

Hvad kan vi forvente som forældre, når vores barn er født i 24.-28. uge?

Information til kommende forældre og forældre til for tidligt fødte børn

Børn, der fødes i 24.-28. uge, er de yngste og mindste børn, der kan overleve.

På fødestuen

Ved fødslen vurderer børnelægen, om barnet ser velskabt ud og ser ud til at være levedygtigt.

Hvis barnet er velskabt og ser ud til at være levedygtigt, tager børnelægen barnet med til afdelingen for nyfødte.

Er børnelægen i tvivl om barnets levedygtighed, kan det blive hos forældrene i en kuvøse, mens børnelægen er tilstede.

De næste minutter til timer vurderer lægerne, om barnet skal have en mere intensiv behandling.

Der er problemer ved at blive født så meget før tiden, og nogle børn er ikke levedygtige i ret lang tid. Hvis I ønsker, at barnet skal navngives eller døbes, vil det være godt at have tænkt på et navn til barnet.

Hvis I ønsker det, kan barnet døbes eller navngives umiddelbart efter fødslen eller senere enten af en præst eller en børnelæge.

Indlæggelsen

Indlæggelsen vil være langvarig og er meget krævende. Indlæggelsen vil indeholde både dejlige og svære oplevelser. Dejlige, når du kan sidde med dit nyfødte barn på maven og kan se, at barnet bliver mere modent, udvikler sig og tager på. Svære oplevelser, hvis der opstår problemer.



Foto af Poul Rasmussen

Vejrtrækningen

På grund af den tidlige fødsel er barnets lunger ikke parate til livet uden for livmoderen. Barnet vil derfor i en periode have en "knirkende" anstrengt vejrtrækning, som symptom på at lungerne er stive.

En lille stikkontakt kaldet CPAP (continuous positive airway pressure) i næsen, kan i denne periode hjælpe med at holde lungerne udfoldet, så barnet ikke skal bruge så mange kræfter på at trække vejret. Igennem CPAP'en kan barnet også få ekstra ilt. Behandlingen med CPAP varer nogle uger - alt efter hvor stive barnets lunger er.

De fleste børn vil også få behov for at få et lunge-modnende stof (Curosurf). Barnet får det lunge-modnende stof via et lille plastikrør i luftrøret. Barnet er under bedøvelse, når lægen giver stoffet. Når lægen har givet det lungemodnende stof, kan plastikrøret ofte fjernes igen.

Nogle børn har kortvarigt brug for behandling med respirator, som hjælper barnet med at trække vejret. Når barnet har fået denne behandling (CPAP, lungemodnende stof og eventuelt respirator) vil lungerne gradvist blive normale. I nogle tilfælde bliver lungefunktionen først bedre for så at blive dårligere igen.

Det problem kalder vi bronkopulmonal dysplasi (kronisk lungesygdom). Behandlingen varer uger til måneder alt efter, hvor stive barnets lunger er. Barnets lunger bliver gradvist normale.

Maven

Hos nogle få børn er tarmsystemet ikke færdigudviklet til livet udenfor livmoderen. Hos disse børn er vi derfor meget forsigtige, når vi giver mad, da barnet kan udvikle en betændelsestilstand i tarmene (nekrotiserende enterocolitis). Betændelsestilstanden behandles med faste, antibiotika og eventuelt operation.

Hjernen

Barnet har risiko for at udvikle en hjerneblødning. Derfor får barnet rutinemæssigt skannet hjernen flere gange under indlæggelsen. Risikoen for hjerneblødning er størst de først 3-4 dage efter fødslen. En hjerneblødning hos et for tidligt født barn giver ikke nødvendigvis et handicap som en hjerneblødning hos en voksen person. De

små hjerneblødninger giver ingen eller mindre varige problemer (eksempelvis forsinket fysisk og psykisk udvikling). De store hjerneblødninger kan medføre, at barnet ikke kan overleve, eller at barnet udvikler spasticitet, når det bliver større.

Maden

Barnet, der er født mere end 8 uger for tidligt, er ikke i stand til selv at spise sin mad. Derfor får barnet lagt en lille plastikslange (en sonde) ned i mavesækken for at få mad. Sonden føres gennem næsen ned i mavesækken. Gennem sonden får barnet sin mors udmalkede mælk. Indtil moderens produktion af mælk kan dække barnets behov for mad, vil barnet også få mælk fra andre kvinder.

Barnet vil med tiden kunne die al sin mad ved mors bryst og man ved, at for tidligt fødte børn har lige så gode muligheder, som børn født til tiden, for at blive ammet fuldt af deres mor. Vejen frem til fuld amning starter med at barnet ligger hud-mod-hud hos sin mor.

I starten, mens vejrtrækningen er meget ustabil, ligger barnet oprejst mellem mors bryster. Når vejrtrækningen er mere stabil, kan barnet komme ned og ligge, så det kan få fat i brystvorten. Det meget lille barn vil kunne slikke lidt mælk i sig.

Som ugerne går og barnet vokser, vil det begynde at die og have behov for mindre og mindre mælk gennem sonden. Størstedelen af de meget for tidligt fødte børn dier fuldt hos deres mor ved terminstidspunktet.

Gulsot

De fleste børn, der er født for tidligt, vil udvikle gulsot. Gulsot er en ufarlig tilstand, men skal behandles, da det ellers kan føre til sløvhed og slaphed. Gulsot behandles med lys (fototerapi), som er helt ufarligt.

Lysbehandlingen har den bivirkning, at barnet taber mere væske gennem huden. Derfor giver vi barnet ekstra væske under lysbehandlingen, enten i form af mere mad eller væske ind i en åre. Under behandlingen får barnet en tætslutende stofbrille på, der beskytter øjnene mod lyset.

Indlæggelsens varighed

I skal forvente, at barnet er indlagt frem til terminstidspunktet eller tæt på dette. Barnet er klar til at blive udskrevet, når det kan spise al sin mad selv og tager på i vægt.

Efter indlæggelsen

Barnet vil efter udskrivelsen blive tilbudt kontrol i et børneambulatorium. Barnet forventes kun at være udviklet i forhold til alderen regnet fra terminstidspunktet.

Ca. 10 % af børnene udvikler spasticitet. Spasticitet kan betyde mange grader af handicap. I de letteste tilfælde kan det betyde, at barnet trækker på det ene ben, når det er træt. I de sværeste tilfælde kan det betyde, at barnet ikke vil kunne gå uden hjælperedskaber.

Ca. 20 % af børnene vil udvikle sig langsommere end andre børn og eventuelt have brug for ekstra hjælp i skolen.

Enkelte børn har på udskrivelsestidspunktet stadig stive lunger og vil have behov for ilttilskud i hjemmet.

Yderligere information

Denne pjece er et supplement til den mundtlige information, I vil få af Neonataalklinikkens læger og sygeplejersker. I er altid velkomne til at kontakte personalet for yderligere information.

Kontakt

Neonataalklinikken
Afsnit 5021 og 5023, opg. 5, 2. sal
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø

Telefon:
Maturteam, 5021: 3545 5021
Præmaturteam 5023: 3545 5023

E-mail: neonatal@rh.regionh.dk

Web: www.rigshospitalet.dk/neo