

NRP

آموزش ضمن خدمت پرستاری
مرکز آموزشی درمانی نمازی
۱۴۰۲



مبانی احیای نوزاد

• پیش از تولد، رگهای خونی ریوی در ریه های جنین، کامل منقبض و آلوئولها با مایع و نه هوا پر شده است.

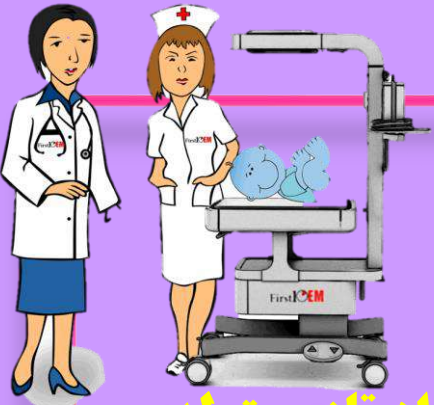
• احیای نوزاد معمولاً به دلیل نارسایی تنفسی است.

• مهمترین و مؤثرترین اقدام در فرایند احیای نوزاد، تهویه ریه های نوزاد است.

• نوزادان بسیار کمی در فرایند احیا نیاز به فشردن قفسه سینه یا تجویز دارو دارند.

• کار گروهی، رهبری و ارتباط، مؤلفه های حیاتی یک احیای موفق است.





برخی نوزادان بدون هیچ عامل خطر شناخته شده نیاز به احیا پیدا میکنند.

در هر تولد باید حداقل یک فرد توانمند برای آغاز احیا حضور داشته و تنها مسئولیت وی مدیریت نوزاد تازه متولد شده باشد.

در صورت وجود عوامل خطر، به حداقل دو نفر، تنها برای مدیریت نوزاد نیاز است. تعداد و سطح مهارت افراد مورد نیاز با توجه به عوامل خطر پیش بینی شده تعیین میگردد.

در هر احیا، یک گروه توانمند برای احیای کامل باید مشخص شده و فوری در دسترس باشد. در صورت پیش بینی احیای پیشرفته، باید گروه احیا در هنگام تولد حضور داشته باشد.

در هر تولد، همه تجهیزات و وسایل مورد نیاز یک احیای کامل باید به آسانی در دسترس و برای استفاده آماده باشد.

پیش بینی و آمادگی برای احیا

1 تا 3 نوزاد در هر 1000 تولد، نیاز به فشردن قفسه سینه یا تجویز دارو دارد.

طی 30 ثانیه پس از تولد، حدود 85% نوزادان رسیده آغاز به تنفس میکنند.

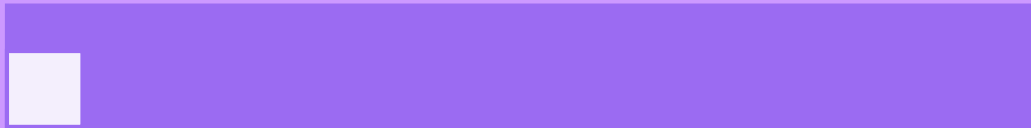
ده درصد دیگر هم با خشک کردن و تحریک، نفس میکشند.

حدود پنج درصد نوزادان رسیده، تهویه با فشار مثبت دریافت خواهند کرد.

دو درصد نوزادان رسیده، نیازمند لوله گذاری خواهند بود.

نوع ماسک

بالشتک دار



با سهولت بیشتری به صورت می چسبد.

فشار کمتری به صورت وارد می کند.

در صورت قرار دادن نادرست روی صورت، احتمال آسیب چشم ها کمتر است.

بدون بالشتک

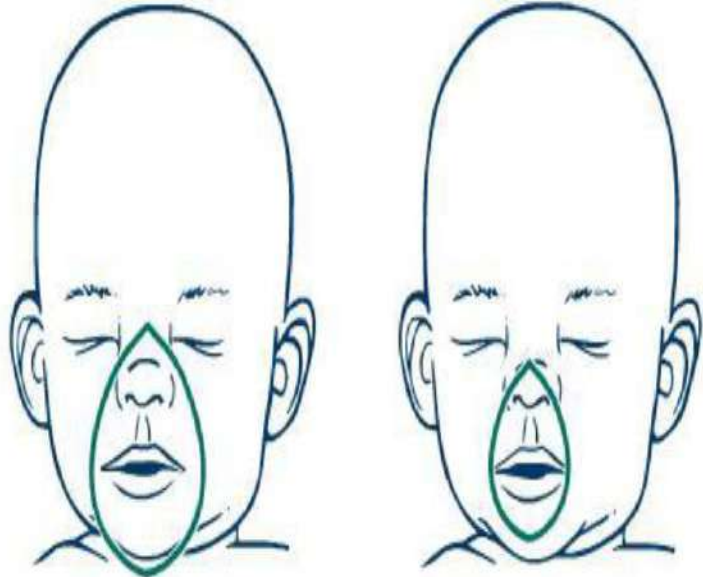


در صورت قرار دادن نادرست روی صورت، ممکن است به چشم ها آسیب برسد

ایجاد فضای بدون نشت بین ماسک و صورت مشکل تر است

چنانچه با فشار روی صورت گذاشته شود سبب خون مردگی می شود.

اندازه ماسک



Incorrect

Incorrect

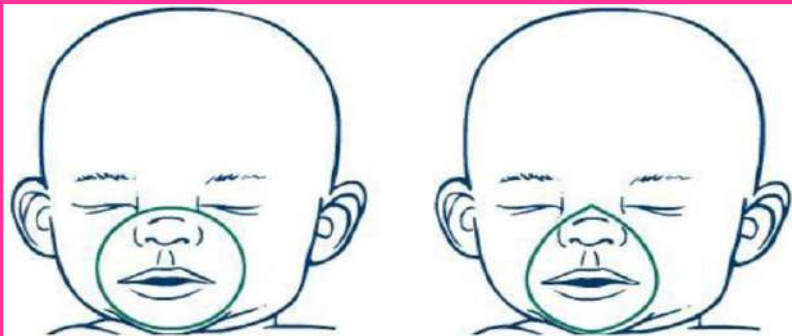
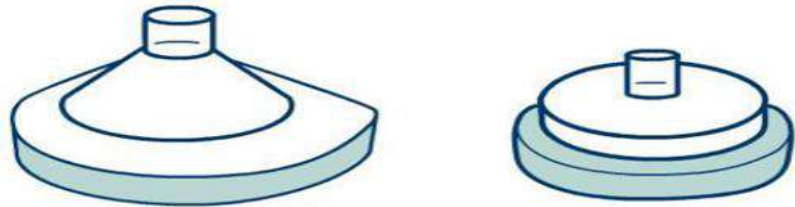
- چنانچه اندازه ماسک نامناسب انتخاب شود، فضای بدون نشت بین ماسک و صورت ایجاد نمی شود.

- ماسک مناسب قسمتی از چانه، دهان و بینی را می پوشاند و به چشم ها فشار وارد نمی آورد.

- خیلی بزرگ ← آسیب چشم ها

- خیلی کوچک ← دهان و بینی را نمی پوشاند و ممکن است راه بینی را مسدود کند.

شکل ماسک



گرد

احتمال نشت وجود دارد.
احتمال آسیب چشم ها بیشتر است.

آناتومیک

ایجاد فضای بدون نشت آسانتر است.
احتمال آسیب چشم ها کمتر است.

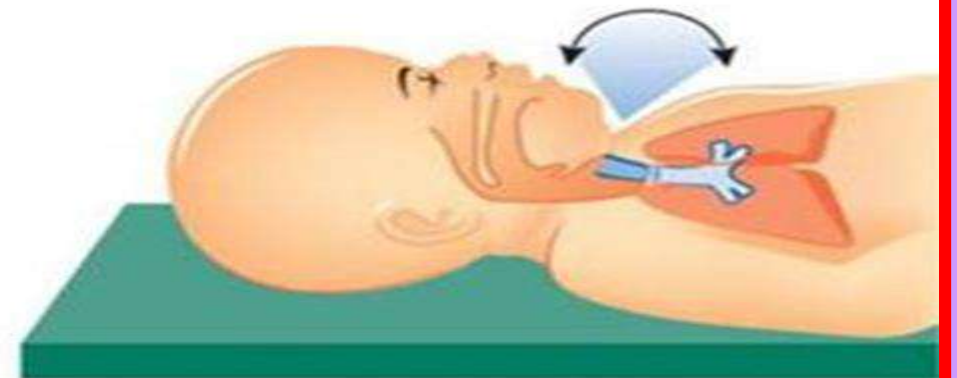
وضعت سر نوزاد



Correct

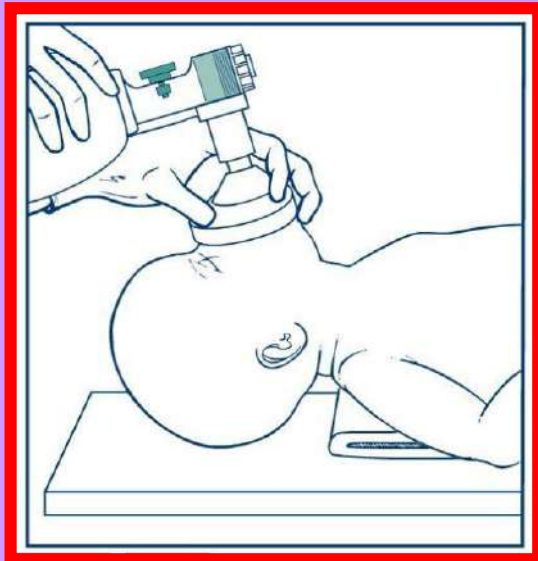
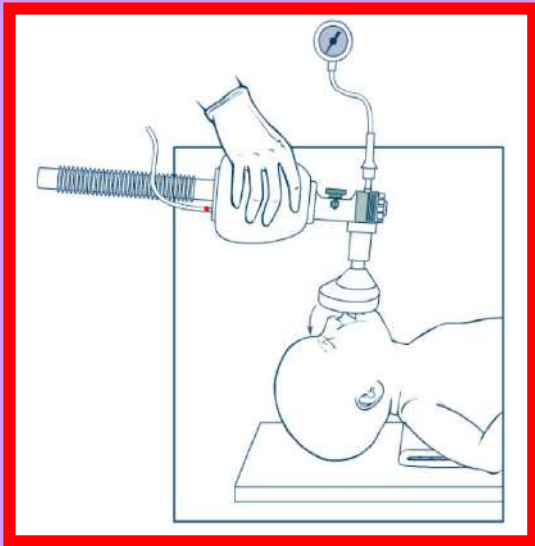


Incorrect
(hypertension)



Incorrect
(flexion)

**چانه را در ماسک قرار
داده سپس بینی را
پوشانید**



**ماسک را با نرمش روی صورت قرار
دهید به طوری که قسمتی از چانه،
دهان و بینی را پوشانند.**

**بهتر است ابتدا لبه ماسک را روی چانه
قرار دهید سپس آن را روی دهان و
بینی برگردانید.**

**دقت نمایید انگشتان به چشم ها فشار
نیاورند.**

بر گلو (نای) فشار نیاورید.

قرار دادن ماسک روی صورت به روش یک دستی



- ماسک را به کمک شست، انگشت اشاره و یا انگشت میانی روی صورت نگاه دارید.

- برای باز نگاه داشتن راه هوایی به کمک انگشت حلقه و انگشت پنجم چانه را به سمت جلو و بالا برانید.

- همزمان با اجرای PPV، وضعیت ماسک و سر نوزاد را به تناوب کنترل نمایید تا از وضعیت درست آنها مطمئن شوید.

قرار دادن ماسک روی صورت به روش دودستی

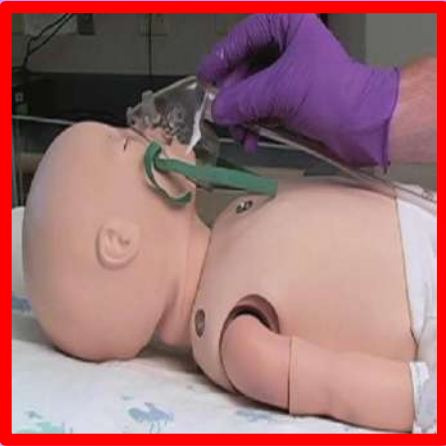


- چنانچه نمی توانید مانع نشت از اطراف ماسک شوید، به کمک هر دو دست خود ماسک را نگاه دارید. آنگاه چانه را به طرف جلو و بالا بکشید.

- در حالی که برای جلوگیری از نشت و حفظ وضعیت سر تلاش می کنید، فرد دیگری در کنار نوزاد قرار می گیرد و عمل تهویه را انجام می دهد.

- فرد سوم پاسخ نوزاد را ارزیابی می نماید.

تامین اکسیژن مکمل



در نوزاد دارای تنفس خود به خود، اکسیژن مورد نیاز را می توان با وسایل زیر تأمین کرد:

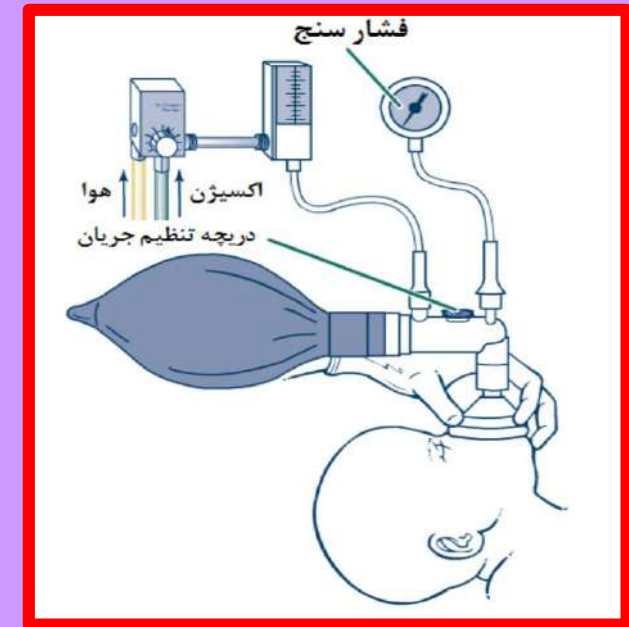
لوله اکسیژن (دست فنجانی)

ماسک اکسیژن

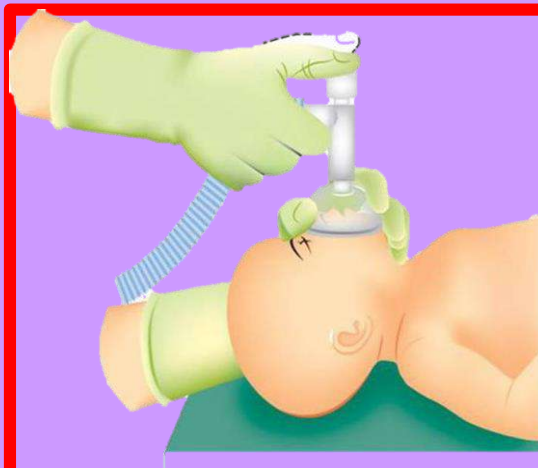
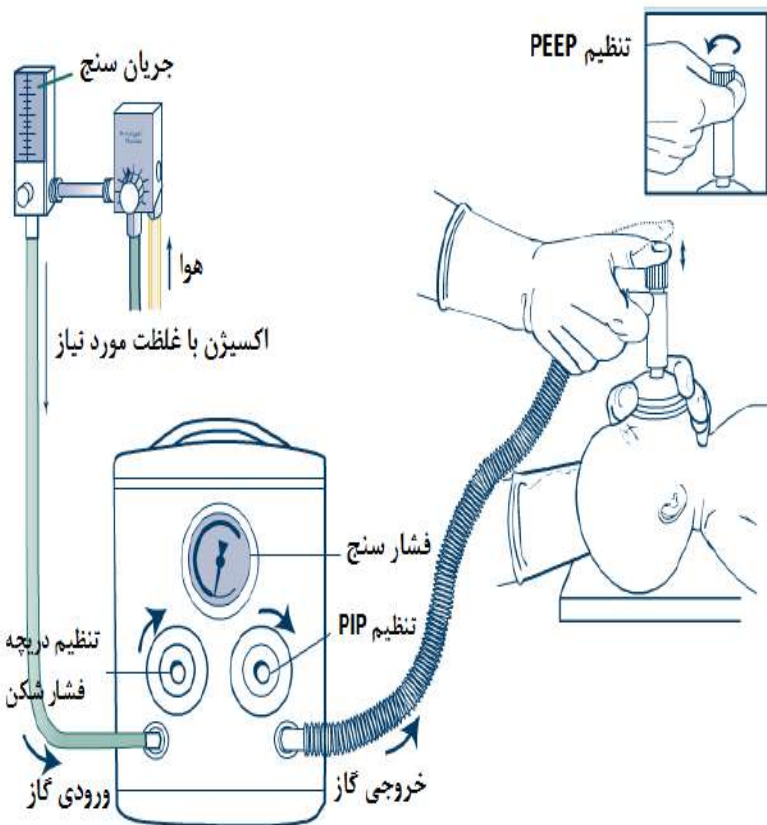
کیسه تهویه وابسته به جریان گاز، مجهز به ماسک

انتهای لوله ذخیره اکسیژن متصل به کیسه تهویه خودگشا

ابزار احیای T مجهز به ماسک



ابزار احیا T



مزایا

فشار یک نواخت.

کنترل مطمئن PIP و PEEP

تأمین مطمئن اکسیژن ۱۰۰٪

عدم خستگی کاربر.

معایب

نیاز به منبع گاز فشرده دارد.

برای این که ریه ها را باز نماید باید ماسک آن کاملاً به صورت بچسبد.

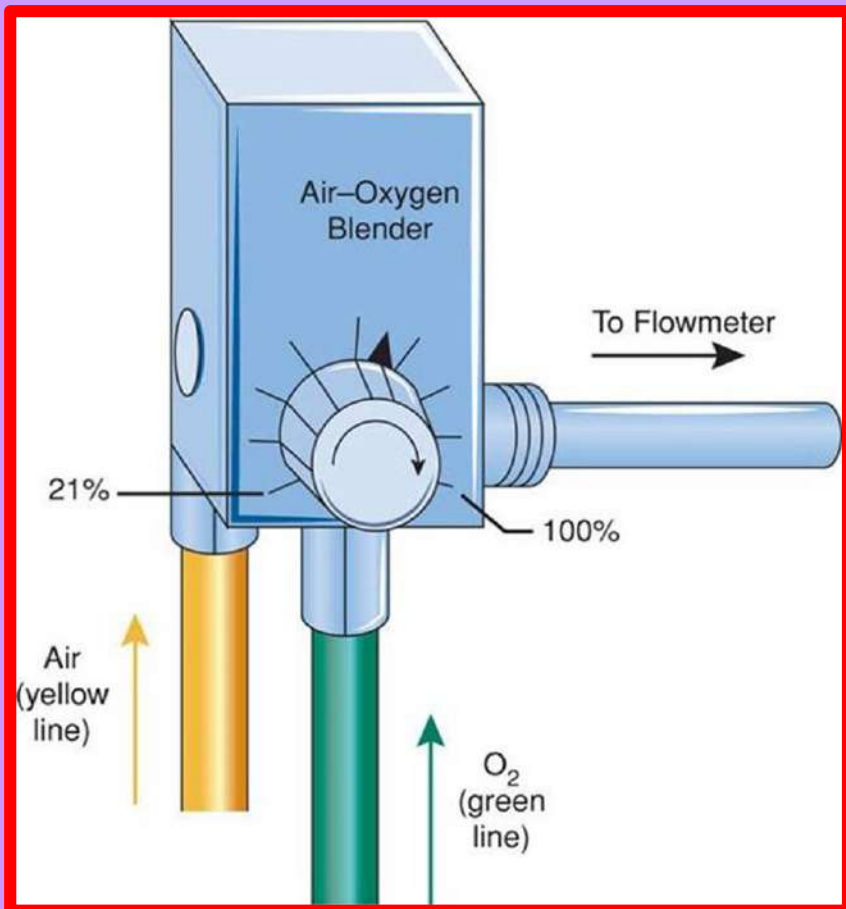
به کمپلینسی ریه ها نمی توان پی برد.

قبل از استفاده نیاز به تنظیم میزان فشارهای مورد نیاز دارد.

تغییر فشارهای فوق حین استفاده مشکل است.

خطر بازدم طولانی وجود دارد.

استفاده از بلندر برای تامین غلظتهای مختلف اکسیژن



- همیشه یک کیسه تهویه خود گشا به عنوان پشتیبان در دسترس خود قرار دهید زیرا ممکن است منبع گاز فشرده از کار باز ایستد یا ابزار احیای T خراب شود.

- چنانچه تجویز اکسیژن بیش از چند دقیقه ادامه یابد باید از اکسیژن گرم و مرطوب استفاده کرد.

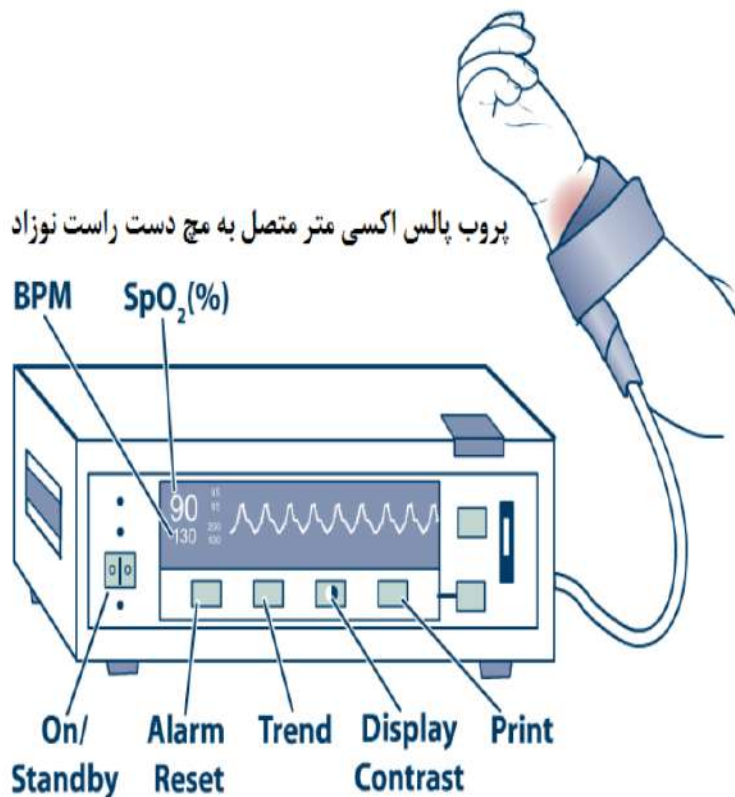
- سرعت جریان ۱۰ لیتر در دقیقه.

- در شروع، با استفاده از بلندر، از غلظت ۳۰٪ استفاده کنید سپس، با توجه به میزان اشباع اکسیژن هدف، غلظت اکسیژن را تنظیم نمایید.

در سیانوز انتهاها نیازی به اکسیژن نیست



موارد استفاده از پالس اکسی متر



- پیش بینی نیاز به احیا.
- نیاز به PPV پیش از چند تنفس.
- تأیید تشخیص بالینی سیانوز مرکزی پایدار.
- پیش بینی نیاز به اکسیژن مکمل.
- در احیای نوزادان به منظور آگاهی از درصد اشباع اکسیژن قبل از مجرای شریانی، توصیه می شود که پروب اکسیمتر به دست راست یا مچ راست وصل شود.
- برای ظاهر شدن هرچه سریعتر سیگنال، ابتدا پروب را به نوزاد و سپس به پالس اکسیمتر وصل کنید.

قبل از تولد



چهارپرسی از عامل زایمان



برآورد احتمالی از سن بارداری چیست؟



آیا مایع آمنیونی شفاف است؟



آیا عوامل خطر دیگری وجود دارد؟



برنامه ما برای مدیریت بندناف چیست؟

تولد



گامهای نخستین مراقبت از نوزاد



سوالات بعد از تولد:

آیا نوزاد رسیده است

تون عضلانی خوبی دارد

در حال تنفس یا گریه کردن است.

اگر پاسخ مثبت است، مراحل HBB را در آغوش مادر انجام دهید و گیره زدن بندناف باید در بیشتر نوزادان سر حال نارس و رسیده، حداقل ۳۰ تا ۶۰ ثانیه به تأخیر انداخته شود.

اگر پاسخ به هر یک از پرسشها «خیر» است، نوزاد باید برای انجام گامهای نخستین مراقبت نوزاد زیر گرم کننده تابشی گذاشته شود.

گامهای نخستین مراقبت از نوزاد



پنج گام نخست شامل

تأمین گرما،

خشک کردن،

تحریک کردن،

وضعیت دهی سر و گردن برای باز کردن

راه هوایی

پاک کردن ترشحات مجاری هوایی در

صورت نیاز

PPV



گامهای نخستین مراقبت از نوزاد

SpO₂ هدف، قبل از مجرای شریانی، پس از تولد

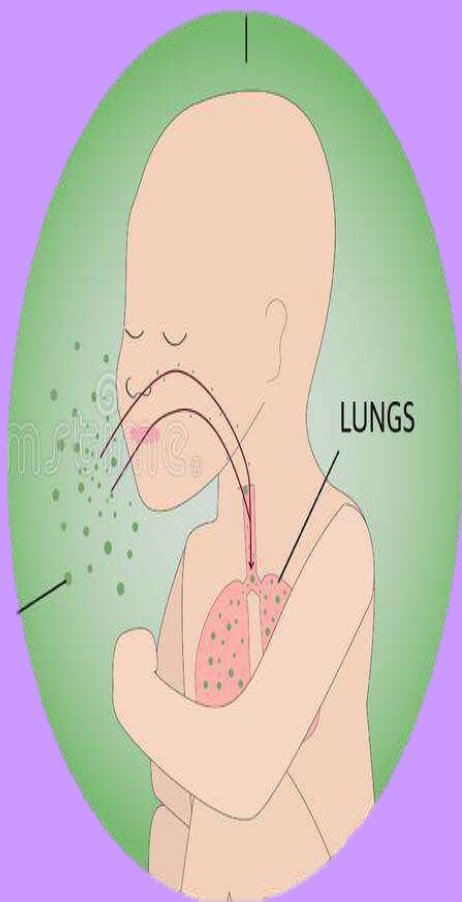
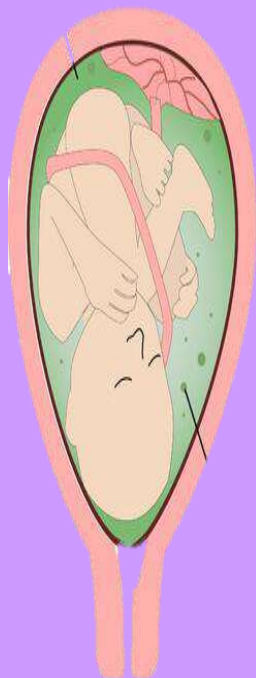
1 min	60%-65%
2 min	65%-70%
3 min	70%-75%
4 min	75%-80%
5 min	80%-85%
10 min	85%-95%

در موارد زیر از پالس اکسیمتر و جدول
اشباع اکسیژن هدف به عنوان راهنمایی
برای اکسیژن درمانی استفاده کنید:

- در زمان پیش بینی انجام احیا
- برای تأیید شک به وجود سیانوز مرکزی
- در صورت تجویز اکسیژن اضافی
- در زمان نیاز به تهویه با فشار مثبت

ارزیابی چشمی سیانوز شاخص مطمئنی
برای اشباع اکسیژن نیست.

گامهای نخستین مراقبت از نوزاد



در صورت مکونیومی بودن مایع و سر حال
نبودن نوزاد، برای انجام گامهای نخستین،
نوزاد را زیر گرم کننده تابشی قرار دهید.

لارنگوسکپی معمول، با یا بدون لوله
گذاری برای ساکشن نای توصیه نمیشود.

تهویه با فشار مثبت

INDICATIONS

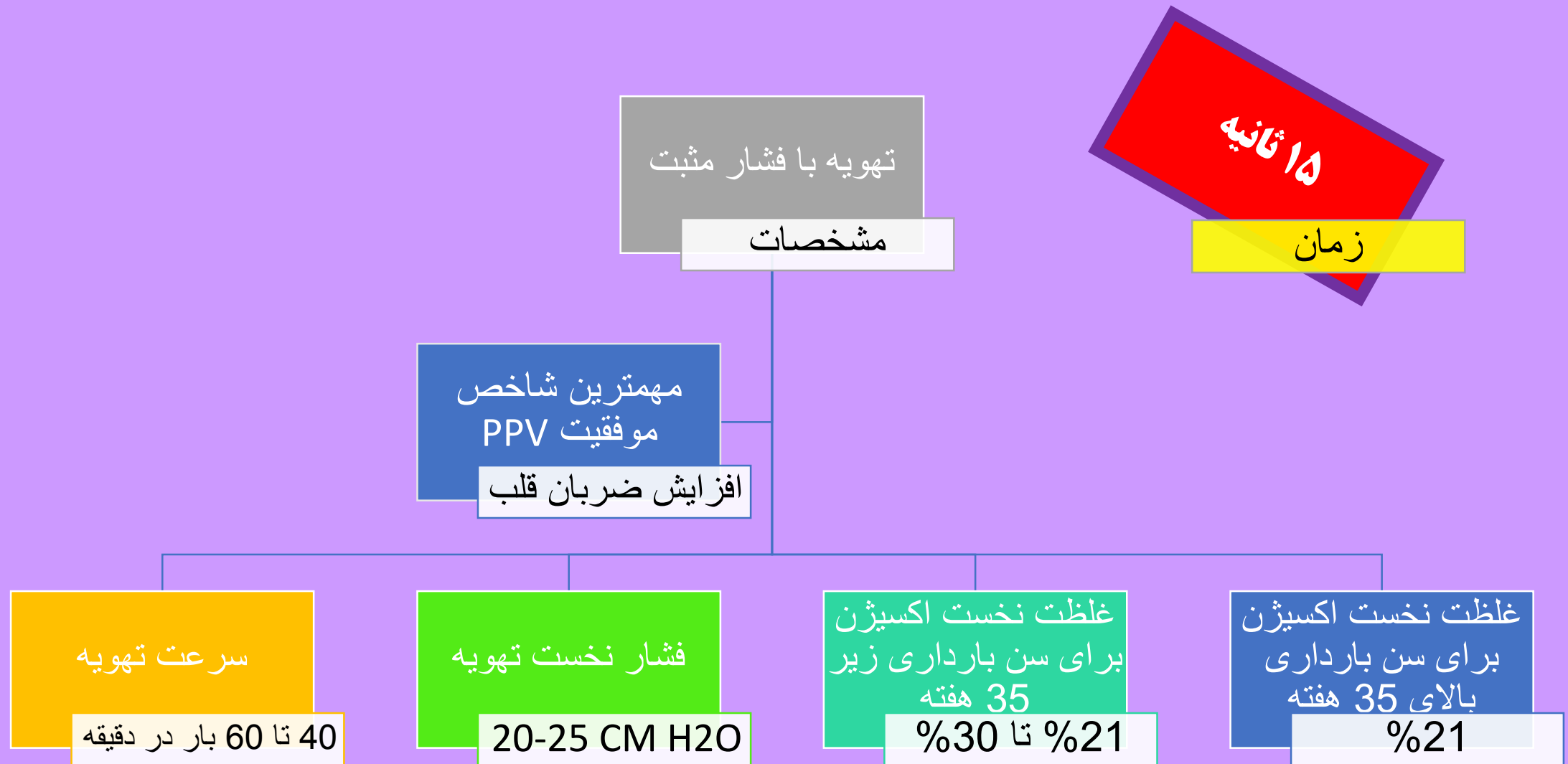
پس از گامهای نخستین

ضربان

قلب کمتر از 100 بار در دقیقه

تنفس منقطع

نفس نکشیدن نوزاد



اگر ppv در ۳۰ ثانیه اول موثر نبود

گامهای اصلاحی

MR SOPA

M

- تنظیم ماسک

R

- وضعیت دادن دوباره به سر و گردن

S

- ساکشن دهان و بینی

O

- باز کردن دهان

P

- افزایش فشار

A

- (LMA) راه هوایی جایگزین

اگر ppv در ۳۰ ثانیه دوم موثر نبود



- لوله نای یا ماسک حنجره ای جاگذاری و از این راه هوایی 30 ثانیه PPV کنید.

- خلطت اکسیژن را به 100% برسانید.

- فشرده سازی قفسه سینه را آغاز کنید.

- لوله دهانی معدی را کارگذاری کنید.

واژه های رایج مورد استفاده در تهویه با فشار مثبت

IT

- زمان(ثانیه) مربوط به مرحله دم، طی تهویه با فشار مثبت است.

Rate

- تعداد تنفس کمکی در دقیقه است.

CPAP

- فشار گازی که بین تنفس ها و طی تنفس خودبخودی، در ریه ها می ماند.

PEEP

- فشار گازی که بین تنفس ها و طی تهویه کمکی، در ریه ها می ماند.

PIP

- بیشترین فشار تجویز شده در هر تنفس است.

Manometer

- وسیله ای برای سنجش فشار گاز است.

وسایل مورد استفاده در تهویه

بگ خودگشا

- پس از فشردن و رها کردن، خودبخود با گاز (هوا، اکسیژن یا مخلوطی از آنها) پر می شود

تی پیس احیا

- در صورت بسته بودن خروجی بالای قطعه تی شکل، گاز فشرده را مستقیم به راه هوایی نوزاد هدایت می کند

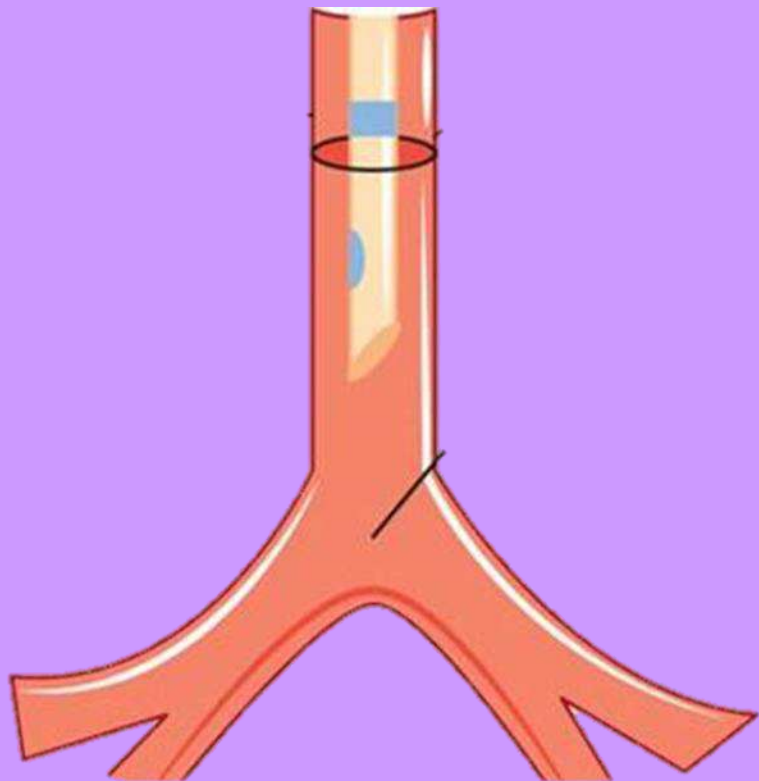
بگ وابسته به جریان

- تنها هنگام جریان هوا از یک منبع فشرده به درون آن و بسته بودن خروجی آن، بادشده باقی می ماند

INTUBATION



INDICATION



در صورت باقی ماندن ضربان قلب کمتر از 100 bpm و افزایش نیافتن آن پس از تهویه با فشار مثبت با ماسک صورت یا ماسک حنجره ای بشدت توصیه میشود.

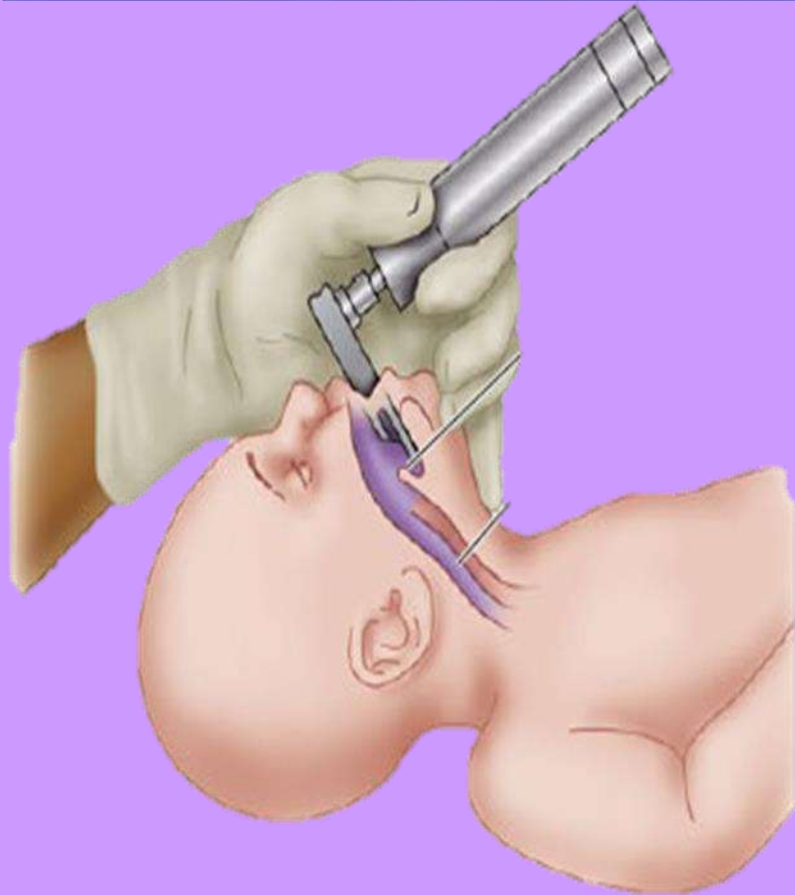
جاگذاری لوله نای پیش از آغاز فشردن قفسه سینه بشدت توصیه میشود. در صورت موفقیت آمیز یا آسان نبودن لوله گذاری و وزن تقریبی بیش از ۲ کیلوگرم، از ماسک حنجره‌ای ممکن است استفاده شود.

برای ساکشن مستقیم نای در صورت بسته شدن با ترشحات غلیظ، تجویز سورفاکتانت و پایدارسازی نوزاد در موارد شک به فتق دیافراگمی، لوله نای باید جاگذاری شود.

در صورت طولانی شدن PPV، برای بهبود کارایی و آسانی تهویه کمکی، جاگذاری لوله نای ممکن است مدنظر قرار گیرد.

فرد توانمند در لوله گذاری باید درون بیمارستان و در صورت نیاز، فوری در دسترس باشد. در صورت پیش بینی نیاز به لوله گذاری، این فرد باید در زمان تولد در اتاق زایمان حاضر باشد. آنکال در منزل یا در جایی دور از بیمارستان بودن کافی نیست.

لوله گذاری نای



تیغه مناسب لارنگوسکوپ برای نوزاد رسیده شماره ۱ و برای نوزاد نارس شماره ۰ است (اندازه ۰۰ برای نوزادان خیلی نارس اختیاری است).

زمان بهینه لوله گذاری ۳۰ ثانیه است. کار گروهی مؤثر برای انجام سریع این کار الزم است.

وجود دی اکسید کربن بازدمی و افزایش سریع ضربان قلب اصلی ترین روشهای تأیید قرارگیری لوله درون نای است.

عمق فرو بردن لوله نای به دو روش فاصله بینی تا تراگوس گوش یا سن بارداری نوزاد تخمین زده میشود. هر چند عمق تخمینی باید با صداهای تنفسی دو طرفه یکسان تأیید شود. اگر لوله نای باید در جای خود بماند، برای تأیید نهایی رادیوگرافی قفسه سینه انجام دهید.

در صورتی که با جاگذاری درست لوله نای، سبب حرکت قفسه سینه با PPV نشدید، به بسته بودن راه هوایی مشکوک شوید و راه هوایی را با کاتتر یا مکنده نای ساکشن کنید.

در صورت بدتر شدن وضعیت نوزاد پس از لوله گذاری، لوله ممکن است جابجا یا بسته شده یا پنوموتوراکس یا اشکال در تجهیزات PPV ایجاد شده باشد (DOPE)

CHEST COMPRESSION



فشردن قفسه سینه



Preferred technique



فشردن قفسه سینه هنگامی مورد دارد که با وجود گذشت ۳۰ ثانیه از برقراری تهویه با فشار مثبت، که موجب باد شدن ریه ها (حرکت قفسه سینه) شود، ضربان قلب همچنان کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه بماند.

فشردن قفسه سینه



ارزیابی نادرست ضربان قلب میتواند به فشردن غیر لازم قلبی بینجامد.

اگر عوامل خطر پیرامون تولد احتمال احیای پیشرفته را مطرح می کند، با آغاز PPV، لیدهای نمایشگر قلبی را وصل کنید.

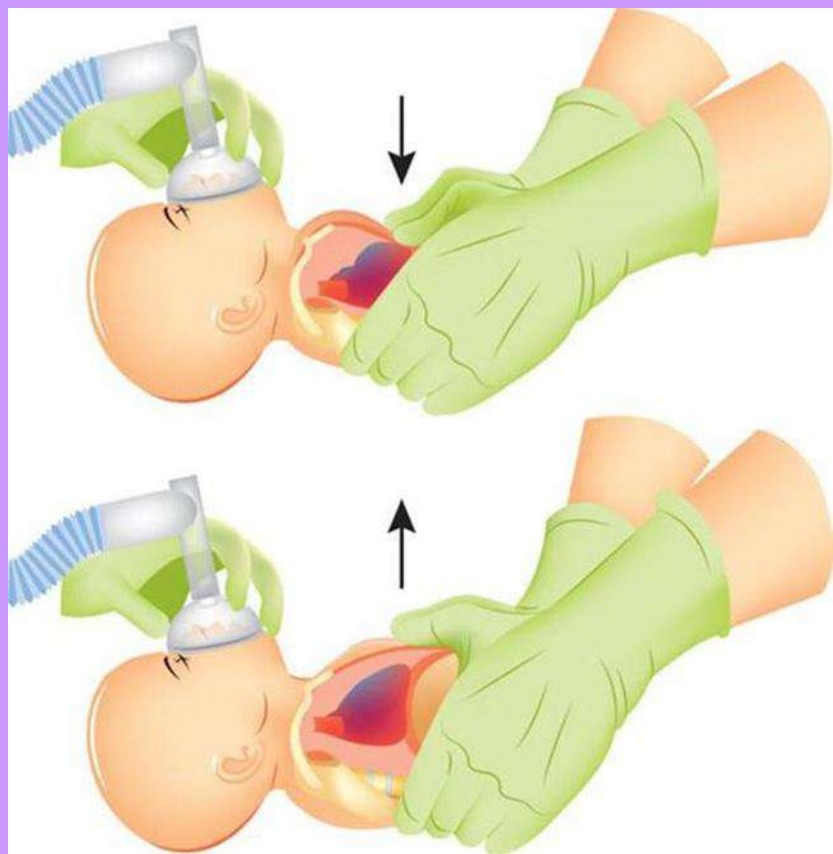
فشردن قفسه سینه



در صورت حرکت نکردن قفسه سینه با PPV، ریه ها پر باد نمیشود و فشردن قفسه سینه هنوز لازم نیست. در این حالت باید بر برقراری تهویه مؤثر تمرکز کنید.

پس از محکم کردن ماسک حنجره ای یا لوله نای، برای فشردن قفسه سینه به سر تخت بروید. این جا به جایی امکان جاگذاری ایمن کاتتر سیاهرگ نافی را فراهم کرده از لحاظ مکانیکی دارای مزایایی است که منجر به خستگی کمتر عامل فشردن قفسه سینه میشود.

فشردن قفسه سینه



در صورت تعداد ضربان قلب کمتر از 60 bpm، ممکن است پالس اکسی متر موج مطمئنی نمایش ندهد. در این حالت باید تهویه را با اکسیژن ۱۰۰٪ ادامه دهید تا ضربان قلب به حداقل 60 bpm برسد و پالس اکسی متر موج قابل اطمینانی داشته باشد.

برای فشردن قفسه سینه، شست خود را دقیق روی جناغ، در مرکز و درست زیر خط فرضی وصل کننده نوک پستانها قرار دهید. دو دست خود را به دور بدن نوزاد حلقه و پشت نوزاد را با انگشتان خود حمایت کنید. الزم نیست انگشتان شما یکدیگر را لمس کند.

فشردن قفسه سینه

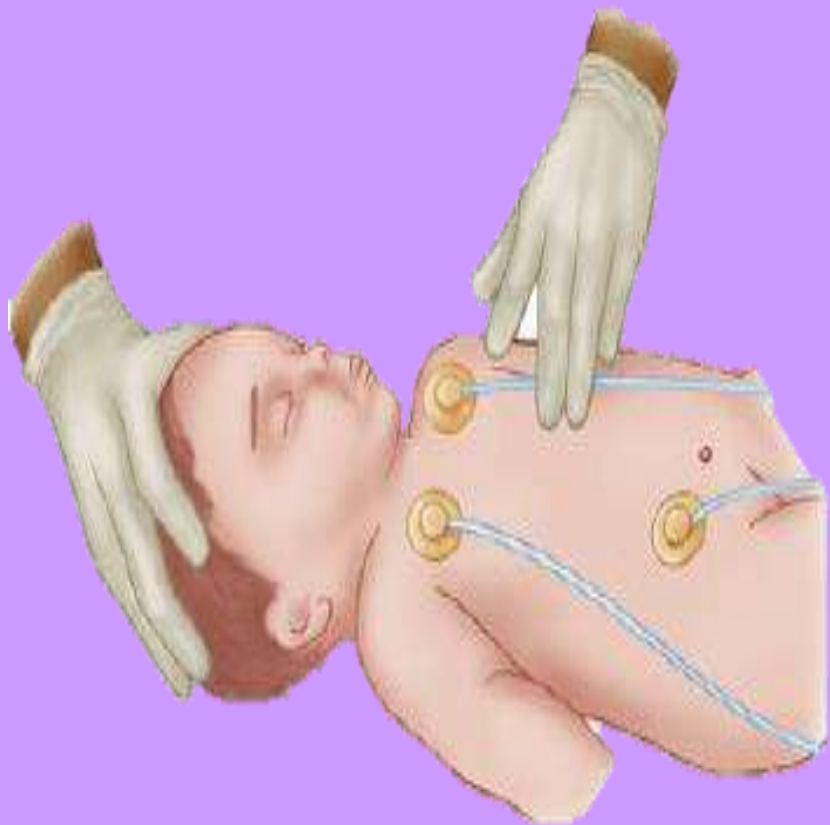


با اعمال نیروی کافی، جناغ را به اندازه یک سوم قطر جلویی - پشتی قفسه سینه به سمت پایین فشار دهید.

تعداد فشردن قفسه سینه ۹۰ بار در دقیقه و تعداد تنفس ۳۰ بار در دقیقه میباشد. این میزان تهویه نسبت به تهویه کمکی بدون فشردن قفسه سینه کمتر است.

به منظور دستیابی به میزان درست، از ضرباهنگ «یک - و - دو - و - سه - و - نفس - و...» استفاده کنید.

فشردن قفسه سینه



پس از ۶۰ ثانیه فشردن قفسه سینه و تهویه، مدت کوتاهی فشردن قفسه سینه را قطع و ضربان قلب نوزاد را بررسی کنید.

نمایشگر قلبی روش ارجح بررسی ضربان قلب طی فشردن قفسه سینه است.

میتوانید ضربان قلب نوزاد را با یک گوشی پزشکی نیز ارزیابی کنید.

در صورت نیاز، ممکن است برای شنیدن ضربان قلب، تهویه را موقتی قطع کنید.

فشردن قفسه سینه



در صورت ضربان قلب 60 bpm یا بیشتر، باید فشردن قفسه سینه را قطع و تهویه با فشار مثبت را ۴۰ تا ۶۰ تنفس در دقیقه ادامه داد.

پس از دریافت امواج مطمئن پالس اکسی متر، غلظت اکسیژن را تا رسیدن به بازه هدف غلظت اکسیژن تنظیم کنید.

در صورت ضربان قلب کمتر از 60 bpm به رغم ۶۰ ثانیه تهویه مؤثر و فشردن قفسه سینه با کیفیت و هماهنگ، تزریق اپی نفرین مورد یافته نیاز به دسترسی فوری به رگ خواهد بود.

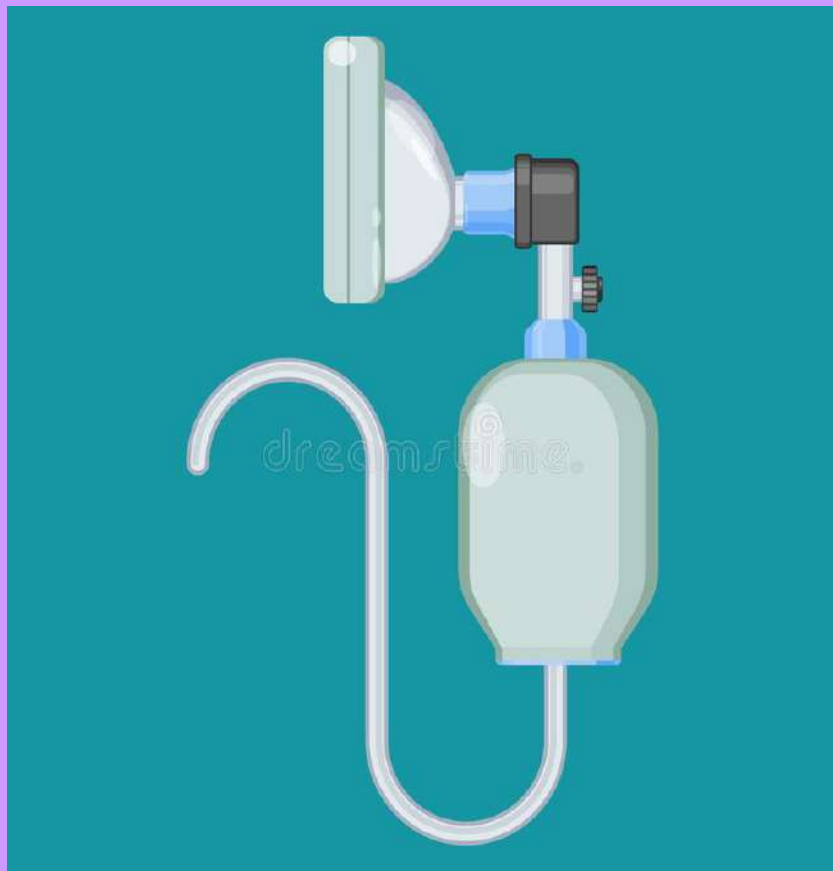
احیا و پایدار سازی نوزادان نارس

نوزادان نارس در معرض افزایش خطر نیاز به احیا و کمک به مرحله گذار پس از تولد قرار دارند.

نوزادان نارس در معرض افزایش خطر عوارض به دلیل از دست دادن سریع گرما، دستگاههای نارس بدن، حجم خون اندک و استعداد به هیپوگلیسمی قرار دارند.

منابع بیشتر (افراد توانمند، کیسه یا پوشش پلاستیکی پلی اتیلن، کلاه، تشک گرمایی، حسگر دمایی و پوشش گرم کننده تابشی خود تنظیم شونده، ماسکها و لوله های نای مناسب نوزاد نارس، وسیله تهویه با فشار مثبت با توانایی تأمین فشار مثبت پایان بازدمی و فشار پیوسته راه هوایی و سورفاکتانت) باید در دسترس باشد.

احیا و پایدار سازی نوزادان نارس



دمای اتاق احیا باید 23-25 °C باشد.

در صورت سن بارداری کمتر از حدود ۳۲ هفته نوزاد، کیسه یا پوشش پلاستیکی پلی اتیلن و تشک گرمایی باید آماده باشد.

در صورت نیاز به PPV، از کمینه فشار بادکننده برای رسیدن و نگه داری پاسخ کافی ضربان قلب استفاده کنید.

بهتر است از وسیله ای با توانایی ایجاد PEEP استفاده شود.

احیا و پایدار سازی نوزادان نارس

در صورت تنفس خودبخودی با کمینه ضربان قلب 100 bpm اما تنفس دشوار یا اشباع اکسیژن پایین، فوری پس از تولد استفاده از CPAP را مدنظر داشته باشید.

برای کاهش آسیب عصبی، نوزاد را با آرامی جابجا کنید، پای نوزاد را بالاتر از سر او قرار ندهید، از PPV یا CPAP با فشار بالا پرهیزید، برای تنظیم تهویه و غلظت اکسیژن از پالس اکسیمتر و گاز خونی استفاده کنید و از تجویز سریع مایعات درون سیاهرگی پرهیزید.

MEDICATION



MEDICATION

EPINEPHRINE



در صورت باقی ماندن ضربان قلب کمتر از ۶۰ ضربه
در دقیقه
پس از

حداقل ۳۰ ثانیه تهویه با فشار مثبت
و

۶۰ ثانیه دیگر فشردن قفسه سینه با تهویه با فشار
مثبت با اکسیژن ۱۰۰٪

تهویه باید از لوله نای یا ماسک حنجره‌های مناسب
جاگذاری شده انجام گیرد

MEDICATION



تجویز اپی نفرین

**پیش از برقراری تهویه ای که
ریه ها را به طور مؤثری باد
کند**

مورد ندارد

راه تجویز

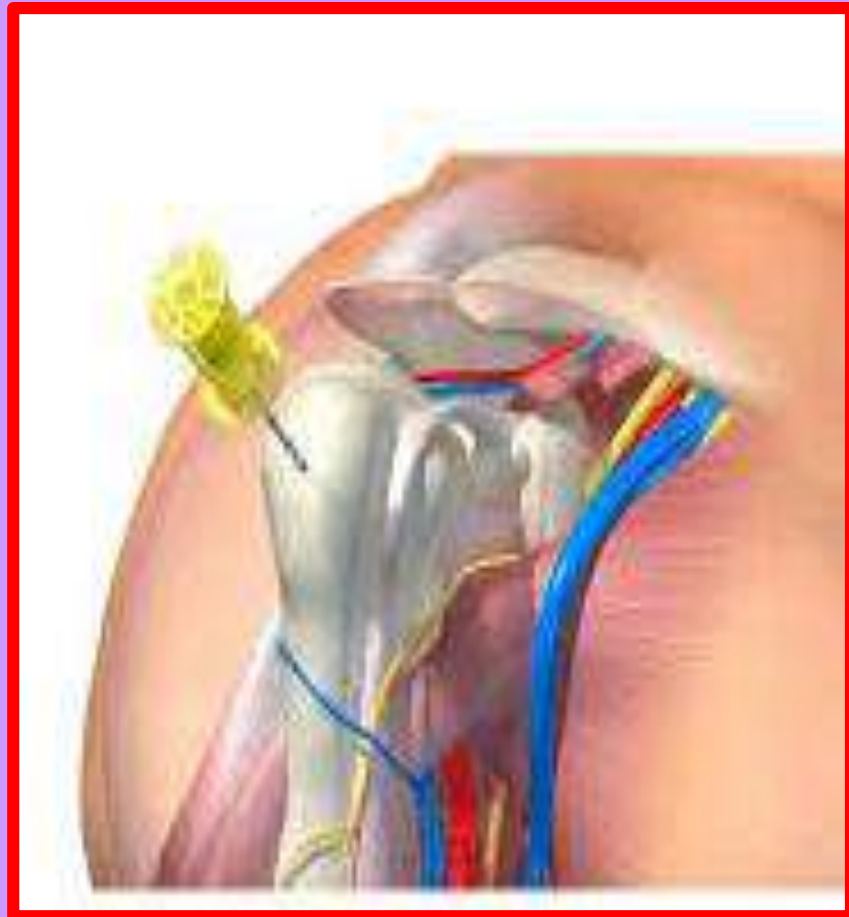


**درون سیاهرگی (ارجح)
درون استخوانی**

**برای نوزادان نیازمند به رگ گیری در زمان
زایمان،
سیاهرگ نافی توصیه میشود.**

**در حال رگ گیری، میتوانید از یک نوبت درون
نای استفاده کنید.**

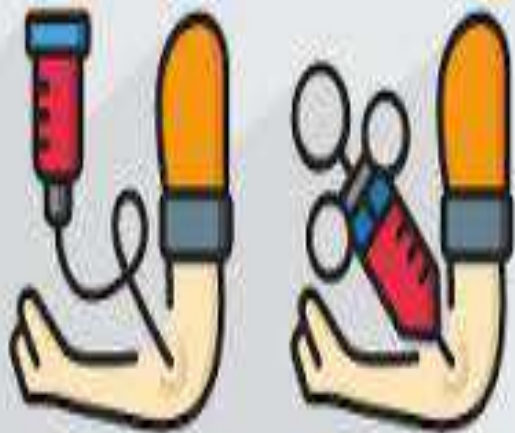
آماده سازی



درون سیاهرگی یا درون استخوانی
سرنگ ۱ ml (نشان دار شده با اپی
نفرین)

درون نای:
سرنگ 3-5 ml (نشان دار شده با اپی
نفرین درون نای فقط)

مقدار



درون سیاهرگی یا درون استخوانی

$$0.2\text{ml/kg} = 0.02\text{mg/kg}$$

ممکن است هر ۳ تا ۵ دقیقه تکرار شود

سرعت: سریع تا حد امکان

**شست و شو: با 3ml سالین به دنبال دوز
درون سیاهرگی یا درون استخوانی**

مقدار



درون نای

$$1 \text{ ml/kg} = 0.1 \text{ mg/kg}$$

توصیه به درون سیاهرگی یا درون
استخوانی در صورت پاسخ ندادن، برای
مقدارهای بعدی

تعداد بسیار کمی از نوزادان نیاز به تجویز فوری دارو دارند

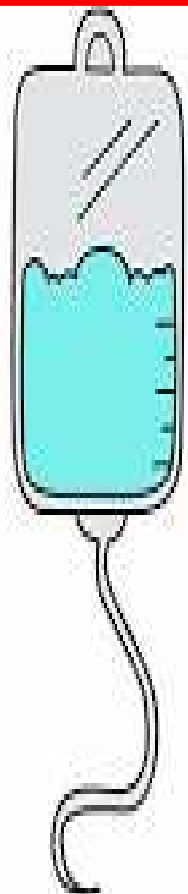


به رغم باد شدن ریه ها و افزایش برون ده قلب بدنبال
فشردن قفسه سینه، تعداد بسیار کمی از نوزادان (تقریباً
ادر ۱۰۰۰ نوزاد) ممکن است همچنان ضربان قلب کمتر از
۶۰ بار در دقیقه داشته باشند.

این پدیده هنگامی رخ میدهد که جریان خون
سرخرگهای کرونری بشدت کاهش یابد که در نتیجه به
دلیل برون ده غیر مؤثر قلب نوزاد، سطح اکسیژن در
جریان خون به دنبال زایمان کاهش مییابد.

برای بهبود خونرسانی و انتقال اکسیژن در سرخرگ
کرونر، این نوزادان باید اپی نفرین دریافت کنند.

تجویز حجم افزا



TIMECODE

10ml/kg

در صورت پاسخ ندادن نوزاد به اقدامات احیا و وجود علائمی از شوک یا تاریخچه ای از خونریزی حاد، مورد پیدا میکند.

محلول: نرمال سالین یا خون O منفی

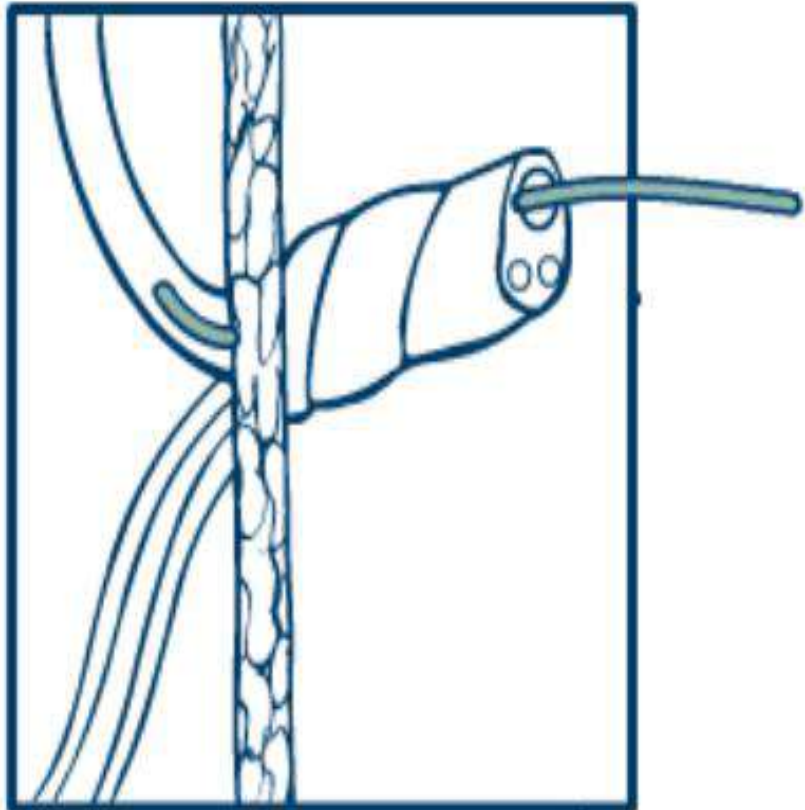
راه تجویز: درون سیاهرگی یا درون استخوانی

آماده سازی: سرنگ 30-60 ml (نشان دار شده با نرمال سالین یا خون O منفی)

مقدار: 10ml/kg

سرعت: طی 5 تا 10 دقیقه

**موارد نیاز فوری به
حجم افزا**



شوگ

خونریزی حاد

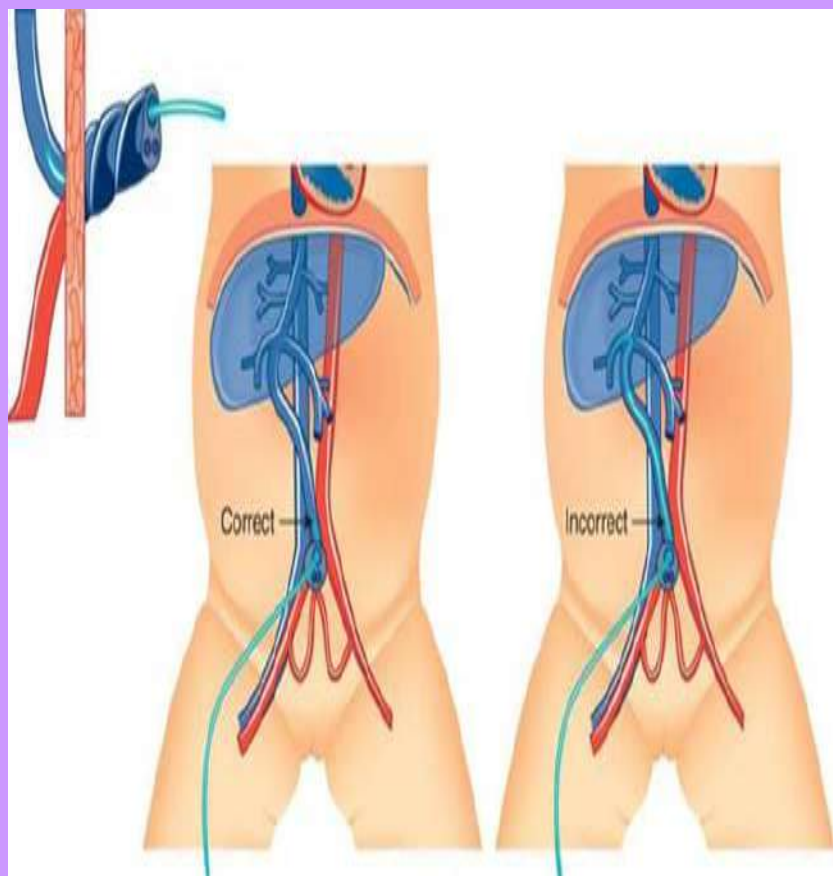
خونریزی از رگ سرراهی

ترومای جنین

پارگی بندناف

فشار شدید روی بندناف

ختم احیا



زمان منطقی برای مدنظر داشتن قطع تلاشهای احیا
حدود ۲۰ دقیقه پس از تولد است.

هرچند تصمیم به ادامه یا قطع احیا به شرایط هر نوزاد و

عوامل زمینه ای بستگی دارد.

مراقبت‌های پس از احیا



پایش و ارزیابی پیوسته ی :

تلاش تنفسی

اکسیژن رسانی

فشار خون

قند خون

الکترولیتها

برون ده ادراری

وضعیت عصبی

دما

مراقبتهای پس از احیا



از پیش از اندازه گرم کردن نوزاد طی یا
پس از احیا پرهیزید.

در صورت نیاز، سرمادرمانی باید به سرعت
آغاز شود. بنابراین هر بخش زایمانی باید
ساز و کاری برای شناسایی نوزادان مورد
نیاز این درمان داشته و با منابع مناسب در
تماس باشد.

