

## 项目二 新生儿及新生儿疾病患儿的护理

### 一、要求

细目	要点	要求
1. 新生儿的特点和护理	(1) 正常新生儿的特点	熟练掌握
	(2) 正常新生儿的护理	熟练掌握
	(3) 新生儿的特殊生理状态	掌握
2. 早产儿的特点和护理	(1) 早产儿的特点	熟练掌握
	(2) 早产儿的护理	
3. 新生儿黄疸、缺血缺氧性脑病、颅内出血、寒冷损伤综合征、脐炎与败血症、低血糖症等患儿护理	(1) 病因及发病机制	掌握
	(2) 临床表现	熟练掌握
	(3) 辅助检查	了解
	(4) 预防和治疗原则	了解
	(5) 护理：护理评估 护理诊断 护理目标 护理措施	熟练掌握

### 二、重难点综述

#### (一) 足月新生儿的特点及护理

1. 正常新生儿的特点 足月正常新生儿是指出生时胎龄满 37~42 周，体重>2500g，身长>47cm，无畸形和疾病的活产新生儿。

(1)外表特征 出生时哭声响亮；体重>2500g，身长>47cm 钹，四肢屈肌张力高；皮肤红润，胎毛少，覆盖有胎脂；耳郭发育好；乳晕明显，可摸到结节；指甲达到或长过指端；足底皮纹多；男婴睾丸已降入阴囊，女婴大阴唇完全遮蔽小阴唇。

(2)皮肤黏膜 皮肤薄嫩，血管丰富，易感染，脐带生后 1~7 天后脱落。

(3)体温 体温中枢发育不完善，调节功能差，易随外界温度变化。

(4)呼吸 呼吸中枢不成熟，以腹式呼吸为主，呼吸节律不规律，40~45 次 / 分。

(5)循环 心率快，约 120~140 次 / 分。且波动范围较大，在 90~160 次 / 分之间。

(6)消化 胃呈水平位，贲门松弛，幽门紧张，易发生溢乳，生后 24 小时内开始排黑绿色胎粪，3~4 天后转为黄色粪便。

(7)泌尿 肾功能差，易发生水肿或脱水。一般在 24 小时内排尿。

(8)神经 新生儿脑相对较大，大脑皮质发育尚未完善，常出现无意识、不协调的活动。足月儿出生时已具备一些**原始反射如：觅食反射、吸吮反射、握持反射、拥抱反射**，新生儿有神经系统疾病时，这些反射才能消失；正常情况下，生后数月这些反射自然消失。

(9)免疫 可由**胎盘从母体获得 1gG**，数月后渐渐消失，而自身免疫功能尚未完善，特别是分泌型 1gA 缺乏，故新生儿易患各种感染，尤其是呼吸道和消化道感染。

**要点、难点提示** 比较足月新生儿与早产儿的外观不同、其他特点(原始反射及免疫特点)排胎便及首次排尿时间。

## 2. 正常新生儿的护理

### (1)护理问题

1)有体温改变的危险 与体温调节功能不完善有关。

2)有感染的危险 与免疫功能不完善有关。

3)知识缺乏 家长缺乏有关喂养及护理的知识。

### (2)护理措施

1)预防体温改变的护理 保暖，将刚娩出的新生儿皮肤擦干并用温暖毛巾、小棉被包裹，外置热水袋。适宜的环境、温度、湿度对维持体温非常重要，应将新生儿置于中性温度下，即穿衣、包裹棉被、**室温维持在 22。24℃，在这种适宜的环境温度下，机体耗氧量多谢率最低，蒸发散热量亦少，又能保持正常体温，此温度又称适中温度。**此外，新生儿室应阳光充足，空气流通、清新。**相对湿度在 55%~65%。**

2)预防感染的护理 环境清洁卫生应湿式清扫，每日紫外线照射 30 分钟，工作人员须身体健康，严格无菌操作及消毒隔离制度。新生儿衣服应柔软，体温稳定后可沐浴，水温在 38~40%：，每日 1 次，注意头颈、腋窝、手掌等皮肤皱褶处的清洗，脐部保持干燥，注意日常观察。

3)健康指导 宣传母乳喂养的优点，鼓励父亲参与日常护理，采用多种方式教会家长新生儿日常护理方法，强调新生儿出院后继续照顾的重要性。

**要点、难点提示** 明确适中温度的概念；掌握足月新生儿的护理措施。

## 3. 新生儿的特殊生理状态

### (1) 生理性黄疸

1) 发生时间 产后 2~3 天出现, 4~5 天最明显, 足月儿 10~14 天自然消退, 早产儿可延迟至 3~4 周消退。

2) 血清胆红素浓度 足月儿  $\leq 205.2 \mu\text{mol} / \text{L}$  (12mg / dl), 早产儿  $\leq 256.5 \mu\text{mol} / \text{L}$  (15mg/dl)。

3) 原因 产后红细胞破坏较多; 肝摄取、转化胆红素能力差; 肝肠循环增加。

(2) 乳腺增大 男女均可发生, 多在 3~5 天出现, 如蚕豆或鸽蛋大小, 多于 2~3 周自然消退。

(3) 假月经 部分女婴产后 5~7 天可见阴道流出少量的血液, 持续 2~3 天, 不必处理。

(4) 生理性体重下降 产后数日因水分丢失过多引起, **一般不超过 10%。10 天左右恢复。**

(5) 脱水热 少数新生儿在产后 3~4 天有一过性发热, 体温骤升, 但一般情况良等

**要点、难点提示** 熟悉新生儿几种特殊生理状态, 尤其是生理性黄疸、生理性体重下降。

## (二) 未成熟儿(早产儿)的特点及护理

1. 早产儿的特点 未成熟儿又称早产儿, 是指胎龄  $>28$  周, 但不满 37 周的活产婴儿。

(1) 外观特征 ①哭声低弱, 体重大多  $<2500\text{g}$ , 身长  $<47\text{cm}$ 。②皮肤发亮, 水肿、红嫩, 胎毛多。③头发呈绒线头状。④耳壳软, 耳舟不清楚。⑤指(趾)甲未达指端。⑥足底纹少。⑦男婴睾丸未降或未全降至阴囊, 阴囊少皱襞, 女婴大阴唇不能盖住小阴唇。⑧颈肌软弱, 四肢肌张力低下。

(2) 体温体 温中枢调节功能差, 棕色脂肪少, 产热能力不足; 体表面积相对较大, 散热快, 体温低于正常者多见。

(3) 循环系统 安静时, 心率较足月儿快, 平均 120~140 次 / 分(足月儿安静时心率 120 次 / 分), 血压也较足月儿低(足月儿血压平均为 9.3 / 6.7kPa)。

(4) 呼吸系统 呼吸中枢发育不成熟, 呼吸节律不规则, 可发生呼吸暂停; 肺部发育不成熟, 肺泡表面活性物质少, 易发生肺透明膜病; 有宫内窘迫史者,

易发生吸人性肺炎。

(5)消化系统 贲门括约肌松弛，胃底发育差，呈水平位，而幽门括约肌较发达，容易发生溢乳；各种消化酶分泌不足，胆酸分泌较少，不能将脂肪乳化，对脂肪的消化吸收较差；肝脏发育不成熟，肝葡萄糖醛酸转移酶活性较低，生理性黄疸程度较足月儿重，持续时间也长；肝内糖原储存少，蛋白质合成不足，易发生低血糖和低蛋白血症；胎粪形成较少和肠蠕动无力，胎粪排出时间延迟。

(6)神经系统 胎龄越小，反射越差，原始反射很难引出或引出不完全；易发生缺氧，导致缺血缺氧性脑病；脑室管膜下存在发达的胚胎生发层组织，易导致颅内出血。

(7)其他 吸吮能力较弱，食物耐受力差，出生1周内能量供给应低于需要量。

早产儿皮质醇及降钙素分泌较高，终末器官对甲状旁腺素反应低下，易有低钙血症发生；特异性和非特异性免疫发育不够完善，免疫球蛋白含量较低，特别是分泌型IgA缺乏，易患感染性疾病；生长速度比足月儿快，对铁、钙等矿物质及各种维生素需求大，易发生佝偻病和贫血。

## 2. 早产儿的护理

### (1) 护理问题

- 1) 体温调节无效 与体温调节中枢功能不健全，体内产热能力不足有关。
- 2) 喂养困难 与吸吮无力、吞咽功能不良有关。
- 3) 有感染的危险 与免疫功能低下有关。
- 4) 潜在并发症 呼吸暂停。
- 5) 潜在并发症 出血。

### (2) 护理措施

#### 1) 维持体温的护理

- ①室温维持在24~26℃，相对湿度55%~65%。晨护时增至27~28℃。
- ②体重低于2000g，予暖箱保温，体重越轻，暖箱温度越高。
- ③头部应戴绒布帽，以降低耗氧和散热量。
- ④各种操作应集中，并在远红外辐射床保暖下进行。
- ⑤每4小时测体温1次，观察体温变化。

#### 2) 合理喂养的护理

①出生体重在 1500g 以上，无发绀，可在出生后 2~4 小时喂 10% 葡萄糖水 2ml / kg，无呕吐者，可在 6~8 小时喂乳。出生体重在 1500g 以下或伴有发绀者，可适当延迟喂养时间。

②喂乳量 出生后 1 周内，每日供能 80~120kJ / kg，液体量 50ml / kg。20 天后，根据消化和吸收能力增至 500~580kJ / kg，液体量 150ml / kg。

③喂养方式最好用母乳喂养，无法母乳喂养者以早产儿配方乳为宜。

④有吸吮无力及吞咽功能不良者，可用滴管或鼻饲喂养，必要时静脉补充高营养液；

⑤喂养后，患儿宜取右侧位，并注意观察有无发绀、溢乳和呕吐现象发生。

⑥准确记录 24 小时出入量，每日晨起空腹测体重 1 次，并记录。

**3) 预防感染的护理** 分室居住，病室每日紫外线照射 1~2 次，每次 30 分钟；每月空气培养一次；加强口腔、皮肤及脐部的护理，每日沐浴 1 次，脐带未脱落者，沐浴后，用 2.5% 碘酊和 75% 乙醇消毒局部皮肤，保持脐部皮肤清洁、干燥；每日口腔护理 1~2 次；制定严密的消毒隔离制度，进入病室前应更换清洁工作服、鞋、洗手，工作人员接触早产儿时，接触前后均应洗手。

#### **4) 预防呼吸暂停的护理**

①清理呼吸道分泌物、保持呼吸道通畅。

②呼吸暂停时，拍打足底、托背呼吸、放置水床，帮助恢复规律的自主呼吸；

③有缺氧症状者给予氧气吸入，**氧气浓度 30%~40%，持续吸氧最好不要超过 3 天。**预防视网膜病变或晶体后纤维增生导致的失明。

#### **5) 预防出血的护理**

①按医嘱补充维生素 K，预防出血。

②密切观察病情，病情变化及时报告医生，做好抢救准备。

#### **3) 健康指导**

1) 鼓励父母尽早探视及参与照顾早产儿，提供父母接触、拥抱、与早产儿说话和照顾早产儿的机会。

2) 指导并示范护理早产儿的方法。阐明保暖、喂养及预防感染等护理措施的重要性及注意事项；护理早产儿前后必须洗手，减少他人探视，家中有感染性疾病者避免接触早产儿。

3) 指导早产儿出院后应定期到医院门诊检查；指导生后 2 周开始使用维生

素 D 制剂，生后 2 个月补充铁剂，预防佝偻病和贫血；按期预防接种；以后定期进行生长发育监测。

**要点、难点提示** 毒悉未成熟儿的定义、特点、护理措施。

### (三) 患病新生儿的护理

1. 新生儿黄疸 血浆中胆红素浓度增高而引起的巩膜、皮肤、黏膜、体液和其他组织被染成黄色的现象称为黄疸。

#### (1) 病因及发病机制

##### 1) 新生儿胆红素代谢特点

①胆红素生成相对较多 每日生成的胆红素为成人的 2 倍以上，主要属手未结合胆红素。

②肝功能不成熟新生儿生后 5 天内，肝细胞内缺乏 Y 蛋白和 Z 蛋白，对胆红素摄取能力差；尿苷二磷酸葡萄糖醛酸转移酶 (UDPGT) 的含量和活力不足，不能将未结合胆红素 (间接胆红素) 有效转换成结合胆红素 (直接胆红素)；肝脏排泄胆红素能力差。

③肠壁吸收胆红素增加 (肠肝循环) 新生儿肠道内正常菌群尚未建立，不能将进入肠道的胆红素转化为胆素原排泄掉，并且易将肠道内结合胆红素分解为未结合胆红素，又被肠壁重吸收，经肝门静脉达肝脏，加重肝的负担。

新生儿摄取、结合、排泄胆红素的能力仅为成人的 1%~2%，极易出现黄疸。

##### 2) 分类

①生理性黄疸约 60% 的足月儿和 80% 以上的早产儿会出现生理性黄疸。

a. 发生时间生后 2~3 天出现，4~5 天最明显，10~14 天自然消退。早产儿可延迟至 3~4 周消退。

b. 血清胆红素浓度 足月儿  $\leq 205.2 \mu\text{mol/L}$  (12mg/dl)，早产儿  $\leq 256.5 \mu\text{mol/L}$  (15mg/dl)。

b. 婴儿一般情况良好。

②病理性黄疸

a. 黄疸出现时间早，出生后 24 小时内出现黄疸，并迅速加重。

b. 血清胆红素高于  $295 \mu\text{mol/L}$  (12mg / dl) 或每日上升  $>85 \mu\text{mol} / \text{L}$  (5, g / dl)。

c. 黄疸持续时间长，消退时间迟(足月儿超过 2 周，早产儿超过 4 周)，或黄疸退而复现。

d. 当血清胆红素超过  $342\mu\text{mol} / \text{L}$  ( $20\text{mg} / \text{dl}$ ) 易引起胆红素脑病或称核黄疸，一般发生在生后 2~7 天，早产儿尤易发生。

胆红素脑病典型临床表现可分为 4 期：警告期：嗜睡、尖声哭叫、肌张力下降、吸吮力弱，约 0.5~1.5 天；痉挛期：双眼凝视、发热抽搐、角弓反张、呼吸不规则，约 0.5~1.5 天或致死亡；恢复期：抽搐减少至消失，可正常吃奶并体重增加；后遗症期：多在生后 2 个月左右，患儿出现手足徐动、耳聋、眼球运动障碍、牙釉质发育不全、智力落后等中枢神经系统损害的后遗症。

## (2) 病理性黄疸的临床表现

1) **新生儿溶血病** 因母婴血型不合，母血中对胎儿红细胞的免疫抗体 I 型通过胎盘进入胎儿循环，发生同种免疫反应导致胎儿、新生儿红细胞破坏而引起的溶血。以 ABO 血型系统不合最为多见，母亲为 O 型，婴儿为 A 或 B 型易发生；母亲为 AB 型或婴儿为 O 型不会发生。其次是 Rh 血型系统不合。主要临床表现为：

①水肿 病情严重者，出生时全身水肿，常有胸、腹腔积液，肝脾肿大及心力衰竭，如不及时抢救大多死亡，严重者为死胎，常见于 Rh 溶血病。

②黄疸 Rh 溶血者大多在 24 小时内出现黄疸，ABO 溶血大多在出生后 2~3 天出现，黄疸发展迅速。

③贫血 Rh 溶血者一般贫血出现早且重，重症易发生心力衰竭，ABO 溶血者多无明显贫血。

④肝脾肿大 严重溶血时出现，Rh 溶血病较 ABO 溶血病更明显。

⑤胆红素脑病。

2) 胆道闭锁生后 2~3 周黄疸逐渐加重，主要为结合胆红素，皮肤呈黄绿色。尿色深黄，大便灰白色。肝脏明显增大，质地硬，于 3~4 个月后发展为胆汁性肝硬化。

3) 遗传性疾病如红细胞 6-磷酸葡萄糖脱氢酶 (G6PD) 缺陷，我国南方多见。

4) 新生儿肝炎起病较慢，于生后 1~3 周或更晚出现黄疸，持续不退，大便色浅、有时为灰白色，患儿厌食，体重不增，肝脏肿大，肝功能异常。

5) 新生儿败血症及其他感染感染 早期以未结合胆红素增高为主，晚期以

结合胆红素增高为主，随感染的发展黄疸逐渐加重，或生理性黄疸退而复现并加重。

#### 6) 其他

①母乳性黄疸：生后 4~7 天出现黄疸，2~3 周达高峰，停止喂母乳 24~72 小时后胆红素开始下降，持续喂母乳 1~4 个月胆红素亦可降至正常。

②药物性黄疸：如维生素 K、新生霉素、樟脑丸(萘)等引起。

③胎粪排出延迟、低血糖、酸中毒、缺氧、体内出血和失水等均可加重黄疸。

#### (3) 预防及治疗原则

1) 对因治疗。

2) 保暖，提早喂养，供给足够热量，保持大便通畅。

3) 降低血清胆红素，防止胆红素脑病，可采取蓝光疗法，给予酶诱导剂、血浆或白蛋白、中药等方法。必要时考虑换血疗法。

4) 预防控制新生儿感染，不使用对肝细胞有损害作用的药物。

5) 纠正缺氧，调节水、电解质紊乱，维持酸碱平衡。

#### (4) 护理

1) 护理问题

①潜在并发症 胆红素脑病。

②知识缺乏 缺乏有关新生儿黄疸的病因和护理知识。

2) 护理措施

##### ①密切观察病情

a. 观察黄疸出现的时间、颜色、范围及程度等，以协助医生判断病因，并估计血清胆红素浓度，判断其进展情况：皮肤黄疸通常先在面部，血清胆红素达到  $85.5 \sim 119.7 \mu\text{mol} / \text{L}$  ( $5 \sim 7 \text{mg} / \text{dl}$ )，皮肤可见黄疸；当血清胆红素达到  $307.81 \mu\text{mol} / \text{L}$  ( $18 \text{mg} / \text{dl}$ )，躯干呈橘黄色；手足心转为橘黄色时，血清胆红素达到  $342 \mu\text{mol} / \text{L}$  ( $20 \text{mg} / \text{dl}$ )。

b. 监测生命体征、体温、哭声、吸吮力和肌张力等变化，及时判断有无核黄疸发生。

c. 观察大小便次数、量及性质，如存在胎粪延迟排出，应予灌肠处理，促进大便及胆红素排出。

##### ②保暖、合理喂养



### ③降低血清胆红素浓度

a. 光照疗法及护理。

b. 换血疗法及护理。

c. 遵医嘱输血浆或白蛋白，使未结合胆红素与白蛋白结合，以预防核黄疸的发生；使用苯巴比妥以诱导肝蛙葡萄糖醛酸转移酶，加速未结合胆红素转化。

d. 去除其他诱因，及时纠正缺氧、酸中毒，预防和控制感染。

### 3)健康指导

①对新生儿溶血病患儿和家长，应作好产前咨询及孕妇预防性服药。

②母乳性黄疸者，可鼓励继续母乳喂养，若患儿黄疸严重，可暂停母乳喂养，黄疸减轻再恢复母乳喂养。

③红细胞 6-磷酸葡萄糖脱氢酶缺陷者，应忌食蚕豆及其制品，患儿衣物保管时禁用樟脑丸，避免使用抑制或竞争葡萄糖醛酸转移酶的药物。

④发生胆红素脑病者，及时给予康复治疗 and 护理。

**要点、难点提示** 列出新生儿胆红素代谢特点；比较生理性黄疸与病理性黄疸的特点；当胆红素超过  $342\mu\text{mol/L}$  ( $20\text{mg/dl}$ ) 时，易引起核黄疸；黄疸病情观察等护理措施。

2. 新生儿颅内出血 新生儿颅内出血是一种严重的脑损伤性疾病。早产儿发病率较高，预后较差。

#### (1)病因及发病机制 缺氧、产伤。

1) 缺血缺氧性颅内出血 凡能引起缺氧的因素均可导致颅内出血。以未成熟儿多见。

2) 产伤性颅内出血 以足月儿多见，因胎头过大、臀产、急产、产程过长、高位产钳、吸引器助产等，均可使胎儿头部受挤压而出血。

3) 其他 高渗液体输入过快、机械通气不当，血压波动过大，操作时对头部按压过重均可引起颅内出血。

#### (2)临床表现 症状、体征与出血部位及出血量有关。

1) 症状出现早一般生后 1~2 天内出现。

2) 神经系统症状先兴奋后抑制。如易激惹、过度兴奋或表情淡漠、嗜睡、昏迷等。

3) 眼部症状有凝视、斜视、眼球上转困难、眼震颤等。

- 4) 颅内压增高时，则有脑性尖叫、前囟隆起、惊厥等。
- 5) 呼吸系统可见呼吸频率或节律变化；患儿肌张力早期增高，以后减低。
- 6) 脑疝时瞳孔大小不对称，对光反应差。

### (3) 辅助检查

- 1) 脑脊液可呈均匀血性和可见皱缩红细胞。
- 2) CT 及 B 超扫描可帮助判断出血的部位及范围。

### (4) 预防及治疗原则

- 1) 预防加强孕产期保健，预防早产，减少产伤及窒息。
- 2) 治疗原则止血、控制惊厥、降低颅内压、使用恢复脑细胞功能的药物等对症处理。

### (5) 护理

#### 1) 护理问题

- ①潜在并发症 脑疝。
- ②有窒息的危险 与惊厥、昏迷有关
- ③营养失调，低于机体需要量与呕吐及中枢神经受损、不能进食有关。

#### 2) 护理措施

##### ①预防脑疝的护理

- a. 绝对卧床休息，减少刺激护理操作要轻、稳、准，尽量减少移动和刺激；静脉穿刺最好选用留置针，减少反复穿刺。
- b. 严密观察患儿生命体征、神志、瞳孔的变化，是否有异常(脉搏减慢、呼吸节律不规则、瞳孔不等大等圆、对光反射减弱或消失)。
- c. 按医嘱给予镇静、脱水、止血药。

##### ②预防窒息的护理

- a. 体位 侧卧位或头偏向一侧。
- b. 保持呼吸通畅，及时清除呼吸道分泌物，改善呼吸功能。
- c. 密切观察病情变化，每 4 小时测体温、脉搏、心率、血压并记录。

③补充营养的护理 不能进食者，应给予鼻饲。保证患儿热量及营养物质的供给。

3) 健康指导 向家长讲解颅内出血和严重性及可能出现的后遗症。给予安慰，减轻家长的焦虑，鼓励家长的治疗和随访，发现有后遗症时，尽早带患儿进

行功能培训，减轻脑损伤的影响。增强战胜疾病的信心。按医嘱服用神经细胞的营养药物，协助脑功能恢复。

**要点、难点提示** 熟悉新生儿颅内出血的病因主要是缺氧的产伤；掌握新生儿颅内出血的临床物点、一般护理及病情观察内容。

**3. 新生儿寒冷损伤综合症** 新生儿寒冷损伤综合征简称新生儿冷伤，主要由寒冷引起，其临床物征是低体温和多器官功能损伤，严重者出现皮肤硬肿，此时又称新生儿硬肿症。

(1) 病因及发病机制 寒冷、早产、低体重、感染和窒息可能是其致病因素。

1) 体温调节中枢发育不完善，皮下脂肪层薄，易散热，体内棕色脂肪少，产热较少。

2) 皮下脂肪中饱和脂肪酸含量大，其熔点高，寒冷时易凝固。

3) 诱因 缺氧、寒冷、喂养不足或感染等。

(2) 临床表现 一般以生后1周内新生儿和未成熟儿多见。

1) **局部表现**为皮肤发凉、硬肿，颜色暗红，不易捏起，按之如硬橡皮。硬肿发生顺序为：小腿—大腿外侧—下肢—臀部—面颊—上肢—全身。

2) 体温常于 $35^{\circ}\text{C}$ ，重症患儿低于 $30^{\circ}\text{C}$ 。

3) 全身表现为食欲差或拒乳、反应差、哭声低、心音低钝、心率减慢、尿少。

4) 严重者可导致休克、肺出血、心力衰竭弥散性血管内凝血(DIC)及急性肾功能衰竭等多脏器损害而危及生命。

(3) 辅助检查 血小板减少，血糖降低，DIC时凝血活酶时间延长，硫酸鱼精蛋白试验(“3p”实验)阳性。

(4) 预防及治疗原则

**复温 是治疗和护理的关键，原则是逐步升温，循序渐进。**

2) 支持疗法 供给足够热量，有助于体温恢复。

3) 合理用药及对症处理。

**预防** 做好围生期保健，加强新生儿保暖和能量供给，积极防治感染性疾病。

(5) 护理

## 1) 护理问题

①体温过低与早产、寒冷、感染、窒息等因素有关。

②营养失调，低于机体需要量与吸吮无力、能量摄入不足有关。

③有感染的危险与免疫功能低下有关。

④潜在并发症弥散性血管内凝血。

## 2) 护理措施

①恢复体温的护理复温是关键措施，原则是逐步升温，循序渐进。

a. 轻中度硬肿，体温 $>30^{\circ}\text{C}$ ，腋-肛温差为正者，足月儿可置于 $25\sim 26^{\circ}\text{C}$ 室温环境中，加热水袋复温，亦可放入 $30^{\circ}\text{C}$ 暖箱，根据患儿体温恢复情况，将箱温渐调至 $30\sim 34^{\circ}\text{C}$ ，6~12小时恢复正常体温。

b. 重度硬肿，体温 $<30^{\circ}\text{C}$ ，腋-肛温差为负者，可放入比体温高 $1\sim 20^{\circ}\text{C}$ 暖箱，每小时升高箱温 $1^{\circ}\text{C}$ ，12~24小时恢复正常体温。

c. 密切观察体温变化，每2小时测体温1次，体温正常6小时后每4小时测1次。

②营养不足的护理提供足够能量与水分，保证供给。

a. 能吸吮者可经口喂养；吸吮无力者用滴管、鼻饲或静脉高营养供给能量。

b. 耐心、细致，少量多次、间歇喂养。

c. 按医嘱补液，严格控制补液速度。

③预防感染的护理保护性隔离，保持病室空气清洁，每日紫外线照射1~2次，每次30分钟。加强消毒管理，严格遵守无菌操作，预防交互感染。

④预防弥散性血管内凝血的护理

a. 观察病情，监测心率、呼吸、血压的变化，发现问题及时与医生取得联系。

b. 备好抢救药物和设备。

3) 健康指导 向家长讲解疾病的严重性，介绍相关的知识如保暖、喂养、预防感染、预防接种等。

要点、难点提示 新生儿寒冷损伤综合征是由多种病因引起，寒冷是主要原因；临床特点是皮肤凉、硬、暗红，按之如硬橡皮；硬肿发生有一定顺序，最早发生的部位是小腿外侧；逐步升温是治疗的关键；简述不同病情患儿复

温的步骤。

**4. 新生儿败血症** 新生儿败血症是指新生儿时期致病菌侵入血循环并在血液中生长繁殖、产生毒素而造成的全身感染。其发病率及病死率较高。

(1) 病因 新生儿免疫系统功能不完善，皮肤黏膜屏障保护功能差，**未愈合的脐部常是细菌侵入门户**，细菌一旦侵入易导致全身感染。感染途径分产前、产时及产后感染，以产后感染为主。产前感染多为血行感染；产时感染多因胎膜早破、产时延长引起；**产后感染多经过未愈合的脐部。常见病原菌为葡萄球菌感染。**

(2) 临床表现 **临床表现常不典型。**

1) 发病时间 产前、产时感染一般在出生 3 天内发病，产后感染多在出生 3 天以后发病。

2) 严重感染中毒症状 精神萎靡、嗜睡、拒乳、少哭或不哭、少动或不动，体温不稳定(升高或降低)，出现病理性黄疸并随着病情进展而加深，皮肤淤点。

3) 严重者可有惊厥、昏迷、出血、休克、呼吸异常。

(3) 辅助检查 外周血白细胞及中性粒细胞增多。c 反应蛋白阳性，血沉增快，血培养阳性。

(4) 预防及治疗原则

1) 预防 加强孕期保健，防止产程过长，产时注意无菌操作，产后注意加强新生儿的皮肤、黏膜、脐部护理，防止细菌侵入机体。

2) 治疗 选用敏感的抗生素；对症治疗和支持疗法。

(5) 护理

1) 护理问题

① 有体温改变的危险与感染有关。

② 营养失调，低于机体需要量 与拒乳、吸吮无力，摄入能量不足有关。

2) 护理措施

① 维持体温的护理

a. 体温过高时，可采用调节环境温度，打开包被等物理的方法或多喂水来降低体温，新生儿不宜用药物、乙醇擦浴、冷盐水灌肠等刺激性强的降温方法。降温后，30 分钟复测体温一次，并记录。

b. 体温低于正常时，及时给予保暖措施，使体温保持在正常范围。

c. 保证抗生素有效进入体内；清除局部感染灶，防止感染继续蔓延扩散。

d. 严密观察病情变化，每 4 小时监测体温、脉搏、心率、血压一次，如出现面色发灰、哭声低弱、尖叫、呕吐频繁等症状时，及时与医生取得联系，并做好抢救准备。

②营养不足的护理 保证营养供给。

a. 细心、少量、多次给予哺乳，保证机体的需要。

b. 吸吮无力者，可鼻饲喂养或结合病情考虑静脉营养。

c. 每日测体重一次。

3) 健康指导 做好家长的心理护理，减轻家长的恐惧及焦虑，讲解有关的护理知识。取得家长合作。

**要点、难点提示** 熟悉新生儿败血症的病因；掌握新生儿败血症临床表现为无特异性，主要表现是严重感染中毒症状；熟悉新生儿体温过高时的处理方法。