

· 临床经验 ·

极低出生体重儿死亡因素分析(附 22 例报告)

汪勇芬,王鲤珍

(福建医科大学附属第二医院儿科,第二临床医学院儿科教研室,福建 泉州 362000)

[中图分类号] R722 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2005)05-0465-02

极低出生体重儿由于其解剖生理特点,各脏器发育不成熟,易发生各种并发症,死亡率极高,减少极低出生体重儿死亡及并发症的发生是降低围产儿死亡率及提高儿童生存质量的重要环节,为了加深对本病的认识,本文回顾性分析近年来我科 22 例极低出生体重儿的死亡原因及相关因素,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2000 年 1 月至 2004 年 12 月我科共收治极低出生体重儿 54 例,死亡 22 例,病死率 40.7%;其中出生体重 1 000~1 500 g 49 例,死亡 17 例(34.7%),<1 000 g 的超极低出生体重儿 5 例,死亡 5 例(100%)。

1.2 产科情况

孕妇妊娠高血压综合征 10 例(45.4%),多胎妊娠 6 例(28.6%),胎膜早破 14 例(63.6%),前置胎盘 2 例(9.0%),母亲贫血 3 例(13.7%)。

1.3 新生儿并发症

呼吸暂停 18 例(81.8%),窒息 10 例(45.4%)颅内出血 9 例(40.9%),缺氧缺血性脑病 7 例(31.8%),感染 5 例(22.7%),肺出血 4 例(18.2%),消化道出血 3 例(13.6%),呼吸窘迫综合征 2 例(9.0%)。

1.4 治疗措施

本组所有患儿入院后均置入暖箱复温,保持体温 36.5~37℃;加强呼吸管理,监测经皮氧饱和度(TcSO₂)、心率及呼吸,TcSO₂<90%予以氧疗;尽早胃肠道母乳喂养,对体重低、吸吮吞咽功能不协调的患儿则予以鼻饲喂养,对胃潴留明显的患儿则在生后初期暂停喂养,辅以非营养性吸吮刺激胃肠蠕动,摄入不足时于出生 3 d 后予以静脉高营养补充;注

意消毒隔离制度,医护人员加强洗手,严防交叉感染,使用丙种球蛋白 400 mg/kg;胎膜早破患儿常规应用广谱抗生素预防感染;对消化道溃疡患儿静脉给予甲氰咪胍,可同时胃管内注入思密达;生后 6 h 小时内即应用沐舒坦 30 mg/kg 以促进肺表面活性物质形成。本组 2 例生后清除呼吸道后即气管内滴入肺表面活性物质固而苏,预防新生儿呼吸窘迫综合征的发生;常规给予苯巴比妥,首次 20 mg/kg,24 h 后 5 mg/kg,预防颅内出血。

2 讨论

金汉珍等^[1]指出极低出生体重儿死亡率国内报道在 63%~74%,国外资料为 30%~70%,而国外近 5~10 年极低出生体重儿的存活率有明显提高,据报道^[2]体重在 1 000~1 500 g 可达 90%~98%,本组病例极低出生体重儿死亡率 40.7%介于两者之间,超极低出生体重儿死亡率达 100%,这和本组总共只有 5 例超极低出生体重儿,其中 4 例为四胞胎儿,出生时胎龄小体重低合并症严重致生后不久先后死亡有关。

妊娠并发症、胎膜早破、多胎妊娠仍为极低出生体重儿的常见原因, Lee 等^[3]报道胎膜早破是导致早产低出生体重并影响新生儿预后的主要原因。母亲合并症尤其是妊娠高血压综合征,由于持续高血压,周身动脉痉挛,子宫、胎盘长期缺血缺氧,导致胎盘功能不全,绒毛膜及毛细血管面积减少,子宫生长速度减慢,引起胎儿低体重。而多胎妊娠因子宫过度膨胀,宫腔内压力增高,易发生胎膜早破,且多胎妊娠母亲并发症多,易致胎儿宫内生长发育迟缓和低出生体重。本组死亡病例中其母患妊娠高血压综合征者占 45.4%,胎膜早破 63.6%,多胎妊娠

[收稿日期]2005-04-19;[修回日期]2005-06-20

[作者简介]汪勇芬(1966~),女,大学,副主任医师。主攻方向:新生儿疾病。

28.6%,故应注意加强围产期保健,定期产前检查,早期诊断及防治并发症,加强对高危孕妇和高危儿的管理,以减少早产极低出生体重儿的发生。

极低出生体重儿的病死率随胎龄及体重的增加而降低,胎龄越小、体重越低,越易出现各种合并症,低体温、窒息、呼吸暂停、呼吸窘迫综合征、感染、颅内出血等是极低出生体重儿的常见问题,也是其死亡的主要原因。本组病例入院时均存在低体温,研究证实低体温对新生儿各脏器血流产生影响,尤其对心脑肾血流的影响很大,合理保暖可以增高极低出生体重儿的存活率^[4],因此,应保持产房合理的温度,转运至新生儿科后置入预热的暖箱,以防低体温发生。低出生体重儿易发生呼吸暂停,严重反复发作的呼吸暂停如处理不当可造成脑性瘫痪、脑室周围白质软化等,未及时处理则导致患儿死亡。本组死亡病例呼吸暂停的发生率高达81.8%,因此应密切观察病情,及时发现呼吸暂停并妥善处理,以减少致残率及死亡率。呼吸窘迫综合征为常见的死亡原因,临床上对于无法避免的早产产前使用激素可以降低呼吸窘迫综合征的发生率,减轻严重程度,改善预后。在患儿娩出后则应尽快予以沐舒坦以促进肺表面活性物质生成,经济条件允许的患儿则生后立即自气管内滴入肺表面活性物质固尔苏,本组病例呼吸窘迫综合征发生仅2例,可能和我们强调早期应用沐舒坦及固尔苏有关,国外文献报道^[5]早期预防性应用肺表面活性物质可以降低发生急性肺损伤的危险性,可降低新生儿呼吸窘迫综合征及死亡的危险性,遗憾的是本组病例使用固尔苏的例数少,没有统计学上的相关资料。感染是极低出生体重儿常见的合并症,极低出生体重儿免疫力低下,加上胎膜早破等因素导致感染的发生率增加,本研究对极低出生体重儿于生后应用丙种球蛋白,丙种球蛋白可提高血IgG水平,尚可提高CD4细胞数和CD4/CD8比值,增加免疫效果以达到预防感染的目的。极低出生体重儿脑瘫、智力低下等神经系统疾病发

生率高,颅内出血是死亡及发生后遗症的主要原因,应积极防治,苯巴比妥有降低脑代谢率,减轻脑水肿,改善脑血流,还有清除自由基抑制过氧化作用,对于降低颅内出血发生率及其严重程度有明显预防作用。

极低出生体重儿生命力低下,易合并严重并发症,围产期死亡率高^[6],本组病例81.8%在生后3d内死亡。Sankaran等^[7]报道,NICU死亡者多在入院5d内,早产极低出生体重是主要原因。因此预防早产是降低新生儿死亡率的关键,对已出生的早产极低出生体重儿,于生后早期即应注意生命征的监护,加强保暖,维持内环境稳定,合理营养支持,预防及积极治疗合并症,以减少死亡率^[8~10]。

[参 考 文 献]

- [1] 金汉珍,黄德珉,官希吉.实用新生儿学[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2003,200.
- [2] Cioherty JP, Stark AR. Manual of Neonatal Care[M]. 4th ed. New York:Lippincott Raven Publishers,1998,45-46;75-76.
- [3] Lee T, Silver H. Etiology and epidemiology of preterm premature rupture of the membranes[J]. Clin Perinatol, 2001, 28(4):721-734.
- [4] 杜立中,洪文澜,孙眉月,沈健,许小玉.新生儿寒冷损伤综合征心输出量与脑肾血流速度动态研究[J].中华儿科杂志,1995,33(6):339-401.
- [5] Yost CC, Soll RF. Early versus delayed selective surfactant treatment for neonatal respiratory distress syndrome[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2000,(2):CD001456.
- [6] 廖洪.早产儿的围产因素及防治对策探讨[J].中国当代儿科杂志,2001,3(6):649-651.
- [7] Sankaran K, Chien LY, Walker R, Seshia M, Ohlsson A. Variations in mortality rates among Canadian neonatal intensive care units[J]. CMAJ,2002,166(2):173-178.
- [8] 黄润忠,周照文,冯颖珊,余宇熙.超低出生体重儿经幽门喂养的回顾性研究[J].中国当代儿科杂志,2004,6(5):360-364.
- [9] 廖洪.31例极低出生体重儿临床分析[J].中国当代儿科杂志,1999,1(2):107-108.
- [10] 陈东平,李晓瑜.10年住院新生儿死因分析[J].中国当代儿科杂志,2002,4(2):141-142.

(本文编辑:吉耕中)