



住院医师丛书

总主编 李春德 王国晨

儿科疾病 诊疗手册

□ 主编 刘杰波 贾系群 王翠花

ERKE JIBING

ZHENGLIAO SHOUCHE



第二军医大学出版社

Second Military Medical University Press



住院医师丛书

总主编 李尚德 王树强

儿科疾病 诊疗手册

口 主编 李尚德 王树强

住院医师丛书//总主编：李春德 王国晨

儿科疾病诊疗手册

主编 刘杰波 ~~曹系群~~ 王翠花

第二军医大学出版社

内 容 简 介

本书共 10 章,介绍儿科常见病、多发病 65 种。本书从基本概念入手,对每种疾病的发病机制、临床表现、诊断与鉴别诊断、治疗原则及方案等进行详细阐述,并从住院医师角度,阐述了病情观察、病历记录,以及医患沟通、经验指导等,旨在使儿科住院医师能在最短时间内掌握诊断、治疗、处理医患关系、避免医疗纠纷的能力。本书条理清晰、简明扼要、实用性强,适合住院医师、实习医师、基层医务工作者、高等医学院校学生阅读。

图书在版编目(CIP)数据

儿科疾病诊疗手册 / 刘杰波, 贾系群, 王翠花主编. — 上海: 第二军医大学出版社, 2009. 7

(住院医师丛书)

ISBN 978 - 7 - 81060 - 942 - 5

I. 儿… II. ①刘… ②贾… ③王… III. 儿科疾病—诊疗—手册 IV. R72 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 102440 号

住院医师丛书

儿科疾病诊疗手册

主编 刘杰波 贾系群 王翠花

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码: 200433

发行科电话/传真: 021 - 65493093

全国各地新华书店经销

江苏句容排印厂印刷

开本: 850×1168 1/32 印张: 12 字数: 365 千字

2009 年 7 月第 1 版 2009 年 7 月第 1 次印刷

ISBN 978 - 7 - 81060 - 942 - 5/R · 752

定价: 29.00 元

前 言

临床医学是一门实践性很强的学科。作为一名住院医师,如何快速地适应临床工作,如何将书本中汲取来的知识与临床实践相结合,及时、准确地对每例患者进行诊断与治疗,在日常的诊疗工作中如何恰当地处理医患关系等,这是每一名刚从医学院校毕业走上工作岗位的住院医师面临的实际问题。为了快速提高住院医师的临床实践能力,使其掌握相关疾病的诊断与治疗方法,具备良好的职业规范,成为一名优秀的医务工作者,我们特组织有丰富临床经验的一线专家编写了这套《住院医师丛书》。

本套丛书共 11 册:《妇产科疾病诊疗手册》、《儿科疾病诊疗手册》、《呼吸科疾病诊疗手册》、《心血管科疾病诊疗手册》、《神经内科疾病诊疗手册》、《消化科疾病诊疗手册》、《外科疾病诊疗手册》、《风湿免疫科疾病诊疗手册》、《五官科疾病诊疗手册》、《急诊科疾病诊疗手册》、《急诊科急救与监护手册》。

本套丛书突出了以下特点:①强调实用性,内容多为临床常见、多发病,贴近临床实践。更便于医师学习、掌握与操作。②简明扼要,凡教科书上已阐明的内容,如病因、发病机制、病理生理等基础性内容,作为已掌握内容不再赘述,只就临床特征、检查结果等与临床工作直接

相关的内容进行归纳、分析与阐述。③突出临床指导性。本书由一线医务人员编写,他们结合自己的临床经验,特别强调了临床实践中保护性内容的论述,即对医师与医疗行为的保护,尤其对于规避医疗纠纷的发生有很好的参考价值。

本套丛书不仅可以作为住院医师的案头参考书,还可成为实习医师、基层医务工作者、高等医学院校学生常备的参考书。

主 编

2009 年 4 月

目 录

第一章 新生儿疾病	1
第一节 新生儿窒息	1
第二节 胎粪吸入综合征	9
第三节 新生儿呼吸窘迫综合征	13
第四节 新生儿感染性肺炎	18
第五节 新生儿出血症	21
第六节 新生儿黄疸	26
第七节 新生儿溶血病	33
第八节 新生儿缺氧缺血性脑病	39
第九节 新生儿颅内出血	44
第十节 新生儿败血症	49
第十一节 新生儿破伤风	56
第十二节 新生儿寒冷损伤综合征	61
第十三节 新生儿肺出血	66
第十四节 新生儿坏死性小肠结肠炎	69
第二章 结缔组织疾病	76
第一节 风湿热	76
第二节 过敏性紫癜	82
第三节 皮肤黏膜淋巴结综合征	87
第三章 遗传代谢内分泌疾病	95
第一节 黏多糖病	95
第二节 肝豆状核变性	98
第三节 先天性甲状腺功能减低症	103
第四节 甲状腺功能亢进症	108
第五节 尿崩症	114
第六节 生长激素缺乏症	118
第七节 糖尿病	123

第四章 感染性疾病	133
第一节 麻疹	133
第二节 水痘	139
第三节 流行性腮腺炎	143
第四节 流行性乙型脑炎	148
第五节 中毒型细菌性痢疾	153
第六节 结核性脑膜炎	160
第七节 蛔虫病	165
第五章 消化系统疾病	170
第一节 口炎	170
一、鹅口疮	170
二、疱疹性口炎	172
第二节 消化性溃疡	174
第三节 胃炎	182
一、急性胃炎	182
二、慢性胃炎	186
第四节 急性坏死性肠炎	190
第五节 肠套叠	194
第六节 先天性肥厚性幽门狭窄	198
第七节 小儿腹泻	201
第六章 呼吸系统疾病	213
第一节 急性上呼吸道感染	213
第二节 急性支气管炎	218
第三节 肺炎	222
第四节 急性感染性喉炎	234
第七章 循环系统疾病	239
第一节 先天性心脏病	239
一、房间隔缺损	239
二、室间隔缺损	243
三、动脉导管未闭	247
四、法洛四联症	251

第二节	病毒性心肌炎	256
第三节	感染性心内膜炎	264
第八章	泌尿系统疾病	271
第一节	急性肾小球肾炎	271
第二节	肾病综合征	278
第三节	泌尿道感染	285
第四节	急性肾功能衰竭	291
第九章	血液及造血系统疾病	300
第一节	营养性缺铁性贫血	300
第二节	营养性巨幼红细胞性贫血	306
第三节	再生障碍性贫血	311
第四节	急性白血病	317
第五节	特发性血小板减少性紫癜	329
第六节	弥散性血管内凝血	337
第十章	神经系统疾病	344
第一节	化脓性脑膜炎	344
第二节	病毒性脑炎	350
第三节	急性感染性多发性神经根炎	354
第四节	小儿癫痫	359
第五节	脑性瘫痪	366

第一章 新生儿疾病

第一节 新生儿窒息

【概述】

新生儿窒息(asphyxia of newborn)是指婴儿出生后无自主呼吸或呼吸抑制而导致低氧血症和混合性酸中毒。新生儿窒息多为胎儿窒息(宫内窘迫)的延续。本病是围生期小儿死亡和导致伤残的重要原因之一。国内发病率为5%~10%。窒息的本质是缺氧,凡是造成胎儿或新生儿血氧浓度降低的任何因素均可引起窒息,包括孕妇、胎盘、脐带异常、分娩及胎儿等因素。

【诊断】

(一) 症状与体征

根据窒息的轻重,相对地分为轻度(青紫)窒息与重度(苍白)窒息两种。窒息的程度以生后1分钟Apgar评分法为准(表1-1)。

表 1-1 新生儿 Apgar 评分标准

体征	评分标准			1 分钟	5 分钟
	0 分	1 分	2 分		
皮肤颜色	青紫或苍白	躯干红,四肢紫	全身红		
心率(次/min)	无	<100	>100		
弹足底或插鼻管反应	无反应	有些动作如皱眉	哭,喷嚏		
肌张力	松弛	四肢略屈曲	四肢活动		
呼吸	无	慢,不规则	正常,哭声响		

Apgar 评分 8~10 分为正常。4~7 分为轻度窒息,临床常见皮肤青紫、呼吸变浅或不规则、心率减慢等。0~3 分为重度窒息,临床可见皮肤

苍白、四肢冷、呼吸微弱或无呼吸、心率减慢、肌张力松弛等。Apgar 评分于生后 1 分钟和 5 分钟各评定 1 次。

(二) 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 $\text{pH} \leq 7.25$ 时,提示胎儿有严重缺氧症状,需准备各种抢救措施。出生后应多次测 pH 、 PaCO_2 和 PaO_2 ,为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、大小不等的片状阴影,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积液等。

3. 心电图检查 P-R 间期延长,QRS 波增宽,T 波升高,ST 段下降。

4. 其他 头颅 B 超、CT、MRI 检查可发现并发新生儿缺氧缺血性脑病或颅内出血等征象。

(三) 诊断要点

1. 诊断依据

(1) 生后 1 分钟和(或)5 分钟 Apgar 评分 ≤ 7 分。

(2) 脐动脉血 $\text{pH} < 7.0$ 。

2. 分度诊断

(1) 轻度窒息:生后 1 分钟 Apgar 评分 4~7 分。

(2) 重度窒息:生后 1 分钟 Apgar 评分 0~3 分。

(四) 鉴别诊断

1. 颅内出血 患儿可有出生窒息史,也常有产伤史,或有维生素 K 缺乏等其他出血性疾病史,而且颅内出血神经系统症状进展快,其表现呈兴奋与抑制状态交替,并进行性加重,头颅 B 超或 CT 可见出血病灶。

2. 新生儿呼吸窘迫综合征 早产儿多见,生后不久出现进行性呼吸困难、青紫、呼气性呻吟等特点。病死率高,死亡多发生在生后 48 小时内。胸部 X 线为毛玻璃样改变或支气管充气征伴“白肺”的特异性表现可确诊。

【治疗】

尽快完成对患儿及时有效的复苏抢救,尽可能缩短机体缺氧的时间,监测体温、呼吸、心率、尿量等多项指标,了解各脏器受损程度并及时处理。

(一) 一般治疗

加强护理,复苏前后均需注意保暖,防止并发症的发生。对轻度窒息患儿复苏后数小时可以试喂糖水,若无呕吐、腹泻,可喂奶。

(二) 复苏治疗

遇存在窒息的患儿生后及时进行复苏,多采用国际公认的 ABCDE 复苏方案: A(airway),吸净黏液,畅通气道; B(breathing),建立呼吸,保证吸氧; C(circulation),维持循环,保证心搏量; D(drugs),药物治疗,纠正酸中毒; E(evaluation),保暖、监护、评价。在 ABCDE 复苏原则下,新生儿复苏可分为 4 个步骤: ①基本步骤,包括快速评估、初步复苏及评估; ②人工呼吸,包括面罩或气管插管正压人工呼吸; ③胸外按压; ④给予药物或扩容输液。

1. 初步复苏 以下操作要求动作迅速,应在生后 15~20 秒内完成。

(1) 清理呼吸道: 在胎儿肩娩出前,助产者用手挤捏新生儿的面、颈部排出(或用吸球吸出)新生儿口咽、鼻中的分泌物。娩出后,用吸球或吸管(8F 或 10F)先口咽、后鼻腔清理分泌物。应限制吸管的深度和吸引时间(<10 秒),吸引器的负压不超过 100 mmHg(13.3 kPa)。过度用力吸引可能导致喉痉挛和迷走神经性的心动过缓,并可使自主呼吸出现延迟。

(2) 保暖: 新生儿出生后立即用温热干毛巾擦干全身的羊水和血迹,减少蒸发散热,用预热的保暖衣被包裹其外。有条件者可用远红外辐射保暖装置代替,不得已时也可用白炽灯等临时保暖,但应防止烫伤。也要避免高温,因为会引发呼吸抑制。

(3) 摆好体位: 新生儿肩部用布卷垫高 2~3 cm,置头轻度仰伸位(鼻吸气位)。

(4) 触觉刺激: 完成以上步骤的处理后若婴儿仍无呼吸,可采用手拍打或手指弹患儿足底或摩擦后背 2 次以诱发自主呼吸,如这些努力均无效,表明新生儿处于继发性呼吸暂停,需正压人工呼吸。

2. 建立呼吸,维持循环

(1) 初步复苏后立即对婴儿进行评估,对出现正常呼吸,心率>100 次/min,且皮肤颜色逐渐红润或仅有手足青紫者,只需继续观察。

(2) 对呼吸暂停、抽泣样呼吸、心率 60~100 次/min 或给予纯氧后仍存在中枢性青紫者,应立即应用加压吸氧面罩正压给氧,通气频率

40~60 次/min, 吸呼比 1 : 2, 压力第一口呼吸时为 2.94~3.92 kPa (30~40 cmH₂O) 以保证肺叶的扩张, 之后减为 1.96~2.94 kPa (20~30 cmH₂O)。可通过患儿胸廓起伏、呼吸音、心率及肤色来判断面罩加压给氧的效果。如达不到有效通气, 需检查面罩和面部之间的密闭性, 是否有气道阻塞(可调整头位, 清除分泌物, 使新生儿的口张开)或气囊是否漏气。面罩型号应正好封住口鼻, 但不能盖住眼睛或超过下颌。

大多窒息患儿经此通气后可恢复自主呼吸, 心率>100 次/min, 肤色转红, 此时可停面罩正压吸氧, 改常规吸氧或观察; 如心率未到 100 次/min, 但有逐渐加快趋势时应继续面罩加压给氧; 如心率始终无增快, 并排除药物抑制后, 应立即行气管插管加压给氧, 使心率迅速上升, 若此后心率仍持续<80 次/min, 应同时加做胸外按压。

持续气囊面罩人工呼吸(>2 分钟), 可产生胃充盈, 应常规插入 8F 胃管, 用注射器抽气和在空气中敞开胃管端口来缓解。

(3) 对无规律性呼吸或心率<60 次/min 者, 应直接进行气管插管正压通气加胸外按压。

1) 气管内插管适应证: 有羊水胎粪黏液吸入, 需吸净者; 重度窒息需较长时间进行加压给氧人工呼吸者; 应用面罩加压给氧人工呼吸无效, 胸廓无扩张或仍发绀者; 需气管内给药者; 拟诊先天性膈疝或超低出生体重儿。

2) 气管插管的方法: 左手持喉镜, 使用带直镜片(早产儿用 0 号, 足月儿用 1 号)的喉镜进行经口气管插管。将喉镜夹在拇指与前 3 个手指间, 镜片朝前。小指靠在新生儿颈部提供稳定性。喉镜镜片应沿着舌面右边滑入, 将舌头推至口腔左边, 推进镜片直至其顶端达会厌软骨谷。暴露声门, 采用一抬一压手法, 轻轻抬起镜片, 上抬时需将整个镜片平行朝镜柄方向移动, 使会厌软骨抬起, 即可暴露声门和声带。如未完全暴露, 操作者用自己的小指或由助手的食指向下稍用力压环状软骨, 使气管下移, 有助于看到声门。在暴露声门时不可上撬镜片顶端来抬起镜片。插入有金属管芯的气管导管, 将管端置于声门与气管隆凸之间, 接近气管中点。通常不同型号气管导管插入后, 直径 2.5 mm 插管唇端距离(上唇至气管导管的距离)为 6 cm, 3.0 mm 插管唇端距离为 7 cm, 3.5 mm 插管唇端距离为 8 cm, 4.0 mm 插管唇端距离为 9 cm。整个操作要求在 20 秒内完成并常规做 1 次气管吸引。插入导管时, 如声带关

闭,可采用 Hemlish 手法,助手用右手示、中两指在胸外按压的部位向脊柱方向快速按压 1 次促使呼气产生,声门就会张开。

3) 胎粪吸引管的使用:用胎粪吸引管吸引胎粪时,将胎粪吸引管直接连接气管导管,以清除气管内残留的胎粪。吸引时复苏者用右手示指将气管导管固定在新生的上唇,左手示指按压胎粪吸引管的手控口使其产生负压,边退气管导管边吸引,3~5 秒将气管导管撤出。必要时可重复插管再吸引。

4) 确定气管插管位置正确的方法:胸廓起伏对称;听诊双侧呼吸音一致,尤其是腋下,且胃部无呼吸音;无胃部扩张;呼气时导管内有雾气;心率、肤色和新生儿反应好转。

5) 心脏胸外按压手法:采用双拇指手掌法或双指法,双拇指或中、示指重叠或并排于患儿胸骨体中下 1/3 交接处,其他手指围绕胸廓托于背后,用拇指以 100~120 次/min 的频率按压胸廓(每按压 3 次,间断正压通气 1 次,即 90 次/min 的按压和 30 次/min 呼吸,达到每分钟约 120 个动作),深度为 1.5 cm。

3. 药物治疗 在新生儿复苏时,很少需要用药。新生儿心动过缓通常是因为肺部充盈不充分或严重缺氧,而纠正心动过缓的最重要步骤是充分的正压人工呼吸。

在完成气管插管加压给氧,胸外按压等处理 30 秒后再次进行评估,对可能还会存在无反应的部分窒息患儿,应及时给予药物治疗。另外,对于临产前有胎心、出生后无心跳者,应在进行气管插管胸外按压的同时就给予药物。

(1) 1 : 10000 肾上腺素:对心脏搏动停止或在 30 秒的正压人工呼吸和胸外按压后,心率持续 <60 次/min 者,应立即应用,剂量为 0.1~0.3 ml/kg(0.01~0.03 mg/kg)。首选气管导管内注入,如效果不好,可改用外周静脉注入,剂量同前。有条件的医院还可经脐静脉导管给药。必要时每 3~5 分钟可重复 1 次,当心率 >100 次/min 时停用。药物浓度不宜过高,1 : 1000 肾上腺素会增加早产儿颅内出血的危险。

(2) 碳酸氢钠:在一般心肺复苏(CPR)的过程中不鼓励使用碳酸氢钠,但在对其他治疗无反应或有严重代谢性酸中毒时可使用。剂量 2 mmol/kg,常用 5%碳酸氢钠溶液(相当于 0.6 mmol/ml)3.3 ml/kg,用等量 5%~10%葡萄糖溶液稀释后经脐静脉或外周静脉缓慢注射(>5

分钟)。碳酸氢钠的高渗透性和产生 CO_2 的特性可对心肌和大脑功能造成损害,故应在建立充分人工呼吸和血液灌流后应用,如何再次使用碳酸氢钠治疗持续代谢性酸中毒或高血钾症,应根据动脉血气或血清电解质等结果而定。因该药有腐蚀性不能经气管导管给药。

(3) 扩容剂:对有低血容量的新生儿、已怀疑失血或有新生儿休克(苍白、低灌注、脉弱)且对其他复苏措施无反应者需考虑扩充血容量。一般可选择等渗晶体溶液,推荐生理盐水。大量失血时,则需要输入与患儿交叉配血阴性的同型血或 O 型血红细胞悬液,首次剂量为 10 ml/kg ,经外周静脉或脐静脉缓慢推入(>10 分钟)。在进一步的临床评估和反应观察后可重复注入 1 次。对窒息新生儿,尤其是早产儿不恰当的扩容会导致血容量超负荷或发生并发症,如颅内出血等。

(4) 多巴胺或多巴酚丁胺:经上述复苏处理后,患儿仍呈持续休克状态时,可考虑应用多巴胺。其作用与剂量有相关性:小剂量 $1\sim 4 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 可扩张周围小血管,增加肾血流量;中剂量 $5\sim 10 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 可增加心搏出量;大剂量 $10\sim 20 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 使血管收缩,有升压作用。使用时多从小剂量用起,根据病情变化逐渐增加剂量。多巴酚丁胺是由多巴胺衍生而来的,主要作用是增加心肌收缩力,加大心搏出量,但对外周血管的扩张和收缩却无作用,也不增快心率。初采用小剂量 $5 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$,最大不超过 $20 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 。

加药剂量(mg) = 体重(kg) $\times 6$ 加入 10% 葡萄糖液 100 ml 中静脉滴注。给药速度: $1 \text{ ml}/(\text{kg} \cdot \text{h}) = 1 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$,应用输液泵调节滴速。

(5) 纳洛酮:为麻醉药拮抗剂。在注射纳洛酮前,必须建立和维持充分的人工呼吸。需要在正压人工呼吸使心率和肤色恢复正常后,但仍出现严重呼吸抑制,及母亲分娩前 4 小时有注射麻醉药物史 2 个指征同时存在时应用。剂量为 0.1 mg/kg ,经静脉、气管导管或肌肉、皮下给药,可重复给药。由于麻醉药药效时间通常比纳洛酮长,常需重复注射,以防呼吸暂停复发。

母亲为疑似吸毒或持续使用美沙酮镇静剂的新生儿不可用纳洛酮,否则会导致新生儿严重惊厥。

(6) 脐静脉插管:脐静脉是静脉注射的最佳途径,用于注射肾上腺素或纳洛酮以及扩容剂和碳酸氢钠。可插入 3.5 F 或 5 F 的不透射线的脐静脉导管,导管尖端应仅达皮下进入静脉,轻轻抽吸就有回血流出。

插入过深,则高渗透性和影响血管的药物可能直接损伤肝脏。务必避免将空气推入脐静脉。

(三) 复苏后治疗

窒息缺氧可能会给患儿带来不可逆的神经系统损害。为减少并发症的出现,复苏后的监护仍至关重要。应加强对患儿体温、呼吸、面色、心音、末梢循环、哭声、眼神、意识状态、吸吮力、肌张力、神经反射、颅内压以及大小便等多项指标的监测。

(1) 注意保暖,使患儿处于 36.5°C 左右中性温度,减少氧耗。

(2) 若患儿自主呼吸稳定,肤色持续红润半小时后可试停氧气。

(3) 若患儿反复出现呼吸暂停,可用氨茶碱静脉滴注,首次负剂量 $4\sim 6\text{ mg/kg}$,静脉滴注;12 小时后给维持量 2 mg/kg ,每 $8\sim 12$ 小时给药 1 次。

(4) 凡曾气管插管疑有感染可能者,或窒息患儿呼吸已近乎正常但 2、3 日后病情恶化,又再次出现呼吸困难考虑可能为继发肺炎前兆时,都应选用有效的抗生素治疗。

(5) 颅压高、脑水肿明显者,可给予 20% 甘露醇 $0.25\sim 0.5\text{ g/kg}$ 静脉滴注,每 $6\sim 8$ 小时 1 次,之后逐渐减量。必要时也可应用地塞米松,每次 $0.5\sim 1\text{ mg}$ 静脉推注,病情好转后及时停药。

(6) 重度窒息患儿,适当推迟开奶时间,以防呕吐物误吸再次导致窒息;如无呕吐时,可抬高上半身,以利于胸廓的扩张,减少心脏负担;胃潴留严重,胃管喂养不能耐受者,可改为静脉补液 $50\sim 60\text{ ml/(kg}\cdot\text{d)}$,肾功能受损时适量减少液体入量。

(7) 保持电解质和酸碱平衡,常规补充维生素 K_1 ,排尿正常者第 2 日可加 $\text{Na}^+ 2\sim 3\text{ mmol/(kg}\cdot\text{d)}$,3 日后根据血钾测定结果,补 $\text{K}^+ 1\sim 2\text{ mmol/(kg}\cdot\text{d)}$ 。注意预防低血糖、低血钙及坏死性小肠结肠炎的发生。

【病情观察】

在窒息的复苏过程中执行 $\text{A}\rightarrow\text{B}\rightarrow\text{C}\rightarrow\text{D}$ 每一步骤的前后,应对呼吸、心率、皮肤颜色进行评估,遵循评估 $\rightarrow$ 决定 $\rightarrow$ 操作 $\rightarrow$ 再评估 $\rightarrow$ 再决定 $\rightarrow$ 再操作,如此循环往复,直至完成复苏。

对于严重的窒息儿复苏后仍需监测体温、脉搏、呼吸、血压、尿量、肤色、血糖、血气和电解质等。注意有无缺氧缺血性脑病、颅内出血、肺出

血、呼吸窘迫综合征、持续性胎儿循环、低钙血症、肾功能衰竭、心力衰竭、休克、弥散性血管内凝血(DIC)等。根据临床表现和窒息缺氧后的并发症及时处理。

【病历记录】

在现病史与体格检查中,应有详细的主要临床表现及产科情况的描述。病史中记录孕母、胎盘、胎儿的异常情况。病程记录中记载抢救的具体时间、方法与效果。出院小结要记录确诊依据、抢救治疗内容与疗效观察,并记录出院后应定期门诊随访,观察患儿有无神经系统后遗症。

【注意事项】

1. 医患沟通 对严重窒息者,应事先向家长交代疾病的严重后果、可能出现的并发症、后遗症及应用氧疗的不良反应等。对严重窒息复苏后5~10分钟Apgar评分仍 ≤ 7 分者,应注意交代神经系统并发症,如缺氧缺血性脑病或颅内出血等。对并发缺氧缺血性脑病者,出院后应定期门诊随访,观察患儿有无神经系统后遗症,并需进行早期干预。

2. 经验指导

(1) 对于新生儿窒息除依靠Apgar评分,还应结合实际临床表现作出确切诊断,避免误诊。

(2) 应通过各种监护观察窒息儿脏器功能受损情况,生后短时间内出现神经系统表现、多器官系统功能损害;脐动脉血气分析显示严重酸中毒($\text{pH} < 7.0$);生后5分钟Apgar评分0~3分;均提示有可能引起神经系统后遗症,且窒息重、持续时间长、惊厥频繁、昏迷深则后遗症发生率高,强调早发现、早治疗。

(3) 新生儿窒息缺氧可损伤内耳,造成感应性耳聋。早产低出生体重儿视网膜血管发育不完善及缺氧是早产儿视网膜病最危险的因素,合理的氧疗及护理是预防的关键。故应做好听力筛查和视力随访工作。

(4) 窒息儿一旦出现某脏器损伤的相应表现,或通过各种监测指标提示某脏器功能受损时,应及时做相应的生化检测,了解各脏器的损害程度,以便及时防治。遇有反复呼吸暂停者,可用氨茶碱。如窒息患儿呼吸已接近正常,而以后又加快者,常是继发肺炎的征兆,应注意防治。凡曾气管插管而疑有感染可能者,应使用抗生素预防感染。有肾功能受损时,要限制输液量。

(5) 轻度窒息儿复苏后可留在产科观察,中、重度窒息儿复苏后需转