

儿科护理：新生儿黄疸护理细则 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/491/2021\\_2022\\_\\_E5\\_84\\_BF\\_E7\\_A7\\_91\\_E6\\_8A\\_A4\\_E7\\_c67\\_491640.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/491/2021_2022__E5_84_BF_E7_A7_91_E6_8A_A4_E7_c67_491640.htm) 是新生儿期常见的临床症状，由于其发病机制不同，它既可以是生理现象，又可以是病理现象。临床上以足月儿血清总胆红素超过 $205.2 \mu\text{mol/L}$  ( $12\text{mg/dl}$ )，早产儿超过 $256.5 \mu\text{mol/L}$  ( $15\text{mg/dl}$ ) 称为高胆红素血症。

(一) 生理性黄疸 【诊断】 1.临床表现 大部分新生儿在出生后2~3d出现黄疸，最迟可在第5天出现，5d后出现的黄疸多要考虑病理性。黄疸于4~6d最明显，足月儿在生后10~14d消退；早产儿约有80%生后出现黄疸，可持续3~4周消退。生理性黄疸不伴有其他症状，小儿精神、反应好，个别新生儿吃奶稍差。 2.检验 血清胆红素测定在生后1周内，均超过 $34.2 \mu\text{mol/L}$  ( $2\text{mg/dl}$ )。足月新生儿生理性黄疸血清胆红素值不超过 $205.23 \mu\text{mol/L}$  ( $12\text{mg/dl}$ )，早产儿较足月儿为重，峰值可达 $171 \sim 205 \mu\text{mol/L}$  ( $10 \sim 12\text{mg/dl}$ )，但不超过 $256.5 \mu\text{mol/L}$  ( $15\text{mg/dl}$ )。 【治疗】 生理性黄疸不需治疗，注意新生儿的保暖，适当提早喂养，供给足够的水分和热能，及早排出胎便，减少胆红素的肠肝循环，可以减轻生理性黄疸的程度。同时应注意与夹杂的病理性黄疸鉴别。 【护理】 按新生儿或早产儿护理常规。

(二) 病理性黄疸 【诊断】 1.病史 了解儿母妊娠史，分娩史，临产前有无感染及用药史，有无输血史，家族成员有无肝炎，黄疸史。注意胎次，是否早产，有无产伤、窒息、缺氧、饥饿、感染史，详细询问黄疸出现及持续时间，程度与消长情况，大小便颜色。生后有无引起黄疸的用药史（如磺胺，水杨

酸制剂，大剂量维生素K3，K4等）和接触萘类史（如卫生球等）。2.临床表现 黄疸常在出生后24h内出现，持续时间在2周以上，早产儿在3周以上；黄疸在出生后消失复现并进行性加重。重症的黄疸可以合并核黄疸。除此以外，由于发生原因不同，常有引起黄疸的原发病的伴随症状。3.检验（1）血常规，网织红细胞计数及有核红细胞计数。（2）测定总胆红素和直接胆红素，凡血清胆红素足月儿达 $205\mu\text{mol/L}$ （ $12\text{mg/dl}$ ）早产儿 $256\mu\text{mol/L}$ （ $15\text{mg/dl}$ ）应警惕发生小儿胆红素脑病。（3）尿常规及尿三胆试验。（4）注意大小便颜色，必要时行粪胆原检查。（5）根据病情选作以下检验：疑为新生儿肝炎者作肝功能检查，同时查母子HB-sag、HBeAg、HBVDNA、抗HBc-IgM等，甲胎蛋白（正常新生儿甲胎蛋白阳性，生后一月时转阴）。疑为新生儿败血症者作血培养，局部感染渗出物作涂片及培养。疑为巨细胞包涵体病，作尿沉渣检查寻找有包涵体的巨细胞，有条件可作病毒分离及血清学检查。疑为新生儿溶血症作有关检验，详见新生儿溶血症。疑为红细胞G6PD缺陷者检测正铁血红蛋白还原率（正常人 $>75\%$ ，患者降低）；变性珠蛋白小体（Heinz小体）生成试验；有条件可作G6PD活性测定。疑为遗传性球形红细胞增多症，作红细胞脆性试验（正常人开始溶血 $0.40\% \sim 0.46\%$ ，完全溶血 $0.30\% \sim 0.36\%$ ，患者红细胞脆性升高）。疑为半乳糖血症作尿班氏试验，有条件者可测定血中半乳糖浓度和红细胞半乳糖-1-磷酸尿苷酸酶活性。疑为 1-抗胰蛋白酶缺乏症作血清蛋白电泳检验（患者 1-球蛋白 疑为先天性胆道梗阻，应注意血胆红素及大便颜色的动态变化，必要时作脂蛋白X检验，B型超声，CT等检

查。 其他遗传性代谢缺陷疾病，参见遗传性代谢缺陷病章节。 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)