

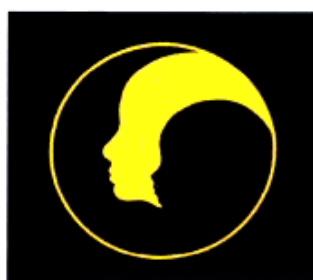
XIAO ER JI BING ZHEN DUAN ZHI L
UE

小儿疾病诊断治疗学

(小儿内科)

王丽丽 主编

下



黑龙江出版社
朝鲜民族

编 委 会

主 编：王 丽 丽

副主编：王晓菲 孙钰玮 徐广范

编 委：（按姓氏笔划排序）

于金凤 王文光 艾 兢 刘红卫

吕丽萍 张瑞云 张丽静 张丽明

徐广范 管英伟

编 者 名 录

王丽丽：牡丹江医学院红旗医院

王晓菲：牡丹江医学院红旗医院

孙钰玮：牡丹江医学院红旗医院

徐广范：牡丹江医学院红旗医院

于金凤：牡丹江医学院红旗医院

王文光：牡丹江医学院红旗医院

艾 兢：牡丹江医学院红旗医院

刘红卫：牡丹江医学院红旗医院

吕丽萍：海林市林业医院

张瑞云：牡丹江医学院红旗医院

张丽静：牡丹江市林业中心医院

张丽明：鸡西市人民医院

前 言

我国著名医学教授张孝骞大夫曾经说过:临床工作“如临深渊,如履薄冰”,然而作为儿科工作者更能体会此番话的深刻含意。儿科古称哑科,由于患儿幼稚,对病症不能自诉或表达不清,家长有时也未能准确掌握病情及经过,此时医生的敏锐观察,根据患儿的表现,细致分析病症的发生和发展而作出正确的诊断十分重要。有鉴于此,我们组织了牡丹江医学院附属红旗医院妇儿中心在儿科教学、临床、科研第一线工作的专家、教授编写了这本书。

本书广泛收集了国内外有关文献资料及大量的临床病例诊治体会,对儿科系统的常见病、多发病的发病原理、临床表现及诊治手段进行了系统的阐述。在某些罕见病和疑难病例方面,即便有相当经验的医师诊断也有一定困难,尤其是在多数医疗单位缺乏先进的诊疗仪器的情况下,本书通过大量的临床病例进行比较和分析,由浅入深,由表及里,纵向深入,横向剖析,一环扣一环的逻辑推理,从成功的经验及失败的教训中,浓缩出了一套独具特色的临床思维指南。对刚刚步入医学殿堂的医生来说最缺乏的就是临床经验,有鉴于此,本书以此为起点,希望能对活跃在医疗第一线的儿科临床医生、进修医生及基层医院医生有所裨益。此外,为满足医学院校学生考试及医师资格考试的需要,此书是根据全国高等医学院校儿科学大纲的要求和 2002 年出版的儿科学第一版的最新教材内容编写而成,是医学专业必修课及考试辅导书。

由于此书涉及面广,编写人员较多,又因不尽相同,繁简程度不一,因此内容、深度和广度不可能完全一致。限于编者的水平,书中不免有错误与疏漏之处,希望读者批评指正,以便今后补充和修改。

编 者

内 容 提 要

本书主要是供儿科临床工作者及实习医师在工作中参考,它是一本以诊断和治疗为主的实用性指导书。

全书共分上、下二册,即小儿内科和小儿外科的诊断、治疗及小儿常用的物理诊断要点。字数约六十余万字。根据多年临床工作体会和国内先进经验,重点阐述了百余种疾病的诊断依据及治疗方法、手术规则、危重情况和急救处理方法。对儿内、儿外科医师会有所帮助。本书还介绍了小儿常见病的心电图、脑电、超声诊断特点。本书中许多疾病的诊治具有一定的先进性与实用性,融中西医结合于一体,既有西医的治疗常规,亦有中医的辨证实施及方剂,供医务工作者参考。

目 录（下册）

第一章 新生儿疾病	(1)
第一节 新生儿感染性疾病	(1)
新生儿败血症	(1)
新生儿化脓性脑膜炎	(3)
第二节 新生儿呼吸系统疾病	(5)
吸入综合征	(5)
新生儿肺透明膜病	(7)
新生儿感染性肺炎	(8)
新生儿窒息与复苏	(9)
第三节 新生儿消化系统疾病	(12)
新生儿肝炎综合征	(12)
第四节 新生儿血液系统疾病	(13)
新生儿出血症	(13)
新生儿溶血病	(14)
第五节 新生儿神经系统疾病	(16)
新生儿缺氧缺血性脑病	(16)
新生儿颅内出血	(17)
第六节 新生儿营养代谢和内分泌疾病	(19)
新生儿低钙血症	(19)
新生儿低血糖症	(20)
第七节 新生儿硬肿症	(22)
第八节 新生儿黄疸	(24)
生理性黄疸	(24)

病理性黄疸	(24)
第二章 营养缺乏性疾病	(26)
第一节 维生素 D 缺乏性佝偻病	(26)
第二节 维生素 D 缺乏性手足搐搦症	(28)
第三节 蛋白质—热能营养障碍	(29)
第三章 胃肠道疾病	(31)
第一节 胃炎	(31)
急性胃炎	(31)
慢性胃炎	(32)
第二节 腹泻病及儿科液体疗法	(34)
腹泻病	(34)
儿科液体疗法	(39)
第四章 呼吸系统疾病	(44)
第一节 上呼吸道感染	(44)
第二节 肺炎	(45)
第三节 支气管哮喘	(52)
第五章 循环系统疾病	(56)
第一节 临床上常见的几型先天性心脏病	(56)
室间隔缺损	(56)
第二节 病毒性心肌炎	(61)
第三节 小儿心律失常	(65)
过早搏动	(65)
阵发性心动过速	(66)
房室传导阻滞	(68)
第六章 神经系统疾病	(71)
第一节 化脓性脑膜炎	(71)
第二节 病毒性脑炎	(73)
第三节 急性感染性多发性神经根炎	(76)
第四节 小儿癫痫	(78)
第五节 脑性瘫痪	(83)
第六节 莱姆病	(85)
第七节 森林脑炎	(86)

第七章 血液系统疾病	(89)
第一节 营养性贫血	(89)
第二节 原发性血小板减少性紫癜	(91)
第三节 再生障碍性贫血	(96)
第八章 小儿泌尿系统疾病	(100)
第一节 急性肾小球肾炎	(100)
第二节 肾病综合征	(103)
第三节 尿路感染	(106)
第九章 结缔组织病	(110)
第一节 风湿热	(110)
第二节 幼年型类风湿性关节炎	(113)
第三节 过敏性紫癜	(116)
第四节 皮肤粘膜淋巴结综合征	(117)
第十章 小儿传染病	(119)
第一节 病毒性感染	(119)
麻疹	(119)
风疹	(123)
幼儿急疹	(124)
水痘	(124)
流行性腮腺炎	(126)
脊髓灰质炎	(128)
第二节 细菌性感染	(130)
猩红热	(130)
百日咳	(132)
第三节 传染性单核细胞增多症	(135)
第十一章 小儿结核病	(137)
第一节 结核病的治疗原则	(137)
第二节 结核感染	(138)
第三节 原发性肺结核	(139)
第四节 急性粟粒型肺结核	(140)
第五节 结核性脑膜炎	(142)
第六节 颈淋巴结结核	(144)

第十二章 寄生虫病	(146)
第一节 蛲虫病.....	(146)
第二节 钩虫病.....	(147)
第三节 蛔虫病.....	(148)
第四节 绦虫感染.....	(150)
第十三章 急症及其处理	(153)
第一节 小儿惊厥.....	(153)
第二节 急性脑水肿与颅压增高综合征.....	(157)
第三节 急性呼吸衰竭.....	(159)
第四节 心力衰竭.....	(163)
第五节 心肺脑复苏常规.....	(168)
第六节 肾功能衰竭.....	(171)
第七节 小儿急性中毒.....	(178)
第十四章 小儿常见的辅助检查特点	(183)
第一节 心房肥大及心室肥厚.....	(183)
第二节 正常窦性心律与窦性心律不齐.....	(185)
第三节 过早搏动.....	(188)
第四节 室上性与室性心动过速.....	(190)
第五节 扑动与颤动.....	(193)
第六节 房室传导阻滞.....	(194)
第七节 室性传导阻滞.....	(195)
第八节 预激综合征.....	(196)
第九节 小儿超声常见疾病诊断.....	(197)
第十节 小儿脑电常见疾病诊断要点.....	(200)

第一章 新生儿疾病

第一节 新生儿感染性疾病

新生儿败血症

新生儿败血症(neonatal septicemia 或 sepsis)指新生儿期细菌侵入血循环并在其中生长繁殖,产生毒素所造成的全身性感染。菌血症与败血症的区别在于,菌血症应指细菌短暂侵入血循环,并无毒血症(toxemia)等任何临床表现。若机体免疫功能强于细菌的致病力,则可将其迅速清除,但若机体的免疫功能弱于细菌的致病力,则可发展为败血症。

【病因】

金黄色葡萄球菌及大肠杆菌为最常见的致病菌,近年来由于广泛应用抗生素,白色葡萄球菌致病菌率逐渐增多,近年来 B 族 β -溶血性链球菌亦有报道。

【诊断】

一、临床表现

(一)一般表现:如精神食欲欠佳,哭声减弱,体温不稳定等常出现较早,且发展较快,较重,不需很长时间即可进入不吃、不哭、不动、面色不好、神萎,嗜睡。体壮儿常发热,体弱儿、早产儿常体温不升。如出现以下较特殊的表现时,常提示败血症可能。

(二)黄疸:可为败血症的惟一表现。生理性黄疸消退延迟,或 1 周后始出现黄疸,黄疸迅速加重或退而复现与无法解释的黄疸,均应怀疑本症。

(三)肝脾肿大:出现较晚。

(四)出血倾向:可有淤点,疹斑,甚至弥漫性血管内凝血(抽血针管处渗血、呕血、便血、血尿或肺出血等)。贫血迅速加重提示有溶血或出血。

(五)休克表现:面色苍白,皮肤出现大理石样花纹,脉细而速,肌张力低下,尿少,尿闭。指压肤发白后恢复原有肤色需时越长表明周围循环越差。血压降低,体重 $<2000\text{g}$ 者 $<4\text{kpa}$ (30mmHg),体重 $>3000\text{g}$ 者 $<6\text{kpa}$ (45mmHg)。

(六)其他:可出现中毒性肠麻痹(腹胀,肠鸣音消失),脓尿,深部脓肿,化脓性关节炎,骨髓炎,脑膜炎。发病前可有脓皮病。甲沟炎,脐炎或眼部炎症等。

此外,可有呼吸增快,暂停,青紫(产时感染由于吸入,常肺部受累),也可有呕吐、腹泻、便秘、腹胀、心律异常、浮肿、硬肿等表现。

二、辅助检查

(一)实验室检查

1. 血培养

2. 其他细菌学检查:引流液、尿液细菌培养,脑脊液培养,肝素血离心后取白细胞涂片,白细胞内找到2个或以上细菌可诊为阳性。

3. 细菌抗原检测

4. 非特异性检查:

(1)血象:患儿周围血白细胞总数常增高或减少至5000以下,中性粒细胞 <1.75 ,杆状粒细胞增加,杆状粒细胞:粒细胞总数 >0.2 ,粒细胞可出现中毒颗粒或空泡,部分患儿血小板减少。

(2)c-反应蛋白,在败血症早期可升高。

三、诊断标准

对7天以内发病者应详细询问有无胎膜早破,产程延长,羊水混浊发臭,胎儿窘迫,新生儿窒息,是否难产,生产时消毒不严,母有发热等病史。对所有患儿应仔细检查全身尤其是非暴露部位有无局部感染表现,有无红臀,脐炎,有无皮肤或粘膜损伤史。有上述病史的新生儿,尤其是早产儿,一旦出现精神、食欲欠佳、哭声减弱或体温异常无法解释时,均应立即作血培养和周围白细胞检查,如出现黄疸延长,或黄疸迅速加深,肝脾肿大,则败血症更有可能。

(一)确诊败血症,临床表现如下列之一:

1. 血培养2份(+)与其他部位同一细菌。

2. 白细胞涂片细菌阳性。

3. 血培养1份(+),病原菌为非条件致病菌,若为条件致病菌,如表皮葡萄球菌,有外周静脉插管或脐血管插管也可确诊。

(二)临床诊断败血症:具有易发生败血症的病史及临床表现如下例之一:

1. $WBC < 5 \times 10^9/L$ 或杆状粒细胞/中性粒细胞 $>20\%$ 。

2. c-反应蛋白明显增高而无肺炎等其他可使c-反应蛋白增高的疾患。

【鉴别诊断】

病毒感染(CMV 肠道病毒),心肌炎,颅内出血,HIE,消化道出血,肾上腺功能不全,电解质紊乱,低血糖等。

【治疗】

一、抗生素治疗:致病菌未明选用两种抗生素,一般选用青霉素、氨苄青霉素。剂量:青霉素40~80万 μ /日,氨苄100mg/kg/d,分两次静点,或青霉素加用头孢三嗪,(剂量50mg/kg/d。

葡萄球菌:新青II 100mg/kg/d,分两次给药。

绿脓杆菌:复达欣。

链球菌、肺炎球菌:青霉素40~80万 μ /d,2~3次静点。抗生素疗程14~21天。

二、支持疗法:非常重要,纠正缺氧、酸中毒及电解质紊乱、休克、重症病人少量多次输血或血浆等,生后头几天常有低血钙,如抗利尿激素分泌过多导致稀释性低钠血症应限制液量。休克患者应用血浆或白蛋白(1g/kg)扩容,纠酸扩容后无改善可静滴多巴胺(5~20 μ g/kg/min)。

近年来采取静脉注射丙种球蛋白与抗生素一起治疗新生儿败血症。剂量为每次 300~500mg/kg。2~3 天后重复一次。

三、其他治疗:注意保暖,黄疸较重者应及时光疗以预防核黄疸。肾上腺皮质激素只用于有感染性休克者,能停早停。烦躁、惊厥可用镇静止惊药。有脑水肿时应用脱水剂。

执笔 吕丽萍

审订 王丽丽

新生儿化脓性脑膜炎

新生儿化脓性脑膜炎(neonatal purulent meningitis)系指出生后 4 周内化脓菌引起的脑膜炎症。其病原菌在新生儿不同于其他年令,临床表现很不典型,颅内压增高征出现较晚,又常缺乏脑膜刺激征。故早期诊断困难、病死率可高达 50%~60%,幸存者可留下失听、失明、癫痫、脑积水、智力和/或运动障碍等后遗症。

【病因】

一、病原菌

与败血症相似,有些脑膜炎可无败血症,而由病原菌直接侵入脑膜或仅有短暂的菌血症。

二、感染途径

产前、产时、产后感染。

【诊断】

一、临床表现

(一)一般表现

精神、面色欠佳、哭声减弱、吮乳减少及体温异常等现象常与败血症相似,但常常更重,发展更快。

(二)特殊表现

由于前囟、后囟及骨缝未闭,颅骨较其他年令组易于分离,因此呕吐、前囟隆起或饱满等颅内压增高表现出现较晚或不明显;新生儿颈肌发育很差,故颈强直甚少见。

1. 神志异常:嗜睡、易激惹惊跳,可突然尖叫,感觉过敏。

2. 眼部异常:两眼无神、双目发呆凝视远方,眼球可上翻或向下呈落日状,可有眼球震颤或斜视,瞳孔对光反应迟钝或大小不等。

3. 颅内压增高征:前囟紧张、饱满、隆起已是晚期表现,失水时前囟平也提示颅内压增高。骨缝可进行性逐渐增宽。

4. 惊厥:可仅眼睑抽动或面肌小抽,如吸吮状,亦可阵发性面色改变,呼吸暂停。惊厥亦可因低血糖、低血钙、低血钠引起。

5. 败血症的较特殊表现如黄疸、肝大、淤点、腹胀、休克等可同时表现。李斯特菌脑膜炎患儿的皮肤可出现典型的红色粟粒样小丘疹,主要分布在躯干,皮疹内可发现李斯特菌。

对早产儿,胎膜早破、产程延长、脑脊膜膨出,皮肤窦道多位于腰骶中部,该处皮肤微凹,常有一撮毛或一小血管瘤的新生儿,要特别警惕脑膜炎的发生。一旦出现难以解释的体温不稳定,精神、哭声、吮乳、面色不好时,应仔细检查有无容易激惹、易惊、尖叫、嗜睡、凝视或前囟紧张、饱满、骨缝增宽等提示颅内感染的表现。惊厥、颈强直、前囟隆起等不一定出现。

二、实验室检查

(一)白细胞总数及中性粒细胞升高。

(二)脑脊液检查。

对稍有脑膜炎可疑者立即作腰椎穿刺,如第一次脑脊液正常,有可疑时在6~8小时后重复一次,同时送血糖。当脑脊液白细胞 $>20 \times 10^6/L$,蛋白质 $>0.5g/L$,糖 $1.5 \sim 2.0mmol/L$ 时基本上可以诊断化脑。

(三)涂片找细菌并送培养。

(四)用已知抗体测脑脊液中相应抗原。

(五)头颅B超超声及CT检查,对诊断脑室、硬膜膜下积液、脑脓肿、脑积水等有很大帮助,还可随访疗效。

【治疗】

一、抗生素治疗

原则上选用敏感和易通过血脑屏障的抗生素。

(一)病原菌不明确。

可根据当地化脑的常见病原菌选用抗生素,青霉素加用易进脑脊液的三代头孢类药物,青霉素 $20 \sim 40$ 万 $U/kg/d$ 每日一次静点或青霉素加氨苄青霉素(氨苄剂量 $100 \sim 200mg/kg$,分二次静点)。

(二)致病菌明确。

G⁻杆菌 凯福隆 $50mg/kg$,分二次给药,静注。B族溶血性链球菌、肺炎球菌、葡萄球菌、选用大剂量青霉素 $80 \sim 100$ 万 U/kg 次。

(三)脑室膜炎。

如用药正确但疗效不佳或脑脊液培养阴性但仍有无原因的发热时,常由于并发了脑室膜炎,其发生率在本症可达 $65\% \sim 90\%$,可放保留导管于侧脑室注入抗生素。每次可用庆大霉素或丁胺卡那霉素 $1 \sim 5mg$,氨苄青霉素 $50mg$,头孢噻啶 $50mg$ 。

二、激素的应用

地塞米松 $0.6mg/kg/d$ 分4次静注,连用4天,在用抗生素前或同时使用。

三、对症治疗

(一)降颅压:

20% 甘露醇 $0.25 \sim 0.5mg/kg/次$,根据病情每4~6~8小时1次。也可同时用快速作用的利尿剂。

(二)止惊:

苯巴比妥钠、水合氯醛等。

执笔 吕丽萍

审订 王丽丽

第二节 新生儿呼吸系统疾病

吸入综合征

吸入综合征是胎儿或新生儿吸入较大量羊水或乳汁到肺部而致呼吸困难的一组疾病。

【病因与分类】

根据吸入时间及吸入物的性质分类

一、羊水吸入综合征(aminofic fluid aspiration syndrom)

是指胎儿在宫内或分娩过程中吸入较大量的羊水。

二、胎粪吸入综合征(meconium aspiration syndrome MAS)

见于胎儿窒息在宫内或产时排出胎粪,污染羊水,吸入后可发生肺炎。

三、乳汁吸入性肺炎(milk aspiration pneumonia)

是由于乳汁在吞咽时被吸入呼吸道或因在咽部排空时间延长,残留的乳汁被吸入肺部、呕吐或溢乳时,乳汁被吸入呼吸道,通常多有诱因。

【诊断】

一、临床表现

(一)羊水吸入综合征

有宫内窘迫或产时窒息,窒息复苏后出现呼吸急促,不规则,青紫。吸入量少时无症状或仅有轻度气急。吸入量多则呼吸困难明显,口吐沫,肺部可闻于粗湿罗音。

(二)胎粪吸入综合征

常见于足月儿或过期产儿,有宫内窘迫及生后窒息史,羊水被胎粪污染呈黄或绿色。患儿皮肤、指甲、外耳道、脐带均被胎粪染成黄色。气管内可吸入含粪便的羊水。生后不久出现呼吸困难,呻吟、青紫、三凹征,甚至发生抽搐。胸部饱满,肺内满布干湿罗音。还可发生气胸、纵膈气肿等合并症。

(三)乳汁吸入性肺炎

患儿有吞咽障碍,食道畸形等食道功能不全,严重腭裂等,喂奶后发生呛咳或窒息,表现为咳嗽、气促、喘息。一次大量吸入可引起窒息,呼吸停止,待呼吸恢复后出现气促、肺部罗音多。

二、X线表现

(一)羊水吸入综合征

吸入量少者仅肺纹增粗,呈条索影,伴轻或中度肺气肿。吸入量较多者出现密度较淡的斑片状阴影,分布广泛,以两肺内侧及肺底部明显。

(二)胎粪吸入综合征

1. 轻型

肺纹理粗、轻度肺气肿,膈肌轻度下降,心影正常,诊断需结合临床。

2. 中型

肺野有密度增加的粗颗粒或片状团块,云絮状阴影,或有节段性肺不张伴过度透亮的泡型气肿。心影缩小。

3. 重型

两肺有广泛的粗颗粒阴影或斑片状的云絮影,透亮的泡型气肿及肺气肿。常并发气漏(air-leak),表现纵膈积气或气胸。

(三) 乳汁吸入性肺炎

广泛的肺气肿和肺纹理增粗,两肺内侧及肺底部斑片阴影。

【治疗】

一、清理呼吸道

在胎儿娩出后立即进行呼吸道内吸引,可用吸管直接吸引,也可通过喉镜、插管反复吸引。

二、氧疗

清理呼吸道后立即供氧,用鼻管、头(面)罩给高浓度的氧,到青紫消失为止,维持 PaO_2 在 60~80mmHg。

三、机械通气

重症病例吸入高浓度氧后仍有低氧血症及高碳酸血症者,血气分析 $\text{PH} < 7.2$, $\text{PaO}_2 < 50\text{mmHg}$, $\text{PCO}_2 > 60\text{mmHg}$ 时需予呼吸器治疗。

四、综合治疗与监护

(一) 监护

体温、呼吸、心率、水和电解质及代谢平衡,有条件时血气分析,以便及时发现由于缺氧而致中枢神经系统、心血管系统、消化道、肾脏等器官合并症的发生。

(二) 保温

使皮肤温度维持在 36.5°C 。

(三) 维持营养及水、电解质平衡

轻症可先喂少量糖水三次,观察无异常后改喂奶,量宜偏小以防呕吐腹胀。重症不能喂服可静脉输入 10% 糖维持液(去钾)等,液量(60~80ml/kg/d,纠正低血糖、低钙等,有代谢性酸中毒者可用碳酸氢钠纠正。

(四) 合并气胸、纵膈气肿等合并症时,轻症可自然吸收,重症应立即穿刺抽气或行插管闭式引流。烦躁不安可用镇静剂。

(五) 有感染时选用敏感的抗生素。

(六) 胎粪吸入综合征(MAS)并发持续肺动脉高压(PPHN)。

是新生儿期常见危重症和重要死因之一。MAS 并发 PPHN 时肺功能指标中的潮气量、动态肺顺应性影响较大,且有明显的负相关,即肺动脉压力越高,患儿潮气量、动态肺顺应性越

低。可根据潮气量、动态肺顺应性改变协助发现 MAS 合并 PPAH 的可能性及监测病情变化,以便及时给予治疗,以降低 MAS 的病死率。

执笔 吕丽萍

审订 王丽丽

新生儿肺透明膜病

新生儿肺透明膜病(hyaline membrane disease of the newborn HMD),临床上以出生后不久出现进行性呼吸困难、青紫和呼吸衰竭为特点,病理上以肺泡壁及细支气管上附有嗜伊红性透明膜和肺不张为特征,多见于早产儿。

【病因】

缺乏肺表面活性物质引起,肺泡则被压缩,逐渐形成肺不张,其范围逐渐增大。诱发因素:一早产儿;二糖尿病孕妇的婴儿;三宫内窘迫和出生时窒息。

【诊断】

一、临床表现

本症多见于早产儿,胎龄愈小发病率愈高,窒息和糖尿病孕妇的婴儿发病率较高,

婴儿娩出时呼吸尚好,一般在 6 小时内出现症状,但也有出生时即出现窒息紫绀者。主要表现为呼吸困难和青紫,进行性加剧,伴呼气性呻吟,呼吸不规则,且有暂停现象。胸廓开始时较隆起,以后因肺不张而暂下陷,以腋下较明显。两肺呼吸音减低,吸气时可听到细湿罗音,四肢肌张力低下。病情严重者多在 3 天内死亡,能存活 3 天以上者好转希望增加。也有少数轻型病例,呼吸困难和青紫于第 3 天较重,以后逐渐好转。

二、X 线特点

X 线在起病后数小时有较特征性表现,两侧肺野普遍性透明度减低,内有均匀的细小颗粒影,以后渐融合成片。支气管则有充气征,伸展至节段细支气管,犹如秃叶分叉的树枝。纵膈位置正常。

诊断标准

(一)患要为早产儿或糖尿病孕妇的小儿。

(二)出生后不久出现呼吸窘迫症。

(三)肺部 X 线片出现典型表现。

【鉴别诊断】

与 B 溶血性链球菌感染、湿肺、持续肺动脉高压症,吸入综合征鉴别。

【治疗】

是一严重疾病,须积极治疗。

一、护理

体温不升者需保暖,置于适中温度环境中,相对湿度 40%~50%,经常吸除咽部分泌物,保持呼吸道通畅,不会吸吮者静脉补充液体和高营养液或输血浆,能哺乳者按时喂乳。

二、供氧和机械呼吸

为防止无氧代谢,减轻肺血管痉挛,需供给足够氧气。

三、纠正酸中毒和电解质紊乱

吸气以纠正呼吸性酸中毒,代谢性酸中毒可用 5%NaHCO₃ 治疗。高血钾在用 NaHCO₃ 后多可下降,如仍高则加用 15%~20%G.S 静滴,每 4g G.S 加 1 单位正规胰岛素。

表面活性物质替代治疗

(一)天然制剂系从人羊水或牛、猪肺灌洗液中提取。

(二)混合制剂系在天然制剂中加入少量人工合成的二棕榈卵磷脂和磷脂甘油。两种制剂的剂量均为 100~200mg/kg,可用 1 次至 2~4 次。

【并发症及其治疗】

肺透明膜病的并发症多发生在机械呼吸中,也可出现在治疗后的恢复期。治疗在于关闭动静脉导管,可用消炎痛静滴,共用 3 剂,首剂 0.2mg/kg,第 2、3 剂根据日龄而定,小于 2 天者合剂 0.1mg/kg,2~7 天者各剂 0.2mg/kg,大于 8 天者各剂 0.25mg/kg。

执笔 吕丽萍

审订 王丽丽

新生儿感染性肺炎

新生儿感染性肺炎(infectious pneumonia)可以发生在宫内、分娩过程中或出生后由细菌、病毒或原虫引起。是围产期新生儿最常见的疾病之一。

【病因与分类】

一、宫内感染性肺炎

孕母在妊娠后期有病毒或原虫感染史以及胎膜早破史。

二、产时感染性肺炎

有产程中吸入被病原菌污染的产道分泌物或断脐不洁史。

三、生后感染性肺炎

多为密切接触者有呼吸道感染史。新生儿有败血症、脐炎皮肤感染史以及反复接受操作史。

【诊断】

一、临床表现

宫内感染多于生后 3 天内出现症状,产时及出生后感染,多于出生 3 天后出现症状。常常出现体温异常、反应低下、拒乳等一般感染症状。随后出现呼吸促、口吐沫、呛奶等症状。患儿口唇青紫、呼吸增快、胸廓有吸气性凹陷,两肺呼吸粗或可闻罗音。严重病例可合并呼吸或心衰。

二、X 线表现

两肺纹理紊乱,边缘模糊,两肺中下段内带斑片状阴影,病灶融合时可呈磨玻璃密度影。金黄色葡萄球菌肺炎变化多,常出现肺大泡或并发脓气胸等。早发型 B 组链球菌肺炎的 X 线改变显示肺野透明度减低,伴支气管充气影。

三、测血清 IgM>0.3/ml 提示宫内感染,应进一步测血清特异性 IgM 和 IgG 抗体。气管内分泌物和血培养等有助于病原学诊断。呼吸困难明显者可做血气分析。

【治疗】