

新生儿消化道出血 78 例临床分析

高海军

[摘要] 目的: 了解新生儿消化道出血的原因, 探讨防治措施。方法: 对 78 例新生儿消化道出血进行临床分析, 总结出出血原因及防治途径。结果: 78 例中新生儿出血症 16 例(20.5%), 坏死性小肠结肠炎 4 例(5.1%), 应激性溃疡 58 例(74.4%); 应激性溃疡的原因主要有出生时窒息、早产、重症感染、硬肿症、休克。结论: 应激性溃疡是新生儿消化道出血的最常见原因, 且为新生儿危重病症的合并症。加强围产期保健可减少新生儿消化道出血的发生率。

[关键词] 出血, 胃肠, 新生儿出血性疾病, 应激性溃疡

[中国图书资料分类法分类号] R 722.152 [文献标识码] A

新生儿消化道出血是新生儿常见急症, 也是新生儿危重症的合并症。本文就我院 2000~2003 年收住的 78 例新生儿消化道出血进行临床分析, 旨在了解新生儿消化道出血的常见原因, 寻找防治途径。

1 临床资料

1.1 一般资料 78 例新生儿消化道出血以呕血和便血为主入院的 12 例, 在住院期间呕血或从胃管抽出咖啡色血液、或排出血便、柏油样便 66 例(以上均可排除假性呕血、便血)。足月儿 46 例, 早产儿 27 例, 过期产儿 5 例, 胎龄 29~43 周, 体重 1 200~3 700 g。日龄 1/2 小时~12 天。

1.2 辅助检查 进行血常规、血小板计数、出凝血时间、凝血酶原时间、血胆红素、电解质、肝肾功能、大便常规加潜血检查, 早产儿及有窒息史的患儿常规行头颅 CT 检查。

1.3 消化道出血原因 根据临床表现及实验室检查, 总结 78 例新生儿消化道出血的原因: 新生儿出血症 16 例(20.5%), 坏死性小肠结肠炎 4 例(5.1%), 应激性溃疡(stress ulcer) 58 例(74.4%), 以上疾病的诊断标准均依据金汉珍等主编的《实用新生儿学》^[1]。应激性溃疡的原因主要有围生期因素 64 例(82.1%), 包括早产、出生时窒息(生后 1 min Apgar 评分 \leq 3 分 23 例, 4~7 分 36 例)。经头颅 CT 证实为缺氧缺血性脑病 46 例, 颅内出血 8 例, 吸入性肺炎 32 例, 硬肿症 21 例, 败血症 12 例, 合并感染性休克 1 例。

1.4 并发症 贫血 54 例, 黄疸 63 例, 其中高胆红素血症 22 例, 氮质血症 4 例。

1.5 治疗及转归 积极治疗原发病, 纠正缺氧、酸中毒, 抗感染、输血等对症处理, 除新生儿自然出血症给予母乳喂养外, 余均严格禁食给予静脉营养。

止血治疗主要应用维生素 K₁ 至少 3 天, 对于呕血患儿先插胃管抽出积血, 然后以冷盐水洗胃, 洗胃后从胃管中注入去甲肾上腺素 1 mg 加生理盐水 5 mL。2001 年以前的入院患儿加用酚磺乙胺, 血凝酶静脉滴注。2001 年以后加用西米替丁, 2~4 mg/kg 加入 10% 葡萄糖注射液静滴每日两次, 至出血停止, 一般用 3~5 天。新生儿出血症 16 例均治愈。坏死性小肠结肠炎 4 例, 治愈 3 例, 病死 1 例; 应激性溃疡 58 例, 治愈 52 例(89.7%), 病死 4 例(6.8%)。自动出院 2 例。病死原因为多器官功能衰竭、DIC。

2 讨论

新生儿消化道出血的常见原因为应激状态所致的糜烂性胃炎或应激性溃疡, 王宝西和林希平等^[2,3] 分别对 20 例和 21 例上消化道出血的新生儿进行纤维胃镜检查, 均出现有不同部位、不同程度的病变, 主要为溃疡、糜烂和炎症, 提示应激性溃疡是新生儿上消化道出血最常见的原因。本组 78 例中应激性溃疡 58 例, 足以说明其在新生儿消化道出血病因中的重要性。新生儿应激性溃疡的原因以围生期窒息、早产及重症感染为主(82.1%), 而以上因素又与新生儿硬肿症关系密切, 当新生儿由于各种诱因而处于应激状态时, 血中儿茶酚胺分泌增多, 继而使胃酸分泌亢进, 胃液酸度明显增高, 同时在应激时, 由于血液重新分布而使消化道黏膜缺血和坏死, 使胃黏膜屏障功能破坏, 即使胃酸分泌不增加, 由于 H⁺ 的逆向弥散, 也可促使溃疡的发生, 从而造成胃肠黏膜损伤, 出血。所以对于有围生期因素而诱发的新生儿消化道出血, 应尽快恢复有效血循环, 以改善胃肠缺血状态, 同时应用抗氧化剂, 减少再灌注后的氧自由基损伤^[4]。加强围产期保健能有效减少新生儿消化道出血的发生率。早产儿胃肠道、肝功能不成熟, 导致维生素 K₁ 依赖因子缺乏, 容易出血。本组早产儿消化道出血 27 例, 所以早产儿出生后即应常规应用维生素 K₁, 有出血倾向的适当输新

鲜血,以补充凝血因子。感染导致的应激性溃疡均为重症感染,如败血症、化脓性脑膜炎、感染性休克,说明应激性溃疡是新生儿危重病症的合并症,有时为多器官功能衰竭之胃肠功能衰竭的重要表现。应激性溃疡的治疗除去除病因、维持机体内环境的稳定、运用维生素 K₁ 外,我们用西米替丁止血获得较好疗效,有效率 95%。西米替丁是组胺 H₂ 受体阻滞剂,可拮抗组胺对胃壁细胞的泌酸作用,从而抑制胃酸分泌,同时抑制胃蛋白酶的分泌并使其活性降低,有利于胃肠黏膜屏障的重建和出血的控制。

应激性溃疡患儿,尤其是早产儿应严格禁食,否则可使消化道出血加重,并常诱发呕吐。待出血停

止开始喂养时,宜先喂两次 5%糖水,观察无呕吐及胃肠出血后再喂 2:1 母乳,由少到多,渐过渡到全奶。对重度窒息患儿应延迟喂养,一般待病情稳定、血气正常后再喂养,可有效防止或减少应激性溃疡导致的消化道出血。

[参 考 文 献]

- [1] 金汉珍,黄德珉,官西吉.实用新生儿学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2002:245~246.
- [2] 王宝西,王茂贵,王玲,等.新生儿上消化道出血纤维胃镜检查及治疗[J].中华儿科杂志,1997,35(2):67.
- [3] 林希平,覃革荣,赵景松,等.新生儿急性应激性胃粘膜病变 21 例报告[J].新生儿科杂志,1998,13(2):58~59.
- [4] 张家骥,魏克伦,薛辛东.新生儿急救学[M].北京:人民卫生出版社,2000:446~447.

· 临床医学 ·

[文章编号] 1000-2200(2005)02-0157-02

Richards 钉治疗老年人股骨粗隆间骨折 21 例

赵建秋

[关键词] 股骨骨折;骨折固定术;髓内;Richards 钉

[中国图书资料分类法分类号] R 683.42;R 687.33 [文献标识码] B

股骨粗隆间骨折是老年人常见的骨折,其治疗方法较多,但因受老年并发症的困扰,疗效常欠理想。2001 年 1 月~2004 年 3 月,我院采用 Richards 钉治疗股骨粗隆间骨折 21 例,经随访观察,疗效满意。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 21 例,男 11 例,女 10 例;年龄 62~82 岁。按 Evans 分型,Ⅰ型 2 例,Ⅱ型 8 例,Ⅲ_A型 6 例,Ⅲ_B型 4 例,Ⅳ型 1 例。其中合并高血压 12 例,合并糖尿病 4 例,合并慢性支气管炎 3 例。

1.2 术前评估 高龄患者入院后进行全面系统检查了解心肺功能,对合并高血压、糖尿病等并存疾病积极与相关科室合作,迅速有效的控制并存的内科疾病,并对患者的伤前活动能力及全身情况评估,特别是心脑血管状态和储备能力,这对决定手术与否及术后存活力起决定影响。

1.3 手术方法 术前均行胫骨结节牵引或皮牵引 3~7 天,摄片复查,如骨折基本复位,则在硬膜外麻醉下行手术治疗,患者仰卧位,患侧垫高约 30°,取髋关节外侧切口,显露股骨上段及大粗隆,切开放股骨颈前侧关节囊,显露骨折端,清理断端卡压的软组织,助手外展及内旋患肢并对抗牵引,直视复位后,左股骨粗隆下 2~3 cm,股骨外侧中点,钻入直径 2 mm 导针,与股骨颈中轴线平行,摄片复查见导针位置正确,用联合导钻扩大钉尾处骨皮质,攻丝后,顺导针拧入鹅颈钉,钉尾与骨皮质平齐,钉头距股骨头软骨下 1~1.5 cm,连接 130°套筒钢板,并将其贴附于股骨外侧,逐一打孔固定后,加压器加

压并拧入固定螺钉,各方向活动患肢,检查固定后的稳定程度,冲洗并关闭切口,放引流管引流,术后第 2 天行股四头肌锻炼,术后 3 天拔引流管,术后 1 个月扶拐下床不负重行走,摄片复查见骨痂已明显生长时,可逐步负重锻炼。

2 结果

本组 21 例,切口均 I 期愈合,骨折均达到解剖或近解剖复位,随访 4 个月至 2 年,全部骨折愈合,骨折愈合时间 8~24 周。无并发深静脉血栓、髓内翻及内固定松动断裂等。髋关节功能恢复正常或接近正常。

3 讨论

股骨粗隆间骨折是指股骨颈底部至小粗隆之间的骨折,常见于老年人,多合并有心、肺、脑等器官慢性病变。传统的牵引治疗方法简单,创伤小,但需长期卧床,易发生并发症,病死率较高,且容易出现患肢功能障碍和髓内翻。近年来有提倡手术治疗的倾向,认为除非是合并严重心、脑等器官疾病者外,都可以行手术治疗^[1]。手术固定能明显减轻骨折的疼痛,可早期活动,避免长期卧床引起的并发症,为恢复生活自理能力创造良好条件,并且很少发生髓内翻,且肢体功能恢复较好。本病的手术方法虽多,但良好的复位及复位后的稳定性维持是治疗的关键^[2]。坚强有效的固定能防止髓内翻的发生,为早期锻炼创造条件。Richards 钉为一钉板结构,近端为一粗螺纹拉力螺钉,对股骨头颈的把持力大,远端为套筒钢板,通过螺钉与骨折远端坚强固定,粗螺纹钉可在套筒内滑动,并通过加压器可使骨折端紧密嵌压。整个装置静态负荷力为 466 kg,弯曲负荷为 80 kg^[3],而人体负重时股骨头颈承受的压力是人体重的 3~5 倍^[4],故其能提供有效的力学支持,为早期下床活动提供条件。该装置兼具静力加压和动力加压两种作用,能够促进骨折愈合。

[收稿日期] 2004-08-17

[作者单位] 安徽省明光市人民医院 骨科, 239400

[作者简介] 赵建秋(1970—),男,安徽明光人,主治医师。