

新生儿败血症 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E6_96_B0_E7_94_9F_E5_84_BF_E8_c22_308591.htm 名称新生儿败血症所属
科室儿科病因致病菌随着抗生素的应用不断发生变化，欧美
国家40年代以A组溶血性链球菌占优势，50年代以金黄色葡萄
球菌为主，60年代以大肠杆菌占优势，70年代以后B组溶血性
链球菌（GBS）成为最多见的细菌，大肠杆菌次之，克雷白
杆菌、绿脓杆菌、沙门菌也颇重要。近年来表皮葡萄球菌成
为美国医院内获得性感染最常见的细菌。我国仍以大肠杆菌
（多具有K1抗原）和金黄色葡萄球菌最常见，克雷白杆菌、
绿脓杆菌和L细菌（以Lister研究所定名）感染常有报道，表
皮葡萄球菌感染不断增加，GBS虽有报道但不多。以上细菌
在产前或产后发生感染，但以产后为主，产后感染多从新生
儿皮肤损伤、脐带污染、口腔、呼吸道或消化道粘膜侵入。
临床表现细菌侵入的感染灶并不明显，常不易找到，有时因
检查不全面而被漏查，非凡被衣服遮盖的部位如背部、骶尾
部、四肢和腋下。足月儿和晚期新生儿（生后2~4周）临床
症状有发热、拒食、神萎或烦躁不安，早产儿和低出生体重
儿症状不典型，表现为拒奶、溢奶、不哭、不动、面色苍白
、体重不增、体温不稳、有时体温不升。除上列症状外，下
列表现提示有败血症可能。 黄疸加重或减退后又复现。有
时黄疸可能是本症的主要表现。 肝脾轻度或中度肿大，无
其他原因可解释。 瘀点或瘀斑不能以新生儿紫癜或外伤解
释。严重败血症可出现中毒性肠麻痹，表现为腹胀，肠鸣音
减低。或发生弥漫性血管内凝血、呕血、便血，或肺出血。
欧美国家常见的B组溶血性链球菌（GBS）败血症，我国也有

报道。美国孕妇***和直肠GBS带菌率高达20%~35%，出生的婴儿生后3天内约有40%~75%带同型细菌，但发病的仅1~2%。GBS败血症分早发和晚发两型，早发型感染来自宫内或产时，GBS a、b、c、各型都可能是病因。主要累及肺脏。婴儿在生后0~4天发病，临床表现和肺部X线片与新生儿肺透明膜病相似，甚至病理改变也相仿。晚发型感染多来自医护人员，90%由GBS 型引起，起病多在出生5天后，约80%并发化脓性脑膜炎。辅助检查1.四周血白细胞计数 高低不一，也可正常，因此意义不大，但杆状核白细胞与中性粒细胞之比times.10⁹/L，未成熟白细胞和中性粒细胞比例 > 0.2提示有细菌感染。（2）血小板计数 血小板计数 < 100mu.g/ml提示有细菌感染， ESR > 15mm/h。（4）血培养检查 血培养阳性可确立病因诊断，疑有感染的患儿均需在入院后用抗菌素前取四周血做培养，并应严格遵守无菌操作，防止污染。如患儿用过作用于细胞壁的抗生素，如青霉素、头孢菌素，可用高渗培养基作L型细菌培养，怀疑有厌氧菌感染时，可作厌氧菌培养。（5）其他部位培养 脐部、尿液、大便或其他局部感染灶的培养。（6）放射学的检查 胸部X线检查在有呼吸系统症状的患儿均应进行。（7）病原菌抗原检测 如对流免疫电泳、乳胶凝集试验，血凝抑制试验等方法。并发症新生儿败血症最易并发化脓性脑膜炎，有时神经系统症状并不明显，但已并发此症。因此要提高警惕，及早作脑脊液检查。其次易发生的并发症是肺炎或肺脓肿，出现呼吸系统症状。其他迁移性病灶如蜂窝组织炎、骨髓炎和肾盂肾炎也偶可发生。治疗1.抗生素 新生儿败血症在未获得血培养结果之前即要选用抗生素治疗，以后根据血培养结果及细

菌药敏试验选用抗生素。通常联合应用一种青霉素类和一种氨基糖甙类抗生素作为初选药物。因为这二种抗生素的配伍具有较广泛的抗菌谱并能产生协同作用。在严重感染的病例可选用第三代头孢菌素和青霉素类联合应用。(1) 大肠杆菌败血症一般认为脂膜早破，产程延长，产时感染以及生后3d内发病的以大肠杆菌感染为主，可选用氨苄青霉素加用庆大霉素或丁胺卡那霉素。氨苄青霉素为新生儿期细菌感染的常用药物，不仅对球菌具有强大的抗菌作用，对新生儿感染常见病原菌如大肠杆菌、流感杆菌等革兰阴性杆菌具有较高的抗菌活性。剂量：日龄 \cdot d)分2次静脉滴注；日龄 $>7d$ ，用75mg/(kg \cdot d)，1d1次，1500~2500g，3mg/(kg \cdot d)分为每8h1次。由于庆大霉素有耳毒副作用，使用时应作血药浓度的监测。因大肠杆菌各菌株的药敏差别较大，应以药敏试验结合临床选用抗生素。对上述抗生素耐药或临床疗效不佳，可改用第三代头孢菌素。第三代头孢菌素治疗各种革兰阴性和阳性需氧菌所致的败血症疗效满足。尤其是对革兰阴性细菌，疗效更为突出，有效率达84%~97%。如头孢氨噻肟和头孢三嗪除有明显的杀菌作用外，还能透过有炎症的血脑屏障。上述二种头孢菌素的剂量：头孢氨噻肟：日龄： $<7d$ 100mg/(kg \cdot d)分3次静脉给药。头孢三嗪：50mg/(kg \cdot d)分2次应用， $>7d$ 100mg/(kg \cdot d)分3次应用， $>7d$ 150mg/(kg \cdot d)分2次静脉给药。(3) 链球菌败血症 B组链球菌败血症早期的临床表现和新生儿呼吸窘迫综合征相类似，不易区别，治疗上用大剂量青霉素20万~40万U/(kg \cdot 7d 15mg/(kg \cdot d)分2~3次静脉给药。治疗疗程为7~10d。(5) 宫内感染所致败

血症 住院后有入侵式治疗（脐静脉插管、气管插管等）长期应用广谱抗生素、病房拥挤等都易发生院内感染。凝固酶阴性葡萄球菌引起的院内感染败血症应选用万古霉素，剂量同上所述，疗程为7~10d。革兰阳性细菌引起的院内感染败血症选用氨基糖甙类抗生素、如庆大霉素，剂量同上。但庆大霉素的耐药性很普遍，而丁胺卡那霉素的耐药性较低，常被选用。丁胺卡那霉素剂量： $< 1500\text{g} : 10\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 分为12h1次； $> 2500\text{g} : 20\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 分为12h1次，静脉给药。由于氨基糖甙类抗生素共同的副作用是有耳毒作用和肾脏毒性作用。因此需监测血清药物浓度。

2.一般治疗 注重保暖，维持水、电解质平衡及补充热卡，及时纠正酸中毒及缺氧，局部感染灶如脐部及皮肤的处理等。

3.对症治疗 有抽搐时用镇静止痉药，有黄疸给予照蓝光治疗，有脑水肿及时给予降颅压处理。

4.支持治疗 少量多次输血或输血浆以增加机体的抵抗力。

5.免疫疗法 新生儿出生时免疫系统发育不完善，非凡是低出生体重儿更明显，生后对各种抗原的刺激反应不敏感，感染后更削弱了自身免疫力。因此免疫治疗可提高新生儿的免疫力，增强抗感染能力。

（1）免疫球蛋白治疗 早产儿因免疫球蛋白水平低，生后极易发生低免疫球蛋白血症而致严重感染，败血症的发生率和病死率均较成熟新生儿为高，足月儿虽无明显的低免疫球蛋白血症，但也可因母体产生的免疫球蛋白缺乏某些特异性抗体如大肠杆菌、沙门菌抗体而不能控制这类感染。静脉用丙种球蛋白含有大量免疫球蛋白和特异型抗体，因此可用于败血症的辅助治疗。国内外资料推荐剂量：每次 $0.2 \sim 0.5\text{g}/\text{kg}$ 每周1次共用4周。

（2）白细胞的输入 重症败血症患儿，若血中中性粒细胞数降低而骨

髓储备白细胞又不能补充粒细胞的缺乏时，输入从正常成人血液中分离出来的多形核白细胞，可增强白细胞对病菌的吞噬功能和杀菌活性，从而降低病死率。（3）交换输血 重症败血症患儿可通过换血除去血液中的细菌、毒素和酸性代谢产物；清除异常血凝物质，纠正异常血凝过程，供给大量新生儿所缺乏的抗体、补体以及吞噬细胞等，增强机体的抵抗力。交换输血主张用新鲜全血，换血量为160ml/kg，但要注意换血后可能发生的并发症如电解质平衡紊乱、感染、移植性抗宿主反应等。换血疗法适应于经抗感染治疗无效的重症新生儿败血症。 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