

· 病例报告 ·

新生儿骨筋膜室综合征伴呼吸停止 1 例报道

杨成华, 陈平洋, 胡劲涛, 谢宗德, 郭梁

(中南大学湘雅二医院新生儿科, 湖南 长沙 410011)

[中图分类号] R722 [文献标识码] E

患儿, 男, 6 d, 因右前臂淤血、肿胀 1 d 入院。患儿于入院前哭吵不安, 家长发现右前臂因束带过紧出现淤血、肿胀呈紫色(占体表面积 3%), 并可见水泡, 遂来院就诊, 急诊行右前臂骨筋膜室减压术后转入新生儿科。入院时体查: T 36.8°C, HR 180 次/min, BP 80/60 mmHg, 皮肤、巩膜明显黄染, 前囟平软, 张力不高, 心肺腹无明显异常, 右前臂可见一约 7 cm×4 cm 大小皮肤切口, 皮肤张力较高, 并有肿胀, 局部肌肉呈紫红色, 右指末端皮肤紫红色(见图 1), 入院诊断为: ①右前臂骨筋膜室综合征; ②新生儿右上臂感染? 败血症? ③新生儿高胆红素血症。

入院后查血常规: WBC $21.9 \times 10^9/L$, N 0.82, 血涂片杆状核 23/100 个, TBIL $92.2 \mu\text{mol/L}$, DBIL $9.1 \mu\text{mol/L}$, CK 3 448.5 U/L, CK-MB 116.9 U/L, BUN 及 Cr 均正常, 立即予吸氧, 心电图监护, 保温, 西力欣、新青 II、甲硝唑抗炎, 静脉滴注丙种球蛋白增强免疫力, 白蛋白提高胶体渗透压减轻水肿, 多巴胺、多巴酚丁胺改善循环, 并每天以双氧水、聚维酮碘换药处理局部切口, 伤口逐渐好转, 肿胀逐渐消退。入院第 4 天 11 PM 患儿突然出现全身发绀, 无自主呼吸, 心率 70~80 次/min, 立即予清理呼吸道, 气管插管, 气管内吸痰, 并予静脉推注氨茶碱、地塞米松、纳洛酮及碳酸氢钠, 经以上抢救患儿面色转红润, 但仍无自主呼吸, 予呼吸机辅助呼吸, 第 6 天 11 AM 患儿自主呼吸恢复, 第 7 天凌晨, 患儿自主呼吸增强后撤离呼吸机, 之后患儿病情平稳。10 d 左右患儿切口逐渐长出皮岛覆盖创口表面, 换药改为隔日 1 次, 并予功能锻炼, 19 d 患儿切口逐渐缩小至皮岛完全覆盖切口(见图 2), 不需要缝合, 复查肝肾功能、心肌酶基本正常, 予出院。

讨论: 骨筋膜室综合征在新生儿中并不常见, 大

多为人为因素所致。当地对新生儿有束带的习惯, 但若束带过紧, 易致手臂缺血、水肿, 骨筋膜室压力增高, 进一步影响手臂供血, 毛细血管通透性进一步增加, 大量渗出液进入组织间隙, 形成水肿, 使骨筋膜室压力进一步增加, 形成缺血-水肿恶性循环, 如不及时采取措施, 将发生缺血性肌挛缩、肌挛缩至坏疽。骨筋膜室综合征通常在室内压降低, 血液供应逐渐恢复后由于大量坏死肌组织释放大肌球蛋白、钾离子而发生毒血症、代谢性酸中毒, 严重可致肾衰竭或心功能障碍。而患儿于术后第 4 天突然出现发绀, 自主呼吸停止, 这在国内尚未见报道, 结合该患儿无肺部基础疾病, 亦无呛奶导致窒息, 考虑为中枢性呼吸停止, 其原因多为术后骨筋膜室内压力降低, 血液供应恢复, 大量坏死组织释放毒素进入血液循环中引起中毒性脑病累及呼吸中枢致呼吸停止, 但有待进一步研究证实。该患儿约 7 cm×4 cm 切开减压口在 20 d 左右逐渐自行愈合, 除与新生儿新陈代谢及生长旺盛有关外, 还与及时切开减压, 充分、积极抗炎, 换药等对症支持治疗密切相关。

图 1 骨筋膜室综合征术后第 1 天
可见 7 cm×4 cm 切口, 皮肤肿胀, 肌肉呈紫红色。

图 2 骨筋膜室综合征术后第 19 天
切口明显缩小, 肿胀消失, 皮肤色泽转正常。

(本文编辑: 吉耕中)