

新生儿败血症的标准护理 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_292915.htm 【诊断】

1. 病史具有以下病史者易发生败血症：早产儿、小于胎龄儿。有免疫缺陷病的新生儿。临产孕妇有发热等感染史。胎膜早破、产程延长、羊水混浊或发臭。生产时消毒不严或过多的产科操作检查。有皮肤、粘膜损伤史。有脐部、甲床、皮肤、粘膜等感染史。有气管插管、脐血管或周围静脉插管史。抢救器械、医疗用品污染。

2. 临床表现 (1) 感染中毒症状：吸吮无力，进奶少，少哭、哭声低微，少动、精神萎靡、嗜睡，面色发黄、发青、发白或发灰，足月儿多见发热，早产儿常有体温不升，重者拒食、不哭、不动、神志不清。(2) 体征：出现病理性黄疸(黄疸出现早，迅速加重或退而复现)、淤点、肝脾肿大，脐部、甲床、皮肤、粘膜感染灶，或深部脓肿，浆膜腔积液。

3. 检验 (1) 血培养：严格无菌操作，最好从 upper 肢、头皮取血，股静脉取血较易污染，且可导致骨髓炎、髋关节炎，在出、凝血时间异常者尚易导致大量出血。争取在用抗生素前从不同部位取两份血，分别注入两培养瓶内。有条件者可作厌氧菌培养、I型细菌培养。(2) 周围血白细胞计数及分类。(3) 抗凝血离心后取上面白细胞层涂片，作革兰及美蓝染色后找细菌。(4) C-反应蛋白等检测。

4. 诊断标准 (1) 确诊败血症：具有一定临床表现，两份血培养为同一细菌，或一次血培养阳性，但从尿液、脑脊液、浆膜腔液或非暴露病灶处分离出或涂片找到同一细菌。具有一定临床表现，血培养一次阳性、病原菌为非条件致病菌

。如为表皮葡萄球菌等条件致病菌，有脐血管或周围静脉插管史者，也可确诊。(2)临床诊断败血症：具有败血症的临床表现，白细胞总数 $20 \times 10^9 / L$ ，或杆状核细胞 20%中性粒细胞总数。具有易发生败血症的病史及临床表现，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存在。【治疗】1. 抗生素治疗 根据发病时间、感染来源及原发感染灶等初步判断用药，在不能确定病原菌时应先针对葡萄球菌及大肠杆菌进行治疗。一般选用青霉素加庆大霉素，病情危重者可用苯唑青霉素加氨苄青霉素。细菌培养阳性者则按药敏试验选用抗生素。2. 激素治疗 中毒症状严重者在有效抗生素使用的同时加用氢化可的松 $10\text{mg} / (\text{kg}\cdot\text{d})$ ；或地塞米松 $0.5 \sim 1\text{mg} / \text{kg}, 2 / \text{d}$ 静滴。3. 支持疗法 不能进食者应静脉输液，一般用10%葡萄糖液补给；输液稍久者宜补给生理盐水，占总输液量的 $1 / 5 \sim 1 / 4$ 。对病情重或感染迁延，病儿体质衰弱者可少量多次输新鲜血或血浆，每次 $10\text{ml} / \text{kg}$ 及注射高效价免疫球蛋白。抢救严重病例，有条件可输注白细胞悬液 $20\text{ml} / (\text{kg}\cdot\text{d})$ (内含多形核白细胞 $0.5 \sim 1 \times 10^9$)；或用换血疗法，换血量每次 $160\text{ml} / \text{kg}$ ，每 $8 \sim 12\text{h}$ 一次，一般在 $1 \sim 2$ 次后即见病情好转。4. 对症治疗 发绀者及早用氧，有惊厥者用抗痉剂，有休克者参见新生儿硬肿症治疗，有呼吸衰竭、心衰者参见新生儿肺炎治疗。黄疸明显者可行光疗。5. 治疗局部病灶或迁徙性病灶 脐炎可用过氧化氢溶液及75%乙醇洗涤，并涂以1%~2%甲紫；有脓肿形成者应排脓，有深部脓肿者应请有关专科处理。【护理】1. 按新生儿疾病护理常规护理。2. 体温过低时注意保暖。3. 注意观察病情变化，如精神、食欲、体温、呼吸、循环等，

有无两眼凝视或惊厥表现。4. 用氧量不宜过大，以恰使发绀消失为度。【治愈标准】 体温正常。 精神食欲恢复正常，症状及体征消失。 白细胞计数及分类正常。 血培养无细菌生长，感染灶治愈。 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