

台中榮民總醫院護理部

手冊名稱:護理常規		編號:PED-S-1-02	頁數:6-1
主 題: 早產兒護理		生效日期: 87 年 12 月	
策 劃:護理品質促進委員會		修訂年月: 89 年 90 年 91 年 93 年 94 年 95 年 11 月 11 月 02 月 05 月 10 月 06 月	
制定單位	初審者		審核者
病嬰室	護理長 張和美		護理部 鄭淑玲

一、維持體溫恆定：

(一) 早產兒未到達前準備好保溫箱並溫熱，保溫箱溫度設定及調節（見下表）。

時間 體重 gm	0-6 小時	6-12 小時	12-24 小時	24-36 小時
<1200	35°C	35°C	34°C	34°C
1201-1500	34.1°C	34°C	33.6°C	33.6°C
1501-2500	33.4°C	33.1°C	32.6°C	32.6°C
>2500	32.9°C	32.8°C	32.1°C	32.1°C

(二) 體重愈輕的早產兒需要愈高的環境溫度。

(三) 每四小時監測體溫，採背溫或腋溫，維持腋溫在 36.5~37°C 之間。

(四) 依早產兒之體溫調整保溫箱溫度，保溫箱的窗口應關閉，必要時可加一些熱源(如烤燈、衣服、帽子、塑膠布)輔助保暖。

(五) 在早產兒頭七天體溫穩定前，暫不要洗澡。

(六) 維持室溫 25~26°C。

(七) 保溫箱應遠離窗戶、冷的外牆和空氣出口，以防輻射方式散熱。

(八) 接觸早產兒前需先溫熱雙手，打開保溫箱時應使用烤燈加溫或毛毯蓋住早產兒。

(九) 體重在 1500 公克以下的早產兒，應放在雙層保溫箱，以防輻射散熱。

(十) 病情穩定的早產兒可穿上衣服，以防輻射方式散熱。

(十一) 保持早產兒皮膚乾燥，能有效預防熱量散失。

(十二) 避免將早產兒放在冷的物體表面，如金屬治療檯，冷的 X 光片、磅秤上避免因傳導而散失熱，衣物、尿片可先加溫。

(十三) 1500 公克以下的早產兒若需使用氧氣時，需加溫加濕（詳見氧氣療法）。

二、呼吸系統方面：

密切監測早產兒呼吸型態，若有呼吸窘迫症狀【發紺、呼吸淺快每分鐘大於 60 次或呼吸暫停、鼻翼煽動、呼氣咕嚕聲、胸肋下凹陷、不安、心跳加快】應進一步評估與處理。

(一) 氧氣療法：

1. 依早產兒情況選擇適當大小之鼻管或氧氣罩。

2. 每班核對氧濃度以維持預定的給氧濃度，並掛上氧氣流量標示牌。

3. 使用脈衝式血氧機持續監測血氧飽和度。

4. 若早產兒呼吸窘迫或躁動等現象未改善應即通知醫生調整給氧濃度或方式。

5. 給氧氣前須先加溫、加濕，以避免早產兒呼吸道過度乾燥，加濕器內要保持足夠的水量，瓶內蒸餾水每天大夜班更新。

6. 採集中護理盡量避免早產兒疲倦，減少氧的需要量。

7. 如由保溫箱來提供氧氣時，盡量從保溫箱窗口操作各項護理措施，盡可能保持保溫箱內氧氣濃度的一致性。

(二)鼻式持續性正壓式呼吸NCPAP(Continuous Positive Airway Pressure)：

1. 定時觀察記錄嬰兒生命徵象，SaO₂ 及活力之變化(使用 CPAP 後呼吸速率應減緩，胸凹改善，SaO₂ 維持 90%以上)。
2. 定時觀察呼吸器設定。
3. 鼻子貼人工皮保護，注意管路有無漏氣、脫落或 Nasal Prong 滑出。
4. 注意 Nasal Prong 是否壓迫鼻中膈。
5. 保持氣道通暢，給予足夠的濕氣及清除痰液。
6. 每 7 天更換管路。
7. 每 2 小時改變早產兒姿勢。
 - (1)儘可能將早產兒臥睡，以提高 SaO₂ 值，加速胃的排空及有較好的睡眠型態。
 - (2)如果必須是仰睡時，讓頸部微仰，鼻尖朝向天花板，避免頸部過度伸展，因為它會造成氣管直徑減少、呼吸道狹窄。
 - (3)避免垂頭仰臥式，因為它會造成腦壓增高，及因重力將腹部器官推向橫膈，減少肺部容量。
 - (4) 餵食後或粘液過多時採半臥睡或側臥方式，避免吸入性肺炎。
8. 辨認呼吸窘迫的現象：呼吸暫停，鼻翼煽動，呼氣阻音，低 SaO₂。
9. 維持早產兒體溫在正常範圍以免耗費過多的氧氣。

(三)輔助呼吸器(Assisted Ventilation)：

1. 每 1 小時觀察記錄早產兒生命徵象變化及呼吸器設定。
2. 每班觀察氣管內管插入深度，評估聽診其呼吸音。
3. 保持人工氣道的通暢，需要時清除痰液。
4. 注意管路有無漏氣、鬆脫。
5. 吸入氧氣盡可能維持 100%的相對濕度，才能稀釋分泌物易抽吸。
6. 維持吸入氣體 38-40°C(依早產兒所需的中性溫度環境及分泌物粘稠度而定)。
7. 維持加熱器之適當水量。
8. 預防感染，接觸早產兒前後需洗手。
9. 每 7 天更換潮濕加熱器及呼吸管路。
10. 觀察早產兒氣道分泌物之量、顏色、氣味的改變。
11. 每 2 小時更換早產兒的姿勢，視情況給予肢體運動。
12. 協助 ABG 的檢查及判讀。

三、腸胃系統方面：

(一)營養需求與評估：

1. 熱量攝取 120-150 大卡/公斤/每天，蛋白質 3-4 公克/公斤/每天。
2. 水份 150-200 cc/公斤/每天，若有先天性開放性動脈導管或慢性肺疾病應依醫囑限制水份，必要時可採高卡洛里階段奶提供充足之熱量。
3. 每天測量體重(每天 20-30 公克持續增加)、每週記錄一次頭圍。
4. 觀察是否有持續的腹脹、血液或粘液，大便中的潛血反應。

(二)維持適當的營養：

1. 如體重在 1500 公克以上，情況穩定(腸蠕動音、無腹脹、腹部柔軟)於出生 2-4 小時先餵食開水，如吸收良好再予母乳或稀釋之牛奶，先調濃度至全奶再加奶量。

台中榮民總醫院護理部

主 題：早產兒護理

編號：PED-S-1-02

頁數：6-3

2. 將母乳或配方奶置於溫奶器中，加熱至 45°C 以下。

3. 餵食方法：早產兒在協調吸吮、吞嚥與呼吸動作時會有困難，導致會有呼吸停止、心搏過緩和氧氣飽和度減少的狀況，故應採漸進式餵食並持續評估協調程度。

(1) 胃管灌食：適用於不會吸吞的早產兒，每餐前反抽檢查胃內殘餘量，再評估餵食量

(2) 空針餵食：適用於不會吸但會吞的早產兒。

(3) 奶瓶餵食：適用於吸吞力協調的早產兒，約懷孕週數 34 週以上體重 1500 公克以上

4. 每 7 天更換胃管，每天需檢查膠布固定之位置，避免壓瘡。

5. 鼓勵母親哺乳母乳並給予衛教。

(三) 維持體液及電解質平衡：

1. 比較每天輸出入量是否平衡（維持尿量 1-3 cc/公斤/小時），及評估體重改變情形。

2. 依早產兒體重輸出入量及臨床變化評估每日所需輸液量。

3. 早產兒如有某些疾病需長期禁食時，可給予腸胃道外營養，維持體液及電解質所需。

4. 使用輸液速度控制器，以維持穩定速度，預防凝固及給液太多。

5. 每班做身體檢查及評估：觀察粘膜溫度、皮膚彈性、囟門及眼眶周圍、聽診呼吸音及心音。

(四) 維他命的添加：

當牛奶可進食至 100cc/KG//DAY 時由 0.1cc bid 漸增至 0.5cc bid。

(五) 母乳添加物(Fortifier)：

哺餵母乳之早產兒，進食穩定加量至 25ml 或全量時，開始加 Fortifier 時由 1/4 包開始，每 3 天調一次量(1/3 至 1/2 至 1 包)。

(六) 鐵劑的添加：

出生後 6-10 週易發生生理性貧血，可在出生後兩個月或體重為出生兩倍時添加，

Hb<12gm/100 cc: 6mg/DAY, Hb>12gm: 2mg/DAY，若有貧血症狀(昏睡、呼吸暫停、血色素低於 7-8 gm/100)即應考慮輸血。

四、神經系統方面：

(一) 預防顱內出血：

1. 出生頭 7 天或生命徵象穩定前不洗澡。

2. 護理早產兒時應盡量減少刺激，換尿布時動作輕柔，臀部勿抬高超過頭部。

3. 避免不必要的抽血及腰椎穿刺，注意觀察是否有顱內出血症狀(心搏過緩、前囟門膨出、肌肉張力降低、不正常眼睛徵候、抽筋、體溫不穩)顱內出血常發生於出生後一星期內，以腦室旁內出血最常見，出生後需做腦部超音波，若有異常需每星期追蹤檢查。

(二) 聽力檢查(AEP)：

出生體重小於 1500 公克或使用抗生素(GM、AMIKIN)超過兩星期時應於出院前做聽力檢查。

(三) 視力檢查：

出生體重小於 1500 公克，懷孕週數少於 32 週，使用氧氣超過八小時，需於出生後四至六週會診眼科，再依情況追蹤檢查。若有神經學方面症狀，即安排 VEP 檢查。

五、預防損傷：

(一) 預防出血：

出生給予肌肉或靜脈點滴注射 VIT K1。出生體重 1000 公克以下注射 0.5 mg，體重大於 1000 公克以上注射 1mg。

(二)預防感染：

1. 進入病室前要更新乾淨衣物，一旦污染應立即更換。
2. 接觸早產兒前後注意嚴格洗手，除去手上飾物。
3. 採無菌技術執行各項檢查、治療。
4. 每四小時監測體溫。
5. 注射點滴及靜脈加藥時需以 Tr-Iodine、75% Alcohol 消毒皮膚或注射部位。
6. 每小時及靜脈加藥前後皆需觀察注射部位有無滲液或感染。
7. 每天更換點滴溶液，每三天更換輸液管路。
8. 如有中央靜脈導管留置時，需協助醫師以無菌技術換藥。
9. 使用呼吸器時，導管需七天更換。
10. 如有胃管留置時，每七天更換。
11. 早產兒使用之保溫箱需每七天更換，每天以 200ppm 次氯酸鈉擦拭外部。
12. 早產兒易患皮膚、呼吸、腸胃道感染，注意其臍帶有無發紅、發臭、眼睛有無分泌物，皮膚顏色、大小便次數、性質。
13. 護手乳非無菌，塗抹後接觸早產兒前仍需再洗手。
14. 限制訪客的人數及訪客時間，且進入病室前應洗手穿隔離衣。有發燒、呼吸道感染、腸胃道及任何感染症不宜進入。
15. 每天以 200ppm 次氯酸鈉擦拭環境。
16. 指甲剪使用前後應以酒精擦拭消毒。
17. 接觸早產兒之使用品應保持乾淨：
 - (1) 嬰兒床：每位早產兒出院後，床以 200ppm 次氯酸鈉清潔拭淨，晾乾再給下一位早產兒使用；有傳染性應採終期消毒。
 - (2) 洗澡盆：每位早產兒使用一個洗澡盆，使用後清洗，再送至供應中心消毒。對於具有傳染性的澡盆，則先泡 200ppm 次氯酸鈉後清洗，再送供應中心消毒滅菌。
 - (3) 體溫計：每人使用一支，出院後集中銷毀。
 - (4) 尿布：使用紙尿布。
 - (5) 安撫奶嘴每天消毒或更新。
 - (6) 聽診器、血壓計之壓脈帶：住院期間每人使用一個，出院後以 200ppm 次氯酸鈉清潔拭淨。
18. 皮膚護理：
 - (1) 用呼吸器、氧氣療法、插鼻（口）胃管者應使用 OP-side 或人工皮保護皮膚。
 - (2) 一般健康體溫穩定之早產兒，每日以嬰兒沐浴精盆浴一次。
 - (3) 洗澡時，從脫衣、洗澡，包好包布均由同一護士擔任，每個嬰兒洗完後，應先洗手，才可以洗另一個早產嬰兒，以免交互感染。
 - (4) 吐奶、排便、排尿後或隨時均保持嬰兒皮膚之清潔乾燥。
19. 臍帶護理：
 - (1) 臍未掉時，以 95%Alcohol 擦拭臍帶根部，以維持乾燥，脫落後應再做 7 天之臍部護理。
 - (2) 臍帶有異味或分泌物時，加強臍帶護理並觀察嬰兒生命徵象，以辨別有否感染。
20. 眼部護理：
 - (1) 以無菌生理食鹽水棉籤作眼部護理。
 - (2) 出生後眼部有化膿性分泌物時，需通知醫師，並送細菌培養。

21. 已有感染症狀之工作人員，避免接觸早產兒；而已有感染之早產兒，應予隔離。

六、發展性照護：

(一)促進並協調早產兒自我調適行為：早產兒在不舒服的時候，可能會出現一些自我調適的動作，如吸吮奶嘴或手指、手上舉放置於臉頰或頭上，手腳呈擁抱姿勢；應了解早產兒整合不良時的表現及自我調節的努力，適當協助達成及維持各次系統間整合的能力，如減少環境刺激及限制社會性的活動，使其有足夠時間恢復。

(二)提供適當的發展環境

1. 降低光線及噪音的干擾：

- (1)控制環境音量：床邊持續音量不超過 50 分貝，限制收音機音量。
 - (2)靠近早產兒時輕聲說話，耳語可聽見即可。
 - (3)避免敲擊保溫箱及用力開關箱門等。
 - (4)呼吸管路及噴霧器維持恰當位置，避免積水，產生噪音。
 - (5) IV pump 勿擺在早產兒頭部。
 - (6)降低 EKG Monitor 及 Oximeter 之心跳或脈搏音量。
 - (7)監視器警報時應即時關掉 Alarm 並處理。
 - (8)降低光度，但維持可安全觀察約 60 燭光的亮度，可利用個別燈光提供執行治療。
 - (9)遮蓋保溫箱、戴眼罩，可減少周邊光線，且可善加利用於一日 24 小時的差異，也可提醒照顧者給予早產兒一段未受干擾的休息時間
 - (10)打開保溫箱罩子或抱出保溫箱時，保護眼睛免於光線直射。
2. 擺位(Position)：. 應用適當擺位及輔助物（巢穴或捲軸）給予肢體支持性支撐，可以控制活動增加屈曲及促進安穩，增加整合性發展。
- (1)頭維持中線位置勿過度伸展與屈曲，維持呼吸道通暢，視需要頭周圍使用捲軸。
 - (2)頭與脊柱維持一直線，當俯臥時肢體屈曲以捲軸支撐，側臥亦是。
 - (3)讓手腳屈曲靠近身體的中線，維持關節於正常生理解剖位置避免外展。
 - (4)嬰兒兩側及腳擺位附加枕頭或提供一個巢穴，以提供觸覺及圍堵作用。
 - (5)當轉動翻身或執行措施時需溫和的握住早產兒避免突然改變姿勢。
 - (6)讓早產兒手靠近嘴巴，以方便吸吮手指(hand to mouth)的動作，吸吮手指及碰觸臉頰都可幫助自我安撫。
 - (7)必要時提供安撫奶嘴以達安撫效果。

七、家屬方面：以家庭為中心護理

- (一)自我介紹，主動引導父母認識病室環境，為其解釋各項儀器及護理措施。
- (二)鼓勵父母常來探訪，執行袋鼠式護理及母乳哺餵，並提供彈性探訪時間。
- (三)提供父母親舒適座椅以利親子互動。
- (四)提供父母適當的情緒支持，在情況許可下鼓勵父母探視早產兒以減輕其焦慮，協助親子關係之建立。
- (五)提供相關訊息，如病情進展、病室環境、各項檢查、合併症、預後等。
- (六)體重大於 1800 公克且生命徵象穩定可採漸進式抱離保溫箱，並開始鼓勵家屬學習照顧技巧。
- (七)擬定出院計劃，教導家屬居家照護知識及技巧。
- (八)提供出院準備床服務，建立家屬照顧自信及能力。
- (九)體重達 2000 公克以上生命徵象穩定且家屬照顧能力足夠，經醫師評估後可出院。

