

主编 / 陈永红

ERKEJIBING

儿科疾病

ZHENDUAN YU LIAOXIAO BIAOZHUN

诊断与疗效标准



SHANGHAI UNIVERSITY OF T.C.M. PRESS

上海中医药大学出版社

儿科疾病诊断与疗效标准

主 编 陈永红
副主编 姚 勇 姜玉武
编 委 冯 琪 陈晓波 杜军保 刘雪芹
陈永红 卢新天 姚 勇 姜玉武

上海中医药大学出版社

策划编辑 樊玉琦
责任编辑 李欣
技术编辑 徐国民
责任校对 郁静
封面设计 王磊
出版人 陈秋生

图书在版编目(CIP)数据

儿科疾病诊断与疗效标准 / 陈永红主编. —上海:
上海中医药大学出版社, 2006. 8
ISBN 7-81010-915-4

I. 儿... II. 陈... III. 小儿疾病—诊疗—标准
IV. R72-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 127112 号

儿科疾病诊断与疗效标准

主编 陈永红

上海中医药大学出版社出版发行 (http://www.tcmonline.com.cn)
(上海浦东新区蔡伦路 1200 号 邮政编码 201203)
新华书店上海发行所经销 南京展望文化发展有限公司排版 常熟市新骅印刷有限公司印刷
开本 787 mm×1092 mm 1/16 印张 10 字数 244 千字 印数 1—3000 册
版次 2006 年 8 月第 1 版 印次 2006 年 8 月第 1 次印刷

ISBN 7-81010-915-4/R. 863

定价 20.00 元

(本书如有印刷、装订问题, 请寄回本社出版科, 或电话 021-51322545 联系)

《常见疾病诊断与疗效标准》编委会

总主编 王 镭 王云亭

编 委 (按姓氏笔画为序)

卜 博	王子明	王书亚	包雅琳	朱文玲
江 澜	吕佩瑾	刘海鹰	李 荣	李 辉
陈永红	周乙雄	姜民慧	姜玉武	姚 勇
贾志荣	高 宏	程中伟	鲁永鲜	

序

《常见疾病诊断与疗效标准》丛书涵盖了内、外、妇、儿临床各科常见疾病的临床诊断与疗效标准,总计120余万字。在本套丛书的编写过程中,内、外、妇、儿各分册的主编在繁忙的临床工作中抽出时间,筹划大纲、收集资料,并亲自组织经验丰富的资深专家们,在参考了国内外最新相关资料的基础上,结合多年的临床实践经验撰写而成。本套丛书的编写方法与以往的“指南”、“疗效手册”不同,力求形成以下特色:① 可读性。将各种知识点归纳总结,一目了然,通俗易懂。② 实用性。使医生通过阅读本书的内容即可对具体疾病进行诊断和疗效判断。③ 公认性。本书所采用的标准为目前国内外医学临床正在应用的标准,紧跟临床医学发展的步伐,突出近几年的研究成果和最新进展。

希望本套丛书的出版能切合广大临床医生,尤其是基层医生的实际需要,为其提供各种常见疾病的诊断和疗效判定依据;也可供基层医疗单位在对医疗质量进行检查、评估和控制时参考。希望本套丛书的出版能对提高医疗质量、促进医院管理有所裨益。

王镭 王云亭

2006年6月

前 言

临床医学的发展需要儿科医生准确、及时地对疾病进行规范化诊断。近年来,新的医疗技术、治疗药物不断应用于临床,临床专业知识更新迅速,诊断水平不断提高,一位儿科医生的医疗水平绝大部分体现在诊断水平上。提高诊断水平,规范医疗行为是我们每一位儿科医生终身奋斗的目标。因此,结合临床工作实际,编写一本用于指导广大年轻医生诊疗实践的参考工具书是非常必要的。

规范地进行疾病的诊断是培养和提高年轻医生临床思维的重要途径。年轻医生在临床上主要面临两个问题,即疾病的诊断和治疗。正确的诊断是治疗的前提和基础,使医生牢固掌握疾病的具体诊断标准和疗效标准是笔者编写本书的出发点。

本书的阅读对象主要为各级医院的年轻儿科医生,包括实习医生和进修医师。年轻医生熟练掌握本书所介绍的疾病诊断与疗效标准,可以指导自己的临床实践。高年资的医生在查房和临床病例讨论时可将本书内容作为参考,使疾病的诊断更加规范,亦可据此考核下级医生对疾病的诊断能力。

本书包括新生儿疾病、小儿营养性疾病、感染性疾病、心血管系统疾病、呼吸系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、血液系统疾病、遗传代谢性疾病、神经系统疾病、内分泌系统疾病、结缔组织疾病等。每一种疾病的编写包括诊断标准和疗效标准。大部分疾病“诊断标准”采用国际或国内统一的标准;对迄今仍无统一标准的疾病,则根据国内外多数学者的观点,结合笔者的临床经验,拟订诊断标准。“疗效标准”根据疾病的具体情况有所区别。能够治愈的疾病列出了治愈标准,暂时不能治愈的疾病列出了好转标准,无法治疗的疾病则根据国内外专家意见以及笔者本人的经验提出了自己的观点。

本书涉及内容比较广泛,虽然笔者精心撰写文稿并多次修改,但由于能力和经验有限,仍难免存在疏漏和差错,还请同道和广大读者批评指正,以便在今后的工作中改进。

陈永红

2006年6月

目 录

第一章 新生儿疾病诊断与疗效标准

新生儿窒息	1
新生儿肺透明膜病	2
新生儿肺炎	4
非感染性肺炎	4
感染性肺炎	5
胎粪吸入综合征	6
新生儿肺出血	7
新生儿缺氧缺血性脑病	8
新生儿颅内出血	9
新生儿溶血病	10
新生儿硬肿症	12
新生儿坏死性小肠结肠炎	12
新生儿败血症	14
新生儿破伤风	15
新生儿脐炎	16
新生儿低血糖症	16
新生儿高血糖症	17
新生儿低钙血症	18

第二章 营养性疾病诊断与疗效标准

蛋白质-能量营养不良症	19
单纯肥胖症	20
维生素 D 缺乏性佝偻病	21
维生素 D 缺乏性手足搐搦症	22
维生素 A 缺乏症	22
锌缺乏症	23
碘缺乏疾病——亚临床型克汀病(轻度缺碘)	23

第三章 感染性疾病诊断与疗效标准

病毒感染	25
风疹	25

水痘	26
幼儿急疹	27
麻疹	27
流行性腮腺炎	28
脊髓灰质炎	29
流行性乙型脑炎	30
艾滋病	31
狂犬病	32
传染性单核细胞增多症	33
细菌感染	34
猩红热	34
百日咳	35
中毒型细菌性痢疾	35
伤寒和副伤寒	36
结核病	37
结核感染	37
原发性肺结核	38
急性粟粒性肺结核	39
结核性脑膜炎	39
寄生虫病	41
蛔虫病	41
蛲虫病	41
钩虫病	42
绦虫病	42
囊虫病	42
肺吸虫病	43
弓形虫病	44

第四章 消化系统疾病诊断与疗效标准

口腔炎	45
疱疹性口腔炎	45
急性球菌性口腔炎	45
先天性肥厚性幽门狭窄	45
胃食管反流	46
先天性巨结肠	46
腹泻病	47
消化性溃疡	49
出血性坏死性小肠炎	49
肠套叠	50

第五章 呼吸系统疾病诊断与疗效标准

急性上呼吸道感染	51
急性感染性喉炎	51
急性支气管炎	52
喘息性支气管炎	53
支气管肺炎	53
金黄色葡萄球菌性肺炎	54
腺病毒肺炎	55
毛细支气管炎	55
支原体肺炎	56
卡氏肺囊虫肺炎	56
支气管哮喘	57
支气管扩张	58
肺不张	59
化脓性胸膜炎	59
特发性肺含铁血黄素沉着症	60

第六章 循环系统疾病诊断与疗效标准

先天性心脏病	62
室间隔缺损	63
房间隔缺损	64
动脉导管未闭	65
法洛四联症	66
肺动脉狭窄	67
病毒性心肌炎	67
充血性心力衰竭	68
心内膜弹力纤维增生症	70
感染性心内膜炎	70
心律失常	71
过早搏动	71
阵发性室上性心动过速	73
异位性房性心动过速	73
紊乱性房性心动过速	74
阵发性室性心动过速	74
特发性室性心动过速	75
特发性长 QT 综合征	76
房室传导阻滞	76

第七章 泌尿系统疾病诊断与疗效标准

急性肾小球肾炎	79
急性链球菌感染后肾小球肾炎	79
非链球菌感染后急性肾小球肾炎	80
急进性肾小球肾炎	81
迁延性肾小球肾炎	82
慢性肾小球肾炎	82
肾病综合征	83
狼疮性肾炎	83
紫癜性肾炎	84
乙型肝炎病毒相关性肾炎	85
尿路感染	86
溶血尿毒综合征	86
肾小管酸中毒	87
近端肾小管酸中毒	87
远端肾小管酸中毒	88

第八章 血液系统疾病诊断与疗效标准

小儿贫血	89
缺铁性贫血	89
叶酸缺乏性巨幼细胞性贫血	90
维生素 B ₁₂ 缺乏性巨幼细胞性贫血	91
遗传性球形红细胞增多症	92
珠蛋白生成障碍性贫血	93
葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症	94
温抗体型自身免疫性溶血性贫血	96
再生障碍性贫血	97
特发性血小板减少性紫癜	98
血友病 A	99
血友病 B	100
弥散性血管内凝血	100
急性淋巴细胞白血病	101
急性非淋巴细胞白血病	103
骨髓增生异常综合征	105
朗格罕细胞组织细胞增生症	107
脾功能亢进	109

第九章 内分泌系统疾病诊断与疗效标准

特发性生长激素缺乏症	110
------------------	-----

中枢性尿崩症	111
性早熟	111
甲状腺疾病	112
甲状腺功能亢进症	112
甲状腺功能减低症	113
慢性淋巴性甲状腺炎	114
肾上腺疾病	115
原发性醛固酮增多症	115
肾上腺皮质功能减退症	116
糖尿病	116

第十章 遗传性疾病诊断与疗效标准

21 三体综合征	118
先天性卵巢发育不全综合征	118
先天性睾丸发育不良综合征	119
糖原累积病	120
苯丙酮尿症	124
经典型 PKU	124
四氢生物蝶呤(BH ₄)缺乏型(非典型 PKU 或恶性 PKU)	125
黏多糖病	126
肝豆状核变性	129
戈谢病	130
尼曼-匹克病	131

第十一章 神经系统疾病诊断与疗效标准

化脓性脑膜炎	133
病毒性脑(膜)炎	134
急性感染性多发性神经根炎	135
癫痫	136
脑性瘫痪	137
假性肥大型肌营养不良	138
注意力缺陷多动障碍	139
孤独症	140

第十二章 免疫性疾病诊断与疗效标准

风湿热	143
幼年类风湿关节炎	143
过敏性紫癜	144
皮肤黏膜淋巴结综合征	145

第一章 新生儿疾病诊断与疗效标准

新生儿窒息 (asphyxia of newborn)

新生儿窒息是指婴儿出生时无呼吸或呼吸抑制。若出生时无窒息,而数分钟后出现呼吸抑制,亦属窒息。新生儿窒息的本质是呼吸功能不全或呼吸衰竭,其是导致围产新生儿死亡及造成伤残的重要原因之一。

【诊断标准】

一、高危因素:新生儿窒息与胎儿所处的宫内环境及分娩过程有密切关系,任何导致胎儿或新生儿缺氧的因素均可导致窒息。

(一) 母亲因素:① 母亲患有全身性疾病:如糖尿病,心、肾疾病,严重贫血或急性传染病等。② 母亲患有产科疾病:如妊娠高血压综合征、子痫、胎盘早剥、胎盘功能不足等。③ 其他高危因素:如母亲高龄或低龄(≥ 35 岁或 < 16 岁),吸毒或吸烟等。

(二) 分娩因素:① 脐带因素:如脐带过长或过短、脐带脱垂、脐带绕颈或打结等。② 产程、产力异常或各种手术产。③ 分娩过程中母亲用药的影响:如应用麻醉、镇痛、催产药物不妥等。

(三) 胎儿或新生儿因素:① 胎儿发育的影响:如体重过重或过轻、小于或大于胎龄、多胎、早产或过期产。② 胎儿发育畸形:如膈疝、先天性心脏病、严重中枢神经系统发育异常。③ 胎儿疾病状态:如严重溶血或失血、宫内感染等。④ 其他因素:如胎粪或羊水吸入致呼吸道阻塞,生后复苏不当等。

二、宫内窒息:临床上首先出现缺氧后兴奋表现,胎动增多,胎心加快, ≥ 160 bpm;如持续缺氧则进入抑制期,胎动减少,胎心减慢, < 120 bpm,羊水被胎粪污染呈黄绿或墨绿色。

三、生后窒息:目前国内以生后 1 分钟 Apgar 评分来判断窒息程度,总分 10 分,0~3 分为重度窒息,4~7 分为轻度窒息,见表 1-1。生后 5 分钟 Apgar 评分有助于预后判定。由于 Apgar 评分敏感性较高,特异性较低,故近年认为,加做脐血血气分析可增加窒息判定的准确性。

表 1-1 新生儿 Apgar 评分表

项 目	2 分	1 分	0 分
呼吸	规则,哭声响	慢,不规则,哭声弱	无
心率(次/分钟)	> 100	< 100	0
皮肤颜色	全身红	躯干红,四肢青紫	全身青紫或苍白
反应	良好	少许	无
肌张力	正常,四肢活动灵活	四肢微屈曲,活动少 或无	松弛

四、窒息后的器官损伤

- (一) 中枢神经系统：缺氧缺血性脑病，颅内出血。
- (二) 心血管系统：传导系统和心肌受损，严重者出现心源性休克和心衰。
- (三) 呼吸系统：吸入性肺炎，肺出血，持续肺动脉高压等。
- (四) 泌尿系统：肾脏损伤较多见，严重者可发生急性肾衰竭。
- (五) 消化系统：应激性溃疡，坏死性小肠结肠炎，胃肠功能低下等。
- (六) 代谢：常见血糖异常，电解质紊乱，如低血钙、低血钠，后期可出现较重的黄疸。

五、辅助检查

- (一) 机体内环境稳定性监测：血气分析，血糖，电解质(如血钙、血镁等)、胆红素水平监测。
- (二) 窒息后器官损伤监测：根据小儿状况酌情进行，如头颅影像监测、脑电图、视听诱发电位、心电图、心肌酶、超声心动图、肝肾功能、胸片、凝血象等。

六、预后评估：见表 1-2。

表 1-2 新生儿窒息预后评估参考依据

依 据	较 好	较 差
生后 1 分钟内评分	4~7 分	0~3 分
生后 5 分钟评分	>6 分	≤6 分
吸入物性质	羊水、黏液	含胎粪的羊水
自主呼吸	出现早，<20 分钟	≥20 分钟
抽搐	无或 2 天内消失	2 天后仍难以控制
神态、肌张力、拥抱反射、活动等	很快恢复正常	1 周后仍未恢复正常
神经症状		
吃奶、吸吮、吞咽	1 周内能正常喂养	1 周后仍不能正常喂养
脏器损害	轻、少	重、多

【疗效标准】

- 一、治愈标准：经积极复苏抢救，新生儿呼吸平稳，哭声响亮，皮肤红润，心率>100 次/分，肌张力正常，反应良好。
- 二、好转标准：经复苏，Apgar 评分较原有水平上升，但仍未达正常新生儿状态。
- 三、未愈标准：经复苏，Apgar 评分无上升或反而下降，患儿自主呼吸不能建立或仍不规则，皮肤苍白、发绀，心率慢，反应弱或消失，甚至可能复苏失败而死亡。

新生儿肺透明膜病(hyaline membrane disease,HMD)

新生儿肺透明膜病又称新生儿呼吸窘迫综合征(neonatal respiratory distress syndrome, NRDS),主要发生于早产儿。本病主要由于肺泡表面活性物质(PS)缺乏,造成肺泡萎陷、肺透明膜形成及肺间质水肿,临床表现为进行性加重的呼吸困难、低氧血症、高碳酸血症和酸中毒。

【诊断标准】

- 一、具有发生 HMD 的高危因素

(一) 早产儿：胎龄越小，发病危险性越高。低出生体重儿 HMD 发生率为 14%，胎龄＜28 周者发生率为 45%～80%。

(二) 母亲患有糖尿病。

(三) 宫内窘迫或出生窒息的新生儿。

(四) 其他：双胎次出、未出现宫缩即经剖宫产生出、家族中既往有其他婴儿发病等。

二、病程：生后早期发病，多于生后 4～6 h 发病，24 h 无症状出现基本可排除本病。病重者多于 3 日内死亡，存活 3 日以上无并发症者可逐渐好转。

三、生后进行性加重的呼吸困难：呼吸急促，呼气性呻吟，鼻扇，三凹征，紫绀，呼吸节律不整或呼吸暂停，双肺呼吸音正常或减低，有时可听到捻发音。危重者可出现肌张力低下。见表 1-3。

表 1-3 Downe's or RDS 评分

项 目	0 分	1 分	2 分
紫绀	无	吸空气氧时存在	吸 40%氧时存在
三凹征	无	轻度	严重
呻吟	无	经听诊器可闻	不用听诊器可闻
呼吸音	清	减低	几乎听不到
呼吸频率(次/分)	<60	60～80	>80 或呼吸暂停

注：① 分值＞4 分，临床存在呼吸窘迫，应进行动脉血气分析。

② 分值＞8 分，即将发生呼吸衰竭。

四、肺成熟度判定：羊水中卵磷脂/鞘磷脂(L/S)比值＜1.5、气管吸取物中 L/S 比值及磷脂酰甘油(PG)含量降低、肺泡表面活性物质蛋白-A/饱和磷脂酰胆碱(SP-A/SPC)比值降低均提示肺未发育成熟。羊水或支气管吸取物泡沫试验(一)表示 PS 缺乏。

五、胸部 X 线检查：有特征性改变，分 4 级。I：两肺有细小颗粒网状阴影，均匀分布，心影清晰，无支气管充气征；II：两肺有较大密集的颗粒网状阴影，胸廓小呈钟形，支气管充气征(+)；III：全肺透亮度降低，呈毛玻璃样，心界、横膈模糊，支气管充气征明显；IV：全肺野一致性密度增高，完全变白，心界、横膈模糊，支气管充气征不明显，呈“白肺”。治疗过程中注意气漏、肺出血、肺炎、慢性肺疾病等影像学征象。

六、实验室检查

(一) 鉴别感染性疾病：血常规，C 反应蛋白(CRP)，必要时进行气管吸取物培养或血培养。

(二) 呼吸功能判定：血气分析。

(三) 内环境监测：血糖、电解质、肝肾功能等。

(四) 治疗期间并发症监测：根据临床情况酌情进行。① 感染：痰、气管吸取物、血培养。② 心血管功能：定期行超声心动检查，尤应注意有无动脉导管未闭或重新开放。③ 肺部急、慢性并发症：如气漏、慢性肺疾病的监测，早产儿吸氧后氧损伤的监测。

七、根据生后数小时内出现呼吸困难和 X 线胸片特点即可诊断，必要时可做胃液泡沫稳定试验。

【疗效标准】

一、治愈标准：随日龄增长，经肺泡表面活性物质(PS)替代治疗、呼吸支持及对症治疗，患儿呼吸困难症状、体征消失，胸片特征性改变消失，并逐渐脱离呼吸机支持(不包括其他并发症导致不能脱机者)。

二、好转标准：经积极 PS 替代治疗及呼吸机支持治疗，病情趋于稳定，生命体征平稳，呼吸支持强度下降，胸片 RDS 病情程度减轻。

三、未愈标准：出生后早期，通常为生后 72 h 以内，生命体征不稳定，呼吸困难，呼吸支持持续进行，胸片仍显示 RDS 的改变，此期间病情可能会受感染、气漏、动脉导管开放等并发症的影响。

新生儿肺炎(pneumonia of newborn)

新生儿肺炎是由各种原因导致的、发生于新生儿期的肺部炎症。

非感染性肺炎

非感染性肺炎是由非感染因素导致的肺炎，常见羊水吸入性肺炎、乳汁吸入性肺炎，病程早期多为化学性炎症，但随病程延长有合并感染的可能。

【诊断标准】**一、羊水吸入性肺炎**

(一) 围产期病史：往往有宫内窘迫或出生窒息史。

(二) 呼吸困难：生后早期即出现，表现为呻吟、吐沫、皮肤青紫，缺氧严重者出现肌张力减弱。听诊双肺可闻粗、细湿啰音。如无合并症发生，2~3 天后症状可明显改善。

(三) 胸部 X 线检查：吸入量少者仅肺纹理增粗，伴轻或重度肺气肿；吸入量较大者双肺出现斑片影，以肺内带及肺底为著。

(四) 实验室检查：无合并感染者血常规检查无异常。病情较重者血气分析可提示呼吸功能不全或呼吸衰竭。

二、乳汁吸入性肺炎

(一) 高危因素：喂养者缺乏喂养经验，新生儿患有某些先天性疾病，如先天性心脏病、腭裂、食管闭锁或食管气管瘘、早产儿胃食管反流等。

(二) 临床表现：喂奶过程中、睡眠中、改变体位时突然出现呛咳、发绀，多数可见奶液自口、鼻涌出，严重者可出现窒息。清理呼吸道可见口咽部有奶液存留。呼吸急促，听诊肺部闻及啰音，可不对称。

(三) 胸部 X 线检查：广泛肺气肿和支气管炎症表现，肺门影增宽，肺纹理增粗增重，可见斑片影。反复吸入者病变累及间质。

(四) 实验室检查：参见“羊水吸入性肺炎”。

【疗效标准】

一、治愈标准：诱因去除，呼吸稳定，无呼吸系统异常的症状、体征，血气分析正常，胸片正常或基本恢复正常。

二、好转标准：呼吸状况改善，体征减轻或消失，血气分析改善，胸片有所好转。

三、未愈标准：症状、体征仍存在或有加重，胸片无改善甚至加重。

感染性肺炎

感染性肺炎是产前、产时及产后由各类病原菌引起的肺炎。

【诊断标准】

一、产前感染性肺炎

产前感染性肺炎又称宫内感染性肺炎。经胎盘血行感染者病原常为病毒，如巨细胞病毒、单纯疱疹病毒、肠道病毒，亦可见弓形虫、梅毒螺旋体、细菌。因羊膜早破，吸入污染的羊水感染者病原常为母亲阴道内的细菌，如大肠杆菌、克雷白菌、 β 溶血性链球菌等。

(一) 围产期病史：部分母亲孕期有一过性病毒感染症状，有些母亲有宠物接触史，少数有不良性生活史或孕期梅毒史等。羊膜早破时间超过 12 h，宫内感染的概率增高。

(二) 常伴出生时窒息。

(三) 生后即出现呼吸困难：呼吸急促、呻吟、皮肤青紫，体温不稳定，双肺呼吸音粗糙，部分病例可闻肺部啰音。

(四) 可伴全身多器官病变：如皮疹，严重黄疸，肝脾肿大，贫血、出血征象，神经系统改变，如意识障碍、惊厥等。

(五) 胸部 X 线检查：双肺弥漫性病变，呈毛玻璃样、网状等间质性改变，肺泡病变时透亮度减低，可伴肺气肿征象。

(六) 实验室检查

1. 血常规检查：细菌感染部分可呈现血白细胞增高或减低，血小板减少。

2. 血气分析：呼吸功能不全或呼吸衰竭。

3. 病原体检查：羊膜早破者生后立即行有关培养，如胎盘或婴儿耳拭子培养、新生儿血培养、气管吸出物培养等。对怀疑有特殊病原菌或病毒感染者行有关病毒 IgM 抗体检测或特异血清学试验。

4. 全身多器官系统病变的检查。

二、产时感染性肺炎

产时感染性肺炎是在分娩过程中胎儿吸入孕母阴道内被病原菌污染的分泌物而发生的肺炎，少数因急产、断脐带时消毒不严而发生。多见于发热、患绒毛膜羊膜炎的产妇，病原菌以革兰阴性细菌多见，此外 β 溶血性链球菌、沙眼衣原体、解脲支原体、单纯疱疹病毒、巨细胞病毒等亦常见。

(一) 母孕产期病史：如阴道炎史，分娩时消毒不严史等。

(二) 潜伏期：细菌感染多在生后 3~5 天发病，衣原体感染多在生后 3~12 周发病。

(三) 呼吸系统表现：呼吸急促、三凹征、皮肤青紫，听诊双肺可闻及细湿啰音。

(四) 全身症状：败血症、特殊病原体感染的特征性表现等。

(五) 胸部 X 线检查：双肺沿支气管分布的小片状模糊阴影、支气管壁增厚阴影、肺气肿征等。少数可见节段性肺不张。

(六) 实验室检查：参见“产前感染性肺炎”。

三、出生后感染性肺炎

出生后感染性肺炎发生率最高。

(一) 流行病学史: 呼吸道感染接触史, 高危患儿多处于医院高危环境, 或接受过各种介入性操作, 或使用过消毒不严的医疗器械。

(二) 呼吸系统症状: 呼吸急促、发绀、鼻扇、三凹征, 听诊呼吸音粗或可闻湿性啰音。呼吸道合胞病毒感染者可伴明显喘憋, 听诊可闻喘鸣音或哮鸣音。

(三) 合并症: 金黄色葡萄球菌感染性肺炎易合并脓胸、脓气胸, 败血症、弥散性血管内凝血(DIC)等亦可见。

(四) 胸部 X 线检查

1. 细菌性肺炎: 主要为肺泡炎症, 表现为肺纹理增粗, 边缘模糊, 小斑片或融合成片的阴影。

2. 病毒性肺炎: 主要为间质性肺炎, 表现为支气管、血管周围的纤维条索状阴影, 肺间质短条交织的网状阴影, 网状阴影内可伴广泛的小结节阴影。

(五) 实验室检查: 参见“产前感染性肺炎”。

【疗效标准】

一、治愈标准: 全身感染中毒症状消失, 呼吸平稳, 无呛咳、发热、呼吸困难等症状。体格检查示患儿反应好, 无呼吸困难体征, 双肺呼吸音清。影像学及实验室检查正常。

二、好转标准: 经治疗, 症状仍存在, 但病情在一定程度上有所缓解, 各项辅助检查改善并趋于正常。并发症得到控制或消失。

三、未愈标准: 未达上述标准。

胎粪吸入综合征

(meconium aspiration syndrome, MAS)

胎粪吸入综合征是指胎儿在宫内或娩出过程中吸入被胎粪污染的羊水, 发生气道阻塞、肺炎炎症和一系列全身症状。

【诊断标准】

一、高危人群: 多见于足月儿或过期产儿。任何引起胎儿急、慢性缺氧的情况均可造成本病(参见“新生儿窒息”)。

二、有胎粪污染羊水病史。

三、新生儿胎粪污染羊水证据: 可见其皮肤、甲沟有胎粪污染痕迹, 清理呼吸道或气管插管可见口腔、气道内或声门下胎粪或胎粪污染的羊水。

四、呼吸窘迫征象: 病情轻重差异较大, 多数患儿生后数小时出现呼吸困难, 表现为呼吸急促, >60 次/分, 紫绀, 呻吟, 缺氧严重可出现意识障碍。体检除发现前述表现外, 还可见鼻扇、三凹征、胸廓饱满, 听诊双肺可闻及中、小水泡音及粗湿啰音。临床症状突然恶化, 应注意气胸或肺出血的发生。呼吸系统症状持续较久。

五、呼吸系统以外表现: 持续肺动脉高压致右向左分流时, 出现氧疗不能缓解的紫绀, 并可伴心脏扩大、肝大等心衰征象。缺氧可导致神经系统损伤、低血糖、低血钙, 亦可出现其他器官损伤征象。

六、胸部 X 线检查: 肺部改变分 3 型。轻型: 肺纹理增粗, 轻度肺不张或肺气肿, 心影正常。普通型: 肺野密度增加, 出现粗颗粒或片状团块, 或节段性肺不张和(或)肺气肿, 心