

新生儿窒息应该如何治疗临床执业医师考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/593/2021_2022__E6_96_B0_E7_94_9F_E5_84_BF_E7_c22_593553.htm 窒息复苏是产、儿、麻醉三科医生、助产士、护士必须掌握的技术，要求培训合格再上岗。遇到高危孕妇有胎儿窘迫、估计娩出时有窒息可能者，应通知儿科医师到场参加抢救。复苏的ABCDE方案是指通畅呼吸道、建立呼吸、恢复循环、辅助用药、评价和监护。重点是前3项中的第1项。ABC做到后，很少需要用药，没有处理好第一口呼吸急于用药是错误的。具体运用时需要不断的评估来指导决策，以作为下一步操作的依据。评价的主要指标是呼吸、心率和皮色。Apgar评分不是决定是否要开始复苏的指标，更不是决定下一步该怎么复苏的决策依据。因为等到一分钟评分结果出来再开始复苏，就会失去宝贵的抢救时间，实际临床上也没有都等评分结果出来再抢救。生后1分钟内的AP-gar评分还是反映了初生时的基本情况而5分钟的评分对判断预后尤为重要。

- 1、大致程序（1）充分了解病史，做好复苏的思想和物资准备工作，如人员、氧气、保暖设备、一次性吸管、气囊面罩复苏器、新生儿喉镜、电池、小灯泡、气管内导管、接头、听诊器等器械的检查，急救用品备足，定位安置，便于立即取到，因为复苏成败与时间密切相关。呼吸停止延迟复苏1分钟，出现喘息约晚2分钟，恢复规则呼吸约晚4分钟。
- （2）胎头娩出后，不应急于娩肩，而应立即挤尽或用负压球吸尽口、咽、鼻部的粘液。新生儿出生时要有良好的保暖环境，用远红外辐射保暖装置最佳，不得已情况下也可用大支光白炽插灯等临时保暖，但需当心不

要烫伤。生后立即揩干身上的羊水和血迹能减少蒸发失热。由于窒息儿体温调节不稳定，一旦受寒就会增加代谢和耗氧来维持体温，并出现代谢性酸中毒，体温下降后纠正缓慢。新生儿摆好轻度头低足高位（ 15° ）后再用一次性吸管吸净口、咽、鼻部粘液。每次吸引勿超过10秒，刺激口咽深部的迷走神经可导致心动过缓或呼吸暂停。如有胎粪污染羊水，防止吸入深部，接生者可用双手紧箍其胸部，立即用喉镜气管插管吸清后再触觉刺激使哭。每次使用喉镜气管内插管和吸引的时间要求在20秒钟内完成。用电动吸引泵者负压应根据粘液稠度调节在60~100mmHg，吸管连接处要有T形指孔或笛口，以便在吸引时控制。（3）当评价有自主呼吸，心率 ≥ 100 次/分以及给纯氧后仍有中枢性青紫者，须立即用气囊面罩复苏器加压给氧，速率为每分钟40次，第一口呼吸约需2.94~3.92kPa（30~40cmH₂O）的压力才可扩张肺叶，以后只需1.47~1.96kPa（15~20cmH₂O）压力即可。对肺顺应性差者需给1.96~3.92kPa（20~40cmH₂O）压力，大多数窒息儿经此通气即可好转而毋需其它处理。但操作者必须熟悉该器械的原理，才能正确安全地使用。（5）母在分娩前4小时用过麻醉药而导致新生儿呼吸抑制者给钠洛酮。（6）无药物抑制而用复苏器15~30分后，心率 ≥ 80 次/分加胸外心脏按压。在胸骨下1/3区下压1~2cm，用双手拇指手掌法和双指法均可，每分钟120次。30秒钟未见好转者开始用药（表13-16）。（7）1:10000肾上腺素加等量生理盐水，快速气管内注入，可加强心脏及外周血管收缩力，使心率加快，必要时可每5分钟重复一次，当心率 ≥ 100 次/分有代谢性酸中毒时，同时已建立良好通气者给碳酸氢钠。若心率正常而脉搏弱，给

氧后仍苍白，复苏效果不明显时，就当考虑血容量不足，给用扩容剂。在急性失血大于总量20%时，血红蛋白及红细胞压积可以正常一段时间。 药物浓度预备量剂量途径和速度备注 肾上腺素1 1001ml0.1 ~ 0.3ml/kg1V或1T，快给1T时加NS 1 1稀释 碳酸氢钠5ml2 ~ 3ml/kg1V慢！It.8mg/kg.min使血糖维持在2.8 ~ 5.0mmol/L (50 ~ 90mg/dl)。加强支持治疗，可给能量合剂。 国内正在探索脑细胞代谢药物胞二磷胆碱，脑复康等，也可考虑使用。（3）凡曾气管插管，疑有感染可能者，用抗生素预防。（4）重度窒息恢复欠佳者，适当延迟开奶时间，防止呕吐物再度引起窒息。若无呕吐，抬高上半身使腹部内脏下降，有利于肺的扩张，减轻心脏负担和颅内压。胃管喂养不能容受者则静脉补液50 ~ 60ml/kg，有肾功能受损时要限制液量。 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