

河南省新冠肺炎流行期间 儿童管理专家指导意见

（第一版）

当前，新冠肺炎疫情形势严峻复杂。儿童是新冠肺炎易感人群。为指导各地做好儿童疫情防控工作,保障儿童安全,依据《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第五版)》等,结合我省实际情况,制定本指导意见。

一、健康教育

(一)加强对新型冠状病毒感染途径的认识,注意避免各种可能造成疫情传播的环节。医疗保健机构工作人员必须遵从国家卫生健康委员会颁布的诊疗方案和防控指南开展工作。

(二)加强对医务人员的专业培训,使其熟练掌握新冠肺炎流行病学特点与临床特征,能够按照诊疗规范进行筛查及诊治,能够尽早甄别高危人群:1.疫区居住史;2.与来自疫区的疑似患者接触史;3.家庭聚集发病;4.家庭存在“高危人员”,譬如家庭成员中有公共服务行业的从业人员等。对发热和有呼吸道症状的患儿要按照诊疗规范进行认真筛查分诊,做到早发现、早报告、早诊断、早隔离、早治疗,避免交叉感染。做好后勤管理人员的疫情防控知识培训,避免病毒二次污染。感染控制部门要指导和协助临床医务人员做好自身防护,并做好医疗废物的合理处理。

(三)医疗保健人员有责任做好患者教育工作。要教育和引导家长及儿童其他监护人员做到勤洗手、正确洗手;居室要定期开窗通风;尽量避免儿童外出,外出时必须佩戴适合儿童、大小合适的口罩;尽量少触碰公共设施,包括电梯按钮等;疫情期间,尽量减少与孩子的过度亲昵行为。

二、预防

(一)儿童及其监护人的预防

- 1.积极了解相关知识。通过各种形式的宣传教育获取新冠肺炎防控知识。
- 2.儿童应尽量避免外出,不到人员密集和空间密闭的场所。疫情流行期间自觉避免与他人近距离接触,避免与呼吸道感染者以及近两周去过疫情高发地区的人群接触。
- 3.要加强居室通风,保持居室清洁、空气清新,每天开窗通风2~3次,每次至少30分钟。可以每个房间轮流通风,避免因温差大而引起其他疾患。有条件的家庭可每日定时开启空气净化器、加湿器;避免亲朋好友探访。关注儿童体温。家庭成员不共用毛巾。保持家庭环境卫生干净整洁,可每日用75%的酒精和稀释的含氯消毒剂擦拭物体表面一次,并按正确方法使用消毒剂每天拖地1~2次。
- 4.外出戴口罩,保持手卫生。减少接触公共场所的物品;咳嗽时不要用手捂,要用纸巾遮挡,没有纸巾的情况下用衣袖遮挡。婴幼儿无法佩戴口罩时,应尽量减少与他人近距离接触。家长要教会儿童正确洗手方法,从公共场所返回、饭前便后,用洗手液或香皂流水洗手,没有洗手条件的情况下使用含酒精成分的免洗洗手液(婴幼儿均由监护人协助完成);不确定手是否清洁时,避免用手接触口、鼻、眼。
- 5.合理饮食,保持营养均衡;保持餐具清洁,建议煮沸或用消毒柜高温消毒至少10分钟;保持适当运动锻炼,保证充足的睡眠,适量多饮水,多吃新鲜蔬菜和水果,增强免疫力,防寒保暖不受凉。
- 6.母亲在进行母乳喂养时要佩戴口罩、洗净手,保持局部清洁卫生。母亲是确诊和疑似病例的,不建议母乳喂养。
- 7.做好中医药预防。按照《河南省新型冠状病毒感染肺炎中医药预防方案》要求,开展疫情流行期间的儿童预防工作。

(二)医疗机构的预防

- 1.为保障儿童安全,相关科室及医务人员要明确责任,加强合作。
- 2.优化服务流程,做好分诊服务,防止交叉感染。
- 3.落实医务人员感染防护制度,关注医务人员健康。开展主动健康监测,包括体温和呼吸道症状等。
- 4.按照医院感染防护要求,对诊疗环境进行严格管理。加强诊疗环境的通风,按要求进行空气消毒。做好诊疗环境(空气、物体表面、地面等)、医疗器械、患者用物等的清洁消毒,严格做好患者呼吸道分泌物、排泄物、呕吐物的处理,严格进行终末消毒。
- 5.实施预检分诊,设置发热门诊、隔离诊室,门诊就诊时陪护人员严格限制(1~2人)。
- 6.疫情未得到有效控制期间,暂停各种相对集中的健康宣教、亲子活动、家长学校等活动,可开展网上远程教育。
- 7.在《新型冠状病毒流行期间公共预防指南》指导下开展预防接种工作,合理调整儿童保健门诊和预防接种门诊。
- 8.暂停面对面新生儿访视和儿童健康体检,可通过微信、电话、视频等方式对家长开展在线咨询和指导。
- 9.对确诊或疑似病例所分娩的新生儿,进行母婴隔离。应严密监护新生儿,转诊新生儿需要做好隔离防护。
- 10.加强对探视及陪护人员的管理,陪护人员必须正确佩戴口罩,限制陪护人员(1~2人),谢绝非监护人探视。注意对陪护人员健康状况的动态排查。

三、临床就诊 管理制度和流程

(一)首先于预检分诊处测量体温,并详细提供与流行病学史相关的信息,进行细致和严格分诊。

(二)无流行病学史且无发热和/或呼吸道症状者,分流至儿童普通门诊就诊。

(三)符合流行病学史或有发热症状伴或不伴呼吸道症状者,分流至发热门诊(隔离诊室)就诊,医患均按要求做好个人防护,并按照规定进行排查、上报、隔离及转诊等。

(四)诊断为疑似病例的,立即就地隔离治疗,并按程序进行会诊、上报、采样。需要特别注意的是,对不具备转运条件的儿科/新生儿科危急重症患者,应就地隔离治疗,保障患儿的安全。

(五)疑似及确诊病例按《新型冠状病毒感染的肺炎病例转运工作方案(试行)》转诊到当地定点医院就诊。

四、院内防护

(一)患儿防护

- 1.加强对住院患儿及陪护人员新型冠状病毒防护相关知识的宣传教育。家长及患儿在住院期间均应按照医疗机构要求佩戴口罩,其中患儿使用儿童专用N95防护口罩,勤洗手、避免用手揉眼睛,避免手入口,尽量不触摸公共设施,减少患儿之间聚集玩耍。
- 2.减少住院儿童的院内流动,辅助检查尽可能在床边完成。所有诊疗器械要做好消毒,保持清洁状态。

(二)医务人员防护

- 1.所有儿科、新生儿科及相关医务人员均应按受感染控制相关业务培训,熟练掌握新冠肺炎的防控知识、方法与技能,以防止病毒的传播。
- 2.关注医务人员健康,积极开展与患儿密切接触的医务人员体温和呼吸道症状等的监测,如有发热、干咳等疑似症状应立即进行防护、隔离,避免造成医务人员、患儿及家属间的交叉感染。
- 3.医疗机构应当规范消毒、隔离和防护,储备质量合格、数量充足的个人防护物资,如医用外科口罩、医用防护口罩、隔离衣等,确保医务人员正确选择和佩戴口罩,落实手卫生和感染防控的关键措施,保证个人防护到位。在严格落实标准预防的基础上,强化接触传播、飞沫传播和空气传播的感染防控。
- 4.在疫情控制期间,做好人力资源的调配,保证一线医务人员有充沛的精力和体力。

五、儿童监测病例、疑似病例 和确诊病例处置流程

(一)诊断标准

根据现有为数不多的儿童感染病例的临床表现特点,提出如下监测病例、疑似病例和确诊病例的诊断标准。

1.监测病例

(1)流行病学史:是儿童感染病例早期识别和诊断的重要依据:①高危。发病前14天内曾经密切接触过新冠肺炎确诊病例或疑似病例;②低危。居住地有新冠肺炎聚集性发病。

(2)出现发热或有呼吸道症状,以发热和咳嗽较为常见。需注意部分儿童病例无明显呼吸道症状,而表现为乏力、恶心、呕吐、腹部不适和腹泻等,多在1周内消失。

2.疑似病例

有高危流行病学史的监测病例,满足以下3条中的任意2条者为疑似病例;有低危流行病学史的监测病例,一旦排除流感(规范服用奥司他韦2天无效)及其他常见呼吸道病原体感染,满足以下3条中的任意2条为疑似病例。

(1)发热持续,出现明显呼吸道症状,呼吸急促(婴幼儿<2月龄,呼吸频率≥60次/分;2~12月龄,呼吸频率≥50次/分;1~5岁,呼吸频率≥40次/分)或末梢氧饱和度下降至95%以下。

(2)实验室检查:白细胞总数正常或降低,淋巴细胞计数减少,CRP(C反应蛋白)正常或轻度升高。

(3)肺部影像学显示有新冠肺炎征象。与成人病例临床特点(症状明显期在病后1~2周,排毒时间可持续3~4周或更长)相比较,儿童的病情明显更轻,恢复更快,排毒时间更短,预后更好。

3.确诊病例

在符合疑似病例标准的基础上,取痰液、咽拭子、下呼吸道分泌物、血、尿及肛拭子等标本检测新型冠状病毒核酸阳性,需要在P2级实验室内进行,操作者需实行三级防护(从目前检测情况来看,血液样本阳性率较低,故建议首选呼吸道样本或病毒基因测序,是否与已知的新型冠状病毒高度同源)。

(二)治疗原则及措施

1.基本原则

(1)疑似及确诊病例应在具备有效隔离及防护条件的定点医院尽早隔离治疗;疑似病例应单人单间隔离治疗;确诊病例可多人收治在同一病室。

(2)强调早识别、早隔离、早诊断、早治疗的“四早”原则。

(3)在非定点医院机构内的住院患儿,

住院期间出现发热、呼吸道症状等的疑似病例,首先由多学科组成的专家组进行会诊,根据患儿情况进行个体化处理。若患儿一般情况好,无并发症,具备转诊条件,建议转诊到定点医院治疗。若存在并发症,如热性惊厥、呼吸暂停、循环障碍等,不具备转运条件,建议就地隔离治疗。同时,积极联系具有诊断资质的医疗机构或疾控机构尽快确诊,待患儿病情稳定后及时转运至定点医院治疗。

(4)根据病情严重程度确定治疗方案:无症状/亚临床感染和轻型患儿可以居家隔离观察;普通型根据病情轻重决定是否住院治疗;重型以及合并呼吸衰竭、脓毒性休克或其他器官功能衰竭的危重型必须住院治疗,病情危重者需收入PICU(儿科重症监护病房)、NICU(新生儿重症监护病房)治疗。

2.非住院患儿的管理

(1)患儿在家长陪同下居家隔离,由就医院院或者委托社区医院的医生进行监管与指导。

(2)一般护理。应注意房间定时通风,每次30分钟,每日2次;佩戴大小合适的口罩;勤洗手;充分休息,多饮水,饮食应当易于消化和富有营养;陪同家长也要戴口罩,居家隔离,注意手卫生。

(3)监管与指导。家长需密切观察患儿,有病情变化随时与监管医生联络并接受处理指导,包括如何服药、是否需要到医院复诊或住院等。

(4)消毒措施。居住房间内,应定时采用含氯消毒剂或75%医用酒精擦拭或喷洒地面、各种物体表面进行消毒(消毒剂需保留5分钟),对于耐热的餐具可浸没在容器中煮沸消毒10分钟,清洗衣物时可加入一定比例的消毒液,棉质衣物可煮沸10分钟消毒。

3.住院患儿的管理

(1)隔离。需单间隔离,传染性强者最好隔离于负压病房。医务人员实行三级防护。注意做好患者排泄物和分泌物的严格消杀处理。

(2)一般治疗。卧床休息,保证充分热量;加强支持治疗,注意水、电解质和酸碱平衡。

(3)病情监测。密切监测基本生命体征,根据病情监测血常规、尿常规、CRP、PCT(降钙素原)、生化指标(肝酶、心肌酶、电解质及肾功能等)、凝血功能及动脉血气分析等。根据病情需要,复查肺部影像学。

(4)对症治疗。发热时可适当物理降温,高热时使用退热药物。咳嗽、咯痰严重者给予止咳祛痰药物等。

(5)氧疗。一旦出现呼吸困难和低氧血症(血氧饱和度<95%),应开始给予有效的氧疗,根据病情及时调整氧流量和给氧方式,以维持患儿肺氧合功能。处理新冠肺炎患儿的氧气接口时应做好接触预防措施。

(6)抗病毒治疗。目前尚无有效抗病毒药物。《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第五版)》建议可口服洛匹那韦/利托那韦,但其有效性及安全性、儿童合适的剂量、疗程及作用机制尚不明确。洛匹那韦/利托那韦的用法可参照抗HIV(人类免疫缺陷病毒)疗法,儿童体重7~15千克,每次洛匹那韦12毫克/千克体重和利托那韦3毫克/千克体重;体重15~40千克:每次洛匹那韦10毫克/千克体重和利托那韦2.5毫克/千克体重;每日2次。青少年同成人量,每次洛匹那韦400毫克和利托那韦100毫克,每日2次。根据成人用药经验,推荐尽早用药,疗程为1~2周。

4.重症肺炎的治疗

基本原则是积极综合治疗以纠正肺氧合功能障碍,有效的器官保护和功能支持以及防治并发症。

(1)呼吸支持。出现明显低氧血症或ARDS(急性呼吸窘迫综合征)时,应及时调整氧疗方案,包括经鼻高流量氧疗(HFNO)或无创呼吸机(NIV)。如果呼吸衰竭仍无法纠正,有反复发作呼吸暂停或呼吸律改变或心跳呼吸骤停行心肺复苏后,应进行有创机械通气。气管内插管时应做好三级防护和避免空气传播。对于经上述治疗后仍不能改善的呼吸衰竭和循环衰竭患儿,可考虑使用体外膜肺氧合(ECMO)技术。

(2)循环支持。应密切观察患儿意识、皮肤情况、毛细血管充盈时间、血压、尿量及乳酸水平等,以便早期识别休克。一旦发生休克,即按休克治疗原则处理。有条件情况下先要进行容量状况评估或容量反应性试验,根据评估结果进行容量复苏;若无条件评估时可先给予生理盐水20毫升/千克体重,如果休克不改善或加重,应尽早使用心血管活性药物。若存在ARDS,应在保证组织灌注前提下,严格液体管理,维持液体负平衡,并积极治疗毛细血管渗漏和维护心肾功能。抗休克治疗期间需密切监测血流动力学。

(3)其他脏器功能支持。密切监测患儿器官功能,包括神经、消化、泌尿、血液系统、凝血功能、水、电解质、酸碱平衡,以及内分泌、内环境等,可利用小儿序贯器官衰竭评分(pSOFA)进行评估,及时给予相应的器官功能支持,例如连续性肾脏替代治疗(CRRT)。

(4)糖皮质激素。应避免常规使用皮质类固醇,因在病程早期使用并无益处,还可能有利于病毒扩散。武汉市成人患者治疗经验为,在具备以下4条中任意3条时是使用激素的合适时机:①发热在38.5摄氏度以上,持续

≥3天;②CRP≥30毫克/升;③血清铁蛋白≥1000微克/升;④双肺弥漫性病变。上述变化提示患者肺部病变已进入进展期。推荐甲泼尼龙短程疗法;起始剂量为1~2毫克/千克体重/天,热退后快速减量至停药,疗程3~5天。

(5)静脉用免疫球蛋白(IVIG)。武汉市成人患者治疗经验是,IVIG用于新冠肺炎的疗效有限,危重者可考虑选用,推荐剂量为0.2克/千克体重/天,疗程3~5天。

5.合理使用抗生素

应避免盲目或不恰当使用抗菌药物。仅在继发细菌感染或二重感染时,在充分进行微生物学检查前提下,选用相应抗菌药物治疗,并根据疗效和药物敏感试验结果及时调整。

6.中医药治疗

根据儿童情况,参照最新版《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》,进行辨证施治。建议处方如下(处方中剂量为6~14岁儿童用量,其他年龄段酌情加减)。

(1)早期:多属寒湿郁肺脾胃证。证见:恶寒发热或无热,无汗,干咳气促,倦怠乏力,身重,纳差,胸闷,或呕恶,便溏,舌质淡红或淡,苔白厚腻,脉濡。

治法:宣肺和胃,解表祛湿,辟秽化浊。方药:麻杏苈甘汤合不换金正气散、达原饮加减。药用:生麻黄6克、杏仁10克、薏苡仁20克、苍术15克、陈皮10克、半夏曲10克、藿香10克、厚朴6克、苹果6克、槟榔10克、贯众10克、炙甘草6克。中成药:寒湿者可合九味羌活颗粒、藿香正气口服液;咳嗽著者,予三拗片等。

注:若属湿热之湿温初期,宜三仁汤、藿朴夏苓汤;若太阴风温,可予银翘散合麻杏石甘汤。酌加蒲公英、贯众等清热解暑药。此期的风温(热)咳嗽、流涕者,可以选择小儿翘清热颗粒、小儿抗感颗粒、儿童清咽解热口服液;咳嗽著者,清宣止咳颗粒。

(2)中期。

①湿热阻肺证。证见:身热不扬或往来寒热,汗出,咳嗽有痰,胸闷气促,身重乏力,少气懒言,喘憋,便溏而黏滞,舌质红,苔黄厚腻,脉滑数。治法:清热祛湿,宣肺止咳,辟秽化浊。

方药:麻杏石(薏)甘汤合蒿芩清胆汤、达原饮加减。药用:生麻黄6克、炒杏仁10克、生石膏30~60克、薏苡仁20克、苍术6克、厚朴6克、槟榔10克、苹果6克、青蒿20克、黄芩10克、川贝2克、贯众10克、甘草6克。

中成药:蒲地蓝消炎口服液、双黄连口服液(儿童型)、清宣止咳颗粒、小儿肺热咳嗽颗粒(口服液)、小儿咳嗽灵颗粒等。高热、烦躁者,羚珠散。

②热毒闭肺、燥结大肠证。

证见:高热不退或往来寒热,咳嗽痰少,或有黄痰,腹胀便秘。胸闷气促,极度乏力,咳嗽喘憋,动则气喘,舌质红,苔黄腻或黄燥,脉滑数。治法:清热解毒开肺,通腑泄热化浊。

方药:麻杏石甘汤合宣白承气汤、大柴胡汤加味。药用:生炙麻黄各6克、杏仁10克、生石膏30~60克、瓜蒌15克、生大黄6克(后下)、葶苈子10克、桃仁10克、柴胡12克、黄芩10克、厚朴6克、炒枳实6克、贯众10克、炙甘草6克。

中成药:此型的住院患者可选血必净注射液、喜炎平注射液、热毒宁注射液。高热、烦躁者,羚珠散。

(3)危重期:内闭外脱证。

证见:呼吸困难、喘憋鼻煽,动辄气喘或需要辅助通气,伴神昏、烦躁,汗出肢冷,舌质紫暗,苔厚腻或燥,脉浮大无根。

治法:清心开窍,救逆固脱。

方药:参附汤合苏合香丸或安宫牛黄丸。药用:人参3~6克、黑顺片3~6克(先煎)、山茱萸12克,送服苏合香丸或安宫牛黄丸。

中成药:血必净注射液、参附注射液、生脉注射液等。

注:安宫牛黄丸,小儿3岁以内一次1/4,4~6岁一次1/2,4~6岁一次1丸,一日1次;或速医瘟。合苏合香丸,速医瘟。

(4)恢复期:正虚邪恋证(气阴两伤,余热未清)。

证见:低热,咳嗽,少痰,倦怠乏力,口干,咽痛声嘶,自汗或盗汗,纳差,舌红苔少,脉细无力。

治法:益气养阴,清除余热。

方药:竹叶石膏汤合生脉散。太子参10克、麦冬12克、五味子6克、淡竹叶10克、生石膏30克、半夏6克、陈皮6克、砂仁6克、甘草6克。

中成药:黄龙止咳颗粒、养阴清肺口服液及生脉饮等。

(三)病例发现和报告、医学观察、转运和解除隔离

1.病例发现和报告。各级各类医疗机构的医务人员发现符合病例定义的疑似病例后,应立即进行隔离治疗,院内专家会诊或主诊医师会诊,仍考虑疑似病例,在2小时内进行网络直报,并采集呼吸道或血液标本进行新型冠状病毒核酸检测,同时尽快将疑似患者转运至定点医院。与新冠肺炎患者有流行病学关联的,即便常见呼吸道病原检测阴性,也建议及时进行新型冠状病毒病原学检测。疑似病例连续两次呼吸道病原核酸检测阴性(采样时间至少间隔1天),方可排除。

2.医学观察。密切接触者或可疑暴露者

应进行医学观察。采取居家或集中隔离医学观察,医学观察期为最后一次与确诊患者发生无效防护接触或可疑暴露后14天。观察期间密切监测体温及其他临床表现。

3.转运患儿应使用专用车辆,并做好运送人员的个人防护和车辆消毒,详见《新型冠状病毒感染的肺炎病例转运工作方案(试行)》。

4.解除隔离。体温恢复正常3天以上,呼吸道症状明显好转,肺部影像学显示病灶明显吸收,连续2次呼吸道病原核酸检测阴性(采样时间至少间隔1天),可解除隔离出院或根据病情转至相应科室治疗其他疾病。

(四)医院感染的控制

严格遵照国家卫生健康委《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南(第一版)》《新型冠状病毒感染的肺炎防护中常见医用防护使用范围指引(试行)》的要求执行。特别需要注意三区两线严格区分,医务人员进入和离开隔离区穿脱防护用品要严格遵照流程,建议设置专职人员指导和监督执行。

六、围产期新生儿新型冠状病毒 病毒感染管理要点

(一)母亲疑似新冠肺炎新生儿处理流程

- 1.如发现产前疑似病例,产科通知新生儿儿科,告知疑似产妇信息。
- 2.若产时发现产妇为疑似病例,应当至少提前30分钟通知新生儿科医生;新生儿科医师进入产房前要全面防护(包括帽子、护目镜、防护服、手套和N95口罩等)。
- 3.如疑似产妇随后进行的新born冠状病毒检测结果为阴性,新生儿一般情况好,可随母亲进行母婴同室;如新生儿反应欠佳,有呼吸困难等症状,进入新生儿科观察。如疑似产妇随后进行的新born冠状病毒检测结果为阳性,新生儿进入隔离病房进行隔离诊疗至少14天,暂停母乳喂养。

(二)危重症孕产妇病例新生儿处理流程

- 1.符合以下标准之一,如呼吸衰竭、脓毒症休克、合并其他器官功能衰竭,应立即进入重症监护病房并在条件允许时尽快转运定点诊治医疗机构,隔离收治,产科、儿科共同制订分娩策略。
- 2.产后隔离治疗。母亲由感染科治疗为主,新生儿隔离隔离14天。隔离治疗的产妇治愈后,可考虑母乳喂养。
- 3.新生儿处理原则。由于孕妇高热及低氧血症,胎儿发生宫内窘迫、早产风险增加,应严密监护新生儿,转诊新生儿需做好隔离防护。

(三)疑似及确诊新生儿的处理原则

1.诊断

新生儿感染后临床表现可能会和成人及儿童表现相似,表现为无症状感染、轻症感染和重症感染,新生儿尤其早产儿的症状表现可能更为隐匿,不具有特异性,需要仔细观察与甄别。

(1)疑似感染病例。在分娩前14天和分娩后28天以内有新born冠状病毒感染史的,母亲分娩的新生儿,或者新生儿期间直接暴露于其他有新born冠状病毒感染史的接触者(包括家庭成员、医务人员、探视者),无论有无症状,应考虑疑似感染病例。

(2)确诊感染病例。对于疑似病例,若具备病原学证据可确诊。

2.防治基本原则

(1)疑似病例须进行流感、呼吸道相关病原、血培养等检验进行相关疾病排查,并进行新型冠状病毒PCR(聚合酶链式反应)检测确诊。

(2)如母亲为新型冠状病毒PCR检测阳性患者,新生儿需进入新生儿病房隔离、监护,并进行新型冠状病毒PCR检测确诊。

3.治疗

目前尚无有效的抗新型冠状病毒药物。避免盲目或不恰当使用抗菌药物。可酌情使用静脉用丙种球蛋白。

(1)所有疑似或确诊新生儿病例应尽早收入隔离病房由新生儿专业医务人员监护与治疗,临床以对症、支持治疗为主,维持内环境平衡,尽量避免气道内操作。实施有效的单间安置和执行接触隔离、飞沫隔离、在进行易产生气溶胶操作时执行空气隔离措施。

(2)新生儿重症病例的治疗。在对对症治疗基础上,防治并发症,并进行有效的器官功能支持。对于以“白肺”为表现的重症急性呼吸窘迫综合征患儿,大剂量肺表面活性物质、一氧化氮吸入,高频振荡通气(HFOV)可能具有疗效。特别危重病例必要时需要实施持续肾替代治疗(CRRT)与ECMO支持。

4.出院标准

(1)无症状感染。每隔2天采集上呼吸道标本(鼻咽拭子+咽拭子)检测新型冠状病毒,连续2次(采样时间间隔至少1天)呈阴性结果。

(2)上呼吸道感染。体温恢复正常3天以上、症状改善,连续2次(采样时间间隔至少1天)采集的上呼吸道分泌物标本(鼻咽拭子+咽拭子)检测新型冠状病毒呈阴性结果。

(3)肺炎。体温恢复正常3天以上、呼吸道症状好转,肺部影像学显示炎症明显吸收,连续2次(采样时间间隔至少1天)采集的上呼吸道标本(鼻咽拭子+咽拭子)和下呼吸道标本(痰液)检测新型冠状病毒都呈阴性结果。

(河南省卫生健康委员会)