DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.08.045

polymorphisms of the beta 2-adrenoceptor and response to albuterol in children with and without a history of wheezing[J]. J Clin Invest, 1997, 100(12): 3 184 - 3 188.
[3] Dewar J C, Wilkinson J, Wheatley A, *et al*. The glutamine 27 Beta 2 adrenoceptor polymorphism is associated with elevated immunoglobulin E levels in asthmatic families[J]. J Allergy Clin Immunol, 1997, 100(2): 261 - 265.
[4] 全国儿科哮喘协作组. 儿童哮喘诊断标准和治疗常规[J]. 中华儿科杂志, 1993, 31(4): 222 - 224.
[5] 中华医学会呼吸病学分会. 支气管哮喘防治指南诊断标准[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1997, 20(6): 261 - 263.
[6] Weir T D, Mallek N, Sandford A J, *et al*. Beta 2 adrenergic receptor haplotypes and asthma[J]. Am J Respir Crit Care Med, 1998, 158(3): 787 - 791.
[7] Hall I P, Wheatley A, Wilding P, *et al*. Association of Glu 27 beta 2-adrenoceptor polymorphism with lower airway reactivity in asthmatic subjects [J]. Lancet, 1995, 345(8 959): 1 213 - 1 214.
[8] Hemls P, Hopes E, Mcdougall C, *et al*. The Glu 27 beta 2-adrenoceptor polymorphisms associated with childhood asthma[J]. Thorax, 1996, 51(Suppl): s15.
[9] Postma D S, Bleecker E R, Amelung P J, *et al*. Genetic susceptibility to asthma-bronchial hyperresponsiveness coinherited with a major rene for atopy [J]. N Engl J Med, 1995, 333(221): 894 - 900.
[10] Turki J, pak J, Greens S A, *et al*. Genetic polymorphisms of the beta 2-adrenergic receptor in nocturnal and nonnocturnal asthma. Evidence that Gly16 correlates with the nocturnal phenotype[J]. J Clin Invest, 1995, 95(4): 1 635 - 1 641.
[11] Holroyd K J, Levitt R C, Dragwa C, *et al*. Evidence for Beta 2 adrenoceptor polymorphism at amino acid 16 as a risk factor for bronchial hyperresponsiveness[J]. Am J Respir Crit Care Med, 1995, 151(Suppl): A673.
[12] 尹晓娟, 李为明. 儿童哮喘遗传学研究进展[J]. 中华儿科杂志, 1999, 37(10): 770 - 772

(编辑 陈聪连)

文章编号:1000-5404(2001)08-0971-01

个案与短篇

应用留置针治疗新生儿气胸2例报告

Report of 2 cases of neonatal pneumothorax treated with retention needle

龙 华[1], 周友碧[2], 吴仕孝[2] ([1] 重庆市涪陵中心医院儿科, 重庆 408000; [2] 重庆市儿童医院新生儿科, 重庆 400014)

内科治疗新生儿气胸常用的方法是多次穿刺抽气或胸腔闭式引流[1], 但这些操作不但不简便, 而且也增加了患儿的痛苦, 有引起继发感染的可能。我科采用留置针在2例新生儿气胸穿刺引流中替代胸腔闭式引流, 取得良好效果, 现报告如下。

1 临床资料

例1, 患儿, 男, 1 $\frac{2}{24}$ d, 因发现气促、面色青灰约5 h入院, 入院后立即摄胸片提示: ①肺炎; ②右侧前位气胸, 压缩约40%。初步诊断为: ①胎粪吸入性肺炎; ②气胸; ③胎儿宫内窘迫; ④HIE(轻度)。给予头罩给氧, 头孢噻肟钠+邻氯青霉素抗感染, 酚妥拉明+多巴胺改善肺循环, 降低肺动脉压等综合治疗, 患儿症状无减轻, 气促更为明显达100次/min, 右侧胸廓饱满明显, 叩之鼓音, 呼吸音降低, 立即在胸前第2~3肋间隙上缘右锁骨中线用7号针头胸穿抽气20 ml后, 呼吸急促减轻为80次/min, 2 h后呼吸又增快达100次/min, 复查胸片示: ①肺炎, ②右侧气胸较前增多, 压缩肺达70%, 外科会诊后为张力性气胸, 考虑到新生儿作胸腔闭式引流损伤较大, 故试用一种新方法, 用留置针(型号为24 GA)穿刺入胸腔, 退出针蕊, 保留软塑料管于胸腔中, 针头处接上肝素帽, 用专用透明肤贴固定, 再以肝素帽背面中央为进针点进行穿刺抽气, 抽出60 ml气体后, 症状改善, 拔出穿刺针, 保留留置针, 待出现呼吸困难时可重复上述操作, 并适当地应用镇静剂, 使患儿安静, 减少气道压力, 防止气漏的进一步发展, 经过间断引流3次, 共抽出气体175 ml, 患儿症状缓解, 复查胸片示: 右侧气胸明显减少, 右肺压缩改变不明显, 2 d后患儿右侧胸廓不饱满, 叩之清音, 呼吸音不降低, 又复查胸片示: 肺部炎性病变仍明显, 右侧气胸已吸收, 第3天后拔出留置针, 临床症状改善, 综合治疗8 d痊愈出院。

例2, 患儿, 男, 15 h, 因气促、青紫、口吐白沫15 h入院, 入院初步诊断为: 新生儿吸入性肺炎, HIE(轻度); 给予头罩给氧, 保持呼吸道通畅, 改善肺循环, 抗感染等处理; 入院后第2天摄胸片示: ①肺炎; 2右侧气胸, 肺被压缩50%, 又用留置针穿刺抽气, 治疗方案同例1, 经间断抽气2次, 共抽出气体约150 ml后, 症状缓解, 2 d后复查胸片示: 右侧气胸已吸收, 第3天后拔出留置针, 综合治疗7 d痊愈出院。

2 讨论

新生儿胎粪吸入综合征(MAS)的发病率为活产新生儿的1.2%~2.2%, 病死率为7%~15%[2], 且10%~20%病例的MAS伴有气胸及纵隔气肿[3], 故新生儿的气胸较为常见, 特别是张力性气胸, 必须进行胸腔穿刺, 紧急处理, 否则会危及生命, 使用留置针在新生儿气胸穿刺引流替代闭式引流, 有以下优点: ①方法操作简单、可靠、易于掌握; ②胸腔穿刺一次即可, 不需切开皮肤, 避免了缝针之苦, 减少了患儿痛苦; ③导入胸腔的系软塑管, 无胸膜划伤之虑; ④便于及时处理, 解除压迫症状, 使肺复张, 改善呼吸功能; ⑤此法创伤小、安全, 不易引起继发感染; ⑥无手术设备的基层医院均可开展; ⑦患儿抽气过程中可活动, 体位不受限制; ⑧疗效满意, 值得推广。

关键词: 留置针; 新生儿; 气胸
中图法分类号: R725.614 **文献标识码**: B

参考文献:

[1] 徐天鹏. 新生儿气漏的治疗与预防[J]. 实用儿科临床杂志, 1997, 12(4): 274.
[2] 金汉珍, 黄德眠, 官希吉 主编. 实用新生儿学[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1996. 357.
[3] 江载芳 主编. 中华儿科临床手册[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1998. 167.

(编辑 张大春)

作者简介: 龙 华(1963-), 女, 重庆市人, 主治医师. 电话: (023)72228137
收稿日期: 2001-04-11; 修回日期: 2001-06-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net