维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2001)02-0206-02

新生儿肾上腺出血（附8例临床分析）

李世红 吴仕孝

（重庆医科大学儿童医院 新生儿科 重庆 400014）

【中国图书分类法分类号】R722.153 【文献标识码】A 【收稿日期】2000-05-25

新生儿肾上腺出血，在临床上并不少见，但其症状缺发特异性，易漏诊、误诊，严重者可导致死亡。现将我院8例新生儿肾上腺出血报告于后。

1 临床资料

1.1 一般资料

8例患儿中，男性4例，女性4例；胎龄小于37周1例，37～40周2例，40～42周5例；产重2700g～3000g 2例，3000g～4000g 4例，大于4000g 2例。分娩方式：剖宫产1例，阴道分娩7例。阴道分娩中，产钳助产致颈部产伤1例，臀位产1例，重度窒息1例，巨大儿2例，母亲孕期常鼻出血产时大出血1例，脐带绕颈1例。入院日龄：小于3天3例，其中1小时多1例，3~7天4例，大于7天1例，为生后16天。

1.2 临床表现

8例患儿中，7例有病理性黄疸，5例有贫血，腹胀4例，腹部扪及包块3例，腹部移动性浊音、腹穿为血液者1例。

1.3 实验室检查

对7例病理性黄疸测血胆红素浓度结果：205～255 μmol/L者1例，255～340 μmol/L 4例，大于340 μmol/L者2例。日龄一周内用毛细血管法测血色素，低于145g/L者5例，最低者44g/L 1例。腹部B超结果：肾上腺出血右侧7例，左侧1例，无一例双侧；测血电解质5例均正常，血糖1例正常，血肾上腺皮质醇1例正常。

1.4 治疗及预后

8例患儿均内科治疗（包括1例血腹患儿家属拒绝手术者）。根据病情轻重、贫血程度不同，输血3例，输血浆8例。用止血剂：补充维生素K者7例，止血敏2例，用氢化可的松1次者2例；病理性黄疸采用光疗等非换血疗法7例。除1例胆红素大于340 μmol/L患儿住院2日自动出院外，7例均治愈出院。

2 讨 论

新生儿肾上腺出血，尸解发现约1.7%[1]，有关临床诊断的统计尚未见报告。本病病因不清。据认为，诱发因素包括难产、产伤、体重过大、胎盘出血和产前缺氧，但早产儿发生肾上腺出血可无明显外伤[2]。我院8例肾上腺出血小儿，有臀位产史1例，产钳助产史致颈部产伤1例，巨大儿2例，产时重度窒息2例，母孕期常鼻出血产时大出血1例，肺炎、心衰1例，其诱发因素与上述基本相符。一般认为肾上腺出血男性发病数比女性高，为3:1[2]。但我院8例患儿男女各半，为1:1，男女间无明显差异。除1例产前B超检查有胎盘老化、产时胎心不好行剖宫产外，其余7例均为阴道分娩。与国外报道无1例发生在剖宫产小儿略有不同[3]。

新生儿肾上腺出血并不少见，但由于临床表现特异性不强，轻者可无症状，重者引起休克或DIC、往往尸解后才能确诊，生前诊断困难。而实时超声显象检查对本病极有诊断价值、多数病例能得出正确诊断[4]。我院8例患儿入院时无1例考虑此病，后均经B超检查，发现肾上腺出血而确诊。在7例病理性黄疸患儿中，3例因黄疸持续时间过长，最长1例达日龄27天，未查出病因，而行腹部B超时，发现肾上腺出血而明确诊断。另2例黄疸小儿分别于入院第1、第7天体检扪及右下腹包块，而B超证实此病。还有1例黄疸伴贫血，体检有液腹，腹穿抽出血性液体，作B超发现肾上腺出血，拟手术治疗，但家属拒绝手术，继续内科治疗，于5天后，体检扪及右下腹包块。另1例黄疸患儿，因有窒息史、生后面色苍白，无外出血，腹部B超发现肾上腺出血。临床黄疸不重1例，因分娩时发现羊水过少，为除外泌尿道畸形作B超，结果显示肾上腺出血。此病多于生后2～7天发病，因此凡在此期间发病，临床不能解释的黄疸或者腹部包块可提示本病，均应仔细地腹部扪诊，且宜行B超检查以明确诊断。

Mittelstaedt等报告肾上腺出血的典型病例表现

作者介绍：李世红（1946- ），女，江苏人，副教授，
主要研究方向：新生儿疾病。

维普资讯 http://www.cqvip.com

为受累侧扪及腹块，其中右侧占70%，而5%～10%为双侧[4]。我院8例肾上腺出血患儿B超显示结果，右侧7例（87.5%）、左侧1例(12.5%)，无1例为双侧，与上述资料基本一致。右侧肾上腺出血发生率较高，可能与右侧肾上腺位于肝和脊柱之间，其静脉直接开口于下腔静脉，易被压伤，伤后易受静脉压升高影响而出血有关[5]。

新生儿肾上腺出血的原因，据认为系新生儿肾上腺较大，毛细血管丰富，周围缺乏间质，易受伤出血。窒息缺氧也是新生儿肾上腺出血的主要原因。首都儿研所报告由于缺氧至出血者可达70%。常见疾病如肺炎、肠炎、颅内出血等、出血至失血性休克病例亦有不少报告。

肾上腺出血，在幸存婴儿中很少有代谢紊乱。这是由于新生儿肾上腺比几个月的婴儿大10倍，而且肾上腺素及正肾上腺素主要在肾上腺以外产生[6]。虽有出血，对其分泌功能影响不大。我院8例患儿中，急性期5例测血钠、血钾均正常，1例测血糖正常，1例测血皮质醇正常，显示无明显代谢紊乱。新生儿肾上腺出血预后大多良好，多不需要手术治疗。我院8例患儿除一例治疗仅两天自动出院外余7例均内科治疗痊愈出院。治疗时对失血多、贫血重者，首先应补充血容量，同时使用止血剂。合并高胆红素血症患儿，可采用光疗等非换血疗法。对肾上腺功能可能不足者，可用生理盐水或皮质醇。对血腹者，如无进行性失血，亦可采用内科治疗。因为许多外科医生在新生儿血腹剖腹探查时发现包膜裂口出血已止、或仅为包膜下血肿，故近年来许多学者倾向于更为保守的治疗[7]。但我们认为，对出血重者也应做好手术准备。

参 考 文 献

[1] 陈贻骥，周有碧. 面色苍白、黄疸、贫血[J]. 实用儿科杂志，1993;8:175-176.

[2] 温学兰. 围产新生儿医学[M]，第一版. 北京. 能源出版社，1989;657-664.

[3] Victor Yh Yu.Textbook of Neonatal Medicine a Chinese Perspective [M].Hong Kong:Hong Kong University Press,1996;145-157.

[4] 何佩贞，薛崇德，钱蔷英，等. 实时超声显像诊断新生儿肾上腺出血（附2例报告）[J]. 实用儿科杂志，1988;3:125.

[5] 叶慕蓉. 实用儿科学[M]，第六版. 北京：人民出版社，1996;488-489.

[6] Forfar JO, Arneil GC. Textbook of Ped iatrics 3rd ed Edinburgh[M]. Churchill Livegstone, 1984;197.

[7] 高解春，薛崇德，樊绍曾. 新生儿产伤性血腹16例分析[J]. 实用儿科杂志，1991;6:271-272.