

113 例新生儿窒息产科原因分析

马莉

(江西省赣州市妇幼保健院 赣州 341000)

摘要:目的:探讨新生儿窒息的原因及其预防措施。方法:采用回顾性分析法,对 113 例新生儿窒息进行产科原因分析。结果:新生儿窒息的前三位原因分别是脐带因素(30.97%)、早产(19.47%)和过期妊娠(9.73%)。胎儿窘迫与新生儿窒息密切相关。结论:做好产前保健,规范产程管理,预防并及时处理有关并发症,重视产前、产时电子监护及 B 超监测,及时处理胎儿窘迫,可预防新生儿窒息。

关键词:新生儿窒息;危险因素;产科

中图分类号:R 722.12

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)06-0059-02

新生儿窒息是围生儿死亡的主要原因,是产科最常见的新生儿危象,其发生率与孕期保健、产科及新生儿处理质量密切相关。本研究通过对 113 例新生儿窒息发生的产科原因进行分析,旨在探讨新生儿窒息的预防措施,降低新生儿窒息的发生率,提高围产期保健质量。

1 资料与方法

1.1 资料来源 2006 年 1 月~2007 年 12 月我院收住妊娠 28~43 周孕妇分娩新生儿 3 236 例,发生新生儿窒息 113 例。孕妇年龄 18~41 岁,平均年龄 30.1 岁。

1.2 方法 新生儿窒息判定标准:新生儿出生后 1~5 min Apgar 评分≤7 分为窒息,4~7 分为轻度窒息,≤3 分为重度窒息。

2 结果

2.1 新生儿窒息在不同孕周的发生率 与足月妊娠比较,早产、过期产的新生儿窒息率差异有显著性($P<0.05$),而早产的重度窒息率最高,与足月妊娠比较差异有显著性($P<0.05$)。见表 1。

表 1 新生儿窒息情况及孕周分布 例					
孕周	同期新生儿数	新生儿窒息		窒息率(%)	重度窒息率(%)
		轻度	重度		
< 37	249	14	8	8.84	3.21
37~40 ⁶	2 568	50	14	2.49	0.54
41~41 ⁶	346	13	3	4.62	0.87
>42	73	9	2	15.07	2.74
合计	3 236	86	27	3.49	0.83

2.2 新生儿窒息的产科原因 脐带因素、早产、过期妊娠及羊水过少为主要原因,而重度窒息中,以产前出血、有妊娠合并症、早产居前三位,再次为羊水过少等。见表 2。

2.3 新生儿窒息与胎儿宫内窘迫的关系 113 例研究对象中有 42 例胎心改变延续为新生儿窒息,轻度窒息 30 例,占 71.43%;重度窒息 12 例,占 28.57%。羊水污染占窘迫总数 75.64%,胎心基线变异占窘迫总数 87.18%。见表 3。

宫颈的作用,使宫口松弛。且米索前列醇口服 15~60min 血浆浓度迅速上升达峰值,2 h 左右平均血浓度降至较低水平,然后维持一个低水平^[2]。依据这些原理,术前 2h 使用米索前列醇可软化扩张宫颈,避免和减轻扩宫的机械性损伤和牵拉刺激,降低受术者的痛苦,缩短手术时间,减少出血。本临床观察结果表明两组宫颈软化扩张总有效率实验组明显高于对照组,人流综合征发生率实验组低于对照组,手术时间和出血量实验组少于对照组。与国内报道人流手术前 48h 口服米非司酮 150mg^[3]相比较,人流术前 2 h 口服米索前列醇 0.4mg

表 2 新生儿窒息的产科原因分析 例				
产科原因	新生儿窒息		窒息率(%)	重度窒息率 (%)
	轻度	重度		
过期妊娠	9	2	9.73	18.18
脐带因素	32	3	30.97	8.57
羊水过少	8	3	9.73	27.27
第二产程过长	7	2	7.96	22.22
产前出血	3	3	5.31	50.00
胎膜早破	6	2	7.08	25.00
早产	14	8	19.47	36.36
有妊娠合并症	4	3	6.19	42.86
巨大儿	3	1	3.54	25.00
合计	86	27	100	23.89

表 3 新生儿窒息与胎儿宫内窘迫的关系 例						
新生儿窒息	胎儿窘迫	胎心改变	羊水污染			胎心基线变异
			I 度	II 度	III 度	
轻度	58	30	5	16	19	30
重度	20	12	2	3	14	12
合计	78	42	7	19	33	42

3 讨论

窒息是新生儿常见的急症和主要的死亡原因之一,凡能使血氧浓度减低的任何因素都可引起胎儿和新生儿窒息。世界卫生组织机构将新生儿窒息定义为新生儿血液缺氧、碳酸增多及酸中毒^[1]。新生儿窒息一般医院发生率约为 5%^[2],本组资料中新生儿窒息发生率为 3.49%。

脐带绕颈是产科常见并发症,发病率为 20%~25%^[3]。本组资料显示新生儿窒息的产科相关因素中,第一位是脐带因素,占 30.97%。脐带过短、缠绕或脱垂、受压、扭转、打结均可使脐动静脉受压,出现胎儿一胎盘循环障碍,引起胎儿缺血缺氧。临床上表现为胎心改变,羊水不同程度污染,胎心监护出现变异减速,并可发展为迟发减速。因此,应加强围产期保健,有条件医院产前尽可能行脐血流图及彩色多普勒或 B 超检查,有脐带异常者应对胎儿重点监护,尽可能行胎心电子监护。变异减速提示脐带受压、胎儿血循环受阻或胎头受压,当变异减速程度加重或合并其他异常心率图型如基线变异

,明显缩短了术前用药时间,而且药物剂量非常小,价格便宜,效果可靠,副反应及并发症少,患者易于接受,具有显著优越性,尤其适用于基层医院。

参考文献

[1]吴熙瑞.药物性流产[J].中国实用妇科与产科杂志,2000,16(10):579
[2]邵庆翔.米非司酮及配伍前列腺素应用于终止早孕的药代动力学[J].中国实用妇科与产科杂志,2000,16(10):582
[3]周霞平.米非司酮在吸宫流产术前的应用[J].中国实用妇科与产科杂志,2000,16(10):627

(收稿日期:2008-06-11)

法莫替丁联合思密达治疗新生儿上消化道出血 21 例疗效观察

黄邦健

(江西省铅山县中医院 铅山 334500)

关键词: 新生儿上消化道出血;法莫替丁;思密达

中图分类号: R 722.1

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0060-01

我院于 2001 年 1 月~2007 年 7 月收治新生儿上消化道出血患儿 41 例, 采用法莫替丁联合思密达局部止血治疗 21 例, 疗效满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 2001 年 1 月~2007 年 7 月在我科住院的新生儿, 上消化道出血患儿 41 例, 其中原发病为新生儿窒息 11 例, 缺血缺氧性脑病 11 例, 颅内出血 6 例, 早产儿 5 例, 新生儿捂热综合征 3 例, 新生儿自然出血症 3 例, 败血症 1 例, 新生儿肺炎 1 例。所有患儿均有呕血和 / 或黑便、大便潜血阳性。41 例患儿随机分为两组, 治疗组 21 例, 男 12 例, 女 9 例, 日龄 0~3d 13 例, 3~7d 6 例, ≥7d 2 例; 对照组 20 例, 男 14 例, 女 6 例, 日龄 0~3d 11 例, 3~7d 7 例, ≥7d 2 例。两组患儿年龄、性别、临床表现及原发病等差异无显著性, 具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患儿均积极治疗原发病, 纠正缺氧, 维持正常呼吸、循环、血气、电解质水平, 抗感染、禁食, 出血重者输血, 静脉应用止血剂 VitK 15mg/d, 连用 3d。治疗组在此基础上应用法莫替丁联合思密达胃内保留止血治疗。方法: 将小儿鼻胃管经鼻插入胃中, 确认胃管在胃内, 用冷生理盐水洗胃, 洗到流出液基本转清, 然后再经胃管注入 1g 思密达 (用 5~10mL NS 混匀), 胃内保留, 12h 一次, 同时给予静滴法莫替丁 0.4mg/kg。记录出血停止时间, 观察副作用。

1.3 疗效判断 显效: 用药 24h 内出血停止; 有效: 用药 48h 内出血停止; 无效: 用药超过 48h 出血未完全停止。

2 结果

治疗组显效 12 例, 有效 8 例, 无效 1 例, 总有效率 95.2%; 对照组显效 6 例, 有效 7 例, 无效 7 例, 总有效率

明显减弱或消失、心动过速等, 应及时采取有效措施。

本资料显示早产和过期妊娠新生儿窒息发生率明显提高, 早产儿特别是孕周 <35 周者, 主要是肺发育不全, 其自主呼吸的建立及维持困难, 易发生新生儿窒息。而早产的发生常常伴有许多高危因素, 与妊娠并发症及合并症有密切关系。而过期妊娠由于胎盘生长停止、功能减退, 引起胎儿慢性缺氧或对缺氧的耐受性下降导致新生儿窒息。因此必须做好早产和过期妊娠的处理, 在治疗的同时还需监测胎儿成熟度, 促进胎儿各功能的发育、成熟, 改善胎盘功能, 适时终止妊娠, 分娩时加强产程监护。

胎儿宫内窘迫与新生儿窒息密切相关, 新生儿窒息约有 2/3 是胎儿宫内窘迫的延续^[1]。胎心电子监护能较客观、动态反映胎心心动情况, 出现频繁的晚期减速、重度变异减速和 (或) 基线缺乏变异, 均表示胎儿窘迫^[2]。本组资料胎儿窘迫共 78 例, 占 69.03%, 出现胎心基线变化者 68 例, 占 60.18%, 重度窒息者基线变异明显多于轻度窒息。因此, 在产程中除了

65.0%; 两组疗效有显著性差异 ($P < 0.05$)。平均止血时间治疗组为 (29 ± 9) h, 对照组为 (44 ± 8) h, 两组有显著性差异 ($P < 0.05$)。

3 讨论

新生儿重症疾病常合并上消化道出血, 在窒息、缺血缺氧性脑病、颅内出血及重症感染等疾病急性期, 机体处于应激状态, 交感神经兴奋性增加, 释放大量的茶酚胺, 使胃肠道血管平滑肌收缩, 胃黏膜血流明显减少, 导致黏膜糜烂、水肿、出血、渗血, 胃黏膜屏障破坏, 临床上出现呕血和 / 或黑便。新生儿上消化道出血是危急情况, 大量出血可危及生命, 需要采取积极有效的措施, 迅速止血。法莫替丁属于 H_2 受体拮抗剂, 能选择竞争结合细胞膜上的 H_2 受体, 使壁细胞内 CAMP 产生, 胃酸分泌减少, 不仅对组胺刺激分泌具有抑制作用, 尚可部分抑制胃泌素和乙酰胆碱刺激的分泌^[3]。从而保护胃黏膜屏障, 促使黏膜糜烂、水肿、出血、渗血愈合。思密达为天然的双硅盐铝和镁构成的片状结构, 对消化道黏膜具有很强的覆盖能力, 与黏蛋白相互结合, 修复、提高黏膜屏障对攻击因子的防御机能, 并能通过激活凝血因子 VII、VIII、XII, 起到局部止血的作用^[4]。两药联用起到局部止血的协同作用, 并能促进黏膜修复、再生上皮组织, 从而彻底止血。笔者治疗的 21 例新生儿上消化道出血, 疗效满意, 有效率、止血时间明显优于对照组, 未见不良反应。

参考文献

[1] 林庚金. 消化病新概念[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1997. 35
[2] 张璐定, 陈惠馨. 思密达治疗小儿上消化道出血疗效观察[J]. 临床儿科杂志, 1995, 13 (3): 212

(收稿日期: 2008-08-12)

严密观察胎心、羊水性状外, 胎心电子监护可及时发现和处理胎儿宫内窘迫, 减轻新生儿窒息的程度和减少并发症发生。

通过对新生儿窒息原因的分析, 我们的体会有: 产科医生应加强学习, 充分掌握产科理论知识, 加强责任心。加强孕期保健工作, 对高危孕妇应重点管理, 增加产检次数, 强调注意事项, 对孕期并发症, 做到早预防、早诊断、早治疗。脐带因素是胎儿窘迫和新生儿窒息的首要原因, 超声等检查应列为常规。对进入产程的胎儿应加强监护, 规范产程管理, 强调阴道检查技巧及认真观察、正确判断产程的重要性, 避免盲目等待。规范宫缩素的使用, 防治异常宫缩, 避免胎儿窘迫的发生。

参考文献

[1] 凌萝达, 顾美礼. 难产[M]. 第 2 版. 重庆: 重庆出版社, 2004. 177-181
[2] 王慕逖. 儿科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 107-108
[3] 程志厚. 胎心率及其监护[M]. 北京: 北京出版社, 1990. 21-123
[4] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 394-902
[5] 乐杰. 妇产科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 162

(收稿日期: 2008-08-14)