

新编乡村医生系列丛书
XINBIAN XIANGCUN YISHENG XILIE CONGSHU

儿科

常见病诊断与治疗

ERKE CHANGJIANBING
ZHENDUAN YU ZHILIAO

卫生部乡村医生培训中心◎编 刘春峰◎主编



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

新编乡村医生系列丛书

儿科常见病诊断与治疗

ERKE CHANGJIANBING ZHENDUAN YU ZHILIAO

主 编 刘春峰

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 华 王 虹 毛志芹 刘春峰

杜 悦 吴 捷 辛 颖 尚云晓

赵亚茹 郝良纯 麻宏伟 韩晓华

蔡栩栩



人 民 军 医 出 版 社

People's Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

儿科常见病诊断与治疗/刘春峰主编. —北京:人民军医出版社,2006.7
(新编乡村医生系列丛书)

ISBN 7-5091-0319-3

I. 儿… II. 刘… III. 小儿疾病:常见病-诊疗 IV. R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 031125 号

策划编辑:李义祥 郝文娜 文字编辑:路 弘 责任审读:余满松

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

电话:(010)66882586(发行部)、51927290(总编室)

传真:(010)68222916(发行部)、66882583(办公室)

网址:www.pmmmp.com.cn

印刷:北京天宇星印刷厂 装订:京兰装订有限公司

开本:710mm×1010mm 1/16

印张:11 字数:198 千字

版、印次:2006 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~4000

定价:22.00 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

电话:(010)66882585、51927252

内 容 提 要

本书由经验丰富的儿科专家编写,全书共分 13 章,系统地介绍了儿科常见病和多发病。包括新生儿常见疾病、小儿院前急救与小儿中毒急救、呼吸系统疾病、消化系统疾病、循环系统疾病、血液系统疾病、泌尿系统等疾病的诊断与治疗。本书的特点是简明扼要,实用性强。对儿科医生、乡村医生诊治儿科疾病提供帮助,亦可供患儿家长求医问药时参考。

责任编辑 郝文娜 路 弘

新编乡村医生系列丛书编委会名单

主任委员 刘凤芝

副主任委员 刘海波 王 爽

编委会成员 (以姓氏笔画为序)

丁春焕	王 爽	王立宁	王永权
王运杰	王炳元	孔垂泽	冯婉玉
朱丽英	乔 宠	刘 霞	刘凤芝
刘春峰	刘海波	刘彩霞	齐国先
孙 树	孙田杰	孙贵范	杜立阳
李 艳	李智伟	李雅娟	杨 军
肖卫国	吴 璘	张 林	周 欣
单忠艳	宗士群	赵晓军	郝一文
郭克健	桑秀丽	康 健	康素明
商春梅	屠冠军	董 明	肇丽群

序

乡村医生是我国卫生技术队伍的重要组成部分,他们在保护农民健康、提高农民生活质量方面发挥着重要作用。各级党组织和政府对于乡村医生的从业管理、业务培训,都给予了很大重视。卫生部先后颁布了《1991—2000年全国乡村医生教育规划》、《2001—2010年全国乡村医生教育规划》,在对全国在岗乡村医生进行“系统化、正规化教育”的基础上,提出到2010年,在经济和教育发达地区,30%以上的乡村医生接受专科以上的高等医学教育。所有的乡村医生都应具有中专学历。卫生部等五部委联合颁发的《关于加强农村卫生人才培养和队伍建设的意见》中指出:到2010年全国大多数乡村医生要具备助理执业医师及以上执业资格。2004年国务院颁发的《乡村医生从业管理条例》首次将乡村医生的在岗培训纳入了法制管理的轨道。“在岗培训”是指以接受过学历或非学历教育,经考核取得乡村医生资格证书、在当地卫生行政部门注册后在乡村医生岗位上工作的乡村医生为对象,通过多种培训形式,以巩固和更新知识,提高实际工作能力的长期受教育过程。

现在,农村卫生工作仍比较薄弱,一些重点传染病、地方病发病率还比较高,严重危害着农村居民的健康。看病难仍然是困扰农民健康的主要问题。目前这个问题已引起了有关部门的极大关注。解决农民“看病难、看病贵”问题的最好方法之一是让农民“小病不出村,大病有转诊”。提高广大乡村医生对常见病及多发病的诊治水平,让他们担负起“首诊医生”的职责。目前从全国乡村医生整体水平和能力来看,离这种要求还有一定差距,“在岗培训”就是要提高他们的水平,缩短这种差距。但乡村医生多地处偏远,缺少学习条件,可利用的信息和资源有限。这对他们业务的提高形成了阻碍。

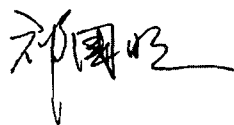
鉴于以上情况,卫生部乡村医生培训中心组织中国医科大学等近百位专家编写了这套丛书,可作为乡村医生培训教材,也可作为乡村医生案头书,在实际工作中参考。

这部丛书的特点是吸收了当前医学科学发展的先进理论和成熟技术,系统总结了经过实践检验的临床诊治经验,力求体现科学性和实用性。以临床常见病、多发病的诊治为主,坚持让读者看得懂、学的会、用的上的原则。编者们在本书的编写过程中,还充分考虑了我国乡村医生和城市基层医生目前所处的诊疗环境条件和他们的服务性质、工作范围、服务对象等情况,注重临床基本技能的讲解,强调运用适宜技术,同时融进了全科医学的学术思想,以帮助他们建立全科医学的理念和全科医疗的临床思维方法,转变服务模式,尽量使他们在普通医疗设备条件下实现诊治要求,为广大农民和基层提供经济、可及的优质服务。

卫生部乡村医生培训中心成立近二十年来,为我国乡村医生培训做了大量工作,这次他们又组织此套丛书的编写,为乡村医生自学提高起到很好作用。

在这套丛书的编写过程中得到了人民军医出版社的大力支持,在丛书出版之际表示谢意。

卫生部科教司司长



2005 年 11 月

前 言

由于经济条件制约,农村儿童所享有的医疗保健、医疗资源与城市儿童相比还有一定差距,农村儿童的患病率及病死率也远高于城市儿童。广大的乡村医生担负着保护儿童健康的重任,为了提高他们对儿童常见病及多发病的诊治水平,更好地为广大农村儿童服务,我们组织了儿科专家编写了这部《儿科常见病诊断与治疗》。

本书编写以简明实用为原则,并力求适合我国乡村医疗的实际情况,重点介绍儿科常见病及多发病,突出各疾病的诊断和治疗,对农村诊所能够做的辅助检查和治疗手段做了重点介绍,并适当介绍了一些新知识,本书涉及新生儿疾病、呼吸、消化、泌尿、内分泌、循环、血液系统疾病及营养性疾病和预防接种等,也简单介绍了一些院前急救知识和转院的注意事项等,期望本书能对乡村医生诊治儿童疾病时提供帮助。

感谢参加本书编写的各位儿科同仁,正是由于他们的努力使我们顺利付梓。感谢卫生部乡村医生培训中心的各位领导和老师,由于他们的鼓励和指导,促成本书编写任务的完成;本书的出版也得益于人民军医出版社的大力支持与帮助,在此一并致谢。

由于编写人员水平及经验有限,书中定有不少缺点、错误,敬请读者批评指正。

编 者

2005 年 12 月

目 录

第 1 章 新生儿常见疾病	(1)
第一节 新生儿寒冷损伤综合征	(1)
第二节 新生儿败血症	(4)
第三节 新生儿缺氧缺血性脑病	(9)
第四节 新生儿溶血病	(12)
第 2 章 小儿院前急救与小儿急性中毒	(16)
第一节 心跳、呼吸骤停复苏术	(16)
第二节 小儿急性中毒	(23)
第 3 章 呼吸系统疾病	(27)
第一节 急性上呼吸道感染	(27)
第二节 支气管肺炎	(30)
第三节 支气管哮喘	(35)
第 4 章 消化系统疾病	(45)
第一节 小儿腹泻	(45)
第二节 小儿胃炎	(52)
第三节 婴儿肝炎综合征	(56)
第 5 章 循环系统疾病	(59)
第一节 先天性心脏病	(59)
第二节 病毒性心肌炎	(72)
第三节 川崎病	(77)
第 6 章 血液系统疾病	(82)
第一节 小儿营养性缺铁性贫血	(82)
第二节 小儿营养性巨幼红细胞性贫血	(87)
第三节 免疫性血小板减少性紫癜	(92)
第四节 晚发性维生素 K 缺乏性出血症	(99)

第7章 泌尿系统疾病	(103)
第一节 急性肾小球肾炎	(103)
第二节 肾病综合征	(106)
第8章 神经系统疾病	(110)
第一节 化脓性脑膜炎	(110)
第二节 病毒性脑炎	(115)
第三节 癫痫	(120)
第9章 内分泌系统疾病	(129)
第一节 先天性甲状腺功能减低症	(129)
第二节 甲状腺功能亢进症	(132)
第三节 糖尿病	(135)
第10章 营养性疾病	(141)
第一节 营养不良	(141)
第二节 维生素D缺乏	(143)
第三节 维生素D缺乏性手足搐搦症	(144)
第11章 遗传性疾病	(147)
第一节 21-三体综合征	(147)
第二节 苯丙酮尿症	(149)
第12章 小儿结核	(151)
第一节 原发性肺结核	(151)
第二节 结核性脑膜炎	(155)
第13章 预防接种程序	(160)

第1章

新生儿常见疾病

第一节 新生儿寒冷损伤综合征

一、概 述

新生儿体温调节功能不足,其特点是:①体温调节中枢发育不成熟;②皮肤表面积相对较大,血流丰富,易于失热;③能量储备少,产热不足,尤以早产儿、低出生体重儿和小于胎龄儿更为明显。缺乏寒战等物理产热方式,以棕色脂肪组织的化学产热方式为主。因此,新生儿期易发生低体温。新生儿皮下脂肪组织的饱和脂肪酸含量比不饱和脂肪酸多,前者熔点高,当受寒或各种原因引起体温降低时,皮脂易发生硬化,出现硬肿症。新生儿寒冷损伤综合征(neonatal cold injure syndrome),简称新生儿冷伤,主要由受寒引起,也可由严重感染、早产、颅内出血及红细胞增多症等导致体温调节和能量代谢紊乱,而出现低体温和硬肿。临床特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(scleredema neonatorum)。

二、诊 断

【病史】

本病在五低二多的情况下容易发生硬肿。

1. 五低 ①低体温的季节或地区:以冬春季及我国北方发病者最多;②低出生体重儿:有报道占本病半数以上;③低日龄组新生儿:多侵犯生后早期,尤其是3日内新生儿;④低生活能力的婴儿:如吸吮能力差、体温调节能力差或不能离开温箱的新生儿,以早产儿居多;⑤低热量供给的婴儿:生后虽有吸吮能力,但护理者供给热量不足。

2. 二多 ①多病的新生儿,尤其是伴有感染性疾病的患儿更易发生本症。
②患儿母亲多病:在妊娠期或分娩时多有妊高症、前置胎盘或感染等并发症。

患儿发病初期表现体温降低,吮乳差或拒乳,哭声弱等症状。病情加重时发生硬肿和多器官损害体征。

【查体】

1. 低体温 体核温度(肛温或腋温)常降至 $<35^{\circ}\text{C}$,重症 $<30^{\circ}\text{C}$ 。低体温早期棕色脂肪代偿产热良好时,腋温—肛温差值(腋—肛温差)为正值或零。病程长或重症,能量储备耗竭时,腋—肛温差变为负值。

2. 硬肿 由皮脂硬化和水肿组成,其特点为皮肤硬肿,紧贴皮下组织,不能移动。有水肿者压之有轻度凹陷。硬肿发生顺序是:小腿→大腿外侧→整个下肢→臀部→面颊→上肢→全身。

3. 多器官功能损害 早期常有心音低钝、心率缓慢、微循环障碍表现。严重时可导致休克、DIC、急性肾衰竭和肺出血等多器官衰竭(MOF)表现。

4. 病情分度 根据临床表现,病情可分为轻度、中度和重度,见表 1-1。

表 1-1 新生儿寒冷损伤综合征的病情分度

评 分	体温($^{\circ}\text{C}$)		硬肿范围(%)	器官功能改变
	肛 温	腋—肛温差		
0	≥ 35	0	< 20	无明显改变
1	< 35	0 或正值	20~50	明显功能低下
4	< 35 或 < 30	负值	> 50	功能衰竭

注:①体温、硬肿范围和器官功能改变分别评分,总分为 0 分者属轻度,1~3 分者为中度,4 分以上者为重度。②体温检测,肛温在直肠内距肛门约 30cm,持续 4min 以上;腋温将上臂紧贴胸部测 8~10min。③硬肿范围计算,头颈部 20%,双上肢 18%,前胸及腹部 14%,背部及腰骶部 14%,臀部 8%,双下肢 26%。④器官功能低下,包括不吃、不哭、反应低下、心率慢或心电图及血生化异常;器官功能衰竭指休克、心力衰竭、DIC、肺出血、肾功能衰竭等。⑤无条件测肛温时,腋温 $<35^{\circ}\text{C}$ 为 1 分, $<30^{\circ}\text{C}$ 为 4 分

【辅助检查】

可根据病情需要检测动脉血气、血糖、电解质、尿素氮、肌酐、血小板、凝血酶原时间、凝血时间、纤维蛋白原等。必要时可做心电图,胸部 X 线摄影等辅助检查。

【诊断要点】

处于“五低二多”情况的新生儿出现体温降低,吮乳差或拒乳,哭声弱等表现时应注意本病的发生。如出现低体温、硬肿甚至多器官功能损害时即可诊断

为本症。

【鉴别诊断】

1. 新生儿引起皮肤肿胀的原因很多,常见低蛋白性水肿、免疫性水肿,常伴营养不良、Rh溶血,体位性水肿明显、血浆白蛋白明显低下。

2. 新生儿皮肤感染,如蜂窝织炎、皮下坏疽、局部发红、发热,境界比较清楚,白细胞及炎症指标明显增高。

3. 新生儿皮炎,皮下脂肪坏死,局部发硬不肿,甚至皮肤有萎陷。

4. 局部淋巴循环障碍,除局部肿胀外,全身情况良好,改变体位,引流通畅即消除。

三、治疗要点

【一般治疗】

肛温 $>32^{\circ}\text{C}$ 且腋温高于肛温者,可置于调至适中温度的暖箱,一般6~12h可恢复正常体温。体温低于 30°C 的重度低体温者应置于比肛温高 $1\sim 2^{\circ}\text{C}$ 的暖箱中,逐步提高箱温待肛温恢复至 35°C 时,维持暖箱温度于适中温度,亦可采用恒温水浴疗法等快速复温。农村医院若无温箱,轻者可用热水袋包棉被保温、复温。复温中应观察腹壁温、肛温及腋温的变化,随时调节暖箱温度,并同时监测呼吸、心率、血压及血气等。

【药物治疗】

1. 热量和液体供给 经静脉补充热量者应达到每日 210kJ/kg (50kcal/kg),可进乳者尽早哺乳,热量增加至每日 $419\sim 502\text{kJ/kg}$ 。体温低时输注葡萄糖的速度宜慢,一般 $6\sim 8\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{min})$,体温恢复后速度可加快至 $12\sim 14\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 。液量可按 0.24ml/kJ (1ml/kcal)。

2. 纠正器官功能紊乱 ①有微循环障碍,休克应立即纠酸、扩容,可用2:1液 $15\sim 20\text{ml/kg}$ (明显酸中毒可用1.4%碳酸氢钠液代替)。在1h内静脉滴入。继用1/3或1/4等渗液 $70\sim 90\text{ml/kg}$ 缓慢匀速滴注。早期心率低者可给血管活性药多巴胺 $2\sim 10\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 静脉滴注;②有肺出血时应及早气管内插管,进行正压通气治疗;③肾功能障碍及DIC应及时处理。

3. 其他 治疗并发症,选用适当抗生素防止感染及给予其他对症处理。

【快速处理】

复温对低体温患儿是治疗关键,若低体温持续时间延长,病情易于恶化。基层单位可用热水袋、火炕或电热毯包裹等,也可置婴儿于怀抱中紧贴人体保暖。

四、转院要求

【病情要求】

尽最大可能采取复温措施后体温仍不能上升甚或硬肿进一步加重及出现

多器官功能损害表现时,应立即转上级医院。

【途中要求】

继续给予可能的复温措施如置婴儿于怀抱中紧贴人体保暖并加用热水袋等,但要注意水温、不要紧贴皮肤,以免烫伤。有条件者可在途中维持静脉输液(按以上药物治疗方法配制),应注意输液速度,以免加速肺出血等并发症的发生。

五、诊疗体会

【诊断方面】

新生儿硬肿病因易于并发多脏器损害而使得早期诊断非常重要。对有“五低二多”情况的新生儿,一旦出现体温降低,吮乳差或拒乳,哭声弱等表现时应警惕本病的发生,并给予相应的防治措施如加强保温、抗感染或尽早转运至上级医院等。对已出现低体温和硬肿表现的患儿应会判断五个垂危征兆,以肺出血最常见,其次为呼吸衰竭、心动过缓和(或)心律不齐、肾功能衰竭及中毒性肠麻痹。这五项虽然是新生儿期各种严重疾病晚期的共同垂危征兆,但在本病时,前三项更为突出。

【治疗方面】

复温是治疗本病的关键,一旦诊断本病,应就地尽可能地采取复温措施,但要注意避免烫伤,也不能复温过快,以免血管扩张、血容量骤然增加,心脏不能适应,可引起心功能不全、肺淤血、肺出血等并发症的发生。如采取复温措施后体温仍不能上升甚或硬肿进一步加重及出现多器官功能损害表现时,有可能时应立即转上级医院,并在途中继续采取可能的复温措施。基层单位输液时应注意速度。

六、病人教育

患儿家长应该了解,本病如早期诊断,及时治疗,一旦体温恢复正常,硬肿消失,脏器功能恢复,正常进食,无并发症。但本病是一种预后严重的疾病,病死率较高。其死亡原因,轻度硬肿多为严重感染致死,重症以肺出血死亡为主。

(吴捷)

第二节 新生儿败血症

一、概述

新生儿败血症(neonatal septicemia)系指细菌在血循环中生长并产生毒素造成的新生儿全身性感染,是新生儿时期重要的疾病之一。新生儿尤其是早产

儿免疫能力低下,对感染的局限能力差,感染易扩散。引起新生儿败血症的病原菌种类很多,但致病力强弱不同,最重要的病原菌是大肠杆菌及金黄色葡萄球菌(金葡萄)。宫内或分娩时感染的病原菌以革兰阴性杆菌居多,生后感染病原菌则以革兰阳性球菌占优势。感染途径主要有:①出生前由母亲菌血症通过胎盘感染胎儿;胎膜早破、产程延长致羊水污染,胎儿宫内窘迫吸入污染之羊水;或胎盘表面绒毛膜血管的细菌直接侵入胎儿;②分娩时胎儿吸入或咽下阴道分泌物或污染之羊水;③出生后接触污染的环境、护理人员污染的手,使细菌通过破损的皮肤、脐部及呼吸道、消化道黏膜等侵入体内。

二、诊 断

【病史】

应详细询问有无以下病史:①有无产前、产时与感染有关的病史,如孕妇发热,消毒不严接生史,羊膜早破,羊水浑浊,发臭和产程延长,有无气管插管,脐血管或周围静脉插管史;②出生后有“挑马牙、割螳螂”等黏膜、皮肤损伤史;③有无皮肤脐部和黏膜等感染史;④有无一般的感染中毒表现,如吃奶不好,面色欠佳,哭声异常、软弱、嗜睡和体温异常(发热或体温不升),24h内体温波动 $>1^{\circ}\text{C}$ 时应视为发热。

【查体】

初期表现食欲欠佳、哭声减弱、体重不增、发热或低体温。重者拒乳、不哭、不动、腹胀、精神萎靡、嗜睡,亦可有激惹和惊厥发生。尚可有呼吸循环系统表现如呼吸急促或暂停,心动过速或过缓,周围循环不良甚至休克,消化道症状表现腹泻、呕吐、中毒性肠麻痹,亦可出现硬肿。

典型表现有:①黄疸;②肝脾肿大;③出血倾向,可有瘀点、瘀斑,重者甚至有弥散性血管内凝血;④常可找到局部感染灶如皮肤脓疮、脐炎、肺炎、脑膜炎等。

【辅助检查】

①血培养可阳性;②周围血白细胞计数可高可低,随细菌及病情而异,中性白细胞有核左移及胞浆中毒颗粒,血红蛋白及血小板常减低;③其他可见C反应蛋白升高,血沉增快,产时感染者生后12h内的胃液中有中性粒细胞或细菌,也可用外耳道拭子涂片找细菌;④必要时应做肝功、脑脊液检查。

【诊断要点】

对精神食欲欠佳、哭声小、体温异常的新生儿应警惕本病的发生。详细询问母亲分娩时有无发热、产程延长、胎膜早破($>12\text{h}$)、羊水浑浊发臭、皮肤黏膜损伤史;注意局部感染灶。如有黄疸、肝脾肿大、皮肤瘀点,则可能性更大。根据上述临床感染病史、表现及血培养阳性者可确诊,但有临床表现仅血培养阴性者亦不能轻易排除本病。

【鉴别诊断】

1. 颅内出血 出现神经系统症状或合并有脑膜炎时,应与颅内出血相鉴别。颅内出血有产伤或窒息史,大多发病早,生后 1~2d 起病,脑脊液可为均匀血性或有皱缩红细胞而无炎性变化。

2. 呼吸道疾病 表现呼吸急促、青紫等呼吸系统症状时,应与肺炎、肺不张、肺透明膜病等呼吸系统疾病相鉴别。可根据肺部体征及 X 线胸片结果进行鉴别。

3. 消化道疾病 有呕吐、腹胀时应与新生儿腹泻相鉴别。单纯腹泻一般状态好,无发热及中毒表现。

三、治疗要点

【药物治疗】

抗生素应联合应用,静脉给药、疗程足够。

1. 抗生素的选择 病原菌不明者一般选用氨苄西林(氨苄青霉素)与氨基糖苷类(一般情况下尽量避免使用,因可能有致耳聋的可能)。病原菌已明确者可按药物敏感试验结果选择。对革兰阴性杆菌感染或出生 3d 内发病(革兰阴性杆菌感染的可能性大)者,联用氨苄西林和氨基糖苷类或第三代头孢菌素;革兰阳性球菌感染或出生 3d 后发病(革兰阳性球菌感染的可能性大)者,联用耐酶的青霉素、第 1 代头孢菌素、万古霉素、红霉素、林可霉素等。铜绿假单胞菌可用阿米卡星(丁胺卡那霉素);厌氧菌可用甲硝唑;衣原体、支原体用红霉素;链球菌用青霉素 G。并发脑膜炎时应选用易透过血脑屏障的药物。

2. 用法及剂量 一般采用静脉内给药,每次量在 20~30min 内输入,如万古霉素及红霉素每次量输入时间应在 30min 以上。症状好转可改为肌肉注射。用量见表 1-2。

表 1-2 新生儿常用抗菌药物

药 物	每次每千克 体重用量	每日次数		药物作用及注意事项
		≤7d	>7d	
青霉素 G	2.5 万~5 万 U	2	3~4	用于链球菌、肺炎球菌、不产酶的葡萄球菌感染
氨苄西林	25~50mg	2	3~4	广谱,可被青霉素酶破坏
苯唑西林(新型青霉素 II)	25~50mg	2	3~4	半合成,用于抗青霉素 G 的葡萄球菌感染
羧苄西林	25~50mg/(kg·次)	2	3~4	用于铜绿假单胞菌感染
头孢唑啉 (先锋霉素 V)	20mg	2	2~3	第 1 代头孢菌素,用于抗药金黄色葡萄球菌

(续 表)

药 物	每次每千克 体重用量	每日次数		药物作用及注意事项
		≤7d	>7d	
头孢呋辛	50mg	2	3	第2代头孢菌素,对葡萄球菌作用优于第3代,较易透过血脑屏障
头孢噻肟	50mg	2	3	第3代头孢菌素,对肠杆菌作用大,易透过血脑屏障
头孢他啶 (复达欣,头孢噻甲 羧肟)	25~50mg	2	3	第3代头孢菌素,铜绿假单胞菌为主,易透过血脑屏障
头孢派酮 (先锋必)	50~100mg	2	3	第3代头孢菌素,革兰阴性杆菌为主,易透过血脑屏障
头孢曲松 (菌必治)	50mg	1	1	第3代头孢菌素,革兰阴性杆菌为主
万古霉素	15mg	2	3	对革兰阳性菌作用强,只能静脉给药
红霉素	5~10mg	2	3	对百日咳杆菌、衣原体、支原体首选,对L型金黄色葡萄球菌亦有效
氯霉素	15~25mg	1	2	广谱,对衣原体、厌氧菌亦有良效、易透过血脑屏障,应注意灰婴综合征的发生,最好监测血药浓度
甲硝唑	7.5~15mg	2	2	对一般厌氧菌均有效,易透过血脑屏障

3. 疗程 用药至热退、临床症状消失、血培养阴性,一般10~14d,革兰阴性杆菌感染2~3周。并发脑膜炎时,疗程适当延长。

【一般治疗】

1. 护理及支持疗法 保持适宜的环境温度,维持水电解质平衡,保证充足的热量供应,必要时输新鲜全血或血浆,亦可用免疫球蛋白。

2. 对症治疗 纠正低氧血症。周围循环不良时扩容,可给全血或血浆,必要时用肾上腺皮质激素、血管活性药如多巴胺 $2\sim 10\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 及纠正酸中毒等。

基层单位一般无条件做病原学检查,对于临床上怀疑败血症的新生儿应立即使用抗生素,可结合当地菌种流行病学的特点和耐药菌株情况选择两种抗生