

生儿院前急救和转运经验。我国近年在许多省市较大医院已开展了危重新生儿院前急救和转运,取得了一定的经验,如广东陈运影等报道,参与其转运网络的19所基层医院,其新生儿总死亡率已从1994年的18.9%降至1996年的15.35%。对具有早产因素的高危孕妇,于胎儿出生前通过宫内转运到上一级医院,因有更好的医疗设备与处理经验,可进一步降低早产儿病死率。国内柳国胜曾报道早产儿宫内

转运52例及生后转运61例,其病死率分别为9.8%及32.8%,说明宫内转运优于生后转运。危重新生儿及高危产妇的转运工作的开展为我国新生儿急救开创了新局面,取得了一定的经验,但就全国来说,新生儿转运仍很不平衡,许多省份和地区尚未开展,急需协助卫生管理部门,把此项工作开展起来,以进一步降低我国新生儿病死率和伤残率。

(本文编辑:吉耕中)

病例报告 ·

新生儿永存动脉干 1 例

汪云,沙莎

(北京中医药大学附属中西医结合医院儿科,北京 100039)

[中图分类号] R541.1 [文献标识码] E

患儿,男,57 h,因“全身皮肤发灰,呻吟样呼吸20 min”由产科转入。系第3胎第1产,孕41⁺2周,因“胎儿宫内窘迫”剖宫产,出生体重2 950 g, Apgar评分1分钟及5分钟均为10分,羊水Ⅲ污染。查体:T 36℃, R 80次/min,刺激无反应,全身皮肤苍白发灰、下腹部散在数个出血点,指压皮肤充盈>3 s,前囟平坦,双目凝视,瞳孔等大等圆,对光反应迟钝。唇绀,鼻扇,两肺呼吸音粗,心率140次/min,心音有力、无杂音。肝右肋下4 cm,质中,脾未及,四肢瘫软,肢端厥冷,原始反应消失。辅检:血 WBC 12.3 ×10⁹/L, RBC 3.66 ×10¹²/L, Hb 120 g/L, 血糖 1.4 mmol/L, 血气分析:pH 6.963, O₂sat 25.8%, PCO₂53.8 mmHg, PO₂22.8 mmHg, BE - 20 mmol/L。肾功能:BUN 11.86 mmol/L, Cr 348.6 μmol/L。凝血三项较对照者明显延长。立即予纠酸、吸氧、纠正低血糖、利尿等,病情仍进行性加重,5 h后肺底部出现湿罗音,肝脏进行性增大,予西地兰强心处理,未能控制进展。入院后18 h,患儿呼吸、心跳停止,抢救无效死亡。病理解剖诊断:先天性心脏病:永存动脉干;大动脉干骑跨;高位室间隔缺损(直径1 cm);新生儿弥漫性肺出血;羊水吸入;轻度缺氧缺血性脑病;DIC。

讨论:永存动脉干是一种罕见畸形,发生率占先天性心脏病的0.5%~1%^[1]。在胚胎时期,原始的动脉总干间隔发育障碍,未能分隔成主动脉和肺动脉,而代之以一个起源于两个心室的共同总干,称为永存动脉干。动脉总干内的间隔参与膜部室间隔的形成,故永存动脉干必然合并膜部室间隔缺损。根据肺血供来源的解剖位置,永存动脉干分型,本例属Ⅱ型,即左右肺动脉分别由总动脉干的两侧发出。大多数患儿症状出现早,最初由于继续保持胎儿循环的高肺血管阻力,患儿可有轻度紫绀,但无心衰,随着肺血管阻力下降和肺血流量增多,青紫消失,而出现呼吸困难、心动过速、喂养困难等心衰表现。本例发病与此相符,在机体重度缺氧的基础上,并发两侧广泛的弥漫性肺出血,最后出现DIC及缺氧缺血性脑病。目前本病婴儿期主要处理心衰及肺部感染,肺血流量过大应考虑肺动脉环扎术,但手术死亡率高。

[参 考 文 献]

- [1] 金汉珍,黄德珉,官希吉.实用新生儿学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,1997,483.

(本文编辑:吉耕中)