

超低及极低出生体重儿的护理



目录/CONTENTS

01

定义

02

超低及极低体重儿需要度过的5
关

03

血管通路的建立

04

皮肤的护理

05

发育支持性护理

一、定义



超低出生体重儿

超低出生体重儿是指：出生体重不满1000g的新生儿，又称“未成熟儿”。

极低出生体重儿

极低出生体重儿 (VLBW) 是指在出生时体重在 1000g - 1500g 之间的新生儿，大多是早产儿。



二、超低及极低体重儿需要度过的5关

体温

呼吸



喂养

感染

并发症

01

体 温



体温



低体温的危害：

◆不利于肺表面活性物质的合成，肺透明膜病发生率偏高或病情加重

◆低血糖

◆缺氧

◆酸中毒

◆硬肿症

◆肺出血



- 沐浴
- 吸氧
- 换血
- 手术
- 保暖不当
- 环境温度低
- 转运过程中
- 窒息复苏过程
- 寒冷的手或听诊器

体温丢失的一些原因

预防 > 治疗

预防低体温的措施：

- ◆ 在出生后置于预热好的辐射台上，辐射台上应准备好预热的毛巾。
- ◆ 生后、复苏和转运过程中，从头到脚覆盖保鲜膜。
- ◆ 带帽保暖
- ◆ 保持分娩室和婴儿室环境温暖
- ◆ 尽量缩短产房和新生儿科距离
- ◆ 使用转运暖箱转运患儿
- ◆ 及时更换湿衣物、毛巾



预防低体温措施：

- ◆ 早产儿可使用化学加热垫保温
- ◆ 注意垫子上先铺上毛巾或床单
- ◆ 尽可能加温和湿化氧气
- ◆ 使用双壁高级暖箱，暖箱尽量远离窗户
- ◆ 接触患儿一切物品必须先预热
(暖箱、手、听诊器、床单、被服)
- ◆ 称体重前须以温热的毛巾铺在体重秤上，
或使用带有称重系统的暖箱称重。



如何对体温不升的超低及极低出生体重儿进行复温？

- 预防 > 治疗
- 设定温度高于体温1—1.5°C
- 30—60min复测体温1次直至体温正常
- 用暖箱进行复温，最好置于高级暖箱内。
- 接收新病人或更换暖箱前需先预热。放在暖箱内复温时不能用棉包包裹，以免“热水瓶”效应反而不利于复温。
- 体温恢复正常后改为肤温设置，肤温设定在36.5°C。

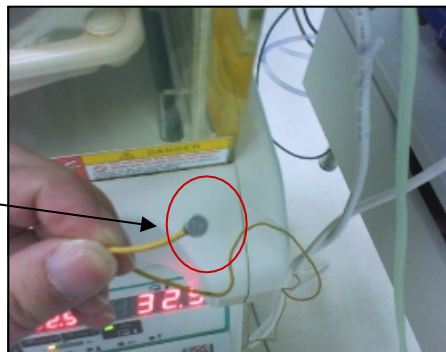


体温

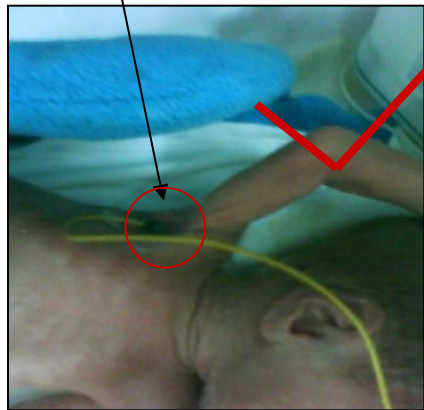
肤温设定



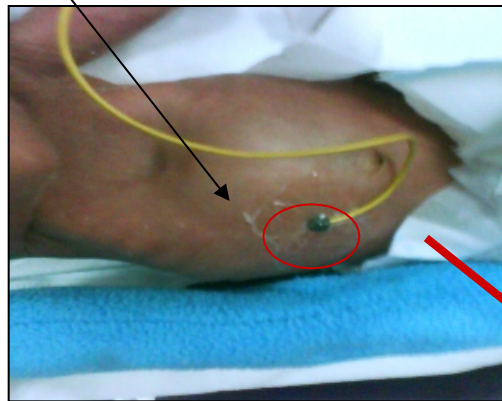
肤温探头金属面贴向皮肤



腋下位置



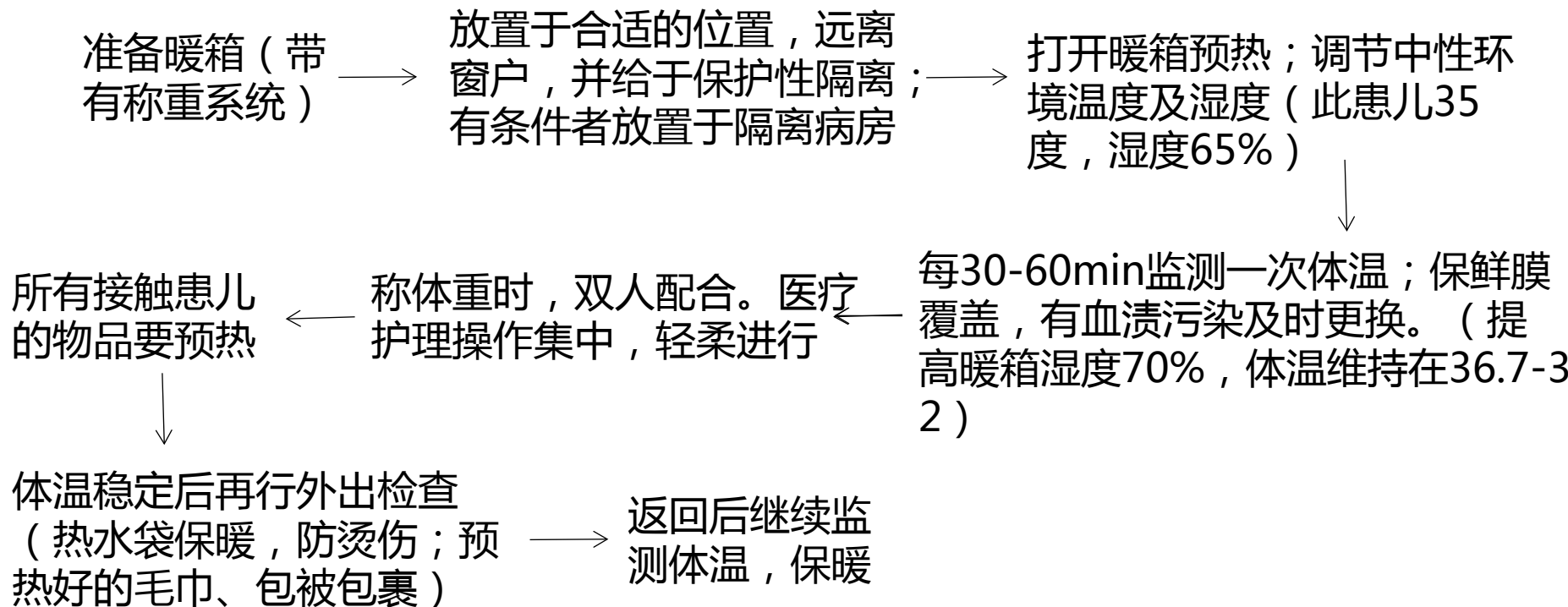
肝区位置



正确

体温

接到产科电话：26+4周早产，B超预估体重900g，体温36.4，备床



02

喂 养

喂养耐受性的判断

建议：

◆不必常规检查胃内潴留物。只在达到每餐最小喂养量时检查餐前胃内储留量。指南建议的每餐最小喂养量为出生体重 < 500、500~749、750~1 000和> 1 000 g 的早产儿分别为2、3、4 和5 ml。

◆不必常规测量腹围。

◆单纯的绿色或黄色胃潴留物并不重要。呕吐胆汁样物提示可能存在肠梗阻。有血性胃潴留物时需要禁食。

关于胃潴留的处理

建议：

- ◆如果潴留量不超过5 ml/kg 或前次喂养量的50%（取两者的较高值），则可将潴留物注回胃内。如果下餐仍有潴留，喂养量需减去潴留量。
- ◆如果潴留量超过5 ml/kg 及前次喂养量的50%，则回注前次喂养量的50%，并禁食一餐。如果下餐仍有储留，则根据临床情况减慢喂奶速度或禁食。
- ◆如果减慢喂奶速度后仍存在胃潴留，则把喂奶量减少到可耐受的无不良反应的量。
- ◆检查胃潴留时使用最小号注射器，抽吸时注意轻柔操作。
- ◆喂奶后把新生儿置于俯卧位半小时，有助于缓解胃潴留。



胃食管反流 (GER)

建议：

临床诊断：不能依靠呼吸暂停、血氧饱和度下降、心动过缓、咳嗽、作呕、易激惹等作为诊断早产儿胃食管反流的证据。

胃食管反流的体位治疗：喂奶后将新生儿置于左侧卧位，半小时后改为仰卧位。头部抬高30°。在家庭护理中，婴儿睡觉时采取俯卧位。

胃食管反流 (GER) 时的喂奶时间和途径：疑诊为GER且体位管理无改善时，可以尝试延长顿次喂奶时间到30-90分钟，症状改善后尽快缩短喂奶时间。GER的最后手段是持续喂奶或幽门喂养，尽量避免采取这样的手段。目前也没有足够证据建议使用红霉素预防和治理喂养不耐受。

警惕NEC(坏死性小肠结肠炎)的危险信号！

- 反复胃潴留伴咖啡色液体
- 腹部膨隆、腹胀明显伴肠型，肠鸣音减弱或无
- 腹部颜色改变，如：发暗发黑
- 25%病人可见肉眼血便，大便次数增多
- 患儿反应萎靡，体温波动和一些伴随感染的信号
- 轻度：大便隐血阳性
- 重度：穿孔性腹膜炎，全身炎性反应，休克，DIC，死亡



VLBW理想长磅目标：



- 生理性体重下降：生后10天内，体重下降：早产儿 $< 15\%$ 。通常第三天体重下降5%，小于1000 g下降6-8%
- ①每天相同时间，最好喂奶前，使用同一称量工具，减去附属物的重量
- ②早产儿生长发育目标：达到宫内生长速率：15-20 g/Kg/day

03

呼 吸

为什么VLBW易发生新生儿呼吸窘迫综合症 (NRDS) ?

- 由于肺表面活性物质 (PS) 缺乏 → 肺泡被压缩 → 形成肺不张 (血流通过不张区域, 气
- ↓ (肺血管渗透性 ↑)
- 肺水肿 -----
- |
- 体未经氧气交换又回至心脏) → 肺内短路 → 氧合 ↓ 血氧 ↓ 酸性产物 ↑ → 酸中毒



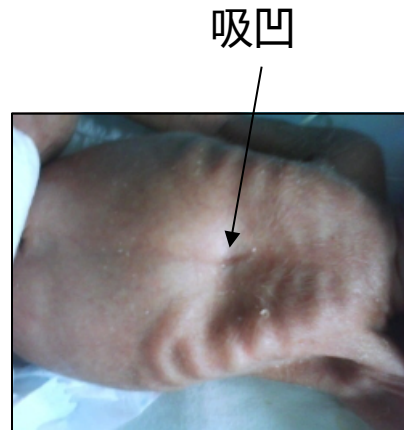
一氧化氮 (NO) 产量 ↓ (血管

(相反的右向左分流) ←

- ↓
- 婴儿青紫

如何观察？

- 刚出生时哭声可能正常
- 6—12小时内出现呼吸困难并逐渐加重
- 呻吟、呼吸不规则、间歇呼吸、呼吸暂停
- 面色因为缺氧紫绀或灰白，青灰
- 缺氧重时可出现肌张力↓
- 鼻翼扇动，胸廓开始隆起，以后肺不张加重而随之下陷
- 吸气时胸廓软组织凹陷，以肋缘下，胸骨下端最明显
- 肺呼吸音↓吸气时可听到细湿啰音



NRDS是自限性疾病，第2天病死率高，能生存3天以上的新生儿恢复希望大，如果并发肺炎会使病情加重，至感染控制后方好转。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/716022011141010220>