维普资讯 http://www.cqvip.com

·个案与短篇·

中西结合治疗新生儿硬肿症78例分析

王乐伟 （富裕县人民医院儿科，黑龙江 富裕 161200）

[关键词] 新生儿硬肿症；中西结合
[中图分类号] R722.16 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)03-0201-01

新生儿硬肿症主要表现为皮下脂肪硬化和水肿，可由多种原因引起，如受寒、早产、感染、窒息等，发病机理尚不完全明了，主要与新生儿体温调节差，棕色脂肪少，皮下含不饱和脂肪酸少有关[1]。我院自2003年4月至2005年6月共收治新生儿硬肿症患儿78例，现总结分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患儿共78例，男46例，女32例。发病时间：出生后3 d内60例，3~6 d 15例，6~7 d 3例。胎龄小于28周3例，28~32周16例，32~36周48例，大于37周11例。分娩方式：顺产69例，剖宫产7例，阴道助产2例。出生时轻度窒息72例，重度窒息6例。出生时体重小于1 000 g 1例，1 000~1 500 g 5例，1 500~2 499 g 67例，2 500 g以上5例。发病季节为冬春季60例，夏秋季18例。根据第4版《实用儿科学》标准区分轻、重症，其中轻症66例，重症12例。临床表现为拒乳73例，占93.6%；体温低于30 ℃5例，占6.4%；体温30~34 ℃65例，占83.3%；35 ℃以上8例，占10.3%。口周发绀22例，呼吸每分钟35次以上32例，心率每分钟150次以上68例，出现三凹征6例。合并肺炎15例，皮肤感染1例，肺出血3例，DIC 2例，颅内出血3例。

1.2 治疗方法

本组病例均采用中西医结合治疗方法，具体措施有：①复温，采用逐渐复温方法，切忌加温过速。体温大于30 ℃者，放在预热30 ℃的温箱内，6~12 h恢复正常体温；体温小于30 ℃者，先放在高于患儿体温1~2 ℃的温箱内，然后每小时提高箱温1 ℃，于12~24 h内恢复正常体温；伴有内脏功能不全者，应于远红外抢救台上边保温边处置。②补充热量，按每天热量50 cal/kg、水分1 ml/kg供给，并随体温上升逐渐增至100~120 cal/kg。伴肾功能不全者，应限制输液速度和液体量；不能吸吮者可用滴管或鼻管；重症伴呕吐者暂不予喂奶，可静脉补液。③微循环障碍休克者，除扩容、纠正酸中毒外，可用血管活性药物654-2治疗，剂量0.5~1 mg/kg，15~20 min重复一次。合并肺炎或皮肤感染者，选用氨卡青霉素100~150 mg/kg静脉滴注。④肾上腺皮质激素能促进糖异生，升高血糖，增强耐寒力，对重症病例可小剂量、短疗程应用，如地塞米松0.5~1 mg/kg静脉滴注。⑤合并肾功能不全者按急性肾功能衰竭处理，肺出血、DIC患者给予肝素、吸氧及止血药物治疗。⑥除上述综合治疗外，加用中药略加温后敷于硬肿处，每日换药一次直至痊愈[2]。

2 结果

本组78例患者治愈73例，治愈率93.6%，好转1例，总有效率94.9%；死亡4例，均为重症，Ⅲ度硬肿，死亡率5.1%。随访12例，均发育良好未出现后遗症。

3 讨论

新生儿硬肿症的发生与新生儿体温调节和皮下脂肪组织特点有密切关系。新生儿体温调节中枢发育不成熟，皮肤表面积相对较大，血流丰富，易于散热，但能量储备少，以棕色脂肪组织的化学产热为主，缺乏寒战等物理产热方式，产热不足，因此新生儿易发生低体温，尤以早产儿、低体重儿明显。新生儿皮下脂肪组织的饱和脂肪酸含量比不饱和脂肪酸高，前者溶点较高，当受寒或其他原因引起体温降低时，皮脂容易发生硬化，出现硬肿症。

持续低温不仅造成各器官的功能障碍，也可引起组织损伤，因此新生儿硬肿症死亡率很高。复温是治疗新生儿硬肿症的关键步骤[3]，复温除了可以防止热量散失和增加自身产热外，还可以通过静脉输入温热液体及皮肤传导等途径直接向患儿输入热量。但不论采用何种方法，均不能过快或过慢，以免引起不良反应。缺氧可加重脏器损害使病情恶化，及时给氧有助于改善病情，浓度以20%~40%为宜。注意补足热量，体温低时输液的速度宜慢，体温恢复后可根据血糖检测结果适当加快速度。选用氨苄青霉素等毒性低、效果好的广谱抗生素可预防和治疗感染，减少合并症的发生。

[参考文献]

[1] 黄凤碧，黄桂仙. 蛋黄油配合按摩治疗新生儿硬肿症[J]. 局解手术学杂志，2005，14(5)：359-360.
[2] 周桂芳，宋秋荣，王涛. 外敷中药佐治新生儿硬肿症[J]. 中华儿科杂志，1994，32(5)：315.
[3] 陈佛清. 新生儿硬肿症80例临床治疗探讨[J]. 中华儿科杂志，1994，32(6)：365-366.

[收稿日期] 2006-01-10 [修回日期] 2006-03-06

（编辑：雷艳）