

· 临床研究报告 ·

凝血酶 甲氰咪胍治疗 新生儿上消化道出血临床观察

徐瑞峰,赵振元,张佰福

[关键词] 新生儿;上消化道出血;凝血酶;甲氰咪胍

[中图分类号] R722.15⁺2 [文献标识码] B [文章编号] 1008-8830(2000)03-0190-02

新生儿上消化道出血多是某些危重疾病的常见并发症。如不及时治疗,可加重原发病,甚至直接危及患儿生命。我们近年来对83例新生儿上消化道出血采用凝血酶、甲氰咪胍治疗,取得满意效果。现报告如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

83例中男61例,女22例;早产儿37例,足月儿38例,过期产儿8例;全部患儿均有原发病,其中新生儿窒息44例,新生儿硬肿30例,新生儿肺炎21例,新生儿败血症5例,缺血缺氧性脑病8例,颅内出血5例。有以上2种或3种并发症者18例。发生出血前应用扩血管药物者35例。

发生出血在生后2 d内者25例,(3~6) d者50例,>7 d者8例,69例患儿在发病前查血小板及出凝血时间均正常。

1.2 诊断标准

患儿多呈急性起病,突然呕吐鲜红色及咖啡色液体(早期除外产程中吸入母血)或拔插胃管后从胃管内流出血性液体即可确诊。部分患儿可伴有干呕、腹胀、排出柏油样及果浆样大便,大便潜血试验阳性。

1.3 治疗方法

积极治疗原发病,慎用扩血管药物。即刻插胃管,先用1.4%碳酸氢钠30 ml洗胃1~2次。然后用冷生理盐水10 ml溶解凝血酶(100~200) u,从胃管缓慢注入胃内,闭管0.5 h后开放引流,每(6~8) h 1次,至出血停止。甲氰咪胍(8~10) mg/kg,

加入10%葡萄糖液50 ml中静脉滴注,每天1次,连用(3~5) d,如出血量多者可予输新鲜血。

2 结果

83例经上述治疗,1 d内出血停止者58例(69.9%);2 d内出血停止者20例(24.1%);3 d内出血停止者2例(2.4%)。3例在治疗过程中死亡,判为无效(3.6%)。总有效率96.4%,累计出血量<20 ml者43例,20~50 ml者35例,>50 ml者5例。6例因贫血明显而输新鲜血50~100 ml。

3 讨论

新生儿上消化道出血多为应激状态下(严重缺氧及感染等)诱发的胃应激性溃疡和急性胃粘膜糜烂。王宝西等^[1]对新生儿上消化道出血行纤维胃镜检查后发现病变主要为溃疡、糜烂或炎症,且以胃体多发。其发生原因多为:窒息时胃粘膜严重缺血缺氧致胃粘膜坏死,血管通透性增加,局部充血水肿而出血;微血栓形成和再灌注时氧自由基大量产生,进一步损伤了胃粘膜,破坏了防护屏障;应激状态下胃酸分泌急剧增加,粘液代谢障碍,氢离子逆向扩散增强,侵袭胃粘膜,使其变性坏死而出血;大剂量重复应用扩血管药物使胃粘膜小血管过度扩张,易受胃酸破坏而损伤出血。

凝血酶是一种外用止血酶,它可直接作用于纤维蛋白原,迅速生成纤维蛋白,堵塞出血点。并能促进血小板聚积,加固止血。它还可促进血管平滑肌

[作者简介] 徐瑞峰,男,1973年出生,本科,住院医师。

[作者单位] 733000 甘肃省武威市人民医院儿科

收缩,降低毛细血管通透性,减轻局部炎性水肿,收敛创面而利于止血。

甲氰咪胍为 H_2 受体抑制剂。可直接抑制胃酸分泌,间接抑制胃泌素及胃蛋白酶等的分泌,从而减少胃酸生成,减轻氢离子逆向弥散及胃蛋白酶对胃粘膜的破坏,有利于保护胃粘膜,制止出血。同时,它还具有抗组织胺及免疫增强作用,可减轻胃粘膜的炎性水肿,增强胃粘膜对酸的抗侵袭力,有利于胃粘膜再生及创面修复。

在治疗过程中强调持续胃管引流,目的在于引流胃液与积血,减少对创面的刺激,降低胃内压以利于创面愈合,并能随时观察出血情况,以便及时处理。

另外在用药同时仍可进行微量母乳鼻饲。一方面母乳中的蛋白质等可对创面起到一定的保护和修

复作用,另一方面微量喂养可改善新生儿的胃肠道动力,提高对母乳喂养的耐受性^[2]。

新生儿上消化道出血应用凝血酶、甲氰咪胍配合治疗,可迅速止血,加快创面修复,3 d 内止血有效率达96.4%,并减少了出血和输血,避免了一些并发症的发生,且无明显副作用,值得推广应用。

[参 考 文 献]

- [1] 王宝西,王茂贵,王玲,等. 新生儿上消化道出血的纤维胃镜检查与治疗[J]. 新生儿科杂志,1997, 12(5): 261 - 262.
- [2] 黄瑛. 新生儿胃肠道动力学与疾病[J]. 国外医学儿科分册, 1998, 25(1): 19 - 23.

(收稿日期:1999 - 10 - 18 修回日期:1999 - 12 - 30)

(本文编辑:吉耕中)

(上接第 189 页)

神经系统疾病的发生率和严重程度^[2],导致脑水肿,严重者危及生命。低钠血症可分为失钠性低钠血症和稀释性低钠血症,二者在病因,临床表现及治疗方面均有不同。故治疗时一是要注意区别,失钠性低钠血症由于体内总钠量和细胞内外液容量减少,有效循环血量降低,血液浓缩,常因摄入不足,丢失量增多,脱水等所致。主要为低渗性脱水的表现,治疗为补充血钠,纠正脱水。而稀释性低钠血症,体内钠总量正常,亦可以减少,或增加,体液总量和细胞内外液容量增加,有效循环血量正常或增加,血液稀释,常因摄入过多或输液量过多和排泄障碍,如ADH异常分泌,常见窒息,缺血缺氧性脑病,肺炎等。主要表现为原有水肿加重或脑水肿,治疗以清除体内过多水,使血清钠和体内渗透压及容量恢复正常。本组病例在积极治疗原发病同时,对低钠血症针对不同的病因,采取相应的治疗,明显改善了患儿的预后,治愈率达90%。但目前一些基层医院对

新生儿疾病中低钠血症认识不足,且很少注意到区别二种不同的低钠血症,只针对原发病治疗,这可能是基层医院危重新生儿抢救成功率不高的原因之一。其实只要根据血钠浓度并结合临床综合分析,即可以诊断并区分不同的低钠血症,这在大多数基层医院均可以做到。通过本组分析,作者认为:提高基层医院医生对危重新生儿低钠血症的认识,并予及时、正确的处理,将有利于改善患儿预后,提高抢救成功率。

[参 考 文 献]

- [1] 金汉珍. 实用新生儿学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,1996, 673 - 675.
- [2] 邵肖梅. 新生儿低钠血症与高钠血症的处理[J]. 中国实用儿科杂志,1999, 14(5): 267 - 269.

(收稿日期:1999 - 12 - 24 修回日期:2000 - 03 - 15)

(本文编辑:吉耕中)