

新生儿湿肺 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_E6_c22_307542.htm 名称新生儿湿肺所属科室儿科病因胎儿肺泡内布满液体。在正常生产过程中通过狭窄的产道，当头部娩出而胸廓受挤压时约有 $1/2 \sim 2/3$ 的肺泡液被挤出体外。开始呼吸后，空气进入肺泡，剩下的肺泡液即被肺泡壁毛细血管所吸收。如肺泡内及间质内液体过多，吸收延迟，或有液体运转困难，以致出生24小时内肺泡存留较多液体而影响气体交换，出现呼吸困难，这是本病发生的主要机理。常多见于剖宫产儿，因其肺泡液未被挤出；亦多见于吸入过多羊水窒息儿。临床表现患儿大都为足月婴，多数在出生后6小时内即出现呼吸加速（ > 60 次/分）。轻症较多，症状仅持续 $12 \sim 24$ 小时。重症较少见，可拖延到 $2 \sim 5$ 天，表现为哭声低弱、青紫、轻度呻吟、鼻扇、三凹征、呼吸急速（可超过每分钟 100 次）。肺部阳性体征不多，听诊可有呼吸音减低和粗湿罗音， PaO_2 略下降。个别病例可见呕吐。 $PaCO_2$ 上升及酸中毒均不常见。患儿一般情况较好，能哭、亦能吮奶。诊断X线检查可见两侧肺野透明度较低，肺纹理增多、增粗及斑点状密度增深的阴影，有时可见叶间或胸腔积液。因代偿性肺气肿而于肺野出现广泛而散在的小透亮区，胸廓前后径增宽，横膈顶扁平并降低位。第2天以后连续摄片时可见这些异常所见迅速恢复正常。治疗一般不须治疗。有青紫者可给 40% 氧，使 PaO_2 维持在 $6.67 \sim 10.7$ kPa（ $50 \sim 80$ mmHg），呼吸急促较明显而致哺乳困难者可用胃管饲养。因肺部液体已多，摄入量应适当控制。偶遇酸碱平衡失常，应予输液纠正。病程超过2天的病例可用抗生素防止继

发感染。出现烦躁时可静滴地塞米松，以减轻肺水肿。预防及预后产妇勿用过量的镇静药物。应限制不必要的剖宫产。需要时可及时作体位引流。 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