

早产儿 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/308/2021\\_2022\\_\\_E6\\_97\\_A9\\_E4\\_BA\\_A7\\_E5\\_84\\_BF\\_c22\\_308815.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E6_97_A9_E4_BA_A7_E5_84_BF_c22_308815.htm) 名称早产儿所属科室儿科病因由于引起分娩开始的机理尚未十分明了，因此关于发生早产的原因至今仍有许多不明之处。在临床病历分析中，大部分的早产原因为： 妊娠高血压综合征； 早期破水、胎盘早期剥离或前置胎盘； 多胎妊娠或羊水过多； 慢性疾病，如心脏病、肾病、肾炎、肝病、糖尿病、重症肺结核、内分泌失调（如习惯性早产）、营养不良等； 贫血及严重的溶血病； 急性传染病伴有高热； 子宫肿瘤子宫内膜炎及子宫颈口松弛； 骨盆及脊椎畸形； 双胎或胎儿畸形； 羊膜早破脐带异常及羊水过多是胎儿因素。 急性或慢性中毒； 激烈情感波动或过劳； 意外受伤或手术。在一小部分患儿中查不出明显原因。病理皮肤表面血流分布的调节反向功能较差，具有隔热作用的皮下脂肪层缺少，内脏到皮肤的热传导距离短，体表面积相对地较大。全身脏器的发育不够成熟，免疫功能存在缺陷，网状内皮系统清除力较低，血液中缺少抗体。 呼吸中枢未成熟。 咳嗽反射较弱，粘液在气管内不易咳出，因此轻易引起呼吸道梗阻或吸入性肺炎 肋肌和膈肌都较弱，胸廓较软，扩张不好。肺泡发育不全，肺泡壁较厚，毛细血管少而肺泡空隙较小，吸气时较难扩张，气体交换困难。早产儿吮奶及吞咽能力均弱，贲门括约肌松弛。早产儿的毛细血管脆弱，易于破裂。早产儿出生体重越小，其血红蛋白、红细胞降低越早，有核红细胞持续出现在四周血象中的时间也越长。血小板数也比足月儿的数值低，出生体重越小越低，增加也越慢。对胆红素的结合和排

泄不好。肝脏不成熟，肝功能不全，凝血酶原第 因子、第 因子、第 因子等均较足月儿为低。铁及维生素A、D的储量减少。肝糖原变成血糖的功能减低。肾功能低下由于肾小球、肾小管不成熟，肾小球滤过率低。神经系统特点中枢未成熟。免疫功能低下 母体胎盘来的IgG量少，自身细胞免疫及抗体IgA、D、E、GM合成不足，补体水平低下，血清缺乏调理素。 临床表现1.早产儿越早产则皮肤越薄嫩、组织含水量多、有凹陷性压痕、色红、皮下脂肪少、肌肉少、指甲短软，同时躯干部的胎毛越长、头部毛发则越少且短，头较大，囟门宽，耳壳平软与颅骨相贴，胸廓软，乳晕呈点状，边缘不突起，乳腺小或不能摸到。腹较胀，\*\*\*发育差。男性早产儿的睾丸常在外腹股沟中，在发育过程中渐降至\*\*\*内。女性越早产者则其小阴唇越分开而突出。手足底皱痕少。 2. 体温调节困难且不稳定 利用其产热的作用受到限制，肌肉少，张力低，不能改变姿态以缩小失热的面积。另一方面，由于汗腺发育不成熟，出汗功能不全，亦轻易发生体温过高。 3.抵抗力弱 对各种感染的抵抗力极弱，即使稍微的感染可酿成败血症等严重后果。 4.早产儿的呼吸快而浅，并且常有不规则间歇呼吸或呼吸暂停。哭声很小，常见青紫。 5.早产儿吮奶及吞咽能力均弱，贲门括约肌松弛，易致呛咳，吐、泻及腹胀。 6.当外伤、缺氧、感染、凝血机制受碍，往往易出血而且较重。脑部血管尤易受伤而出血。有时亦可出现原因不明的肺出血。 7. 早产儿对胆红素的结合和排泄不好，其生理性黄疸维持的时间较足月儿为长，而且较重。 由于早产儿的肝脏不成熟，肝功能不全，凝血酶原第 因子、第 因子、第 因子等均较足月儿为低，故凝血机制不健全，

轻易出血。铁及维生素A、D的储存量减少，易得该种营养缺乏症。使肝糖原变成血糖的功能减低，因而在饥饿时血糖易于过低而发生休克。合成蛋白质的功能不好，可因血浆蛋白低下而形成水肿。8.由于肾小球、肾小管不成熟，肾小球滤过率低，尿素、氯、钾、磷的清除率也低，蛋白尿较为多见。早产儿出生后体重下降较剧，并且易因感染、呕吐、腹泻和环境温度的改变而导致酸碱平衡失调。9.中枢未成熟，哭声微弱，活动少，肌张力低下，神经反射也不明显，咳嗽、吮吸、吞咽等反射均差。10.早产儿体重增长的倍数较足月儿为大，1岁时足月儿的体重大致等于初生时的3倍，1501~2000g早产儿1岁时的体重可达初生时的5倍半，1001~1500g者可达7倍。11.早产儿通过母体胎盘来的IgG量少，自身细胞免疫及抗体IgA、D、E、G、M合成不足，补体水平低下，血清缺乏调理素，故对感染的抵抗力较弱，轻易引起败血症。并发症1.临床表现为青紫、呼吸暂停、嗜睡、惊厥、尖叫、肌无力及眼球异常转动等症状。2.本病主要见于是产儿以及剖宫产的新生儿。成熟度越差，此病的发生率也越高。3.它与低蛋白血症、缺氧、低血糖、感染等有关，非凡由于肝缺少葡萄糖醛酸转化酶，形成能排泄的结合胆红素的功能低下所致。4.约7%的早产儿发生脑室内出血（IVH）或脑室四周白质软化（PVL），而达50%。5.往往有贫血现象。由于早产儿铁的储存不足，出生后1个月以后血清铁量急剧下降。发育太快，需要血量增加，但造血功能较差，未能赶上体重增加的速度。6.钙、磷及维生素D的储存较少。吸收脂肪及脂溶性维生素的功能较差。由于生长太快，钙磷的一般供给量往往不能满足需要。7.早产儿体温调节功能差，体表面积

相对地大，皮肤较薄，血管丰富，易于散热，而棕色脂肪的量又少等因素易患硬肿症。8.吸入高浓度的氧，可使动脉血氧张力上升到13.3kPa（10mmHg）以上，视网膜血管因此发生痉挛，导致视网膜缺血损伤，引起纤维组织增生而失明。对早产儿必须用氧时，要注重适当的氧浓度和用氧时间。治疗产时处理 早产儿出生时必须注重保暖，处理时动作要轻便而迅速。受凉常会造成不可拯救的并发症，产房温度必须保持25℃左右。为了预防窒息，产程中最好不用对胎儿呼吸中枢有影响的麻醉、镇静药。胎头娩出时，先将胎儿口、鼻腔内的粘液挤出。未清除干净者，可在胎全部娩出时用消毒吸管吸清，必要时用气管内插管。口内勿用纱布揩，以免擦伤粘膜促成感染。有呼吸困难或青紫者及时给氧。待断脐完毕，用消毒植物油纱布轻轻揩去颈下、腋下、腹股沟等皱褶处过多的胎脂，然后裹以布类。用0.25%氯霉素或0.5%新霉素眼药水滴眼，预防结膜炎。处理就绪后，尽快转入已调节好温度的早产儿暖箱内。护理方法初生的早产儿入室后应先安静4小时，头侧向一边，使口内粘液向外流，以后每2~3小时轻换体位1次。每4小时测体温1次，每日最高温度与最低温度之差不应超过1℃。如已稳定在36~37℃间3次以上，可改为每日上午时及下午时各测1次。若体温高于37℃或低于36℃，仍需每4小时测1次。氧的使用以有呼吸困难或青紫、情况欠佳者为限，勿以氧吸入当作常规。一般给氧数小时后青紫消失、呼吸正常时便可停止。如体重在1000g以下的早产儿，可持续1昼夜。持续给氧最好不超过3天。禁忌放氧过事、浓度过高，时间过长，以免损伤婴儿的眼及肺。哺喂时轻易发绀的婴儿，可于哺喂前后给予数分钟氧吸入。早产儿在脐带脱落

、创口愈合后才予沐浴。在不沐浴时，上半身在暖箱内进行擦澡护理，包裹上半身后再抱出清洗臀部。体重在1000~1500g以下者，可用消毒植物油或滑石粉轻擦皱褶处，以保护皮肤。护理中着重做好下列三点：1.保暖 早产儿由于体温调节困难，因此护理中对温、湿度的要求就显得很重要。早产儿衣着以轻柔软暖、简便易穿为宜，尿布也要柔软轻易吸水为佳，所有衣着宜用带系结，忌用别针和钮扣。睡暖箱者，除测体重外，护理工作尽量在暖箱内进行，操作时应边门内进入，非万不得已才打开箱盖，以免箱内温度波动过大。凡体重增达2,000g左右或以上，一般情况良好，室温维持在24℃时，在不加热的暖箱内保持正常体温，和每3小时用奶瓶喂奶一次吮吸良好，体重继续上升者，可出暖箱。2.由于早产儿生长发育较快，正确的喂养比足月儿更重要。生后开始喂养时间：一般早产儿可于生后2~4小时开始喂糖水，试喂1~2次无呕吐者，6~8小时后再改喂奶液。曾发生过青紫、呼吸困难、体重过低或用手术产出者，可用静脉滴注10%葡萄糖液60ml/kg/d，或应用全静脉和部份高营养液，情况好转后才改口服。喂奶间隔时间：可根据不同体重安排，1000g以下每小时喂1次，1001~1500g者1.5小时1次，1,501~2,000g者2小时1次，2001~2500g者每3小时1次。夜间均可适当延长。如碰到摄入量不足，一般情况欠佳，吮吸力差，胃纳欠佳易吐的婴儿，白天晚间均以少量多次为宜。喂奶方法：按早产儿具体情况而定。1)直接哺喂母乳：出生体重较大已有吮吸能力的可试用此法。2)奶瓶喂养：也只能用于体重较大的并已有吮吸力的早产儿。用小号奶瓶，奶液不易转冷。橡皮奶头要软，开孔2~3个，大小以倒置时奶液适能滴出为度。

流奶过快，来不及吞咽，易致窒息；流奶过慢，吮吸费力，易使倦怠而拒食。3) 胃管喂养：适用于吮吸吞咽能力不全，体重较低的早产儿。插时不宜过急，先用镊子将胃管插入1~2cm后，再插入1~2cm。一般通过上鼻甲后即无多大阻力，插好后检查咽喉是否见该管直线往下；再将体外端管口置入温开水中查看有无气泡，该气泡是否与呼吸有关；若无关，再试注2ml温开水入管内。用上述三步即可检查鼻胃管是否插入胃中。胃管体外段末端引至暖箱外面套接于20或30ml注射器外管，挂于奶架上，即可灌奶。胃管内空气向上排除后，奶液便可自动渐渐流入。每次流奶完毕，再倒2~3ml温开水，冲洗管腔。孕周小于32周，体重小于1,500g者，输入各种和人奶近似的氨基酸和脂类、10%葡萄糖、各种维生素和电解质，65~100ml/kg/d，最多勿超过3天。对于消化道畸形手术后暂时不能喂养或严重的呼吸系疾病，低体重儿等摄入量不足者，也可采用消化道外颈静脉补充营养。喂哺早产儿以母乳最为适宜，应尽量鼓励产妇维持母乳。在母乳不足的情况下，也可考虑用早产儿配方奶人工喂养。早产儿对糖的消化吸收最好，其次为蛋白质，对脂肪的消化吸收能力最差。因此以半脱脂奶较为理想。

3.防止感染 早产儿室应该有空气调节设备，保持恒温、恒湿和空气新鲜。初生后应侧向右睡，以防呕吐物吸入。平时经常调换卧位，以助肺部循环和防止肺炎。一般可在喂奶后侧向右，换尿布后侧向左，用奶瓶喂奶时最好左手托起头、背或抱喂。喂后轻拍背部使气后再侧卧。易吐的可取半坐卧式片刻，以免奶液吸入呼吸道或呕吐后流入外耳道引起感染。一旦发现有感染，患儿即应隔离。预防及预后在发生早产的各种原因中，大部分为母亲因

素，其中除了先天性生殖畸形外，大都可以通过孕期保健来预防。产前检查应予重视，积极预防和控制妊娠高血压综合征，降低胎盘早期剥离发生率，发现前置胎盘后要及早治疗，纠正贫血。加强对心脏病孕妇的治理，普及孕期保健常识，做好卫生宣教，注重劳逸结合，避免感染。早产儿一般情况良好，吸乳情况好，体重已达到2300g左右，无贫血及其他营养缺乏等疾病症状，在室内温度21~24℃下能保持正常体温时，可以出院。每个婴儿出院前发给产妇卫生宣传册子，教会她如何护理、保暖、喂养和预防感染的知识。对于异常情况和重点注重事项当面交代清楚。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)