

养优于人工或混合喂养,应提倡母乳喂养。

[参 考 文 献]

[1] 金汉珍,黄德珉,宫希吉.实用新生儿学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1999,402-459.
[2] Bennet L,Quaedackers JS,Gunn AJ,et al. The effect of asphxia on superior mesenteric artery blood flow in the premature sheep

fetus[J]. J Pediatr Surg,2000,35(1):34-40.
[3] 朱翠平,谢宗德.新生儿窒息后胃肠功能紊乱与合理喂养[J].中国当代儿科杂志,2000,2(2):126-128.
[4] 朱翠平,谢宗德,吴丽元.窒息新生儿早期喂养与胃肠功能紊乱临床分析[J].湖南医科大学学报,2001,26(3):271-273.
[5] 黄瑛,邵肖梅.新生儿胃肠道动力与疾病[J].国外医学儿科学分册,1998,25(1):19-23.

(本文编辑:吉耕中)

· 病例报告 ·

小婴儿红细胞异常凝集 2 例报告

余晓军

(解放军第 161 中心医院儿科,湖北*武汉 430010)

[中图分类号] R555 [文献标识码] E

例 1,男,37 d,腹胀 2 h 伴呕吐腹泻、不哭少动、拒乳入院。查体:体重 2 500 g,T 35.2℃(肛温),R 76/min,面色青灰,可见点头呼吸及三凹征,发育营养极差。对外界刺激无反应。全身皮肤呈花纹状。前囟、双眼窝凹陷。两肺底闻及细小湿性罗音少许,HR 190/min,心音钝,腹部高度膨隆,肝肋下 2 cm,质中,脾可及 1 cm,肠鸣音极弱。外周血红细胞(2.56~2.99)×10¹²/L,血红蛋白 71~80 g/L,白细胞(23.0~35.0)×10⁹/L,两次血培养无菌生长,腹部平片无异常,胸片:右上肺炎。入院诊断:重症肺炎并感染中毒性休克,重度贫血,心力衰竭,即予以输氧,强心,抗感染,抗休克及纠正水电解质紊乱,支持疗法等措施,当日及第 2 日申请输血,实验室报告血型鉴定困难,与 A、B、O、AB 型均出现凝集现象,重复试验结果相同,1 周后病情稳定,再次送检血型为“O”型,交叉配血顺利,多次输“O”型血,无不良反应。

例 2,男,6 d,高热伴抽搐 1 次入院。查体:T 41.2℃,R 74/min,体重 2 800 g,可见点头呼吸及三凹征,面色灰暗,哭声低弱,呻吟不止。全身皮肤可见花纹,两肺底闻及细小湿性罗音,HR 180/min,心音低钝。腹部膨隆,肝肋下 3 cm,脾触及 1.5 cm,质中等。外周血红细胞 2.89×10¹²/L,血红蛋白 78 g/L,白细胞 17.8×10⁹/L,中性粒细胞 0.83。3 次普通血培养均为表皮葡萄球菌生长。胸片:两下肺炎。入院诊断:重症肺炎伴心力衰竭、败血症,重度贫血。即给予抗感染及对症等综合处理,第 2 日

申请配血,实验室报告血型鉴定困难,与 A、B、O、AB 型均出现凝集现象,住院治疗 5 d 后病情明显好转,血型鉴定为“O”型,输血多次,无不良反应。

讨论:本文报告 2 例,例 1 系双胎早产低体重儿,出生 37 d 体重仅 2 500 g 相当于新生儿体重,例 2 生后 6 d 入院,均有严重感染,重度贫血,在病情危重时血型鉴定出现红细胞全凝集现象。人体红细胞在某些疾病的影响下其抗原性可发生改变,从而在配血时出现异常凝集现象。婴儿的 ABO 血型抗原较成人弱,约为成人的四分之一,尤其是新生儿。A、B、H 抗原决定簇在 5~6 周的胚胎红细胞上就可以检测出来,但直到出生时它们的发育还不十分完全,新生儿红细胞与血清试剂的反应仍比成人弱。到 2~4 岁时红细胞抗原才发育完全,故除去操作因素,在严重细菌感染的情况下细菌酶引起的红细胞多凝集现象有两种:T 激活及 TK 激活的红细胞,T 激活是产酶的细菌引起的,红细胞上的 T 抗原被激活后几乎可与所有人的血清发生凝集,但不与新生儿及自身血清凝集。TK 激活红细胞是另一种类型的多凝集细胞,与 T 激活的多凝集细胞很相似,都是暂时性的改变致使配血时出现假阳性反应。重度贫血,体内红细胞数量减少,抗原性减低也相对较易出现异常凝集。新生儿及 6 个月以内的婴儿红细胞抗原性弱,血清抗体极低,在危重儿的抢救中应特别注意其输血安全问题。

(本文编辑:吉耕中)

[收稿日期] 2001-04-16; [修回日期] 2001-09-10
[作者简介] 余晓军(1950-),女,大学,主任医师,儿科主任。