

早产儿_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E6_97_A9_E4_BA_A7_E5_84_BF__c22_608913.htm 胎龄越短，婴儿体重越小身长越短。胎龄在37足周以前出生的活产婴儿称为早产儿或未成熟儿（premature infant）。其出生体重大部分在2,500g以下，头围在33cm以下。少数确恬早产儿而体重超过2,500g，其器官功能和适应能力较足月儿为差者，仍应给予早产儿特殊护理。凡因胎盘功能不足等因素而出生的体重减轻到该胎龄正常体重第10百分位以下或较平均数低两个标准差以下者称为小于胎龄儿（小样儿，成熟不良儿，small-for-date infant, undersized infant, dysmaturity）。亦把出生体重2,500g以下的统称为低体重儿（low birth weight infant），把出生体重低于1,500g者称为极低体重儿（very low birth weight infant），其中都包括早产儿和小于胎龄者。【治疗措施】产时处理早产儿出生时必须注意保暖，处理时动作要轻巧而迅速。受凉常会造成不可挽救的并发症，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。哺喂时容易发绀的婴儿，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，尿布也要柔软容易吸水为佳，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。如遇到摄入量不足，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，易使疲倦而拒食。
- 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相宜，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。

【病因学】

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。

【发病机理】

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，因此容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周围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的储存量减少。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，阴囊发育差。男性早产儿的睾丸常在外腹股沟中，在发育过程中渐降至阴囊内。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，亦容易发生体温过高。

3.抵抗力弱 对各种感染的抵抗力极弱，即使轻微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，容易出血。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，容易引起败血症。【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，特别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

)或脑室周围白质软化(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,要注意适当的氧浓度和用氧时间。

【预防】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管理,普及孕期保健常识,做好卫生宣教,注意劳逸结合,避免感染。**【治愈标准】**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。**【预后】**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意事项当面交代清楚。

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