

儿科临床系列丛书

Erke Linchuang Xilie Congshu

儿 科

门急诊处理

ERKE

MENJIZHENCHULI

主审◎李成荣

主编◎万力生 袁雄伟

 人民军医 出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

图书在版编目(CIP)数据

儿科门急诊处理/万力生,袁雄伟主编. —北京:人民军医出版社,2009.1
ISBN 978-7-5091-2336-2

I. 儿… II. ①万…②袁… III. 小儿疾病—诊疗 IV. R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 169083 号

策划编辑:王琳 文字编辑:蔡苏丽 责任审读:黄栩兵

出版人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927270;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927409

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:北京国马印刷厂 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:22 字数:408 千字

版、印次:2009 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~3000

定价:59.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换



内 容 提 要

本书共 15 章,内容涵盖了儿科门诊、急诊常见的各病种,每一疾病按门急诊诊断与处理的顺序逐条阐明。门急诊诊断包括病史、临床表现、辅助检查、诊断标准及病因诊断;门急诊处理包括一般治疗、病因治疗及对症治疗等;处方示范则按患儿年龄的药物用量处方编写。书后附有儿科常用药物剂量及用法。本书条理清晰、实用性、指导性强,适合广大儿科门急诊医师阅读参考。



目 录

第 1 章 新生儿疾病	(1)
第一节 新生儿窒息	(1)
第二节 新生儿湿肺	(4)
第三节 新生儿肺透明膜病	(6)
第四节 新生儿肺炎	(8)
第五节 新生儿缺血缺氧性脑病	(10)
第六节 新生儿颅内出血	(14)
第七节 新生儿黄疸	(16)
第八节 新生儿硬肿症	(19)
第九节 新生儿破伤风	(22)
第十节 新生儿败血症	(24)
第 2 章 营养障碍性疾病	(29)
第一节 蛋白质-能量营养不良	(29)
第二节 维生素 A 缺乏症	(32)
第三节 维生素 D 缺乏病	(34)
第四节 婴儿手足搐搦症	(35)
第五节 锌缺乏症	(37)
第 3 章 消化系统疾病	(39)
第一节 疱疹性口炎	(39)
第二节 消化性溃疡	(40)
第三节 慢性胃炎	(42)
第四节 小儿厌食症	(44)
第五节 婴幼儿腹泻	(46)
第六节 急性出血性坏死性小肠炎	(50)
第七节 肠痉挛	(53)
第八节 肝脓肿	(54)

第九节 急性胰腺炎	(55)
第4章 呼吸系统疾病	(59)
第一节 急性上呼吸道感染	(59)
第二节 小儿急性喉炎	(60)
第三节 急性支气管炎	(62)
第四节 肺炎	(64)
第五节 支气管哮喘	(70)
第六节 肺脓肿	(74)
第七节 化脓性胸膜炎	(76)
第5章 心血管系统疾病	(80)
第一节 病毒性心肌炎	(80)
第二节 感染性心内膜炎	(83)
第三节 急性心包炎	(86)
第四节 过早搏动	(89)
第五节 阵发性室上性心动过速	(91)
第六节 急性充血性心力衰竭	(93)
第6章 泌尿生殖系统疾病	(98)
第一节 尿路感染	(98)
第二节 急性肾小球肾炎	(102)
第三节 过敏性紫癜性肾炎	(105)
第四节 乙型肝炎相关性肾炎	(107)
第五节 狼疮性肾炎	(109)
第六节 慢性肾小球肾炎	(114)
第七节 肾病综合征	(117)
第八节 肾小管酸中毒	(121)
第7章 血液系统疾病	(124)
第一节 缺铁性贫血	(124)
第二节 营养性巨幼红细胞性贫血	(126)
第三节 再生障碍性贫血	(128)
第四节 葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症	(133)
第五节 特发性血小板减少性紫癜	(135)
第六节 急性淋巴细胞性白血病	(138)
第8章 神经系统及肌肉疾病	(147)
第一节 病毒性脑炎	(147)

第二节	化脓性脑膜炎	(151)
第三节	流行性脑脊髓膜炎	(154)
第四节	流行性乙型脑炎	(158)
第五节	急性感染性多发性神经根炎	(162)
第六节	癫痫	(164)
第七节	先天性脑积水	(168)
第八节	进行性肌营养不良症	(170)
第九节	重症肌无力	(172)
第 9 章	内分泌及遗传性疾病	(177)
第一节	中枢性尿崩症	(177)
第二节	先天性甲状腺功能减低	(179)
第三节	甲状腺功能亢进	(180)
第四节	儿童糖尿病	(183)
第五节	先天性肾上腺皮质增生症	(186)
第六节	中枢性性早熟	(189)
第七节	肝豆状核变性	(191)
第 10 章	免疫缺陷病及结缔组织病	(194)
第一节	过敏性紫癜	(194)
第二节	风湿热	(195)
第三节	幼年型类风湿关节炎	(201)
第四节	系统性红斑狼疮	(204)
第五节	皮肤黏膜淋巴结综合征	(206)
第六节	皮炎	(209)
第 11 章	病毒性传染病	(213)
第一节	流行性感冒	(213)
第二节	风疹	(215)
第三节	麻疹	(216)
第四节	水痘	(218)
第五节	流行性腮腺炎	(220)
第六节	传染性单核细胞增多症	(221)
第七节	病毒性肝炎	(223)
第八节	脊髓灰质炎	(229)
第九节	流行性出血热	(231)
第 12 章	细菌性传染病	(238)

第一节	伤寒与副伤寒	(238)
第二节	细菌性痢疾	(242)
第三节	猩红热	(246)
第四节	白喉	(249)
第五节	百日咳	(252)
第六节	细菌性食物中毒	(255)
第 13 章	寄生虫病	(259)
第一节	阿米巴病	(259)
第二节	疟疾	(262)
第三节	蛔虫病	(266)
第四节	蛲虫病	(268)
第五节	钩虫病	(268)
第六节	绦虫病	(270)
第七节	血吸虫病	(272)
第 14 章	皮肤疾病	(276)
第一节	脓疱疮	(276)
第二节	单纯疱疹	(277)
第三节	带状疱疹	(278)
第四节	婴儿湿疹	(280)
第五节	荨麻疹	(281)
第 15 章	急症	(284)
第一节	高热惊厥	(284)
第二节	急性呼吸衰竭	(286)
第三节	急性肾衰竭	(289)
第四节	弥散性血管内凝血	(292)
第五节	感染性休克	(296)
附录	儿科常用药物剂量及用法	(300)
参考文献		(341)

第一节 新生儿窒息

新生儿窒息是指新生儿因缺氧发生宫内窘迫及娩出过程中引起呼吸、循环障碍,在生后1分钟内,迟迟不出现自主呼吸,但心跳仍存在。窒息是新生儿最常见的病症,也是新生儿死亡及伤残的主要原因。近年来,复苏方法虽有改进,但还不够普及。预防和操作规范化亟待加强。

一、门急诊诊断

1. 病史 引起新生儿窒息的母体因素有妊娠高血压综合征、先兆子痫、子痫、急性失血、严重贫血、心脏病、急性传染病、肺结核等使母亲血液含氧量减低而影响胎儿;多胎、羊水过多使子宫过度膨胀或胎盘早期剥离、前置胎盘、胎盘功能不足等均影响胎盘间的血液循环;脐带绕颈、打结或脱垂可使脐带血流中断;产程延长、产力异常、羊膜早破、头盆不称、各种手术产如产钳、内回转术处理不当以及应用麻醉、镇痛、催产药物不妥等都可引起新生儿窒息;新生儿呼吸道阻塞、颅内出血、肺发育不成熟、严重的中枢神经系、心血管系畸形和膈疝等也可导致出生后的新生儿窒息。

2. 临床表现 若宫内窒息,首先出现胎动增加、胎心增快($>160/\text{min}$)、肠蠕动增加、肛门括约肌松弛,排出胎粪。羊水可能被胎粪污染为黄绿色。若缺氧继续,心率减慢($<100/\text{min}$)、胎心减弱且不规则、最后消失。产后窒息一般根据窒息轻重分青紫窒息(轻度)和苍白窒息(重度)见表1-1。

表1-1 青紫窒息与苍白窒息的表现

体 征	青紫窒息(轻度)	苍白窒息(重度)
皮肤	发绀	苍白
心跳	心音有力	初慢,后弱不规则
呼吸	浅或间歇	几乎无或缺如
对刺激反应	有	无
肌张力	正常或增强	松弛或消失,肛门松弛

也可采用 Apgar 评分法来判断窒息的轻、重程度。

Apgar 的评分 8~10 分为正常。4~7 分为轻度窒息或青紫窒息。0~3 分为重度窒息或苍白窒息。生后 1min 内即评分,如不正常应继续作 5min 评分或更长时间的评分(表 1-2)。

表 1-2 新生儿 Apgar 评分

体 征	0 分	1 分	2 分
皮肤颜色	全身青紫或苍白	躯干红,四肢青紫	全身红
心率(次/min)	无	<100	≥100
刺激反应(用导管插鼻孔、弹足底)	无反应	皱眉	皱眉,咳嗽或喷嚏、哭
肌张力	松弛	四肢稍屈曲	四肢能活动
呼吸情况	无	慢,不规则	有力,哭声响亮

Apgar 系人名,为了便于评分记忆,可将 A(apperance)表示为皮肤颜色,P(pulse)表示心率,G(grimce)表示为刺激后的皱眉动作。A(activity)表示肌张力,R(respiration)表示呼吸情况。

生后窒息经过抢救,多数婴儿呼吸很快好转,哭声响亮,皮肤转红,四肢活动。少数严重者常呈休克状态,皮肤苍白,体温低下,四肢发冷,呼吸表浅而不规则,哭声微弱、呻吟、吸气性三凹征。深吸气时前胸隆起,膈肌下移。听诊偶可闻及粗大湿啰音或捻发音,叩诊可有浊音,心音有力,心率增快,可闻及轻度收缩期杂音。四肢松弛,可有震颤样动作。

3. 辅助检查

(1)实验室检查:血液气体分析可显示呼吸性酸中毒或代谢性酸中毒。当胎儿头皮血 pH≤7.25 时提示胎儿有严重缺氧征,需准备各种抢救措施。出生后应多次测 pH、PaCO₂ 和 PaO₂,提供应用碱性溶液和供氧的依据。根据病情需要还可选择性测血糖、血钠、钾、钙。

(2)X 线检查:胸部 X 线可表现为边缘不清,大小不等的斑状阴影,有时可见部分或全部肺不张,灶性肺气肿,类似肺炎改变及胸腔可见积液等。

(3)心电图检查:P-R 间期延长,QRS 波增宽,波幅降低,T 波升高,ST 段下降。

4. 诊断标准 主要通过病史和临床表现作出诊断。近年来采取对胎儿胎心率的监护及胎儿头皮毛细血管的 pH 测定(正常胎儿头皮血 pH 最低值为 7.25,若 pH<7.15 说明胎儿窒息)来发现胎儿的窒息。

二、门诊处理

1. 一般治疗 暖箱温度或室温应保持适宜环境温度。加强呼吸道管理,及时清理口、咽分泌物,6h后如不能喂养,应静脉补充葡萄糖溶液。

2. 病因治疗

(1)保持呼吸道通畅:胎头娩出后不应急于娩肩,应立即吸除口、咽、鼻内的黏液。如见胎粪,在胎儿娩出后,为防止新生儿过早开始呼吸,用双手环绕并紧箍患儿胸部,在喉镜直视声门下立即吸出或用长棉签卷出黏稠胎粪,如声门涌出黏液或胎粪,则应气管插管后负压吸引,尽可能将胎粪吸除干净,未吸净前切忌刺激使患儿哭或呼吸。

(2)建立呼吸:轻度窒息者先通过触觉刺激(如弹足底或摩擦患儿背部)来建立呼吸,但触觉刺激二次无效者应立即改用下述方法:①口对口人工呼吸;②气囊面罩复苏器加压给氧;③气管插管加压给氧。

(3)建立正常循环:经上述处理后心率仍 $<60\sim 80/\text{min}$,立即行胸外心脏按压,部位为胸骨下1/3处(双乳头连线之下),方法有指按压法和拇指手掌按压法两种。每分钟按压120次,且应与给氧人工呼吸相配合,即每按3次心脏,进行1次人工呼吸,测6s心率,若达不到 $80/\text{min}$,说明心脏不足以维持基础循环的需要,需继续按压。

(4)药物治疗:极少数重度窒息患儿气管插管加压给氧和胸外心脏按压30s后无好转,才考虑加用药物治疗。对临产前有胎心音而出生时已无心跳者,则需在气管插管胸外心脏按压的同时立即用药。给药途径有3种,即:脐静脉、末梢静脉、气管内滴注。所用药物有:①肾上腺素,1:10 000浓度 $0.1\sim 0.3\text{ml/kg}$ 静脉推注或再加用生理盐水1:1稀释后气管内滴入。用于经100%纯氧正压呼吸及胸外心脏按压,持续30s,心率仍 $<80/\text{min}$ 或无心跳者。②碳酸氢钠,一定要在建立良好的呼吸通气前提下应用,窒息急救中,可用5%碳酸氢钠 $2\sim 3\text{ml/kg}$,加5%葡萄糖溶液或注射用水等量稀释后,从脐静脉缓慢推注;窒息复苏后,以血气值计算用量。③扩容剂,当心率正常而脉搏弱,给氧后仍苍白,复苏效果不明显,考虑血容量不足或有急性失血依据时应使用扩容剂,可用全血、血浆、自身胎盘血、5%人血白蛋白或生理盐水等,用量为 10ml/kg 。④多巴胺和多巴酚丁胺,有休克症状者可给多巴胺或多巴酚丁胺 $5\sim 20\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$,从小量开始,逐渐增量,最大量不超过 $20\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 。两药的配制方法:选定剂量 $[\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})]$ 后,剂量 $\times 6 \times$ 体重(kg)/输液泵滴入速度(ml/h),即为加入100 ml 10%葡萄糖液中药物毫克数,有增强心脏收缩力和升高血压的作用,多巴胺半衰期短只有 $2\sim 5\text{min}$,与多巴酚丁胺合用效果好。⑤纳洛酮,孕母在分娩前4h用过吗啡、哌替啶等药物严重抑制新生儿

呼吸,可用 0.1mg/kg 肌内注射或静脉给药,作用维持 1~4h,如无效可每 5min 用药 1 次,可用数次。

3. 对症治疗

(1)若患儿在血气正常以后,出现低血容量表现时,可用全血或血浆每次 10ml/kg 静脉滴注。

(2)有脑水肿和颅内压增高时,可用甘露醇和地塞米松治疗。

(3)当有低血糖、低血钙时应相应补充。

(4)出现肺炎、颅内出血、坏死性小肠结肠炎,应采取相应的治疗措施。

(5)对有反复呼吸暂停者可用氨茶碱,对重度窒息的呼吸衰竭儿宜及早使用呼吸机治疗。

三、处方示范

(以体重 3kg 足月儿为例)

R₁ 维生素 K₁ 3mg/iv qd

R₂ 青霉素 30 万 U / iv drip
5%GS 20ml / bid AST

R₃ 1:10 000 肾上腺素 0.6 ml / 气管内滴入
NS 0.6ml / 5min 后重复(prn)

R₄ 5%碳酸氢钠 8ml /
5% GS 8ml / iv

R₅ 5%人血白蛋白 30 ml/iv drip(循环不良时)

R₆ 纳洛酮(分娩前用过麻醉药时) 0.3mg/iv

(万力生)

第二节 新生儿湿肺

新生儿湿肺又称新生儿暂时性呼吸困难或第Ⅱ型呼吸窘迫综合征(RDS type Ⅱ),是一种自限性疾病。出生后出现短暂性气促,与新生儿呼吸窘迫综合征及羊水吸入综合征稍相似,但多见于足月儿或足月剖宫产儿,其症状很快消失,预后良

好。1966年 Avery 首次叙述此症。

一、门诊诊断

1. 病史 常多见于剖宫产儿,因其肺泡液未被挤出;亦多见于吸入过多羊水窒息儿。

2. 临床表现 患儿大都为足月婴,多数在出生后6h内即出现呼吸加速($>60/\text{min}$)。轻症较多,症状仅持续12~24h。重症较少见,可拖延到2~5d,表现为哭声低弱、发绀、轻度呻吟、鼻扇、三凹征、呼吸急速(可超过100/min)。肺部阳性体征不多,听诊可有呼吸音减低和粗湿啰音,患儿一般情况较好,能哭、亦能吮奶。

3. 辅助检查 PaO_2 略下降。 PaCO_2 上升及酸中毒均不常见。X线检查表现多样,可有:①肺泡积液征,肺野呈斑片状、面纱或云雾状或小结节状。②间质积液征,呈网状条纹影。③叶间胸膜和胸腔积液影。④肺气肿。第2天以后连续摄片时可见这些异常所见迅速恢复正常。

二、门诊处理

1. 一般治疗 保持呼吸道通畅,维持患儿于中性温度。

2. 病因治疗 尽量避免剖宫产,提倡经阴道分娩。

3. 对症治疗

(1)给氧:可面罩给氧或持续呼吸道正压给氧,必要时可上呼吸机给氧。

(2)补液:不能吃奶时,每日静滴10%葡萄糖液60~80ml/kg。

(3)纠酸:有酸中毒时,用5%碳酸氢钠2~3ml/kg,稀释后静脉滴注或缓慢静脉注射。

(4)镇静:烦躁时用苯巴比妥3~5mg/kg。

三、处方示范

(以体重3kg足月儿为例)

R₁ 青霉素 30万U / iv drip
5%GS 20ml / bid AST

R₂ 维生素C 0.5g / iv drip
10%GS 20ml / qd

(万力生)

第三节 新生儿肺透明膜病

新生儿肺透明膜病(HMD)又称新生儿呼吸窘迫综合征(NRDS),系指出生后不久即出现进行性呼吸困难、发绀、呼气性呻吟、吸气性三凹征和呼吸衰竭。主要见于早产儿,因肺表面活性物质不足,导致进行性肺不张。其病理特征为肺泡壁至终末细支气管壁上附有嗜伊红透明膜。

一、门急诊诊断

1. 病史 多系早产、剖宫产儿,或有窒息史、孕母有糖尿病、妊娠高血压综合征等。生后 6~12h 出现进行性呼吸困难。

2. 临床表现 患儿呆钝,面色灰白或发绀,四肢松弛。出现进行性呼吸困难、呼气性呻吟及吸气性三凹征。心率先快后慢,心音由强转弱,胸骨左缘可听到收缩期杂音。呼吸频率 60~100/min 或更快,呼吸节律不规则,间有暂停,两肺呼吸音减低,早期肺部啰音常不明显,以后可听到细湿啰音,叩诊可出现浊音。肝脏可增大。

3. 辅助检查

(1)胸片检查:早期两侧肺野透亮度普遍降低,内有均匀分布的细小颗粒和网状阴影。小颗粒为肺不张,网状阴影为充血的小血管,支气管有充气征,如若整叶肺不张,则肺野呈毛玻璃样改变,支气管充气征更明显,好像秃树枝,心边界不清。

(2)实验室检查:血气分析示 pH 下降、氧分压降低、二氧化碳分压增高、碳酸氢根减低,血钾增高。在分娩前抽取羊水或娩出后抽取气管分泌物检测磷脂和鞘磷脂的比值,低于 2:1;或磷脂酰甘油阴性;或饱和磷脂二棕榈卵磷脂<5mg/L,有助诊断。早产儿在生后立即进行胃液泡沫诊断试验(胃液 1ml 加 95%乙醇 1ml,震荡 15s,静置 15min 后沿管壁有一圈泡沫为阳性),阳性者可排除肺透明膜病。

二、门急诊处理

1. 一般治疗 患儿应置于适宜温度的保暖箱内,合适的湿度,减少氧耗,保持呼吸道通畅,监测体温、心率、呼吸。

2. 病因治疗 肺表面活性物质替代治疗,预防性治疗可在生后 30min 内应用,已确定为肺透明膜病者应尽早应用肺表面活性物质,天然肺表面活性物质第 1 次剂量 120~200mg/kg,第 2 次和第 3 次可减少到 100~120mg/kg,每次间隔 8~12h,每次用 3~5ml 生理盐水稀释滴入气管。

3. 对症治疗

(1)纠正缺氧:轻症可用鼻塞、面罩或持续面罩给氧、使氧分压维持 50~70mmHg(6.7~9.3kPa),如吸氧浓度大于 80%,而氧分压小于 50mmHg,则应气管插管,使用呼吸机。

(2)纠正酸中毒和电解质紊乱:对混合性酸中毒先纠正呼吸性酸中毒;对严重代谢性酸中毒可使用 5%的碳酸氢钠,3~5ml/kg,以 5%~10%葡萄糖液稀释成等张液,于 30min 内经静脉滴入。

(3)支持治疗:每日静脉补液 40~80ml/kg。热量应充足,危重期应由静脉补充热量;病情好转后由消化道喂养。用 5%~10%葡萄糖液供应热量,静脉滴注速度 5~6mg/(kg·min),用微量泵输液,如 3~4d 仍不能经口喂养,可加多种氨基酸,由 1g/(kg·d)开始,如血尿素氮不高,可按 0.5g/(kg·d)的梯度渐增至 3g/(kg·d),5~7d 后无肝功能异常、无高胆红素血症可给予脂肪乳剂,由 0.5g/(kg·d)开始,如血脂不高可按 0.5g/(kg·d)的速度增加至 2.5g/(kg·d),并适当补充维生素和微量元素。一旦开始经口喂养并能维持全日需要,则停止静脉营养输液。

(4)防治感染:应用青霉素或头孢菌素等抗生素加强肺内感染的预防和治疗,如查了血培养则根据结果开药。

(5)合并症的治疗:①动脉导管未闭。动脉导管未闭是肺透明膜病的常见并发症,在早产儿生后长至成熟年龄时多能自然闭合,若无症状可不予处理,等其自然闭合。若有症状,可试用吲哚美辛 0.2mg/kg,口服灌肠或静脉注射,无效时,可间隔 8~12h 同量服用 1~2 次,总量<0.6mg/kg,对有肾功能不良、出血倾向、疑有坏死性小肠结肠炎者禁忌。吲哚美辛治疗无效或禁忌者可选择手术治疗。②气胸、纵隔气肿及时给予相应处理,必要时闭式引流。

三、处方示范

(以体重 1.5kg 早产儿为例)

R₁ 维生素 K₁ 2mg/iv qd

R₂ 青霉素 20 万 U / iv drip
5%GS 20ml / bid AST

R₃ 表面活性物质(固尔苏)200mg/气管内滴入 st

R₄ 5%碳酸氢钠 3ml /
5%GS 3ml / iv (有代谢性酸中毒时)

R₃ 吲哚美辛 0.3mg / iv drip
10%GS 20ml / st(有 PDA 时)

(万力生)

第四节 新生儿肺炎

新生儿肺炎是新生儿时期的常见病,以弥漫性肺部病变及不典型的临床表现为特点。本病虽为呼吸道疾病,但呼吸道症状表现并不突出,症状多表现为拒食,嗜睡或激惹,面色差,多无咳嗽,很快出现呼吸衰竭症状。因本病的临床表现不典型且容易出现呼吸衰竭,故应特别注意早期诊断和及时治疗。

一、门急诊诊断

1. 病史

(1)感染病史:母亲妊娠晚期有感染史;分娩时有羊水早破、分娩过程中吸入母亲产道分泌物史;与新生儿密切接触的人有呼吸道感染史;或新生儿有败血症,经血行播散而致肺炎的病史;或在抢救时有器械消毒不严史。

(2)引起吸入的病史:在宫内、出生时有窒息史;孕母有羊水过多、羊膜早破史;吞咽功能不协调(尤以早产儿多见)、食管反流或腭裂引起吸入史。

2. 临床表现

(1)感染性肺炎:呼吸急促、困难,出现发绀,口吐泡沫,反应差。少数病儿有咳嗽、低热。早产儿肺炎症状不典型,常表现为呼吸暂停,不哭、不吃、体温不升。可发生在宫内、娩出过程或生后,由细菌、病毒、衣原体、原虫等引起。

(2)吸入性肺炎:羊水吸入者窒息复苏后出现呼吸增快、呼吸困难,12~36h达高峰,48~72h可逐渐恢复,发绀不常见。如吸入量少,可无症状或轻度气急。胎粪吸入者症状常较重,生后不久即出现呼吸困难或浅表急促伴呻吟、发绀,少数病例发展至呼吸衰竭。大量乳汁吸入时,常发生呛咳、窒息、发绀、气促、呼吸暂停。小量但长期多次乳汁吸入者,表现为支气管炎或间质性肺炎的症状,反复咳嗽、气喘,迁延不愈。

3. 辅助检查

(1)胸片检查:①感染性肺炎。两肺内可见不规则条索状及斑片状模糊阴影,部分可有肺气肿,金黄色葡萄球菌肺炎常出现肺大疱、脓胸。②吸入性肺炎。常见肺气肿、肺不张及斑片状阴影,以两肺内侧带和肺底部明显。

(2)实验室检查:血白细胞总数可增高,杆状核增多,血沉增快。咽部分泌物或

血培养有时可检得致病菌。

二、门急诊处理

1. 一般治疗 注意保暖,保持呼吸道通畅,供给足够的热量和液体,加强监护。

2. 病因治疗

(1)感染性肺炎:对宫内感染一般选用对革兰阴性杆菌有效的抗生素,如氨苄西林、阿米卡星、庆大霉素或第二、第三代头孢菌素。对生后感染宜选用对革兰阳性球菌有效的抗生素,如疑为金黄色葡萄球菌,可选用苯唑西林、氯唑西林、或双氯西林及先锋霉素第一代。若可能系B组 β 溶血性链球菌者选用大剂量青霉素每日20万~25万U/kg。对病原菌不明者,宜选用两种抗生素联合应用。对已知病原菌者可根据药敏试验结果选用合适的抗生素。对支原体肺炎可选用红霉素。对卡氏肺囊虫肺炎可用复方磺胺甲噁唑(复方新诺明)。

(2)吸入性肺炎

①清理呼吸道:清理呼吸道对胎粪吸入综合征是关键。胎粪污染羊水时,应在胎儿刚娩出而肩尚未娩出之前,迅速吸尽口腔、鼻咽分泌物,胎儿在娩出后行气管插管吸尽气管内分泌物。

②肺灌洗及肺泡表面活性物质的应用:大量胎粪吸入到下呼吸道时,难以吸出,导致下呼吸道广泛阻塞,在机械通气的基础上,可用生理盐水肺灌洗,将胎粪洗出,然后用肺泡表面活性物质治疗,剂量80~120mg/kg,间隔12h 1次,可用3d。

3. 对症治疗

(1)吸氧:有气急或发绀患儿应早期给氧,氧浓度为40%,氧气需要湿化加温(31~33℃),氧流量1~2L/min,缺氧明显者2~4L/min,用鼻导管、头罩给氧或雾化给氧,必要时持续气道正压给氧或高频喷射鼻导管法给氧与普通鼻导管给氧交替进行。

(2)机械通气:一旦吸氧不能纠正患儿的低氧血症,应考虑使用人工通气。高频振荡通气治疗既能降低常频通气所具有的气压伤的危险性,又能减少患儿对高浓度氧气的依赖性。高频振荡通气的具体参数:频率6~15Hz,平均气道压1.18~1.47kPa(12~15cmH₂O),振幅应根据不同呼吸机类型进行调节,以环状软骨和胸廓的振动和瞬间吸气峰压 $\leq$ 2.45kPa(25cmH₂O)为宜,并根据血气分析中二氧化碳分压值进行调节。

(3)雾化吸入:超声雾化吸入,可在溶液中加入抗生素和 α -糜蛋白酶,以利分泌物的排出,保持呼吸道的通畅。

(4)液体疗法:有代谢性酸中毒时,用5%碳酸氢钠纠酸。肺炎时呼吸增快,蒸

发液体量多,若液体量摄入不够时,应注意补充生理需要量。

(5)并发脓胸及脓气胸:要立即排脓抽气,必要时行胸腔闭式引流。

三、处方示范

(以体重 3kg 足月儿为例)

R₁ 青霉素 30 万 U / iv drip
10%GS 20ml / bid AST

R₂ 红霉素:90mg / iv drip
10%GS 100ml / qd(衣原体肺炎)

R₃ α-干扰素 10 万 U/im qd(病毒性肺炎)

R₄ 阿糖腺苷 30mg / iv drip(单纯疱疹病毒)
10%GS 100ml / qd

R₅ 维生素 K₁ 3mg/iv qd(羊水吸入时)

R₆ 5%碳酸氢钠 8ml / iv(有代谢性酸中毒时)
5%GS 8ml

R₇ 三磷腺苷 20mg /
辅酶 I 50U / iv drip qd
维生素 C 0.5g /
10%GS 20ml

(万力生)

第五节 新生儿缺血缺氧性脑病

新生儿缺氧缺血性脑病(HIE)是指在围生期窒息而导致的脑缺氧缺血性损伤。本病多发生在窒息的足月儿,但早产儿也可发生。以脑组织水肿、软化、坏死