

新生儿呼吸暂停 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022_E6_96_B0_E7_94_9F_E5_84_BF_E5_c22_307472.htm 名称新生儿呼吸暂停所属科室儿科病因引起呼吸暂停的原因分为：1.原发性—早产儿单纯因呼吸中枢发育不全所致；2.症状性 (1)缺氧：窒息、肺炎、肺透明膜病、先天性心脏病和贫血等；(2)感染：败血症、脑膜炎等；(3)中枢神经系统疾患：脑室内出血和缺氧缺血性脑病等；(4)环境温度过高或过低；(5)代谢紊乱：低血糖、低血钠、低血钙和高氨血症等；(6)胃、食管返流，坏死性小肠结肠炎；(7)因颈部前曲过度而致气流阻塞。呼吸暂停多见于早产儿，其发病率可高达50% ~ 60%，胎龄越小发病率越高。临床表现根据上述的定义诊断呼吸暂停并不困难，要害是鉴别原发性和症状性。因此，对呼吸暂停的患儿应当进行具体的全面的体格检查，非凡注重体温、紫绀、心脏、肺部和神经系统的异常表现。生后24h内发生呼吸暂停的患儿往往可能存在败血症；生后3d至1周内出现呼吸暂停的早产儿排除其他疾病后方可考虑为原发性；出生1周后发生呼吸暂停的早产儿应寻找病因，排除症状性。所有足月儿发生呼吸暂停均为症状性。检查1.全血常规 血细胞压积和血培养可以识别贫血、败血症。血生化检查可除外电解质紊乱和代谢紊乱。2.影像检查 (1)X线检查 胸部X线能发现肺部疾病如肺炎、肺透明膜病等，并对先天性心脏病诊断有一定帮助。腹部摄片可排除坏死性小肠结肠炎。(2)头颅CT 有助于诊断新生儿颅内出血和中枢神经系统疾患。(3)超块检查 头颅超声检查可排除脑室内出血。心超声检查有助于先心病诊断。3.多导

睡眠描记（ polysomnography ）通过监护脑电图和肌肉运动，不但能区别不同类型的呼吸暂停，而且能指出呼吸暂停与睡眠时相的关系，有助于对呼吸暂停病因的诊断。诊断（一）病史 以下为易发生呼吸暂停的高危儿： 1. 出生体重 ≥ 180 次/min），以后出现抖动、激惹、腹胀、呕吐、喂养困难，药物浓度 $> 50\text{mg/L}$ 时，可发生惊厥，心律紊乱。（2）枸橼酸咖啡因作用机制类似茶碱，但其半衰期长，毒性较低。临床推荐剂量为：负荷量 20mg/kg （相当于咖啡因基质 10mg ），静脉或口服用药， $24 \sim 48\text{h}$ 后用维持量 $5\text{mg/(kg}\cdot\text{h)}$ ，静脉持续点滴。当呼吸暂停控制后，减量至 $0.5 \sim 0.8\text{mg/(kg}\cdot\text{h)}$ 。一般疗程为 5d ，必要时可处长疗程。有效血浓度 $< 5\text{mg/L}$ 。毒性作用：抖动、抽搐、心率增快、高血糖、腹胀、呕吐、轻度肝功能损害和高血压，停药后可消除。有心血管疾病或抽搐禁用。由于需要静脉持续点滴和其毒性作用，限制了本药的应用。 4. 持续气道正压（ CPAP ）一般供氧不能缓解呼吸暂停者可用 CPAP，常用的是双侧鼻塞或气管内插管方法，压力在 $0.3 \sim 0.5\text{kPa}$ ，其机制可能与纠正缺氧有关。 5. 机械通气 部分患儿应用上述各种方法治疗后，仍频发呼吸暂停并伴有低氧血症或明显的心动过缓时，可用机械通气。无肺部疾患者呼吸机预调参数： $\text{FiO}_2 0.25 \sim 0.3$ 或上机前的氧浓度。 $\text{PIP} 1.4 \sim 1.9\text{kPa}(15 \sim 20\text{cmH}_2\text{O})$ ，呼吸频率 $15 \sim 25\text{次/min}$ ，吸气时间 $0.5 \sim 0.6\text{s}$ 。 6. 药物撤离和家庭监护 当呼吸暂停缓解后，可考虑信用茶碱。若停药后呼吸暂停复发者应重新给予茶碱治疗，必要时可维持用药至妊娠后 52周 或出生后 4周 。

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