

新生儿肺炎的标准护理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议
阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/292/2021_2022__E6_96_B0_E7_94_9F_E5_84_BF_E8_c67_292698.htm 【诊断】

1. 病史 出生后24h内发病。应注意生产情况，有无早产、产程长、临产前经阴道检查次数过多、胎膜早破、羊水吸入或产后窒息等病史。询问母亲产前有无感染性疾病史，出生3~4d后起病者应询问有无保暖不够、受凉、与呼吸道感染者接触等病史。新生儿衣原体肺炎起病多在产后3~12周，在产后5~14d曾发生过衣原体眼结膜炎。

2. 临床表现 症状常不典型，胎龄愈小，症状越不典型。约半数患儿体温可正常，余表现体温不稳定，严重者或早产儿体温常不升。注意有无拒食、嗜睡或激惹现象，有无面色灰白、鼻唇或口周青紫、体重不增等。有无咳嗽、气促、鼻翼扇动、呻吟、三凹征、心率增快。早产儿易发生呼吸暂停或反复窒息。在吸气期末，肺部可闻捻发音或有干性或细湿音，但也可完全正常。易发生腹胀，四肢厥冷和脓胸、心衰等中毒症状和并发症。

3. X线胸片表现 病毒性肺炎以间质改变为主，细菌性肺炎以支气管肺炎为主，有时似肺透明膜病样改变。新生儿肺炎发生肺气肿、肺不张较其他年龄肺炎为高，有时易致纵隔疝。衣原体肺炎以间质性肺炎伴局灶性浸润较多见。

4. 病原学诊断 可取气管内吸出物或鼻咽拭子送细菌培养，同时行血培养。病毒性肺炎和衣原体肺炎可采用ELISA方法检测抗体或PCR技术检测病原。

【治疗】 1. 抗菌药物治疗 根据细菌药物敏感试验选用抗生素。合胞病毒引起的肺炎可用病毒唑(dbovirin)雾化吸入15mg/(kg·d)。分2次吸入，同时用0.5%溶液滴鼻。衣原体肺炎用

红霉素口服或静脉滴注，25～50mg / (kg·d)。2. 对症治疗 缺氧发绀者予吸氧，烦躁不安予安定等镇静剂；静脉补液量依肺炎轻重而异，一般总液量为30～50ml / (kg·d)。以糖：盐 = 4：1的混合液，按4～6ml / (kg·h)的速度滴入。切忌液量过多及张力过高致循环血量增加导致心衰。有反复呼吸暂停者可予氨茶碱2～3mg / kg肌注，必要时可每6h一次。也可用氨茶碱每次5mg / kg，加10%葡萄糖液稀释后缓慢静滴。合并脓胸者应穿刺排脓或手术引流。3. 支持疗法 重者可输血浆5～10ml / kg或鲜血。必要时肌注丙种球蛋白。4. 激素的应用 危重病例或伴有休克、脑炎或心肌炎者，在应用广谱抗生素的同时，可用泼尼松或地塞米松。5. 并发心力衰竭的处理原则 宜用快速洋地黄制剂静注或肌注。早产儿及出生一周内的新生儿洋地黄用量宜偏小，即饱和量的2 / 3。伴先天性心脏病的新生儿，洋地黄维持期宜酌情延长。【护理】1. 按新生儿或未成熟儿疾病护理常规。2. 维持营养，少量多次喂奶、如摄取奶量不足，可以5%～10%葡萄糖液小量多次加喂。必要时予鼻饲或静脉营养。3. 定期翻身、吸痰，严防呛咳及窒息，必要时可予雾化吸入。保持呼吸道通畅。4. 给氧流量不宜过大，缺氧好转后应立即停止，以防造成肺组织充血、水肿和肺不张、肺泡毛细血管增生、或发生新生儿晶体后纤维增生。5. 密切观察病情变化，随时报告医师，同时作好急救准备。注意观察脓胸、脑膜炎、硬肿症或肺出血等并发症的发生。【治愈标准】临床症状和肺部体征消失，白细胞计数正常，X线胸片基本正常。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com