

孕产妇贫血的预防及儿童缺铁贫血的食补方法

▲ 清远市佛冈县石角镇卫生院 郑雪连

从孕期到幼儿期，铁缺乏如同隐形杀手，悄然威胁着两代人的健康。

孕期：胎儿发育的“铁争夺战”

妊娠期女性血容量增加 40%~50%，而红细胞生成仅增加 20%~30%，这种“稀释性贫血”是生理现象。但当血红蛋白 < 110g/L 时，即需警惕缺铁性贫血——我国孕妇患病率高达 19.1%，农村地区更达 33.8%。孕早期每日需铁 24mg（非孕期 20mg），孕中期增至 29mg，孕晚期达峰值 35mg。胎儿肝脏在孕 32 周后开始大量储存铁，这些储备需维持婴儿出生后 4~6 个月的需求。若母体铁储备不足，新生儿出生时体内铁含量将减少 30%~50%。基础层：血红素铁优先动物肝脏每周 2 次，每次 30g（约掌心大小），鸭肝铁含量高达 23mg/100g，是猪肝的 1.5 倍。红肉每日 50~100g，选择牛肉里脊或羊肉后腿，这些部位脂肪含量低且铁吸收率达 22%。鱼类每周 3 次，沙丁鱼罐头连骨食用，每 100g 含铁 2.5mg，同时提供钙质。

强化层 维生素 C 助力餐后 1 小时内食用富含维 C 的果蔬，如鲜枣 50g（含维 C50mg）或猕猴桃 1 个，可使非血红素铁吸收率提升 3~6 倍。避免与咖啡、茶同食，单宁酸会与铁结合形成沉淀，降低吸收率达 50%。

补充层 强化食品巧选择，选择铁强化面粉制作的馒头或面条，每日可额外补充 3~6mg 铁。孕妇奶粉按说明冲调，多数产品每 100g 含铁 6~10mg，可作为加餐选择。

婴幼儿：大脑发育的“铁依赖期”

6 个月至 2 岁是缺铁性贫血高发期，我国该年龄段儿童患病率为 20.5%。铁缺乏不仅导致贫血，更会损害认知发育：铁缺乏婴儿在 12 月龄时运动发育指数较正常儿低 11 分，智力测试得分低 8.6 分。

1. 辅食添加的“铁三角”策略

第一口辅食 强化铁米粉选择，市售婴儿营养米粉，优先标注“铁强化”且含量 ≥ 6mg/100g 的产品。用温水调制成泥糊状，从每日 1 勺开始，逐渐增加至 2~3 勺。自制米粉因含铁量低（仅 0.5~1mg/100g），不建

议作为首选。肉类添加：红肉先行 7 月龄可引入猪肝泥，每周 2 次，每次 10g（约半茶匙）。8 月龄开始添加牛肉泥，选择牛里脊部位，蒸熟后用料理棒打成细腻泥状。鸡肉铁含量较低（1.3mg/100g），可作为过渡食物，但需搭配富含维 C 的蔬菜（如番茄）提高吸收。

血制品应用 鸭血最佳鸭血含铁量高达 30.5mg/100g，且为血红素铁，吸收率是菠菜的 10 倍。9 月龄可尝试鸭血豆腐羹，将鸭血与北豆腐按 1:2 比例混合，剁碎后煮成糊状，每周食用 2 次。

2. 家庭食补的创意方案

猪肝蔬菜粥 猪肝 30g 焯水去腥后切碎，与大米 20g、胡萝卜 20g 共煮，出锅前加入菠菜碎 10g，适合 8 月龄以上婴儿。

牛肉丸子汤 牛肉 50g 剁馅，加入蛋清 1 个、淀粉 5g 顺时针搅拌上劲，制成小丸子煮熟，搭配西红柿 50g 熬汤，10 月龄幼儿可食用。

芝麻酱拌面 白芝麻酱 5g（含铁 5mg/10g）与婴儿面条 30g 拌匀，撒上熟蛋黄碎，12 月龄幼儿每日可作为一餐。

麻醉管理对肺癌根治术后恢复的影响

▲ 广州市番禺区妇幼保健院 何永传

在肺癌治疗领域，肺癌根治术是许多患者获得长期生存、重获健康希望的重要手段。然而，手术的成功不仅取决于外科医生精湛的手术技巧，麻醉管理同样起着至关重要的作用，默默影响着患者术后的恢复进程。

术前评估与准备：为麻醉和手术筑牢根基

术前，麻醉医生会对患者进行全面而细致的评估。他们会详细了解患者的病史，包括是否有高血压、糖尿病、心脏病等基础疾病，以及这些疾病目前的治疗情况和控制程度。因为这些基础疾病就像隐藏在身体里的“小炸弹”，稍有不慎就可能在麻醉和手术过程中被引爆，影响患者的术后恢复。例如，高血压患者如果血压控制不佳，在麻醉诱导和手术过程中，血压可能会出现大幅波动，增加脑出血、心肌梗死等严重并发症的风险。糖尿病患者的血糖管理也至关重要，血糖过高或过低都会影响伤口愈合，增加感染几率。麻醉医生会根据患者的具体情况，制定个性化的麻醉方案和术前准备措施。对于高血压患者，可能会调整降压药物的剂量和用药时间，确保手术当天血压处于相对稳定的状态。

术中麻醉管理：精准调控，守护生命体征

手术过程中，麻醉医生时刻关注着患者的生命体征，精准调控麻醉深度和各项生理指标。麻醉深度过浅，患者可能会在手术中出现疼痛、体动等情况，影响手术的顺利进行，还可能给患者带来心理创伤；麻醉深度过深，则可能导致呼吸抑制、循环不稳定等严重问题，影响患者的术后恢复。

麻醉医生会根据手术的不同阶段和患者的反应，及时调整麻醉药物的用量和种类。在肺癌根治术中，由于手术部位靠近心脏和大血管，对循环系统的干扰较大。麻醉医生需要密切监测患者的心率、血压、中心静脉压等指标，一旦发现异常，立即采取相应的措施。比如，当患者出现血压下降时，麻醉医生可能会通过补充液体、使用血管活性药物等方式来维持血压的稳定，确保重要器官的血液灌注。同时，麻醉医生还会关注患者的呼吸功能。在全身麻醉下，患者的呼吸由呼吸机控制，麻醉医生需要合理设置呼吸机的参数，保证患者的通气量和氧合状态。如果呼吸管理不当，可能会导致低氧血症、高碳酸血症等并发症，影响患者的术后恢复，甚至危及生命。

术后镇痛管理：减轻痛苦，促进康复

术后疼痛是肺癌根治术患者面临的常见问题，也是影响术后恢复的重要因素之一。剧烈的疼痛不仅会让患者感到痛苦不堪，还会抑制呼吸功能，导致肺不张、肺部感染等并发症的发生。麻醉医生在术后镇痛管理中发挥着关键作用。他们会根据患者的疼痛程度和身体状况，制定个性化的镇痛方案。

目前，常用的术后镇痛方法包括患者自控镇痛、硬膜外镇痛等。患者自控镇痛是指患者通过一个装有镇痛药物的泵，根据自己的疼痛程度自行按压按钮，给予适量的镇痛药物。这种方法可以让患者更好地控制自己的疼痛，提高镇痛效果。硬膜外镇痛则是将镇痛药物直接注入硬膜外腔，作用于脊髓神经，达到良好的镇痛效果，同时对呼吸和循环系统的影响较小。有效的术后镇痛可以让患者更早地进行咳嗽、排痰和下床活动，减少肺部并发症的发生，促进胃肠功能的恢复，缩短住院时间，提高患者的生活质量。

总之，麻醉管理在肺癌根治术患者的术后恢复中起着举足轻重的作用。他们用自己的专业知识和技能，为患者的术后恢复保驾护航。

急诊护理如何处理创伤

▲ 山东省菏泽曹州医院 杨慧

创伤是急诊护理中常见且紧急的情况，可能由外力引起，对生命安全构成威胁。急诊护士的任务是及时识别创伤的类型和严重性，通过迅速、有效的护理干预，控制病情发展，为患者争取最佳治疗时机，最大限度地提高其生存率和康复机会。

创伤的分类及评估

1. 创伤的分类

外伤与内伤 外伤是指身体外部受到冲击导致的损伤，如骨折、刀伤、烧伤等；内伤是指内部器官的损伤，如内脏破裂、脑震荡等。外伤通常表现为明显的局部损伤，而内伤则可能没有外部症状，但由于对重要器官的损害可能导致生命威胁。急诊护士需在接诊时快速辨识伤情类型，进行必要的检查，评估内外伤的具体情况。

创伤的轻重程度 创伤的轻重程度对于治疗方案的制定至关重要。轻度创伤通常表现为表皮损伤或轻微软组织损伤，患者往往只需进行局部处理。重度创伤则可能涉及多重要器官损伤或大量出血，急诊护理需要立即进行抢救处理，如止血、补液等。创伤的评估还需根据时间进行分类，如“黄金时间”内的创伤处理能够显著提高患者生存率。

2. 创伤评估的重要性

生命体征的监测 急诊护理首先要监测创伤患者的生命体征，包括心率、血压、呼吸频率等，确保创伤不会导致休克或其他危及生命的情况。特别是严重创伤患者，急诊护士需要迅速识别是否存在低血压、脉搏微弱等情况，这些都是休克的早期征兆。

快速评估创伤的部位和严重性 创伤部位的评估是急诊护理的另一个关键环节。伤口部位、深度、是否存在大面积烧伤或开放性骨折等，都需要详细评估。伤口周围的组织损伤、神经和血管是否受损，也需要重点检查。对于头部、胸腹部和脊柱的损伤，急诊护士应特别警惕，因为这些

监测与干预：科学补铁的黄金法则

孕早期应检测血红蛋白和血清铁蛋白，若铁蛋白 < 30μg/L 需预防性补铁。孕中期每 8 周复查血常规，血红蛋白 < 105g/L 或红细胞压积 < 32% 时，应开始药物治疗。健康儿童应在 6 月龄、12 月龄和 18 月龄分别进行血常规检查。早产儿、低出生体重儿需从 2 周龄开始补铁，每日元素铁 2mg/kg，持续至 1 岁。当饮食调整无法纠正贫血时，需在医生指导下使用铁剂。口服铁剂应选择二价铁（如硫酸亚铁、富马酸亚铁），空腹服用吸收率更高，但胃肠道反应明显者可改为餐后服用。维生素 C 片（100mg）与铁剂同服，可提高吸收率 30%。注射铁剂仅用于严重贫血且无法口服者，需严格掌握适应证。

从孕期到幼儿期，铁营养管理是一场需要精准把控的接力赛。孕产妇通过科学饮食构建胎儿的铁储备库，婴幼儿通过合理辅食延续这种营养优势。孕期定期产检时多问一句血常规结果，添加辅食时多备一份铁强化食物，这些细微的改变将深刻影响两代人的健康轨迹。

部位的创伤往往伴随有内出血、器官破裂等严重并发症，可能需要紧急手术干预。

创伤护理的关键干预措施

1. 创伤现场处理

止血 创伤患者常常因失血过多而危及生命，急诊护理人员的首要任务是尽快止血。对于外伤性出血，首先应采取直接压迫止血法，使用无菌敷料或止血带帮助控制出血。如出血较为严重，可能需要使用止血带或药物止血。重要血管的损伤需要尽早识别，及时进行血管缝合或其他外科干预。

固定受伤部位 对于骨折患者，急诊护士需使用夹板或其他器材固定骨折部位，以防止骨折部位的进一步移位或损伤血管、神经。对于软组织损伤，可以使用绷带包扎伤口，避免移动时增加组织损伤。固定的主要目标是减少创伤部位的活动，保持患者舒适，防止并发症的发生。

2. 创伤后的转运及急救处理

转运过程中的监护 在转运过程中，急诊护士要实时监测创伤患者的生命体征，包括呼吸、脉搏、血压、体温等，并密切关注创伤情况的变化。对于严重创伤患者，护士需要不断评估是否出现休克、呼吸衰竭等并发症。如果出现异常，需迅速采取措施，如补充血容量、调整呼吸道管理等，以确保患者在转运过程中不会因创伤加重而导致死亡。

紧急手术前的准备 急诊护士在紧急手术前需迅速为患者建立静脉通道，进行液体复苏，防止脱水和休克。在此基础上，护士还需按医嘱给予止痛药物，减轻患者的痛苦。为避免感染的发生，护士会提前准备抗生素，确保术前预防措施得当。护士需安抚患者的情绪，提供心理支持，减轻其焦虑情绪，确保手术顺利进行。

急诊护理在创伤处理中的作用至关重要，及时、有效的护理干预能够显著提高创伤患者的生存率。

