

新生儿——优生优育必读

利翁内尔·罗桑著 • 余亚雄 朱继业译

LE NOUVEAU-NE
LYONNEL ROSSANT

*que
sais-je?*

译自法国《我知道》丛书

新 生 儿

——优生优育必读

利翁内尔·罗桑 著
余亚雄 朱继业 译

上海人民出版社

(沪)新登字101号

责任编辑 茅娜婷
封面装帧 杨德鸿

新 生 儿

——优生优育必读

利翁内尔·罗桑 著

余亚雄 朱继业 译

上海人民出版社出版、发行

(上海绍兴路54号)

新华书店上海发行所经销 常熟新华印刷厂印刷

开本 787×960 1/32 印张 3.75 字数 60,000

1992年10月第1版 1992年10月第1次印刷

印数 1-3,000

ISBN7-203-30492-7/G·70

定价 3.25元

内 容 简 介

我国目前提倡一对夫妇只生一个孩子，因而父母对孩子的优生优育问题极为重视，但关于如何才能有一个健康的胎儿以及如何护理好新生儿的书籍却不多见。本书介绍了胎儿在母体内的发育过程，出生后一个月内的新生儿的正常发育与护理，并对新生儿可能出现的各种疾病，如新生儿感染、新生儿髋关节脱位、小儿呼吸困难综合征和畸形儿等作了简要的阐述，使父母能及早发现这些疾病，从而使孩子得到及时的治疗。本书可向育龄夫妇、婴幼儿抚育员以及基层妇幼卫生工作者、儿科医学生提供优生优育的必备知识。

前 言

新生儿学是研究初生婴儿的科学，新生儿是指自出生至第 28 天的婴儿。

出生是一个急剧的事件，我们可以从不同方面来进行观察，科学性的，技术性的，叙述性的，情感的与精神分析的。我们这里只讨论新生儿生理学与病理学的一些概况。

自从 1960 年亚力山大·夏弗创立了新生儿学这一名词后，儿科学中的这一专业有了飞速的发展，即将成为一门完整的学科。诚然，不同国家的许多医生已对新生儿与早产儿的问题感到兴趣。

夏尔—米歇尔·皮雅，生于 1800 年，与巴尔扎克、雨果及夏多勃里昂属于同一时代的人。他于 1828 年出版了一本《新生儿与婴儿疾病》，并发表了她的论文《新生儿的生活力与畸形》。这些著作在新生儿科学史上是非常重要的。一页。

1892 年，产科医生皮也尔·布旦强调了对新生儿进行必要护理的重要性。

其他学者的名字也应提到，阿·凡面卜，阿·贝

帛,埃得尔·顿汉,马尔芳,……但只是在十五年前才建立了新生儿学,它的直接目的是减少围产期(孕期满28周,出生体重1000克以上到出生后28天为止)的致病率与死亡率。

通过一些流行病学调查,我们发现新生儿一出生,就要对他的健康做一个小结。对小儿科医生来说,在产院内对新生儿进行一次全面的检查是抓住了最好的时机,在这以后他可以向母亲说明新生儿育儿法的一些重要方面。

新生儿是脆弱的,除了畸形以外,他还可能遭到许多疾病的袭击,最重要的是:感染、呼吸系统病、代谢病、神经系统疾病。

新生儿时期黄疸是常见的,将有专门一章来讨论这个问题。早产儿是个特别需要注意的个体,将在最后一章加以阐述。

本书并非完整无缺,有兴趣的读者可在所列的参考文献中得到补充。

目 录

前言	1
第一章 新生儿学	1
第二章 出生	8
第三章 新生儿	11
一、几个定义	11
二、新生儿的一般外貌	15
三、新生儿外貌的分析	17
四、特殊例子	23
五、预防, 检查与疫苗接种	25
第四章 新生儿育儿法	28
第五章 新生儿感染	33
一、新生儿对疾病的防御	33
二、胚胎病与胎儿病	36
三、出生前与出生后的细菌感染	40
四、出生后细菌性感染	44
第六章 先天性畸形	48
一、新生儿外科急诊	48

二、其他畸形·····	49
三、染色体异常所致畸形之一例：21染色 体三体性·····	53
四、先天性心脏病·····	54
第七章 新生儿呼吸系统疾病 ·····	59
一、生理学·····	59
二、呼吸窘迫的临床症状·····	60
三、呼吸窘迫的原因·····	61
第八章 神经系统疾病 ·····	67
一、新生儿大脑病损·····	67
二、新生儿惊厥·····	69
第九章 代谢性疾病 ·····	71
一、新生儿低血糖症·····	71
二、新生儿低钙血症·····	72
三、先天的代谢缺陷病·····	72
第十章 新生儿黄疸 ·····	79
一、概述·····	79
二、病理生理学·····	79
三、核黄疸·····	81
四、新生儿生理性黄疸·····	82
五、Rh 血型不合黄疸 ·····	83
六、ABO 系统血型不合黄疸 ·····	87
七、肝炎感染性黄疸·····	87
八、胆道阻塞性黄疸·····	88
九、新生儿其他原因之黄疸·····	89

第十一章 早产儿	90
一、早产儿生理学	94
二、早产儿的喂养	98
三、早产儿疾病	99
四、早产儿的预后	101
五、结论	104
结束语	105
编后语	106

第一章 新生儿学

新生儿需要适应子宫外的生活。在胎儿期一切都是由母亲的血液供应的，如营养物质与氧气。胎儿不呼吸，不消化，不与寒冷作斗争。诞生以后，他就要吮奶，吞咽，消化并需要呼吸以得到他所需要的氧气。这种适应并不是立即可以得到的。许多不同功能(循环、呼吸、代谢等等)的成熟，许多器官的生长都是逐步建立的，生后第一周是特别关键的时期，这一时期的致病率与死亡率都是最高的。

新生儿病理学常是子宫内时期紊乱(感染，糖尿病，营养不良，高血压，中毒……)的结果。近年来产科实践已大大改进，同时产科与儿科的合作亦加强。从事新生儿工作的儿科医生应与妇产科医生合作以认识妊娠与分娩时可能出现的意外情况，这些意外情况会影响儿童的健康。

有些新生儿一出生即需要特殊的医学监护：这些就是在做流行病学调查时，被人凭经验称之为高危儿的新生儿。

哪些是高危儿？

这是指早产儿,成熟不良,过期产儿,母亲患有慢性疾病(糖尿病、高血压、肾脏病),弃儿,生于一个社会经济不好环境中的新生儿,生于妊娠紊乱(感染,服毒,血型不配)的新生儿,在特殊环境中(剖腹产、产钳、产科困难、脐带围绕)生下的新生儿。胎儿发育的良好与否是评价孕妇监护的重要一环。这些监护包括妊娠期间的定期检查及做一些补充的检查。

子宫高度的测定是一种常规检查,十二周时可用超声波测心音。用听筒听诊则需至18周时才能听到心音。4个半月时出现胎动。它的减少或消失是预后不良之兆。

激素测定(尿中的雌激素,血清中的胎盘泌乳激素)可以观察胎儿生长的演化。

用超声波进行检查,根据胎儿双侧顶骨间直径的长度可以确定胎龄。

妊娠终了时,对子宫进行X线摄片可以发现胎儿骨成熟的情况。如有股骨下骨化点(贝格拉(Béclard)点)存在,表示胎龄已在37周以上。胫骨上骨化点(多特氏点)在37至38周之间出现。但这种估计只在正常妊娠时才有价值。

胎儿浮动于羊水之中,检查羊水时,可在四个月时进行羊膜穿刺。用这个检查方法可以估计胎儿皮肤成熟的程度(桔黄色细胞的百分率),肺成熟的程度(卵磷脂/鞘磷脂比值),肾脏成熟的程度(肌酐)。

根据得到的不同类型的细胞可以判断胎儿的性别，类型与染色体核型。也可以发现某些酶的缺陷。在血型不配时，羊膜穿刺可测定胆红素的浓度。胎甲蛋白的测定可以发现严重的神经系统畸形。

在分娩时，有小儿科医生参与以发现胎儿窒息是很重要的一环。分娩时，窒息胎儿排出胎粪，羊水出现各种颜色^①。羊膜镜可在羊膜破裂前观察到羊水的颜色。除臀位外，羊水变得有色是一种警报。

胎心—宫缩监护仪（胎儿心电图与子宫收缩记录仪偶联）可以观察心音的演变。心音与子宫收缩相比变得缓慢时为窒息之症（加特罗·巴里亚的Dip I与II型^②）。取头位新生儿的头皮血用微量测定方法可测定胎儿血的酸碱度。

这些不同方法可以减少与分娩有关的脑窒息。

在整个这本书中我们可以看到新生儿学专家的主要任务就是要在一切环境下，保护新生儿大脑的完整性，避免因缺氧而造成的严重与不可逆的神经精神后遗症。

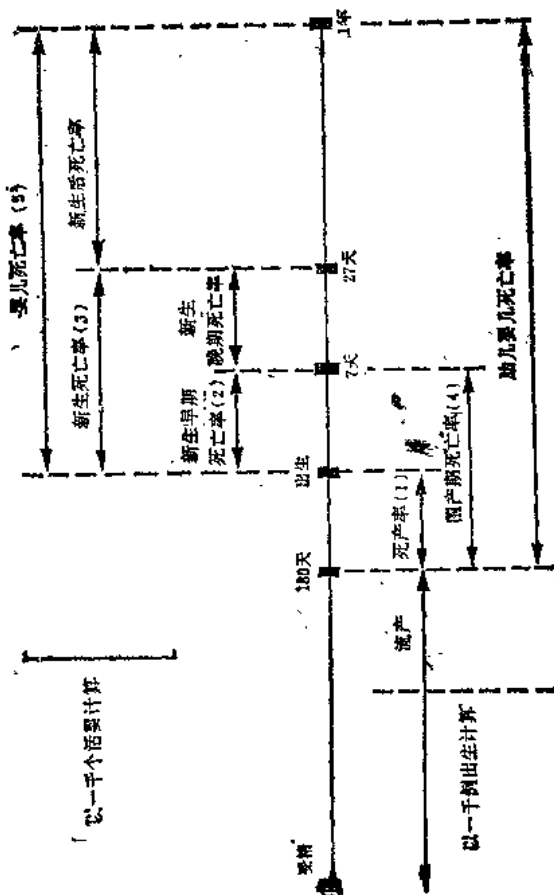
自从儿科医生参加新生儿的工作后，新生儿的死亡率降低了。

① 胎粪污染羊水后，随着污染程度，羊水可呈淡黄色，黄绿色以至深绿色。

② Dip I型：早发型心律减慢。

Dip II型：迟发型心律减慢。

表 1
婴儿死亡率，定义



- (1) 死产室 (晚期胎儿死亡率是指同一时期死产数与出生总数之比)。
- (2) 早期新生儿死亡率是指同一时期一周内新生儿死亡数与1000个活产婴儿之比。
- (3) 新生儿死亡率包括新生儿早期 (自出生至第6天) 与新生儿晚期 (自第7天至第27天)。
- (4) 围产期死亡率包括死产率与新生儿早期死亡率，并与1000例出生总数相比。
- (5) 婴儿死亡率是指一年内出生总数与这年出生总数相比。它包括新生儿死亡率。这是一个人口社会经济最好指数。

19 世纪末, 婴儿死亡率在 150~200% 之间, 1860 年, 5 个新生儿中有一个死去。

1970 年, 50 个新生儿中有一个死去, 与 1860 年比较, 降低了 10 倍。

但从绝对数字来看, 则死亡率仍相当高。法国每年死于与分娩有关的新生儿为 22000 人, 有生理缺陷的为 40000 人, 而死于汽车轮下的则为 14000 人。

根据不同定义而命名的死亡率, 其下降情况如表 1, 这种下降无疑是人平均寿命增加的最重要因素。用校正后的百分率, 可以对不同国家进行比较, 这可以作为一个国家卫生状况的指标。

表 2

法国婴儿死亡率的进展(校正百分率%)

	19世纪	1930	1950	1960	1970	1976
死产率		23.8	18.4	16.9	13.3	10.3
围产期死亡率		43.2	36	31.3	23.3	16.7
初生死亡率		32.8	26	17.6	12.6	8.1
初生后死亡率		51	26	9.7	5.5	4.5
婴儿死亡率	150—200	83.8	51.9	27.4	18.2	12.5

(根据 Insee 社会资料1978)

死产率降低较少。这是因为大多数内源性原因, 例如, 先天性畸形, 胎盘异常或脐带异常等不受卫生工作改进的影响。新生死亡率是婴儿死亡率最重要

的部分。大部分的死亡发生在出生后第一天。1971年,在5个死亡婴儿中,有3个是在生后一周内死去的。其原因颇难分析,因为常常有许多原因交织在一起:早产,窒息,产伤,先天性畸形,感染等。早期诊断出异常妊娠,分娩时的良好组织,感染与早产原因的预防可以降低死亡率。表3与表4表示不同国家的婴儿死亡率,1975年,法国的婴儿死亡率为13%,位于荷兰,瑞典与丹麦之后。

表 3
各国婴儿死亡率‰(校正率)比较

	1968	1970	1973	1975
丹麦	16.4	14.2	12.2	10.3
荷兰	13.6	12.7	11.7	10.6
法国	20.4	18.2	16	13.6
英国	18.3	18.2	17.2	15.7
意大利	32.7			
葡萄牙	61.1			
美国		19.8	18.5	16.1
苏联		24.4	24.7	
瑞典	13	11.7		
波兰	33			
以色列	24.8			
埃及	131.3			
墨西哥	64.2			

(根据 Insee 社会资料1978)

表 4

1968年围产期死亡率(‰)

毛里求斯	67.6
葡萄牙	39.6
意大利	34
美国	27.1
法国	26.1
日本	24.5
加拿大	24
以色列	23.5
瑞典	18.4

采自:OMS:技术报告丛刊1972、No.485

1970年,法国死产率为13.3‰,同一时期在瑞典为9.1‰,葡萄牙为22.6‰。

1976年,法国围产期死亡率为16.7‰。

减少这些死亡率的数字是可能做到的。但近年来开始的产科小儿科合作只做到改善出生的条件。

在妊娠时给予更好的监护,尽量减少产伤,在出生的最初时刻给予更好的帮助,这样,新生儿就可以在安宁中开始他的新生命。

第二章 出 生

本丛书的其他几本册子阐述了分娩的步骤，这里就不重复了。

儿科医生由于得到产科医生的合作，知道了妊娠的进程与可能出现的异常。对于已经预料到的病理情况，儿科医生需在接生时在场，并携带设备以便在必要时进行复苏。

在新生儿出生后短时期内应注意观察5种症状。

这些症状列在1953年美国弗吉尼亚—阿泼茄尔(Virgina Apgar)的表格内，它们包括心律，反应性，肌紧张与泣哭的估计与皮肤的颜色，每一项目给分0~2。例如心跳停止给予0分，高于100次/分的生理性心动过度则给2分。正常时应该是10分，分数愈低，新生儿的情况愈坏。

每个症状给予0~2分，总分即Apgar分。在初生时及生后1~5分钟内观察。

大部分的分娩(90%)不需要做复苏。但其余10%则在出生时遇到困难。

• • •