

新生儿惊厥 60 例临床分析

朱生东,张鹏

(金昌市第一人民医院儿科,甘肃·金昌 737000)

[中图分类号] R722.1 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2002)05-0409-02

惊厥是新生儿期常见急症,近年来研究证明^[1],惊厥对新生儿期以后脑的发育有影响,可产生神经系统后遗症。因此,一旦发现惊厥必须紧急寻找病因,及时而合理的处理是改善预后的关键。本文通过总结 60 例新生儿惊厥的病例,对病因诊断及苯巴比妥在惊厥中的应用进行分析。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择 1994 年 2 月至 2000 年 11 月在我科住院的有惊厥症状的新生儿 60 例,男 42 例,女 18 例,足月儿 39 例,早产儿 8 例,过期产儿 13 例。体重 < 2 500 g 9 例,2 500 ~ 4 000 g 47 例, > 4 000 g 4 例。日龄 < 3 d 36 例,3 d ~ 13 例,14 d ~ 11 例。有异常分娩史者 20 例,其中剖宫产 10 例,产钳助娩 5 例,臀位产 2 例,胎头吸引助产 3 例。有窒息史 19 例。

1.2 惊厥的原因及临床类型

60 例中缺氧缺血性脑病(HIE)18 例(30%),低钙血症 15 例(25%),其它原因为低血糖 9 例,颅内出血 6 例,新生儿破伤风 2 例,化脓性脑膜炎 1 例,低镁血症 5 例,胆红素脑病 4 例。按 Volpe 临床类型分类法^[2],本组微小型 14 例(23.3%),混合型 20 例(33.3%),多灶阵挛性 10 例(16.7%),局灶阵挛性 13 例(21.7%),肌阵挛 3 例(5.0%),强直型 5 例(8.3%)。

1.3 EEG 与头颅 CT 结果

1.3.1 EEG 结果 60 例患儿全部行 EEG 检查,其中 18 例 HIE 患儿在生后 3 ~ 4 d 行该项检查,首次描记正常者均重复描记第 2 次。结果异常者 51 例

(85%)。主要表现为轻度脑电活动降低和尖波 26 例(50.9%),中度脑电活动降低和多灶尖波、爆发性抑制波 19 例(37.2%),病情重、反复肌阵挛发作 6 例(11.9%)。EEG 呈高度脑电活动降低,低电压、电静息。治疗 10 ~ 14 d 复查 EEG 时除 3 例死亡外,有 45 例 EEG 恢复正常,另有 3 例仍为异常 EEG。入院时 EEG 正常的 9 例,复查时结果均无异常。51 例异常 EEG 程度与惊厥病因的关系分析见表 1。

表 1 51 例异常 EEG 程度与惊厥病因的关系分析

病因	异常 EEG 程度(例数)		
	轻度	中度	重度
HIE	1	14	3
低钙血症	8	0	0
低血糖	9	0	0
颅内出血	5	1	0
破伤风	0	1	1
化脓性脑膜炎	0	1	0
低镁血症	3	0	0
胆红素脑病	0	2	2

1.3.2 头颅 CT 结果 60 例患儿中 CT 检查正常 29 例,均为营养代谢性疾病,异常者 31 例,其中 18 例 HIE 患儿根据 CT 分度^[3],轻度 3 例,中度 12 例,重度 3 例,2 例破伤风,1 例化脓性脑膜炎,4 例胆红素脑病均有脑水肿,6 例颅内出血中蛛网膜下腔出血 4 例,硬膜下出血 1 例,脑室内出血 1 例。

[收稿日期] 2002-03-14; [修回日期] 2002-05-20
[作者简介] 朱生东(1969-)男,大学,主治医师,儿科副主任。

2 治疗方法

2.1 紧急治疗

迅速止惊,避免因长时间持续缺氧而致严重的脑损害。60例中应用安定23例,剂量为每次0.2~0.3 mg/kg,其中6例应用1~3次后止惊,有效率为26.1%,另17例因效果欠佳或出现呼吸抑制而改用苯巴比妥。应用苯巴比妥共54例,首次用负荷量15~20 mg/kg,15 min后如未止惊可追加1~2次,每次5 mg/kg,间隔5~10 min,总量不超过30 mg/kg,12 h或24 h后改为维持量每日4~5 mg/kg,再应用3 d,54例中仅用负荷量即止惊者38例(70.4%),止惊效果明显优于安定,且无1例呼吸抑制发生。明确诊断后,及时给予相应的病因治疗。

2.2 惊厥合并症的处理

60例中发生代谢性酸中毒26例(BE在-5以下,二氧化碳结合率在15.0 mmol/L以下,SB与AB均降低),均应用5%碳酸氢钠治疗,9例有呼吸暂停,在托背式人工呼吸的基础上,予以氨茶碱或纳洛酮治疗,对惊厥反复发作及有脑水肿病例,积极给予脱水治疗。

2.3 预后及转归

死亡3例(5.0%),其中破伤风1例,重度脑损伤2例,其余均止惊后病情平稳,至一般情况恢复正常后出院。

3 讨论

新生儿惊厥从发病和类型来看,以微小型居多^[4],常不易被发现。本组病例以微小型及微小型为主的混合型为多,有些病例仅表现为眨眼、吸吮、咀嚼动作反复出现。了解惊厥的常见病因,可帮助临床医生有的放矢监测病情变化,对于有异常分娩史的新生儿应特别警惕惊厥的发生。其次,对孕期母亲有

双下肢抽筋史的新生儿,要及时监测血钙、血镁。对所有患儿要常规检查血糖、脑电图及头颅CT。

本文资料显示:60例惊厥患儿中,51例(85%)有EEG异常,其中中、重度异常者主要为HIE与胆红素脑病,说明HIE与胆红素脑病所致的惊厥要高度重视。在病因治疗的基础上,要积极地采用苯巴比妥负荷量迅速控制惊厥,以减轻惊厥时脑的耗氧量,从而保护脑细胞功能。29例营养代谢性疾病(低钙血症、低镁血症及低血糖)患儿的CT均正常,而且脑电图无异常或有轻度异常,说明CT及EEG结果与惊厥的病因有密切的关系。

新生儿惊厥止惊药物首选苯巴比妥,但剂量和用法各家报告不一,本组54例均采用首次负荷量15~20 mg/kg,有效率达70.4%,效果显著。鉴于苯巴比妥在新生儿体内排泄缓慢,半衰期长达58~120 h^[5],为防止其蓄积中毒,应用的原则是,用首次负荷量未止惊者,尽可能使用能达到止惊疗效的最小追加量与维持量。因此,新生儿惊厥用苯巴比妥首剂以15~20 mg/kg为宜,如15 min未止惊,可追加剂量最高每次不超过5 mg/kg,总量不超过30 mg/kg,12 h或24 h后给予维持量每日4~5 mg/kg,用3 d即可。

[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,1997,201.
- [2] 陈自励.新生儿惊厥的现代诊疗[J].临床儿科杂志,1991,9(3):197.
- [3] 周丛乐,虞人杰.新生儿缺氧缺血性脑病影像学诊断特点[J].中国实用儿科杂志,1995,10(2):74.
- [4] 黄德珉,虞人杰,邵肖梅等.新生儿惊厥和腹泻座谈会议纪要[J].中华儿科杂志,1990,28(1):30.
- [5] 魏克伦,陈克正.新生儿临床手册[M].广州:广东科技出版社,1998,101.

(本文编辑:吉耕中)