

· 临床研究报道 ·

新生儿胃肠道疾病临床分析

朱翠平, 谢宗德, 马祖祥

(中南大学湘雅二医院儿科, 湖南 长沙 410011)

【摘要】 目的 总结新生儿常见胃肠疾病发病情况及临床特点、治疗经验。方法 对75例新生儿胃肠疾病临床资料进行分析。结果 胃肠疾病发病依次为咽下综合征、胃出血、腹泻、消化道畸形及胃动力异常性疾病。咽下综合征多在病后3 d好转, 早期温盐水洗胃有利于病情缓解。胃出血常发生于3 d内, 与宫内窘迫及喂养不当有关, 统计分析患儿羊水清亮与羊水污染者患病率分别为15.9%, 41.6% ($P < 0.05$)。禁食与喂养者发病分别占1.0%, 37.8% ($P < 0.01$)。短期禁食与使用制酸剂病情可很快恢复。X线是诊断消化道畸形的主要手段, 及时补充体液丢失、合理使用静脉营养是影响手术时机及手术成败的关键。人工喂养或混合喂养患儿腹泻发生率为75%, 明显高于母乳喂养者。结论 新生儿生后早期出现呕吐应警惕咽下综合征及胃动力异常性疾病, 应及时洗胃及做其他相应处理, 怀疑消化道畸形者早期做X线检查, 并注意静脉营养的使用。对于有窒息史者早期喂养应慎重, 强调母乳喂养。

【关键词】 胃肠疾病 临床分析 婴儿, 新生

【中图分类号】 R725.7 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1008-8830(2002)01-0043-03

胃肠道是人体重要的组织器官, 是获得肠内营养的重要途径, 且具有重要免疫功能, 对于生长发育及免疫功能发育不完善的新生儿, 正常的胃肠道结构与功能显得尤其重要。早期诊断、及时合理处理新生儿胃肠道疾病将有利于疾病的早日康复, 保证其正常的生长发育。本文分析总结本院新生儿科1997年3月至2000年6月住院的新生儿胃肠道疾病75例, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

75例患儿男49例, 女26例; 患者多于生后7 d内入院, 早期入院者多为本院产科出生。出生体重 $\leq 1\,500\text{ g}$ 者2例, $\sim 2\,500\text{ g}$ 者9例, $\sim 4\,000\text{ g}$ 者65例, $> 4\,000\text{ g}$ 者1例。羊水清亮者44例, 羊水混浊+5例, ++5例, +++14例, 不能提供羊水情况者7例; Apgar评分, 1分钟4~7分者23例, > 7 分者42例; 5分钟 ≤ 7 分者3例, > 7 分者62例, 不能提供Apgar评分者10例。

1.2 统计方法

使用SPSS10.0软件, 率的比较采用卡方检验。

1.3 诊断标准

诊断根据临床表现、X线、实验室检查及手术病理结果, 参考第2版《实用新生儿学》有关疾病诊断标准^[1]。

2 结果

分析发现本组患者有15种不同诊断, 总结归类为9种, 其中以咽下综合征、胃出血、腹泻最为常见。各种疾病例数分别为: 咽下综合征18例、上消化道出血17例、腹泻17例、消化道畸形11例、坏死性小肠结肠炎(NEC)4例、胃食道返流4例、下消化道出血2例、幽门痉挛和肠吸收不良各1例。

2.1 以呕吐和/或腹胀为主要表现者

2.1.1 咽下综合征 占24%, 其中有羊水胎粪污染者7例, 12例为剖宫产, 6例自然产出。所有病例均在生后24 h内发病, 呕吐物为淡绿色, 给予短期禁食、温生理盐水洗胃, 呕吐好转并开始在第1天喂养者4例、第2天6例、第3天7例, 只有1例于第6天才开始喂养, 而且多于5 d内过渡至全奶喂养。所有患儿均未出现水电解质、酸碱平衡紊乱, 卡方检验分析产式及羊水情况与发病的关系, χ^2 值分别为3.74, 2.26, 均 $P > 0.05$ 。

2.1.2 上消化道出血 占22.7%, 主要表现为呕

【收稿日期】 2001-05-27; 【修回日期】 2001-10-24
【作者简介】 朱翠平(1963-), 女, 博士, 主治医师。

吐咖啡色胃内容物,洗胃发现有新鲜出血,故主要为胃出血。入院时间 ≤ 24 h 内者 9 例、 ~ 48 h 7 例、 ~ 72 h 1 例,其中 32 $\sim$ 35 周早产儿 4 例,过期产 1 例,其余为足月儿;10 例有宫内窘迫,12 例有生后窒息,后者 4 例发病前使用过地塞米松;发病前喂养情况:稀奶喂养 10 例、糖水 4 例、未开奶 3 例。入院后立即予凉 1.4% 小苏打水洗胃并注入甲氧咪胍 10 $\sim$ 20 mg/kg,待症状好转且未发现出血后,逐渐由糖水、稀奶、过渡到全奶喂养。病情好转并开始喂养的患儿 2 $\sim$ 3 d 者 8 例、4 $\sim$ 5 d 者 5 例、6 $\sim$ 7 d 者 3 例,过渡到全奶喂养的 3 $\sim$ 5 d 8 例、 ~ 8 d 5 例、 ~ 17 d 4 例。卡方检验分析胎龄、体重、产式、羊水情况、Apgar 评分、病前使用地塞米松及喂养与发病的关系,只有羊水污染与早期喂养对胃出血发病差异有显著性意义,见表 1。

表 1 羊水污染与早期喂养对胃出血发病的影响 例(%)

	非胃出血	胃出血
羊水清亮	37	7(15.9)
羊水污染	14	10(41.6) ^a
禁食	30	3(9.0)
喂养	36	14(28.0) ^b

注: a * 与羊水清亮组比较 $\chi^2=5.5$ $P<0.05$; b * 与禁食组比较 $\chi^2=7.84$ $P<0.01$

2.1.3 先天性畸形 共 11 例(14.7%),男 9 例,女 2 例,均为适于胎龄儿,畸形中肠旋转不良 3 例、巨结肠 3 例、小肠闭锁 2 例、肛门闭锁 2 例、幽门肥厚性狭窄 1 例。患儿入院时均合并不同程度水、电解质及酸碱紊乱,给予调整内环境后及时静脉营养,明确诊断。所有患儿经 X 线及手术确诊,其中 7 例进行手术治疗并成功。卡方检验分析父母年龄、产次与发病的关系,结果显示均无明显统计学意义。

2.1.4 其他疾病 以呕吐、腹胀为主要表现的尚有 NEC 4 例、胃食道返流 4 例、幽门痉挛 1 例。NEC 均为早产儿,有窒息史,予以禁食、胃肠减压、静脉营养及其他常规处理,均于 5 $\sim$ 7 d 逐渐开奶,无 1 例死亡。胃食道反流、幽门痉挛分别使用普瑞博斯、阿托品调整治疗 3 $\sim$ 5 d 后恢复正常喂养。

2.2 腹泻

以大便异常为主要表现者除便血 2 例、肠吸收不良 1 例外,其余 17 例(占 22.7%)均为新生儿腹泻,非感染性者占 5 例,感染性者 11 例。其中有 12 例为人工或混合喂养,占 75%,余患儿为母乳喂养。2 例两次血培养有菌生长,分别为大肠杆菌、微球菌,大便培养为阴性,5 例有轻度脱水,余未见明显水电解质平衡紊乱。

3 讨论

咽下综合征在本组病人中发病率最高,产钳或胎头吸引助产出生者发病比例高于顺产者,有羊水污染者高于清亮者,但无统计学意义,可能与病例数少有关。本病为污染羊水吞入后刺激胃粘膜所致,早期洗胃是治疗的关键,对于产程较长、羊水有胎粪污染病史,生后早期出现呕吐者应警惕本病,及早予以温盐水洗胃。胃出血也是常见的新生儿胃肠道疾病,与产程中应激反应及产前、产后窒息,胃肠道血流减少、粘膜损伤有关^[2],早期不适当喂养可诱发或加重损害^[3,4],统计分析本组病人产前窒息、喂养与发病的关系,均 $P<0.05$,进一步说明了胃出血与窒息及喂养的关系,提示对于有窒息史的新生儿早期喂养应慎重;禁食和胃内注入制酸剂是治疗的主要措施,应保留胃管经常观察胃内容物性状,一旦出血停止应及早开始谨慎喂养,以保证胃肠道结构与功能的发育及其完整性的维持。

胃肠道畸形近年来发病有增多趋势,在本组疾病中处于第 4 位,发病与多种因素有关,但病因分析发现与父母年龄、孕产次无明显关系。由于此类疾病影响肠内营养,加之严重呕吐导致水电解质、酸碱平衡紊乱,处理不当时患儿常可出现营养不良、感染及内环境的紊乱,影响手术治疗时机。因此,对于腹胀、顽固性呕吐者应警惕此病,尽早明确诊断,予以静脉营养,待病情稳定、营养状态有所改善即可手术治疗,以便尽早开始胃肠喂养。生后 24 h 尚未排便应检查肛门有无闭锁,确诊后及早手术。X 线检查是确诊的主要手段,静脉营养是手术成功与否的保证,故怀疑此类疾病时应及时做 X 线检查,适时使用静脉营养。

新生儿胃肠道发育不完善,功能尚不稳定,容易出现功能紊乱,如出现胃肠动力的异常^[5],本组病人中胃食道返流、胃痉挛即为其中的表现,属胃肠动力异常性疾病。对于频繁呕吐者,如羊水清亮或经温盐水洗胃等处理未见好转,再结合两种疾病的特点考虑诊断,症状严重者给予胃动力药物,如普瑞博斯、阿托品调整治疗,可缓解症状。

新生儿腹泻仍是常见疾病,与喂养不当、感染等有关。本组病人合并败血症 2 例,而大便培养无菌生长,考虑与腹泻肠道功能紊乱,肠道细菌容易入侵有关,故对于非感染性腹泻重、持续时间长者应考虑使用抗生素。本组资料表明人工或混合喂养者发病比例为 75%,较母乳喂养者明显增高,说明母乳喂

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,官希吉.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 $(2.56\sim2.99)\times10^{12}/L$,血红蛋白 71~80 g/L,白细胞 $(23.0\sim35.0)\times10^9/L$,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 $2.89\times10^{12}/L$,血红蛋白 78 g/L,白细胞 $17.8\times10^9/L$,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。