

高危新生儿的观察



高危儿概念

- 1、广义上高危儿特指在母亲妊娠、分娩期、及新生儿期存在对胎儿、婴儿生长发育不利的多种危险原因的特殊群体，约占新生儿总数的60%。
- 2、狭义上特指在NICU接受监护和治疗的患儿。一般国外高危儿特指此类人群，如出生体重不大于1500克的早产儿等。



一、主要的高危原因

- 1、母亲疾病史：母有糖尿病、感染等；
- 2、母孕史：母年龄 >40 岁或 <16 岁，妊娠高血压等；
- 3、分娩史：难产、手术产、急产等；
- 4、新生儿：窒息、多胎儿、早产儿、不大于胎龄儿、巨大儿、宫内感染和先天畸形等。



二、新生儿出生后短时间内的临床体现特点

- 1、第一次反应期：出生后头15-30分钟，体现活跃，反应敏捷。如体检正常，是母婴接触的最佳时机。
- 2、相对无反应期（睡眠期）：伴随反应减弱，动作降低，心率和呼吸频率减慢，婴儿进入此期。连续约1-5小时。
- 3、第二次反应期：睡眠期后，婴儿反应性恢复甚至亢进。



三、产房的首次检验：婴儿娩出断脐、擦干后，置于保温台上，如有窒息立即进行复苏。检验要点：

- 1、一般情况：如外貌、性别、发育、营养、姿势、活动、肌张力、神志、反应等，几秒钟内既可一目了然。
- 2、呼吸情况：仔细观察有无连续或进行性的吸气凹陷、鼻翼扇动、呻吟、紫绀等呼吸窘迫征象，或呼吸节律不整、呼吸暂停。
- 3、心率和皮肤颜色：注意有无心率减慢或增快、皮肤苍白、青灰、毛细血管再充盈时间延长等周围组织灌注不良体现。

- 4、皮肤有无皮疹、瘀点、瘀斑、水肿。
- 5、肝脾是否肿大。
- 6、产伤：如头颅血肿、产瘤、神经麻痹、骨折等。
- 7、畸形：迅速视诊全身各部有无畸形，如脐血管数目、外观、面容、躯体各部百分比；连续张口呼吸者应排除鼻后孔闭锁；羊水过多或明显腹胀，可插胃管检验有无食道闭锁或高位梗阻；测量肛温可检验有无肛门、直肠闭锁。
- 8、体重：拟定是否适于胎龄儿。

9、怀疑宫内感染或失血：检验胎盘、脐带、胎膜。

10、对有围产期高危原因或已发觉疾病征象的新生儿：留脐血标本做必要的试验室检验。

以上迅速检验可在1-2分钟内完毕。转出产房前应作好体检和处理经过的统计。



四、产房初始评估和分类：根据出生时胎龄、体重和初始检验成果，按风险度的大小初步分为高危、中危和低危。

1、高危儿：

- 出血倾向、皮肤淤点
- 神志异常、反应差、肌张力变化或惊厥者
- 出生体重不大于1500克的极低出生体重儿或胎龄 ≤ 34 周
- 经过窒息复苏后，仍处于明显克制状态的窒息婴儿



- 连续或进行性呼吸困难，在生后最初几小时内便出现严重青紫、三凹征、反复的呼吸暂停，甚至循环衰竭
- 需要立即外科手术的多种先天性畸形
- 心率异常，伴低血压、低灌流体现
- 体温不稳定、面色发灰、不吸吮、肝脾肿大、萎靡等感染迹象
- 损伤、骨折、麻痹等



- 连续发绀，给氧不能缓解者
- 二十四小时内出现黄疸，或36小时血清胆红素 $> 170 \mu\text{mol/L}$
- 此类新生儿应进入NICU或转院，约占全部活产婴的3%~4%

2、中危儿：

- 初生窒息（一分钟评分 4 ~ 7 分），经复苏，5 分钟评分正常者
- 产伤：巨大血肿、肢体麻痹或较大的组织挤压伤

- 神经行为异常，如衰弱无力、激惹、过分兴奋、吸吮力差。
- 贫血（HCT 不小于 0.35），红细胞增多（静脉血 HCT 不小于 0.65）
- 呼吸增快，但无青紫及呼吸窘迫
- 双胎或多胎婴儿
- 早破膜不小于 24 小时
- 主要的先天畸形，但不需要紧急手术处理
- 胎龄 34~36 周早产儿或出生体重 1500~2400 克



- 患感染性疾病糖尿病、有药瘾史的母亲分娩的新生儿
- 较大的先天畸形，但不需要紧急手术或紧急处理者
- 胎膜早破不小于 2 4 小时
- 双胎儿、多胎儿
- 不不小于胎龄儿或不小于胎龄儿
- 此类患儿多数转入新生儿病房或特护婴室，约占全部活产婴 1 0 % ~ 1 5 %

3: 低危儿:

- 约占活产婴的 80%~85%
- 凡足月出生、体重在正常范围、反应良好、无疾病征象、而且不存在高危原因威胁的新生儿
- 此类新生儿应进行母婴同室, 常规观察3天。



五、高危儿的分级管理：

- 犹如高危妊娠管理一样，以同步行使各自的职责，从而更有效地保障人力资源、降低不必要的挥霍，高效、务实地对围产高危儿进行管理。
- 大量的资料证明，早期辨认和正确处理高危妊娠，是降低围产儿死亡的主要途径，只有根据不同的围产高危原因，在产前、产时、产程中和出生后对高危儿连续进行严密的监护，将有利于发觉问题，及时采用防治措施，进一步降低新生儿的发病率和病死率，提升围产质量。

- 分级管理将确保围产质量，资源的挥霍，降低不必要的医疗纠纷。

三级管理：

- 一级医院:为无合并症的产妇和新生儿提供服务,尚不足觉得复杂的新生儿治疗提供足够的设备与技术力量.此类医院的主要任务是及早发觉高危分娩和高危新生儿,并由受过培训的人员为新生儿提供必要的即时处理,窒息及高危儿应转二、三级医院治疗观察;



- 二级医院：有经过专业培训的妇产科及新生儿科医师，具有一定的急救技术力量及设备，能为重症新生儿提供特殊的护理与治疗，能接受本院出生的某些危重新生儿急救与进一步治疗，还能接受邻近地域转来的新生儿，但NICU不完善，设备有限，对窒息复苏不成功，重度HIE病人及多脏器损伤病人的处理能力有限，可酌情转运到三级医院；
- 三级医院：具有高技术及设备的NICU，能急救处理多种危重新生儿，能接受一级、二级医院转送来的危重新生儿。

1、产前监护

- 一级医疗机构：及时发觉高危妊娠情况，并一律转送二级及以上的医疗机构；
 - 二级医疗机构：负责对一般高危妊娠及部分严重高危妊娠的围生期处理，必要时请经过专业训练的儿科（新生儿科）医生一起会诊，共同进行产前的准备；
 - 三级医疗机构：负责对严重高危妊娠的产检、监护和处理，由新生儿科医生共同参加高危妊娠病例的讨论，商讨最大程度降低对胎儿不良影响的措施及结束分娩的最佳时机。
- 

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/135003312121011334>