

早产儿败血症合并指端坏疽1例报告

徐发林,李艳,张艳丽,程秀永

(郑州大学第三附属医院小儿内科 NICU,河南 郑州 450052)

[中图分类号] R722 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2007)05-0506-01

患儿,男,27 d,孕29⁺3周产,因生后反应欠佳27 d,伴呼吸暂停3 d入院。系G₄P₂,因胎膜早破10 h行剖宫产娩出,出生体重1 350 g,生后有轻度窒息史,先后按“早产儿窒息,肺炎”住当地医院治疗2次,近3 d出现呼吸暂停,转我院。体查:T 37.2℃,P 150次/min,R 50次/min,体重1 400 g,反应差,皮肤苍黄,前囟平软,可见轻度吸气性三凹征,双肺呼吸音粗糙,未闻及啰音,心音稍低,律齐,心率150次/min,肝肋下1 cm,质软,双下肢轻度硬肿,四肢肌张力低,原始反射弱。入院诊断:早产儿,极低出生体重儿;贫血,新生儿肺炎;败血症。

患儿入院后呼吸暂停较频繁,经鼻导管吸氧及输注压积红细胞后明显缓解,反应及进奶也较前改善。入院第5天出现左手尺侧4指末节发紫发黑、轻度肿胀,急请外科会诊,给予局部热敷、外用多磺酸粘多糖乳膏(喜辽妥)、抬高患肢等处理;后肿胀进一步加重,入院第8天左手食指、中指末节充血发紫,针刺流出淡红色血液;环指、小指末节发黑,中节发紫,针刺流出暗红色血液。经针刺局部减压处理,3 d后食指、中指接近正常,仍肿胀;环指、小指末节发黑发紫面积减少约1/2。入院第15天环指、小指末节高度肿胀,小指末端坏死组织脱落,环指末节皮下积脓,给予手术去除坏死组织,引流积脓。入院第20天食指、中指肿胀消退;入院第26天环指、小指肿胀减轻。入院30天环指、小指肿胀消退,坏死部分渐被新生组织代替,指甲开始萌出。实验室检查:WBC 11.8~35×10⁹/L,多核比例:0.61~0.69,RBC 2.24~2.72×10¹²/L,Hb 78~101 g/L;中性粒细胞碱性磷酸酶阳性率84%~92%,积分182~208;C-反应蛋白10~53 μg/mL;血培养(入院当天):溶血葡萄球菌生长,产酸克雷伯杆菌生长。

入院后给予保暖、氧疗、部分静脉营养、输血、及活血化瘀等治疗,抗生素根据药敏选用头孢哌酮舒巴坦钠、哌拉西林地哌巴坦钠。

新生儿合并指端坏疽临床上罕见,Vakrilova等^[1]曾报道一糖尿病母亲所分娩新生儿出生时即

出现上肢坏疽,继而因合并败血症、坏死性小肠结肠炎、DIC于生后第10天死亡。本例患儿住院治疗过程中出现左手指远端坏死,考虑与以下多种因素相关:早产、极低出生体重儿各脏器尤其是心血管系统功能发育不完善,心搏出量及组织脏器血供相对不足;全身重症感染、贫血、窒息缺氧、硬肿等因素引起血管痉挛收缩、血液流变学改变、凝血机制异常、微循环障碍;反复手部动静脉穿刺造成血管破坏或留置套管针时间过长影响血液回流等。该患儿经积极控制感染、纠正贫血、活血化瘀以及患肢局部处理(局部热敷、消毒、抬高患肢、针刺减压、手术去除坏死组织等)后基本治愈,表明新生儿代偿能力、组织增生能力相对较强,出现类似情况时可在严密观察局部病变前提下内科保守治疗。早产儿败血症常表现为精神萎靡、不吃、不哭、不动、体温不升等,该患儿在纠正贫血后,精神反应、吃奶状况、体重增长基本正常,而血管病变表现较为突出,进一步提示败血症在早产儿表现可不典型或出现特殊表现。Thame等^[2]曾报道1例患晚发型B组溶血性链球菌败血症的新生儿出现脑梗死和指(趾)端坏疽,本例入院后当天行血培养回示为溶血葡萄球菌(MRS)生长,因此临床诊疗中遇到此类病原体所引起的感染一定要注意血液动力学的变化。此外,动静脉穿刺、留置套管针时一定要避免反复在同一部位进行,要注意观察局部血运状况。

[参 考 文 献]

- [1] Vakrilova L, Popivanova A, Emilova Z, Sluncheva B, Shishkova R. Upper extremity gangrene in an infant of a diabetic mother, presenting at birth[J]. Akush Ginekol (Sofia), 2005, 44(1): 47-50.
- [2] Thame M, Franklin L, Young J, Hall C, Saunders GL, Williams NP. An unusual presentation of group B streptococcal sepsis[J]. West Indian Med J, 2004, 53(6):416-419.

(本文编辑:吉耕中)