

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\\_ti2020/308/2021\\_2022\\_\\_E6\\_96\\_B0\\_E7\\_94\\_9F\\_E5\\_84\\_BF\\_E5\\_c22\\_308633.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E6_96_B0_E7_94_9F_E5_84_BF_E5_c22_308633.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mdash.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)因颈部前屈过度而致气流阻塞。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，非凡注重代体温、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。辅助检查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  $\geq 1800$  g (  $> 180$  次/min )，以后出现抖动、激惹、腹胀、呕吐、喂养困难，药物浓度  $> 50$  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  $20$  mg/kg ( 相当于咖啡因基质  $10$  mg )，静脉或口服用药， $24 \sim 48$  h 后用维持量  $5$  mg/(kg·h)，静脉持续点滴。当呼吸暂停控制后，减量至  $0.5 \sim 0.8$  mg/(kg·h)。一般疗程为  $5$  d，必要时可处长疗程。有效血浓度  $< 5$  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  $0.3 \sim 0.5$  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：FiO<sub>2</sub>  $0.25 \sim 0.3$  或上机前的氧浓度。PIP  $1.4 \sim 1.9$  kPa (  $15 \sim 20$  cmH<sub>2</sub>O )，呼吸频率  $15 \sim 25$  次/min，吸气时间  $0.5 \sim 0.6$  s。6. 药物撤离和家庭监护 当呼吸暂停缓解后，可考虑停用茶碱。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。