

新生儿脑膜炎_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_608946.htm

新生儿化脓性脑膜炎(neonatal purulent meningitis)常为败血症的一部分或续发于败血症，是新生儿时期的一种严重疾患。虽然抗生素的应用使其病死率有所下降，但病死率加后遗症(脑积水、智力障碍等)发生率之和仍可高达70%~80%。其临床表现不典型，需提高警惕，及早诊断。病原菌与日龄有关。生后一周内发病者多为革兰阴性杆菌感染，主要为大肠杆菌、副大肠杆菌、b组溶血性链球菌、李斯特菌等。生后1~2周后则往往由皮肤、脐部及呼吸道感染引起，多见革兰阳性球菌，如葡萄球菌、肺炎球菌等。早产儿、低出生体重儿及有神经系统先天缺陷者(脑脊膜膨出、先天性脊柱裂等)发病率高。【诊断】(一)临床表现常不典型，患儿表现拒奶、不哭、体温不升、发绀、苍白、呼吸暂停、嗜睡、易激惹或惊厥。惊厥表现多样，可从凝视、斜视、眼皮跳动、屏气、呼吸暂停到肢体抽动。前囟隆起、角弓反张、惊厥、昏迷均为晚期表现。(二)实验室检查1.血常规检查有白细胞增多，中性粒细胞增多及核左移。2.对可疑患儿要及早作腰椎穿刺，进行脑脊液常规及生化检查，细菌涂片及培养尤为重要。第一次腰椎穿刺查脑脊液正常者，如不能完全除外本病，应进行第二次穿刺检查。3.用过抗生素而致脑脊液涂片及细菌培养阴性者，可用以下方法来提高病原诊断率：(1)鲎珠溶解物试验：阳性者可确诊为革兰阴性细菌感染，其他细菌或病毒性脑膜炎均为阴性结果。(2)对流免疫电泳、乳胶凝集试验及免疫荧光

技术等均为用特异抗体来测定脑脊液中的细菌抗原。(3)乳酸脱氢酶测定同功酶4、5增高，同功酶1、2降低。4.颅骨透照试验有助于硬膜下积液的诊断。5.b型超声及ct检查对确定有无脑室炎、硬膜下积液、脑脓肿或脑积水等有助，有利于随访比较。【治疗】(一)抗生素治疗及早选用易于透过血脑屏障的杀菌药。具体用药可参考新生儿败血症治疗。病原不明确时仍用氨基苄青霉素加氨基糖甙类药。为维持脑脊液中药物有效浓度，应用大剂量静脉给药，一天总量分3~4次给予。近年来用头孢三嗪噻肟、轻羧氧酰胺菌素(moxalactam)或丁胺卡那霉素取得良好效果。氯霉素渗透血脑屏障较好，每日剂量为25~50mg/kg，应用时要监测血浓度，防止出现骨髓抑制和灰色综合征。(二)支持治疗少量多次输血或血浆，注意保暖及热卡供应，保证液体及电解质平衡。(三)对症治疗有脑水肿时可用20%甘露醇每次1~1.5g/kg，或加用地塞米松及速尿；有惊厥者用镇静剂，肌注苯巴比妥钠每次10~15mg/kg.安定每次0.5~1mg/kg.或用10%水合氯醛或副醛等。(四)硬膜下积液可穿刺放液，2周后液量仍多时应予手术引流。(五)并发脑室炎时可通过脑室穿刺或行脑室插管，保留导管，每日注入敏感抗生素。合并局部化脓病灶时应予外科治疗。常用鞘内或脑室内注射抗生素参考剂量为庆大霉素1mg/次，青霉素0.5~1万u/次，氨基苄青霉素为50~100mg/次，先锋霉素12.5~25mg/次，卡那霉素5~10mg/次。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