

# 新生儿败血症伴严重应激性溃疡 1 例

马陆

(浙江省桐乡市洲泉中心医院儿科 桐乡 314513)

关键词:新生儿败血症;应激性溃疡;药物治疗;病例报告

中图分类号:R 722.13<sup>+1</sup>

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2004)05-0060-01

患儿,男,3d,因发热半日于 2002 年 10 月 17 日入院。患儿系 GIP1,足月顺产,生时羊水Ⅱ度污染。生后家人迷信胎粪解尽方能进乳,故一直未予哺乳,仅予白开水口服,病程中不咳,无腹泻。因发热,39.5°C,前一日予头孢拉定 0.3g+地塞米松 1mg 肌注无效而入院。

体检:T 40°C,P 153 次/min,R:70 次/min,神志清,精神萎靡,颜面苍白,营养发育一般,全身皮肤粘膜无黄染,瘀点、瘀斑,五官正,前囟平、软(1.5×1.5cm),胸廓对称、无畸形,HR 153 次/min,心律齐、无杂音,心音正常,双肺呼吸音正常,腹平、软,肝肋下 1.5cm,脾肋下刚及,脊椎四肢无畸形,弹足底反应可,有觅食反射但较弱,双侧克氏征(±)右侧巴氏征(+).

实验室检查:WBC 18.2×10<sup>9</sup>/L,GR 83.6%,LY13.7%,MO2.3%,Hgb 154g/L,PLT 356×10<sup>9</sup>/L,小便常规(-)。

治疗:入院考虑新生儿败血症,予益萨林 0.5g(V)gtt qd,青霉素 120 万 U(V)gtt qd,维生素 K<sub>1</sub> 5mg(v)qd,同时予 10%水合氯醛 1.5mL(E)st,安乃近稀释滴鼻。患儿体温第 2 日即降至 36.7°C。继予原治疗,并嘱母乳喂养。但下午 4:50 出现解黑便,急查 OB(++),予速止 1 支(V)st,无效。继之见口腔呕鲜血,便鲜血,持续至下午 6:30,仍不停。当时检查患儿颜面苍白,呼吸规则但微弱,四肢凉,口腔内见鲜血并间带新小鲜血块,肛门周围遍布鲜血。总量估计 80~100mL。急查血 BT,CT 均 3min,PLT 90×10<sup>9</sup>/L,由于每日予维生素 K<sub>1</sub>5mg(v)故当即排除新生儿出血症、血小板减少症。遂诊断为应激性溃疡,同时验血点快速止住,也排除了 DIC 以及其他出凝血疾病。当即从鼻腔内插入小号胃管,用 5%SB 液

20mL 针筒注入清洗胃部,反复冲洗至排出液呈少许淡红色液体,再注入 0.9% NS 20mL+去甲肾上腺素 0.3mL。后迅速拔出胃管。嘱禁乳,并急予输入新鲜血 60mL,西咪替丁 50mg(v)gtt qd,纳络酮 0.3mg(v)st。如此处理后患儿未再呕血,精神迅速好转。第 2 天再予 30mL 新鲜血液输入。大便在 10 月 20 日转为黄绿色便。嘱可进乳。2004 年 4 月 23 日查 Hgb:110g/L,总输入血量达 90mL 后血色素仍 110g/L。入院时 154g/L,说明出血量超过 100mL,后继予制酸、抗炎处理,至哭声正常,进乳正常,反应正常后于 2002 年 10 月 27 日痊愈出院,出时外周血象:WBC 9.9×10<sup>9</sup>/L,GR53.2%,LY 44.4%,PLT 329×10<sup>9</sup>/L。

讨论:应激性溃疡是严重感染、烧伤、药物等诱发的一种危急重症。机理是应激激素分泌过多导致胃肠粘膜血流障碍,粘膜屏障破坏,H<sup>+</sup>逆行扩散等有关。新生儿应激性溃疡大多在胃部。新生儿应激性溃疡往常出血较少,呕血量少,大多与胃内容物混合后呕出少量暗黑色内容物。象上述如此大量呕血,便鲜血,不间断危急表现实属罕见。究其原因可能与出生后未及时哺乳、胃酸性物质直接损伤胃粘膜,以及严重感染的诱发综合所致。呕鲜血、便鲜血一般量较大,新生儿总血量 300mL,出血量超过总量的 1/5 可以出现休克及贫血。如此危重患儿治疗成功得益于快速有效的止血方法,及时的鲜血输入。注意与新生儿出血症、血小板减少症,以及其他出凝血疾病鉴别。传统的内科保守疗法仍不失为一种很好的方法。注意插管时将患儿侧卧位,避免血液反吸入支气管内。

(收稿日期:2004-05-09)

皮质激素及对症治疗等。而气胸治疗则需采用分步治疗和个体化治疗:(1)休息观察。气胸时肺压缩<20%的闭合性气胸不需抽气(肺功能极差者除外),仅卧床休息,每日可吸收胸腔内气体容积的 1.25%。而高浓度氧疗法(面罩呼吸,持续吸入氧流量 3L/min,或间断吸入氧流量 16L/min)可使气胸气体吸收的速度提高达 4.2%,肺完全复张时局明显缩短<sup>[4]</sup>。(2)穿刺抽气。该法唯一目标是排出气体,使肺复张。方法简单,创伤性小,费用低。但其不利之处无确切防止复发的功能,其次成功率也变化很大。本组有 3 例行穿刺抽气,其中 1 例在穿刺抽气过程中并发张力性气胸,而紧急行胸腔闭式引流。(3)胸腔闭式引流术。由于休息观察及穿刺抽气均有局限性,因而许多学者考虑更积极的方法,建议对于大多数 COPD 合并气胸患者均予以胸腔插管。本组 18 例患者成功行胸腔闭式引流,留管 7~10d,期间观察记录漏气情况,如裂

口关闭,次日夹管,胸片复查未发现气胸,24h 后拔管。(4)防治气胸复发。据报告首次气胸后约有 20%~30%患者在 2 年内复发,第 2 次发生气胸中再次发生气胸的比率更高<sup>[2]</sup>。预防其复发的方式主要有胸膜粘连术,外科干预尤其电视胸腔镜(VAT)的发展及电烙、激光等去除肺大泡等。

## 参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J].中华呼吸和结核杂志,2002,25(8):453~460
- [2]施毅,陈正棠.现代呼吸病治疗学[M].北京:人民军医出版社,2002.483~487
- [3]李公舜,周健军,陈建建.成人自发性气胸 32 例误诊漏气原因分析[J].现代诊断与治疗,2002,13(2):119~120
- [4]陈灏珠.实用内科学[M].北京:人民卫生出版社,2001.1652~1654

(收稿日期:2004-03-05)