

新生儿肺炎_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_E8_c22_608945.htm

新生儿肺炎可分为：

吸入性肺炎：因吸入胎粪、羊水等引起继发感染，也可因吞咽反射不成熟，吞咽动作不协调，食管反流或腭裂等因素引起乳汁或分泌物吸入引起； 感染性肺炎：出生前感染往往因羊膜早破、母亲有感染、病原体通过胎盘屏障至胎儿，或分娩过程胎儿吸入母亲产道中污染分泌物引起；出生后感染性肺炎，则往往与消毒隔离制度不严，患儿与呼吸道感染患者接触或患败血症经血行播散所致。病原体以b组溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、大肠杆菌及呼吸道病毒等多见，而医源性肺炎可由绿脓杆菌、厌氧菌及某些致病力低的细菌引起。

【诊断】（一）病史 有引起吸入及发生感染的原因。（二）临床症状 常不典型，日龄在14天以内者，以呼吸急促、口周发青、口吐白沫、发热或体温不升、呛奶、吐奶等为常见症状。日龄在2周以上者，可见咳嗽、鼻翼扇动及三凹征等典型呼吸道症状。早产儿可表现呼吸不规则或呼吸暂停。患儿精神差、烦躁、呕吐或腹泻及出现黄疸等症状。两肺可听到中、小水泡音或干性音。大片实变时叩诊可有浊音。心率增快，有时腹胀及肝脾肿大。（三）胸部x线摄片 可显示两肺野有局灶、节段或弥漫性炎性浸润，与胎粪吸入及肺透明膜病的胸片有时很难鉴别。b组溶血性链球菌肺炎的x线胸片表现，一种为类似肺透明膜病；另一种为肺底小片浸润或伴少量胸腔积液，须结合临床予以鉴别。（四）实验室检查白细胞可增高，杆状粒细胞增多，血沉可增快。咽部分泌物或血培养可

获致病菌以供临床治疗参考。（五）并发症严重肺炎，尤其是金黄色葡萄球菌感染可并发脓胸、肺大泡及气胸。分泌物堵塞可致肺不张。其他还可发生心力衰竭及高胆红素血症。

【治疗】（一）保暖使皮肤温度保持在36.5 左右，早产儿和体温不升者应置暖箱内。（二）供氧酌情采用鼻管、口罩或头罩给氧。氧浓度以维持 p_{aO_2} 在8 ~ 11 kpa (60 ~ 80mmhg)或青紫消失为宜。一般供氧方法不能纠正低氧血症时可进行呼吸道持续正压呼吸(cpap)。（三）超声雾化吸入可使气管内分泌物稀释，容易排出。雾化液体可加入a糜蛋白酶、地塞米松、痰易净及抗生素。超声雾化水分一般每日不超过10ml/kg。配合胸部物理治疗及体位引流可有利呼吸道分泌物及胎粪的清除。（四）纠正酸中毒呼吸性酸中毒主要靠改善通气纠正。合并代谢性酸中毒时，可用碱性液（剂量参照“肺透明膜病”）。（五）液体和营养病情轻者可少量多次喂奶，但不宜过饱，防止呕吐和吸入。重症患儿可予鼻饲，根据不同日龄、体重对液量的具体要求，进行静脉补液。不能进食者，需补充氨基酸液及内用脂肪(intralipid)液量每日约60 ~ 80ml/kg。（六）抗生素应用对所有肺炎患儿作咽拭子或其他感染病灶分泌物培养及细菌药物敏感试验，以便有针对性地使用有效抗生素。常用抗生素为青霉素、氨基苄青霉素及氨基糖甙类抗生素（如庆大霉素或卡那霉素）。严重的金黄色葡萄球菌感染，可选用半合成青霉素或先锋霉素等。病毒性肺炎则用抗病毒药及干扰素等治疗。（七）支持治疗危重患儿可少量多次输血或血浆。（八）对症治疗烦躁不安或惊厥时用镇静药如安定、苯巴比妥等。及时纠正低血钙或低血糖。（九）并发症的治疗发生脓胸或脓气胸时需立即抽气，并插管引流。心

力衰竭时采用地高辛洋地黄化，同时限制液量及用速尿等治疗。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