



# 新生兒呼吸陣喘

文 / 周美慧

汐止國泰綜合醫院小兒科主治醫師



**個案1**：妊娠36週又3天出生之新生兒，出生體重為2335克，母親由於宮縮頻繁以致在送抵醫院路程中即由產道娩出。出生後雖有間斷地宏亮哭聲但呼吸次數一直在每分鐘70下併有微微呻吟聲，疑為新生兒呼吸陣喘轉至新生兒中心照護治療。

**個案2**：家中第一胎新生兒，因胎位一直不正，在滿妊娠38週後，被建議以剖腹產娩出，產前無自發性宮縮產兆。娩出後因呼吸心跳穩定送至嬰兒室照護，但在出生2-3小時被發現有急促呼吸，雖對刺激仍有大哭反應但活力逐漸下降，不排除新生兒呼吸陣喘轉至新生兒中心照護治療。

## 新生兒呼吸陣喘(Transient Tachypnea of NewBorn)

足月及近足月新生嬰兒因出生後肺部羊水延遲清除而產生的短暫呼吸急促或窘迫現象，稱為新生兒呼吸陣喘。通常在介入治療後預後良好；呼吸窘迫狀況得以在出生後第3-5天內緩解。口語上常會聽到醫師以「肺部還有水、濕濕的」來向父母形容新生兒的呼吸，多泛指新生兒呼吸陣喘。

新生兒呼吸陣喘可說是最常見的新生兒週產期呼吸窘迫。一般大約佔新生兒呼吸狀況的4成，發生率約為千位活產嬰兒中4-11位。

新生兒呼吸陣喘肇因於肺部羊水延遲吸收，因此阻礙出生後肺部氧氣交換，進而造成新生兒費力呼吸、呼吸次數增加。目前已知有些危險因子能增重新生兒呼吸陣喘的發生，如：1.剖腹產。2.男嬰。3.早產或晚期早產兒(特指妊娠週數大於34週至妊娠週數小於37週的早產嬰兒)。4.巨嬰(出生體重大於或等於4500克)。5.多胞胎妊娠。6.產程延長。7.週產期窒息。8.母體體液鬱積。9.氣喘家族史(特別是母親有氣喘)。10.臀位生產。11.母體罹患糖尿病。12.母體有止痛藥物依賴。13.急產。另外如：城市生產相較於農村生產、初產婦相對於經產婦、有不孕症治療史、真空吸引或產鉗分娩、低出生阿普加新生兒評分(Apgar score<7)和無早期破水，都可能增重新生兒呼吸陣喘的發生。

新生兒呼吸陣喘的新生兒通常呼吸次數偏快，但在嬰兒外觀和肢體活動上多是無窘迫困難的。當然臨床上也有較複雜治療的新生兒呼吸陣喘，多半合併有：



1. 出生後6小時內在較高的氧合濃度下(40%)—正常大氣的氧合濃度為21%，呼吸喘鳴聲明顯且仍每分鐘呼吸次數大於90下。
2. 每分鐘呼吸次數在出生後36小時仍持續在90下以上，或血液中的血比容及白血球總數較低。
3. 生產前無宮縮或陣痛時間較短，新生兒的呼吸陣喘也需要較長的氧氣治療。

臨床上出生6小時內新生嬰兒的呼吸次數落在每分鐘60-100下，甚至飆至120下，就需考慮新生兒的呼吸陣喘。外觀上可聽到嬰兒

呻吟聲，看到嬰兒鼻翼煽動、肋骨下凹陷，甚至唇色發紺，但沒有敗血症；心跳正常或偏快，但血壓正常，動脈血氧分析呈現微低血氧，二氧化碳分壓正常或偏低。

肺部X光是診斷新生兒的呼吸陣喘必需的檢查。肺部X光可看到肺部過度擴張，肺門邊肺紋明顯，輕微心臟肥大，小肺裂處有積液且沒有其他肺部感染病灶。在確診新生兒呼吸陣喘前，必須先排除其他疾病的可能：如新生兒呼吸窘迫症、新生兒敗血症、新生兒肺炎、胎便吸入、先天性心臟病或氣胸……等。

在感染方面，需追蹤產前病史母體是否有感染的線索，如：母體絨毛膜羊膜炎、母體發燒、早期破水、血液數據呈現中性血球過低或淋巴球過高且合併不成熟的血球細胞；安排尿液乙型鏈球菌抗原檢查來排除乙型鏈球菌感染，臨床上會應用廣效性抗生素直到陰性培養報告出爐，排除感染可能。若肺部X光有心臟肥大則需安排心臟超音波進一步確認是否有先天性心臟病。

小於34週出生新生兒或因母體內科疾病，如：妊娠糖尿病延遲胎兒肺部成熟，可能要考慮嬰兒呼吸窘迫症。這類新生兒出生後的呼吸窘迫狀況會持續惡化，肺部X光呈現網狀顆粒影像、氣管空氣影像和塌陷未擴張的肺葉。若嬰兒是足月或過熟，可能進一步考慮有胎便或羊水吸入。

另外，有腦部病灶之病嬰也可能因由中樞神經系統(如：蜘蛛膜下出血、腦膜炎或缺氧缺血性腦病變)的過度換氣造成呼吸快喘，或代謝性疾病如：體溫過低或過高、低血糖也可能會有呼吸過速。同時也需排除有多血症、先天構造異常包括：先天肺部發育不全、橫膈膜疝氣、先天囊腫性腺瘤樣畸形。常見的開放性動脈導管，造成肺部血流增加也可能有新生兒呼吸過速。

一般避免在妊娠39週前擇日剖腹產或鼓勵以自然產道生產就能減少新生兒呼吸陣喘發生。新生兒呼吸陣喘治療屬於支持性療法。包括：供氧、維持中心體溫(保溫箱使用)、廣效抗生素給予、禁食或少量管灌餵食。若嬰兒呼吸次數持續在每分鐘60-80下，持續監控循環體液與血液電解質到症狀穩定。

新生兒呼吸陣喘通常預後良好，能於2-5天內改善穩定。介入治療過程中需排除各樣複雜性疾病，在治療穩定後，一般不影響新生兒成長發育中的呼吸功能和體重增加。