

新生儿低血糖症与高血糖症 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\\_E4\\_c22\\_308764.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E6_96_B0_E7_94_9F_E5_84_BF_E4_c22_308764.htm) 名称新生儿低血糖症与

高血糖症所属科室儿科病因低血糖原因 1.一过性低血糖 糖产生减少见于：出现时窒息；饥饿；新生儿败血症；严寒损伤；小于胎龄儿。一过性胰岛素过多致糖消耗增加；糖尿病母亲婴儿；新生儿溶血病；Beckwith综合征；母亲输注葡萄糖。2.持续或反复发作低血糖 持续性胰岛素过多症见于：胰岛母细胞增生症；胰岛细胞腺瘤；其他原因引起的胰岛素过多症。糖产生减少见于：激素缺乏：糖尿缺陷、先天性垂体功能低下；先天性代谢性缺陷：氨基酸代谢障碍如枫糖尿症，糖代谢障碍如半乳糖血症、糖原累积病 型。3.医源性低血糖 快速葡萄糖输入可能刺激新生儿内源性胰岛素分泌增加，当忽然停止葡萄糖输入时，可能发生反应性低血糖。因此，对窒息后新生儿，尤其是低出生体重儿，输注葡萄糖后应逐渐减量至停用，可避免发生反应性低血糖。高血糖症可产生于以下原因：1.胃肠外营养外源性糖输注时不能抑制内源性糖产生。2.新生儿肾上腺皮质激素的使用。3.医源性高血糖症 新生儿输葡萄糖过多，浓度过高或不能耐受。4.出生时窒息 由于儿茶酚胺和胰高糖素的释放使胰岛素浓度降低或胰岛内分泌细胞损伤功能失调，高血糖后常发生低血糖症。5.一过性糖尿病 可能由于 $\geq 7\text{mmol/L}$  ( $135\text{mg/dl}$ ) 诊断为高血糖症。(3) 血清胰岛素水平 ( $\geq 33.80474$ 者判为低血糖高危儿，应采取预防措施以降低血糖发生率。从310例新生儿测定中准确度高，错判率为2.42%，可以试用(新生儿科杂志，1996，11 54

)。诊断病史 母亲糖尿病史、妊娠高血压史、新生儿窒息、早产、足月小样儿、严重感染、硬肿症、溶血症、红细胞增多症史；有胃肠外营养或用氨茶碱史等应定时监测血糖。治疗1.低血糖症：血糖值  $< 2.22\text{mmol/L}$  ( $40\text{mg/dl}$ ) 不管有无症状均需治疗。无症状性低血糖：可口服10%葡萄糖5 ~ 10ml/kg，每2 ~ 3h次；或静脉注射10%葡萄糖，速率为6 ~ 8mg/(kg·min),定期监测血糖，输液泵控制速度，血糖稳定24 ~ 48h后改用5%葡萄糖维持逐渐减量一般2 ~ 3d治愈；迟早开始进食母乳或配方乳。持续或反复严重低血糖：如治疗3d后血糖仍不能维持，则加用氢化可的松5mg(kg·d)，尤其是早产儿开始浓度以5%葡萄糖为宜，滴注速率控制在4 ~ 6mg/(kg·d)静滴，同时输1/4 ~ 1/5张液，连用2 ~ 2d。预防及预后1.对易发生低血糖的新生儿，应于生后3、6、9、12、24h监测血糖，迟早发现低血糖或高血糖症。2.对低出生体重儿、高危儿生后能进食者要迟早喂养，生后2 ~ 4h开始喂糖水或奶，不能经口或鼻饲喂养者，静脉输注葡萄糖维持营养。3.胃肠道外营养者，补充热量时注重补充氨基酸及脂肪乳，葡萄糖尝试不宜过高。4.对高危儿、早产儿应控制葡萄糖输液速度，不8mg/(kg·min)，并做血糖监测，如增高应立即降低输入量浓度和速度，不能骤停输液，以防反应性低血糖。5.新生儿窒息复苏时使用葡萄糖的浓度为5%。复苏后需

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](http://www.100test.com)