

·临床研究报道·

不同治疗方法对新生儿急性胃粘膜出血的疗效比较

周伟¹, 梁雪², 张洪¹, 胡艳群¹

(1. 第一军医大学珠江医院儿科, 广东 广州 510282; 2. 南海市平洲医院儿科, 广东 南海 528251)

【摘要】 目的 比较不同药物胃内注入治疗新生儿急性胃粘膜出血的疗效。方法 运用回顾性研究方法, 随机抽取使用冷生理盐水洗胃、思密达、云南白药加雷尼替丁、凝血酶、奥美拉唑胃内注入进行治疗的急性胃粘膜出血新生儿各25例。结果 思密达、云南白药加雷尼替丁、凝血酶、奥美拉唑组的总有效率分别为88%、88%、96%、92%, 各组间差异无显著性意义($P > 0.05$), 但均明显高于冷生理盐水组的56%($P < 0.01$)。凝血酶组和奥美拉唑组的显效率分别为76%和68%, 均显著高于思密达组的32%、云南白药加雷尼替丁组的36%($P < 0.05$)。结论 思密达、云南白药加雷尼替丁、凝血酶或奥美拉唑胃内注入均是治疗新生儿急性胃粘膜出血的安全、有效方法; 凝血酶或奥美拉唑的止血作用较思密达或云南白药加雷尼替丁更迅速。临床上可根据具体情况选择不同方法进行治疗。

【关键词】 急性胃粘膜出血; 思密达; 凝血酶; 奥美拉唑; 云南白药; 新生儿

【中图分类号】 R722.15⁺2 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1008-8830(2001)06-0662-03

新生儿急性胃粘膜出血常是新生儿危重疾病的并发症, 以上消化道出血为主要表现。近年来, 我们先后采用冷生理盐水洗胃、思密达、云南白药加雷尼替丁、凝血酶、奥美拉唑等胃内注入进行治疗。现将上述各种方法的疗效进行分析比较, 以便更加合理地处理新生儿急性胃粘膜出血。

1 临床资料

1.1 一般资料

运用回顾性研究方法, 对1996年1月至2000年10月NICU收治的新生儿、合并有急性胃粘膜出血并采用冷生理盐水洗胃(A组)、思密达(B组)、云南白药加雷尼替丁(C组)、凝血酶(D组)、奥美拉唑(E组)胃内注入治疗者各随机抽取25例。5组患儿在性别、发生出血时年龄及基础疾病等方面, 经统计学处理均无显著性差异($P > 0.05$), 具有可比性, 见表1。

表1 不同治疗组新生儿的一般临床资料

组别	例数		胎龄分类			发生胃出血时日龄				基础疾病(例次)					
	男	女	早产儿	足月儿	过期产儿	~24h	3d~7d	>7d	新生儿窒息	HIE	颅内出血	败血症	吸入性肺炎	硬肿症	
A组	16	9	10	15	0	3	14	6	2	18	12	4	4	13	5
B组	15	10	12	12	1	2	17	5	1	16	11	6	5	11	4
C组	15	10	11	12	2	3	16	5	1	17	11	4	4	12	6
D组	13	12	10	13	2	2	14	7	2	18	13	5	6	12	6
E组	14	11	10	14	1	2	16	5	2	16	12	5	5	10	5

1.2 诊断依据

在原发病基础上, 突然呕吐鲜红色或咖啡样物, 经鼻插入胃管抽出咖啡色或鲜红色液体, 查液体潜

血试验及大便隐血试验阳性, 排除先天性消化道畸形等外科疾病、药物影响及全身出血性疾病。

1.3 治疗方法

【收稿日期】 2001-02-10; 【修回日期】 2001-03-22

【作者简介】 周伟(1965-), 男, 博士, 副主任医师, 副教授, 现在广州市儿童医院新生儿科。

积极治疗原发病,保持安静和呼吸道通畅,禁食。均置胃管每隔2 h抽取胃液观察胃出血情况。各组均给予维生素K₁、止血敏,出血量多则输血或血浆。A组用冷生理盐水洗胃,至洗出液基本转清亮后将冷生理盐水保留于胃内。其余各组则在冷生理盐水洗胃的基础上,分别加用下列药物治疗: B组胃管内注入思密达1.5 g,每8 h 1次; C组胃管内注入云南白药125 mg加雷尼替丁75 mg,每8~12 h 1次; D组胃管内注入新鲜配制的凝血酶每10 ml中含1 000~2 000 U,必要时6~8 h重复1次; E组胃管内注入奥美拉唑,每次2~5 mg,每8~12 h 1次,部分患儿曾予静脉注射奥美拉唑0.7 mg/kg 1次。至胃管回抽无咖啡色液体后继续用药1 d。

1.4 疗效判断

出血停止标准^[1]: ①胃管引流无血性或咖啡样液体; ②黑便消失或粪便转黄; ③大便隐血试验阴性。有其中1项成立者为出血停止。24 h内出血停止为显效; 24~72 h出血停止为有效; 超过3 d仍有出血者为无效。显效率加有效率为总有效率。

2 结果

各组的止血效果见表2。由表中可以看出, B, C, D, E各组的总有效率及显效率均明显高于A组(经 χ^2 检验, 均 $P < 0.05$), D, E组的显效率亦显著高于B组或C组(D组与B, C组比较分别为: $\chi^2 = 9.742$, $P < 0.01$; $\chi^2 = 8.117$, $P < 0.01$). E组与B, C组比较分别为: $\chi^2 = 6.480$, $P < 0.05$; $\chi^2 = 5.128$, $P < 0.05$), 但B, C, D, E各组总有效率之间的差异无显著性意义($\chi^2 = 1.330$, $P > 0.05$)。

表2 不同治疗组止血效果比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
A组	25	4(16)	10(40)	11(44)	56
B组	25	8(32)	14(56)	3(12)	88
C组	25	9(36)	13(52)	3(12)	88
D组	25	19(76)	5(20)	1(4)	96
E组	25	17(68)	6(24)	2(8)	92

3 讨论

新生儿胃粘膜出血可因出血量大而危及生命, 必须采取积极有效的措施迅速控制出血。冷生理盐

水洗胃可以消除积血, 减轻对胃粘膜的刺激, 并促使溃疡面小血管收缩而止血, 但其疗效欠佳。因而临床中往往在此基础上于局部加用一些药物如思密达、云南白药、凝血酶或奥美拉唑等来加强止血效果。

思密达是一种高效消化道粘膜保护剂, 能选择性与粘膜糖蛋白结合覆盖于胃粘膜表面, 防止胃酸和蛋白酶的侵蚀, 还通过激活凝血因子Ⅶ, Ⅷ, Ⅸ对消化道局部起止血作用, 故思密达胃内注入目前已作为治疗新生儿急性胃粘膜出血的常用方法之一。曾有报道其总有效率达96%^[2]。本研究表明其总有效率为88%, 显效率为32%, 未见明显副作用。

云南白药内服具有止血、活血化瘀作用, 已广泛应用于成人咽喉肿痛及胃十二指肠溃疡出血性疾病等。多年来, 我们常规应用云南白药加雷尼替丁胃内注入治疗新生儿急性胃粘膜出血, 取得了较好的疗效。本研究显示其总有效率达88%。国内也曾有类似的报道^[3]。

凝血酶能直接作用于出血部位的纤维蛋白原, 使其转变为纤维蛋白, 促使血液凝固而止血; 它还可促进上皮细胞的有丝分裂而加速创伤愈合。其特点是止血迅速, 疗效显著, 无明显不良反应。本研究结果表明, 凝血酶治疗新生儿急性胃粘膜出血的显效率为76%, 总有效率达96%, 与张英姿等^[4]的报道相一致。

奥美拉唑是目前治疗消化性溃疡及酸相关疾病的理想药物。由于奥美拉唑的强抑酸作用(抑制壁细胞的H⁺-K⁺-ATP酶), 既阻断了高酸对溃疡出血面的侵蚀, 又使体液与血小板诱导的止血作用得以发挥, 有助于凝血及血小板的凝集而起到止血作用。在成人, 主要是采用静脉注射来治疗各种应激性溃疡或消化性溃疡合并的上消化道出血, 作用迅速, 疗效显著。对于较小的儿童、特别是新生儿, 由于用药量少, 采用静脉制剂浪费大。于是, 我们尝试通过胃管灌注法将奥美拉唑注入胃内, 直接作用于出血部位, 同样取得了非常满意的止血效果。虽然我们所应用的奥美拉唑的剂量为常规推荐剂量(0.7~1.0 mg/kg)的3~5倍, 但未观察到明显的毒副作用。其安全性较好。

从本研究结果可以看出, 虽然奥美拉唑或凝血酶治疗组的总有效率与思密达或云南白药加雷尼替丁的总有效率在统计学上无显著性差异($P > 0.05$), 但前者的显效率明显高于后者($P < 0.05$), 说明凝血酶或奥美拉唑的止血作用更加迅速, 能更快、更有效地控制出血。因此, 我们认为思密达、云

南白药加雷尼替丁、凝血酶或奥美拉唑胃内注入均是治疗新生儿急性胃粘膜出血的有效方法,而凝血酶和奥美拉唑的止血作用更快,临床上可根据具体情况选择不同的方法治疗新生儿急性胃粘膜出血。

【参考文献】

[1] 北京医科大学第一医院. 国产法莫替丁治疗上消化道出血的

效果观察[J]. 临床消化病杂志, 1991, 3(2): 67-69.

[2] 张兰. 思密达胃管注入治疗新生儿上消化道出血 46 例[J]. 实用儿科临床杂志, 2000, 15(1): 3.

[3] 庄德义, 陈冬梅, 林文雄. 云南白药鼻饲治疗新生儿急性胃粘膜出血 20 例疗效观察[J]. 小儿急救医学, 2000, 7(1): 34.

[4] 张姿英, 钱燕, 林振浪. 凝血酶治疗新生儿上消化道出血疗效观察[J]. 中国实用儿科杂志, 1998, 13(2): 107.

(本文编辑: 吉耕中)

·病例报告·

多发性大动脉炎致反复心衰 1 例

张红霞¹, 师冬琳¹, 苏彩虹²

(1. 延安大学医学院附属医院儿科, 陕西 延安 716000; 2. 铜川公路管理段卫生所, 陕西 铜川 727000)

【中图分类号】R543.5 【文献标识码】E

患儿, 女, 10 岁, 因乏力 1 月, 咳嗽半月, 腹痛气促 3 d 入院。入院前 1 月接种卡介苗, 渐出现乏力, 双下肢困痛, 活动后加重, 入院前半月咳嗽咯痰, 前 3 日腹痛, 气促, 不能平卧。家族无类似病史。体检 T 36.3℃, R 38 次/min, P 150 次/min, BP: 右上肢 20~17/15~14 kPa, 左上肢 0, 双下肢 22~23/17~16 kPa。端坐呼吸, 眼睑水肿, 鼻翼扇动, 三凹征明显, 右肺闻及罗音, 左肺正常, 心尖搏动弥散, 心界向左下扩大, 无杂音。肝肋下 3 cm, 双下肢水肿, 左桡动脉搏动消失。心电图: 窦性心动过速, 左室肥厚。胸片示右下肺炎。B 超: 二尖瓣关闭不全。频谱多普勒: 主动脉瓣下返流; 双肾大小形态正常。实验室检查: 血沉 80 mm/h, CRP > 10 μg/L, 血常规 WBC $21.7 \times 10^9/L$, N 0.68, L 0.32。诊断: 多发性大动脉炎并心力衰竭; 支气管肺炎。治疗: 经吸氧、强心、降压、抗感染对症治疗 11 d, 肺部罗音消失, 心衰纠正, 因高血压控制不佳转外院, 外院动脉造影示: 左锁骨下动脉狭窄, 左肾动脉起始部狭窄, 确诊多发性大动脉炎。出院半年内因高血压致反复心衰 2 次, 均住

本科好转出院。

讨论: 多发性大动脉炎是原因不明的非特异性动脉炎, 因其节段性影响主动脉及其分支, 可致动脉狭窄、闭塞、扩张和动脉瘤。临床有发热、乏力、多汗、关节痛、血沉增快、C 反应蛋白阳性、贫血、白细胞增多等活动期炎症表现; 其次是受累动脉血流阻塞引起的症状, 较突出表现为高血压, 高血压脑病, 心脏扩大及心力衰竭。血管造影或数字减影可确诊。本例因原因不明高血压查体发现左桡动脉搏动消失, 左上肢血压测不清而怀疑本病最后确诊。高血压原因为动脉狭窄而引起肾血流减少, 肾素、血管紧张素 II 产生增加, 血管紧张素 II 有强烈的血管平滑肌收缩作用, 导致肾血管性高血压, 而持续肾血流减少, 可致水钠潴留, 高血压又加重了心脏负担, 所以造成反复心衰。对于原因不明高血压患儿应注意排除本病, 动态观察血压变化。另外, 对心脏受累为首发症状者也应考虑本病的可能, 以防误诊。

(本文编辑: 吉耕中)

【收稿日期】2001-02-18; 【修回日期】2001-07-15

【作者简介】张红霞(1965-), 女, 大学, 主治医师。