

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

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^[1]。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^[2]。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)

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^[3]。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^[4]。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

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, 我们的体会是: 产科医生应加强学习, 充分掌握产科学理论知识, 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)