进行治疗。

(五)胆汁淤积性黄疸:新生儿胆汁淤积所引发的黄疸,主要是需要根据其病因进行相关治疗。在初期治疗中,需要为患儿提供营养支持,并为患儿补充维生素 A、D、E 和

K。在奶粉选择方面,可以用特制奶粉喂养。对于出现胆道闭锁症状的患儿,必要时需进行胆道造影,如确实存在胆道闭锁,需行进行 Kasai 术治疗。

五、新生儿黄疸的居家观察及预防

当新生儿跟随妈妈回到家中,在没有医院专业仪器的监测下,如何判断宝宝的黄疸值是否是正常的呢?我们可以通过观察宝宝的皮肤黏膜、巩膜的颜色,黄疸部位和范围,来帮助判断,如果宝宝的黄疸已经波及到四肢、巩膜,则需要到医院进行进一步检测,让医生来判断是否需要治疗。刚出生的宝宝往往睡眠时间较长,应耐心喂养,按需调整喂养方式,如少量多次、间歇喂养等,保证奶量摄入,促进胎便排出,减少胆红素肠肝循环,促进胆红素排泄。同时要预防感染,接触宝宝前做好手卫生,注意脐部及臀部护理,保持清洁干燥。

结语

大多数新生儿黄疸属于生理性黄疸,可自然消退,不需要特殊治疗,父母可以通过充足的喂养和适当的日光照射来帮助降低黄疸值。但如果黄疸值过高,则需要及时就医,否则有可能会对宝宝造成不可逆的影响。

(作者单位:广西桂林医学院第二附属医院)

新生儿黄疸是新生儿最常见的疾病,有的家长认为新生儿黄疸不用担心,迟早自己会消退,但也有人担心,若不及时干预和治疗,会给宝宝带来不良后果,甚至导致脑瘫的发生。那么,什么是新生儿黄疸,当宝宝出现黄疸时,新手爸妈们该如何处理呢?

一、新生儿黄疸是什么?

新生儿黄疸,又称高胆红素血症,是由于新生儿时期血清总胆红素浓度升高而引起的皮肤、黏膜和巩膜等黄染现象。

二、新生儿黄疸的分类

根据黄疸的发生时间、严重程度及持续时间,可将其分为生理性黄疸和病理性黄疸。

(一)生理性黄疸

生理性黄疸通常情况下不严重。足月儿生后 2-3 天开始出现黄疸,4-5 天达到高峰,5-7 天逐渐消退,最迟不会超过 2 周。黄疸程度较轻,先见于面部、颈部和巩膜,然后逐渐遍及躯干和四肢,粪便呈黄色。每日血清胆红素升高幅度小于 85 μ mol/L,或每小时小于 0.85 μ mol/L。在正常情况下,足月儿的生理性黄疸值不会超过 221 μ mol/L (12.9 mg/dL),而早产儿的黄疸值不超过 256 μ mol/L (15 mg/dL)。

(二)病理性黄疸

病理性黄疸在出生后 24 小时内出现,其黄疸程度较重,血清胆红素浓度大于 205.2-265.5 μ mol/L (12-15mg/dL),或每日上升超过 85 μ mol/L (5mg/dL);持续时间较长,足月儿持续时间超过 2 周,早产儿则超过 4 周;黄疸退而复现;血清结合胆红素水平大于 34 μ mol/L (2mg/dL)。可伴有其他症状,如吐奶、发热、抽搐、嗜睡和大便发白。如果胆红素水平急剧上升,它可能通过血脑屏障进入脑细胞,损伤神经系统,引起胆红素脑病(核黄疸),可能导致智力障碍、听力丧失、脑瘫等严重后果。

(三)病理性黄疸的原因

引起病理性黄疸的原因包括感染性及非感染性。感染性是指病原菌经胎盘传给胎儿或在通过产道分娩时导致的新生儿感染,也可能是生后出现皮肤、脐部感染导致的败血症。病原菌包括细菌、真菌、巨细胞病毒、乙型肝炎病毒、风疹、单纯疱疹、梅毒螺旋体、弓形体等。非感染性的因素包括新生儿血型不合溶血症、蚕豆病、胆道闭锁、早产儿、足月低出生体重儿以及母乳性黄疸,其中母乳性黄疸是指与生理性黄疸持续重叠且持续不退,血清胆红素高达 342 μ mol/L,宝宝一般状态良好,

浅谈深静脉血的栓预防与护理方法

□ 苏冬梅

康复包括散步、伸展肢体等轻度运动和有氧运动等中度运动。物理康复包括气压治疗、电刺激治疗等。康复过程中要注意观察患者的反应情况,及时调整康复方案。

4. 并发症的预防与护理:深静脉血栓可能引起肺栓塞、心脑血管疾病等并发症,因此要积极预防并发症的发生。在护理过程中要注意观察患者的症状变化,如有异常情况应及时报告医生处理。

5. 饮食护理:饮食上要注意清淡易消化,多食用富含纤维质的食物。保持大便通畅防止便秘,同时,要避免食用高脂肪高胆固醇的食物。以免加重血液黏稠度不利于病情恢复。

7. 注意保护下肢血管:在寒冷季节要注意下肢保暖,穿宽松的裤子和弹力袜以增加血液循环减轻下肢血管负担。在炎热的季节要保持室内空气流通,降低室温避免使用空调时间过长以免影响下肢血液循环加重病。

四、深静脉血栓的预防措施

1. 基本预防措施:保持正常的作息时,避免长时间保持同一姿势,如长时间坐、站、躺等。定期活动身体,如散步、伸展肢体等,以促进血液循环。保持良好的饮食习惯,多摄入富含纤维素的蔬菜、水果等,避免高脂

肪、高胆固醇的食物。

2. 针对性预防措施:针对不同人群采取相应的预防措施。对于孕妇、老年人、长期卧床者等高危人群,应更加重视预防措施的实施。如孕妇在孕期应避免长时间保持同一姿势,老年人应加强锻炼,长期卧床者应定期改变体位等。此外,对于患有慢性病的患者,如糖尿病、高血压等,应积极治疗原发病,控制病情发展。

3. 预防性药物使用:在某些情况下,医生可能会建议使用抗凝药物来预防深静脉血栓的形成。如手术后、长期卧床等情况下,医生可能会开具抗凝药物以降低血栓形成的风险。在使用抗凝药物时,患者应严格按照医生的建议使用药物,注意观察不良反应。

五、结语

深静脉血栓的预防与护理是一项重要的医疗任务,对于防止血栓形成、保障患者生活质量具有重要意义。通过了解血栓形成的原因和机制,采取适当的预防措施,如定期活动、保持良好的生活习惯等,可以有效地减少血栓的形成。科技的进步也为深静脉血栓的预防和护理提供了更多的可能性,未来我们期待科技能够为深静脉血栓的预防和护理提供更加精准和便捷的手段。

(作者单位:广西钦州市第一人民医院)

在我们的日常生活中,可能听到过这样的话:“昨天走路多了,今天腿好疼啊!”、“坐了几个小时的飞机,我的腿都肿了!”这些看似平常的表述,其实背后可能隐藏着一种危险的病症——深静脉血栓。深静脉血栓是一种由于血液在静脉内不正常凝块而形成的血栓,常常发生在手术后、长期卧床、慢性病患者等人群中。然而,只要我们了解它的形成原因,采取有效的预防和护理措施,就可以有效地防止血栓的形成。

一、什么是深静脉血栓?

深静脉血栓是指在血液在静脉内不正常凝块形成血栓,通常是由于血液流动缓慢、血液成分发生变化或血管壁受损等原因引起的。根据其形成时间和严重程度,可以分为急性血栓和慢性血栓。急性血栓通常是指在短时间内形成的血栓,症状较为严重;而慢性血栓则是指在长时间内逐渐形成的血栓,症状相对较轻。深静脉血栓一旦形成,会对我们的身体造成很大的危害,如肺栓塞、心脑血管疾病等。

二、如何及时发现深静脉血栓?

1. 认识深静脉血栓的警示信号:深静脉血栓形成后,患者可能会出现患肢疼痛、肿胀、皮温升高、皮肤颜色改变等症状。有时还

可能出现浅静脉曲张、肢体活动障碍等症状。当出现这些症状时,患者应及时就医。

2. 及时就医:一旦出现上述症状,患者应及时就医。医生会通过检查患者的症状、测量血液指标等手段来确诊是否为深静脉血栓。如果确诊为深静脉血栓,医生可能会建议患者住院治疗或开具药物进行治疗。

3. 定期检查:对于高危人群,如长期卧床者、老年人、孕妇等,应定期进行血液检查和血管检查,以了解是否有深静脉血栓的形成。同时,对于已经确诊为深静脉血栓的患者,也应定期进行检查以监测病情变化和治疗效果。

三、深静脉血栓的护理方法

1. 常规护理:密切观察患者的生命体征变化,包括体温、心率、呼吸等。定期检查患者的血液指标,了解血液成分变化情况。保持患者患肢抬高,促进血液回流。保持患肢清洁卫生,避免感染。

2. 心理护理:关注患者的心理状态,提供心理支持。向患者介绍疾病的相关知识,提高患者的认知程度。鼓励患者保持积极乐观的心态,增强战胜疾病的信心。

3. 康复护理:根据患者的具体情况制定康复计划,包括运动康复和物理康复等。运动

Pilon 骨折四个维度——入路,复位,固定,挑战

□ 韦木佑

复位顺序:后外侧“恒定”骨块通常没有移位,如果它移位或旋转了(在复杂情况下),必须首先对其进行复位。然后,解除中心骨块的嵌插状态,复位至骨块上,用克氏针临时维持。接着对前外侧骨块进行复位,最终将关节面骨块固定至骨干。

固定:坚强固定与早期活动

Pilon 骨折的固定要求达到足够稳定,以实现早期活动。固定方式包括钢板、螺钉、髓内钉等。

钢板固定:大多数 Pilon 骨折需要用内侧和前外侧支撑钢板。钢板必须起支撑作用并置于抵抗移位力量的最佳生物力学位置。螺钉固定:简单的关节骨块可以通过螺钉与外固定支架固定相结合进行固定。对于骨质疏松症和胫骨干骺端明显粉碎的患者,采用关节周围锁定钢板和螺钉的固定效果更好。

髓内钉固定:在一些骨折中,当腓骨和胫骨用钢板固定时两柱稳定,再行锁定钢板是不必要的。但在许多高能量损伤的 C 型 Pilon 骨折中,其粉碎性要求使用锁定的内植物以稳固维持复位直到骨折愈合。

挑战:软组织保护与并发症防治

Pilon 骨折的治疗面临诸多挑战,其中最重要的是软组织的保护和并发症的防治。

软组织保护:由于 Pilon 骨折往往伴随软组织损伤,手术过程中必须特别注意保护软组织,避免再次伤害。手术切口的选择、牵拉力度、手术时间等都可能影响软组织的愈合。

并发症防治:Pilon 骨折的并发症包括感染、僵硬、关节炎等。为降低并发症的发生率,需要仔细进行术前准备、术中操作和术后护理。对于开放性骨折,必须仔细处理伤口,采用分期清创方案,确保骨折和软组织的确定性覆盖。

康复锻炼:术后康复锻炼对于恢复关节功能和减少并发症至关重要。患者需要在医生的指导下进行系统的康复锻炼,包括关节活动度训练、肌肉力量训练等。

综上所述,Pilon 骨折的治疗需要从入路、复位、固定和挑战四个维度进行全面考虑。通过合理的手术入路、精确的复位、坚强的固定和细致的术后护理,可以最大限度地提高治疗效果,减少并发症的发生,帮助患者早日恢复健康。(作者单位:广西壮族自治区河池市宜州区中医医院)

Pilon 骨折,也称为胫骨远端粉碎性骨折,通常是由于高能量损伤引起的,如车祸、跌落等,伴轴旋转和轴向挤压的复合暴力作用。由于骨折部位软组织覆盖较少,治疗难度较大,且易导致并发症。本文将入路、复位、固定和挑战四个维度对 Pilon 骨折进行深入探讨。

入路:选择决定成败

Pilon 骨折的手术入路选择至关重要,它不仅影响骨折的显露和复位,还直接关系到软组织的保护和手术的成功率。根据骨折类型、位置和软组织条件,手术入路可以分为前内侧、前外侧、后内侧、后外侧等多种方式。

前内侧入路:适用于胫骨远端内侧柱损伤,可以暴露内踝、胫距关节内和中 1/3 部分。但此入路无法有效暴露外侧柱,对于需要复位 Chaput 骨折块或外侧钢板固定的病例,可能需要采用双切口。

前外侧入路:适用于 Pilon 骨折累及外侧柱、前侧或前外侧 B 型骨折、C 型骨折伴外侧损伤等。通过此入路可以暴露胫距关节中、外 1/3,但无法有效暴露内侧柱。当外侧柱骨折伴腓骨骨折时,可仅采用单一切口。

后内侧和后外侧入路:后内侧入路不是

Pilon 骨折的常用入路,但当骨折前方完整而后柱骨折时或 Pilon 骨折有较大的后内侧骨块时,可考虑采用。后外侧入路适用于三踝骨折中有大块的后内侧或后外侧骨块(Volk-mann 骨块)以及踝关节后骨折。

微创接骨板固定术(MIPO)是一种特殊的入路方式,主要用于关节外骨折和部分关节面骨折。通过小切口,不暴露干骺端,可以避免对软组织和骨折端血运的损伤。虽然固定强度一般,但可以促进骨痂形成,获得关节面解剖复位和完全稳定。

复位:解剖复位是关键

Pilon 骨折的复位要求解剖复位,特别是关节面的复位,以恢复关节的正常功能。复位过程中,需要仔细分析 CT 扫描,以指导计划复位的操作和固定的方法。

早期复位:对于开放性骨折或严重粉碎性骨折,早期外固定和负压伤口治疗敷料可以保护软组织,减少并发症。随后,通过延期闭合创面,为确定性手术做准备。

间接复位:由于骨折块的压缩和旋转,间接复位非常困难。一般通过确定性切开入路对关节面进行直接复位。