

新生儿颅内出血_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，
建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E6_96_B0_E7_94_9F_E5_84_BF_E9_c22_608937.htm 新生儿颅内出

血(intracranial hemor-rhage)是新生儿期常见的严重疾患，病死率高，存活者也常有神经系统后遗症，主要表现为硬脑膜下出血、蛛网膜下出血、脑室周围脑室内出血、脑实质出血、小脑出血及混合性出血。临床可分为缺氧性及产伤性，前者多见于早产儿，后者多见于足月儿及异常分娩（以臀位居多）新生儿。近年来由于产前监护技术的进步，因产伤所致的硬脑膜下出血及蛛网膜下腔出血已较少见；由缺氧引起的室管膜下出血/脑室内出血(seh/ivh)已成为新生儿颅内出血的主要病理类型。在孕龄不足32周或体重<1500g的低出生体重儿中，其发病率可达40%~50%，病死率约为50%。【诊断】（一）病史 母亲有异常分娩史、患儿有产伤或窒息史。（二）症状 可以无临床症状或体征，或可急剧恶化，患儿可出现不安、脑性尖叫和颅内压增高症状。危重病儿常表现为：1. 急剧恶化型 在数分钟至数小时内病情急剧进展，出现意识障碍，呼吸暂停，光反射消失，凝视，肌张力严重低下或周身强直性抽风，前囟紧张或隆起，可致突死。2. 断续进展型 症状在数小时至数天内断续进展，表现为神态异常，四肢张力低下，但不昏迷，可存活或进一步恶化死亡。部分幸存者可有脑性瘫痪、癫痫或脑积水等后遗症。（三）辅助检查1. 脑脊液检查 脑室内及蛛网膜下腔出血时脑脊液可呈血样或黄色，新鲜脑脊液发现皱缩红细胞有诊断意义。其他类型出血脑脊液往往正常。2. 计算机断层摄影(ct)及b型超声检查 可精确诊断病

变类型、部位及程度，并可对预后作出估价。一般按papile分级：Ⅰ级为单纯室管膜下出血，可为单侧或双侧。Ⅱ级为室管膜下出血破入脑室，但无脑室扩大。Ⅲ级为两侧脑室均有出血伴脑室扩张。Ⅳ级为脑室内出血伴脑实质血肿。3.颅透照试验有助于硬膜下血肿、脑穿透畸形或脑积水的诊断。4.连续观察头围变化有助于监测脑室体积的变化。【鉴别诊断】（一）新生儿败血症有脐部或其他部位感染史，伴黄疸、感染中毒症状。血培养或血常规等化验检查有助于鉴别。（二）脑膜炎有神经系统症状及颅内压增高体征，但发病较晚，中毒症状明显，脑脊液中有白细胞增加，细菌培养和涂片可助诊断。（三）呼吸系统病变如肺透明膜病、肺炎等多有呼吸增快等呼吸系统症状，而神经系统症状及体征较少，病史与胸部摄片可鉴别。【治疗】（一）加强护理 保持安静，减少干扰，保证液体及热卡供给。注意保暖及呼吸道通畅。（二）对症治疗 有凝血障碍时，肌肉或静脉注射维生素k₁5~10mg，并输新鲜血或血浆每次10ml/kg。有惊厥时给予苯巴比妥或安定等镇静药。有脑水肿症状者可给地塞米松，首剂1~2mg静脉注射，以后按0.2~0.4mg/kg给予。必要时慎用甘露醇。有硬脑膜下血肿时，可行硬膜下穿刺，一般放液量不宜超过15ml。反复腰穿放脑脊液可降低颅内压、维持脑的血流灌注，但对此法尚存在争议。【预防】（一）加强产前及产时监护，避免窒息。（二）有凝血障碍患儿，及早应用维生素k。（三）防止快速过量扩容。（四）药物预防，如苯巴比妥、止血敏、消炎痛、维生素e、纳络酮及激素类药物等的防治作用，尚有待深入探讨。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