

新生儿流行性腹泻_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_E6_c22_608943.htm 新生儿腹泻可在产科婴儿室或新生儿病室内流行，故又称为新生儿流行性腹泻，可由不同病原引起，以致病性大肠杆菌(o111b4、 o119b14、 o126b16)和轮状病毒最常见，其他如金黄色葡萄球菌、鼠伤寒杆菌、柯萨基病毒、埃可病毒或白色念珠菌等也可引起腹泻。大多由新入院患儿带菌或新生儿室工作人员带菌播散引起流行，病情进展迅速，早产儿得病后病死率高。【诊断】(一)潜伏期短，进展快，以胃肠道症状为主，大便呈水样或带粘液、血丝。重症患儿每日腹泻可多于10次，频繁呕吐，伴高热(或体温不升)、烦躁、四肢凉等感染中毒症状及中度以上脱水酸中毒。(二)重型患儿可并发急性坏死性小肠结肠炎，患儿出现腹胀、呕吐及便血，须及时进行腹部摄片。继发乳糖吸收不良时腹泻延续不愈，测定大便中还原物质，糖可达0.5g/dl以上。(三)大便培养可找到致病菌，大便涂片直接在电镜下检查病毒颗粒。此外患儿血清抗体效价呈4倍以上增长有诊断意义。病毒分离率以3—4天最高。(四)患儿血化学检查有代谢性酸中毒。血清na、k、cl等检查有助于指导补液。【治疗】(一)严格执行消毒隔离制度，如有流行趋势，应立即停止收新病人。(二)禁食吐泻严重者禁食8~12小时以减轻胃肠道负担，恢复消化功能。然后喂母乳或稀释牛奶。对乳品耐受不良者可用米汤稀释牛奶或代乳品喂养。轻症患儿仅减少喂奶量或次数。(三)加强护理 详细准确记录出入量。大便后冲洗臀部，肛周涂鱼肝油软膏等防止尿布疹。

(四) 液体治疗 轻度脱水无呕吐者口服补液，中、重度脱水或呕吐频繁者静脉补液。1.补液量 按累积损失、继续损失和生理需要量计算。实际应用时，轻度脱水补液总量约每日120~150ml/kg，中度脱水约每日150~200ml/kg，重度脱水为200~250ml/kg。第2天如需继续补液，按继续损失和生理需要量计算。生理需要量在1周以内患儿约每日60~100ml/kg, 1周后约每日110~120ml/kg。2.补液成分(1)口服补盐液(oral rehydration salt, ors):可应用于轻度脱水不伴明显呕吐者。腹泻好转即停药。其配方为每100ml液体中含葡萄糖2.77g,氯化钠0.35g,氯化钾0.15g,碳酸氢钠0.25g。(2)静脉补液:一般生理需要量用1/4~1/5渗溶液补充。继续损失根据吐泻情况估计，多半用半渗液体补充。累积损失量以1:1液或3/5渗液补充。严重脱水可发生休克，需给2:1液(2份生理盐水，1份1.4%碳酸氢钠)20ml/kg或血浆15~20ml/kg于1小时内快速静点或部分静脉推注，再给1:1液((1份生理盐水，1份10%葡萄糖)。前8小时给半量，余量在后16小时给予。新生儿血钾常偏高，生后头3天不需补钾。如血钾偏低，有尿时可用10%氯化钾1—2ml/kg加入输液瓶内缓慢滴入，不少于6—8小时滴完。3.有代谢性酸中毒时，用5%碳酸氢钠每次3~5ml/kg,稀释后缓慢静点。或根据be及二氧化碳结合力进行计算。 $be \times \text{体重(kg)} \times 0.3 = \text{碳酸氢钠(mmol)}$ 补充量。(五)控制感染 根据病原菌选用抗生素。对致病性大肠杆菌肠炎患儿可用庆大霉素10~15mg/(kg·d)，分3~4次口服.多粘菌素e10~20mg/(kg·d)口服.吡哌酸30~40mg/(kg·d)口服.新霉素50~100mg/(kg·d)口服.氨苄青霉素50~100mg/(kg·d)，肌注或口服，病情较重者可选用头孢类药物(如凯福隆、西力欣、菌必治等)。白色念珠菌肠炎可选

用制霉菌素(每次10万~15万u,每日3~4次口服)或克霉唑20~30mg/(kg·d)分3次口服。如确诊为病毒感染者,不需应用抗生素。(六)微生态调节剂的应用 目的在于恢复肠道正常菌群,重建肠道天然生物屏障保护作用,如双歧杆菌、乳酸杆菌等制剂。近年来应用思密达0.5g每日3次效果较好,可增强肠壁屏障作用。【预防】(一)提倡母乳喂养。(二)腹泻患儿严格隔离,工作人员认真执行消毒隔离制度。(三)产院婴儿室或医院新生儿病室发生腹泻流行,应立即集中隔离,停止收治新病人入室。(四)产妇腹泻应立即隔离,积极治疗,暂停抱奶,对此婴儿也应隔离,并做大便培养及相应处理。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