

新生儿低血糖症个案分析

黄攀

云南省玉溪市元江哈尼族彝族傣族自治县人民医院儿科 653300

〔中图分类号〕R737.14 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2022) 03-024-02

1 患儿基本情况

患儿，男，3天，因“间歇性双眼上翻6小时，颜面青紫2次”入院。患儿系第1胎、第1产、孕39¹²周剖宫产儿（重度子痫前期、胎盘早剥、妊娠合并子宫肌瘤、妊娠合并高脂血症、高危妊娠），无胎膜早破，羊水Ⅱ°粪染，脐带正常，有无宫内窘迫不详，新生儿Apgar评分：1分钟8分，5分钟10分，10分钟10分，出生时无窒息、抢救史。出生体重2.6kg。患儿生后半天空曾出现鼻阻，到我科就诊，当时就发现患儿皮肤黄染，建议家长住院治疗，家长拒绝住院治疗，给予口服“酪酸梭菌二联活菌散”口服治疗，住院当天01:00时家长发现患儿吃奶减少，02:00时后患儿间歇性双眼上翻固定，具体间歇时间及双眼上翻固定时间不详，04:30时患儿突然出现1次颜面青紫，无吐沫、呻吟，当时双眼上翻固定，立即就我科，值班医生再次建议家长住院治疗及完善相关检查，家长仍拒绝，故继续门诊口服及雾化吸入，治疗结束后不再喂养，08:00时左右患儿再次出现1次颜面青紫，仍未见吐沫、呻吟、口角及四肢抽动，立即复诊我科，最后经家长同意后以“1、新生儿青紫原因待查；2、新生儿黄疸；3、溃疡性咽炎。”收住院。入院查体：体温36℃，心率80次/分，呼吸0次/分，心电监测经皮氧饱和度50%。入院体重2.52kg，昏迷，刺激无反应，无哭声，全身皮肤青紫，皮肤干燥，皮肤及巩膜黄染，经皮测胆红素为14.5-15.6-16.3mg/dl。双侧腋窝皮肤发红，轻微皮损，右侧明显，全身皮肤未见瘀点瘀斑。全身浅表淋巴结未触及肿大。前囟4.0x4.0cm²平软，张力不高。骨缝无重叠。后囟未闭合。双眼瞳孔等大等圆，直径约2mm，对光反射迟钝，角膜略浑浊。面色青紫，口周及口唇发绀，咽部充血，溃疡不明显。颈部软。双肺呼吸音消失。心界不大，心率80次/分，节律齐，心音钝，各瓣膜区未闻及明显杂音。脐带未脱落，脐轮稍红肿，未见渗液，腹软不胀，无肠型及蠕动波，肝脾触不清，肠鸣音未闻及。双下肢无浮肿，甲床发绀，CRT小于3S，未见花斑，四肢软瘫，末端凉。觅食反射、吸吮反射、拥抱反射及握持反射未引出。入院后我科反复5次不能测出随机微量血糖。入院初步诊断：1、新生儿青紫及昏迷待查；2、新生儿肺炎？3、新生儿缺氧缺血性脑病？4、新生儿颅内出血？5、新生儿先天性心脏病？6、新生儿低血糖症；7、新生儿呼吸暂停；8、新生儿高胆红素血症。入院后立即给予心电监测、暂禁食、下病危通知、积极予“吸痰”清理呼吸道、保持呼吸道通畅、“1L/min氧气”吸入呼吸支持、托背呼吸、“10%葡萄糖3ml/kg”静脉注射提高血糖浓度、随后用“糖浓度10%、糖速6mg/kg.min、速度9ml/h”维持血糖浓度、“纳洛酮”刺激呼吸中枢、补充“维生素K₁”防出血等治疗。经“纳洛酮”刺激呼吸中枢治疗后呼吸24次/分，心率120次/分，不规则呼吸，偶尔叹气样呼吸，

鼻阻，突然尖叫1声，给予“苯巴比妥20mg/kg”镇静，末端凉另开通道给予“生理盐水”补液维持有效循环。辅助检查：急诊胸片回报：肺心隔未见异常。头颅CT报告：新生儿缺氧缺血性脑病（轻-中度）。电解质：钾5.4mmol/L↑，钠138mmol/L，氯96mmol/L↓，钙2.4mmol/L，镁0.87mmol/L，磷3.06mmol/L↑，铁11.3umol/L，二氧化碳23.2mmol/L，数值波动不大。血常规：白细胞9.0X10⁹/L，红细胞5.54X10⁹/L，血红蛋白206.4g/L，红细胞压积0.56L/L，血小板174.4X10⁹/L，淋巴细胞百分比16.94%，中性粒细胞百分比80.54%，提示感染。网织红细胞百分比3.81%。血型“O”型，RH(+)。血气分析：PH7.27↓，全血剩余碱-5.1mmol/L。PO₂90mmHg，Pco₂53mmg，K⁺5.0mmol/L，ca²⁺1.17mmol/L，Glu 0.3mmol/L↓，Hct 60%，HB198g/L。体温36℃，吸氧浓度21%。凝血四项：APTT 76.5S↑，FIB1.72g/L↓，提示APTT危急值。静脉葡萄糖0.77mmol/L，提示葡萄糖危急值。肝功：总蛋白48.3g/L↓，白蛋白33.8g/L↓，球蛋白14.5g/L，白球比2.3、总胆红素216.7umol/L（12.67mg/dl），直接胆红素12.7umol/L，间接胆红素204.0.umol/L，谷丙转氨酶3.5u/L，谷草转氨酶21.2u/L，谷氨酰转氨酶46.9u/L，碱性磷酸酶141.2u/L胆碱酯酶3276.0u/L，前白蛋白84.81mg/L。心肌标志物：肌酸激酶547.0u/L，肌酸同工酶48u/L，乳酸脱氢酶450u/L，a-羟丁酸353.0u/L，肌红蛋白99ng/L。C-反应蛋白：2.32mg/L。血淀粉酶8.8u/L。肾功：尿素2.2mmol/L，肌酐43.2umol/L，尿酸175umol/L。随后复查微量血糖分别为：1.5-4.9-4.1-5.2-6.9mmol/L。父母亲血型均为“O”型，RH“+”。

2 诊断分析

该患儿的病史特点如下：1)、患儿，男，3天，因“间歇性双眼上翻6小时，颜面青紫2次”入院。2)G₁P₁孕39¹²周剖宫产儿（重度子痫前期、胎盘早剥、妊娠合并子宫肌瘤、妊娠合并高脂血症、高危妊娠），无胎膜早破，羊水Ⅱ°粪染。3)新生儿Apgar评分：1分钟8分，5分钟10分，10分钟10分，出生时无窒息、抢救史。出生体重2.6kg。4)入院查体：体温36℃，心率80次/分，呼吸0次/分，心电监测经皮氧饱和度50%。昏迷，刺激无反应，无哭声，全身皮肤青紫，皮肤干燥，皮肤及巩膜黄染，经皮测胆红素为14.5-15.6-16.3mg/dl。双侧腋窝皮肤发红，轻微皮损，右侧明显。前囟4.0x4.0cm²平软，张力不高。双眼瞳孔等大等圆，直径约2mm，对光反射迟钝，角膜略浑浊。面色青紫，口周及口唇发绀，咽部充血。双肺呼吸音消失。心率80次/分，节律齐，心音钝。肠鸣音未闻及。甲床发绀，四肢软瘫，末端凉。觅食反射、吸吮反射、拥抱反射及握持反射未引出。5)入院后我科反复5次不能测出随机微量血糖。中性粒细胞百分比

80.54%，总胆红素 216.7 μ mol/L (12.67mg/dl)，间接胆红素 204.0. μ mol/L。血气分析：PH7.27 \downarrow ，全血剩余碱 -5.1mmol/L。Glu0.3mmol/L \downarrow 。凝血四项：APTT76.5S \uparrow ，FIB1.72g/L \downarrow ，提示 APTT 危急值。静脉葡萄糖 0.77mmol/L \downarrow ，提示危急值。头颅 CT 报告：新生儿缺氧缺血性脑病（轻 - 中度）。根据以上病史、出生情况、临床表现、体征及辅助检查，修正诊断为：1、新生儿低血糖症；2、新生儿昏迷；3、新生儿呼吸暂停；4、新生儿青紫；5、混合型酸中毒；6、新生儿抽搐；7、新生儿缺氧缺血性脑病；8、新生儿高胆红素血症；9、凝血机能异常；10、新生儿肺炎；11、新生儿先天性心脏病？患儿年龄小、病种多、病情危重、病情复杂、病情变化快，在病情相对平稳时转上级医院进一步治疗。

3 确定诊断

入院后我科反复 5 次不能测出随机微量血糖。中性粒细胞百分比 80.54%，总胆红素 216.7 μ mol/L (12.67mg/dl)，间接胆红素 204.0. μ mol/L。血气分析：PH7.27 \downarrow ，全血剩余碱 -5.1mmol/L。Glu0.3mmol/L \downarrow 。凝血四项：APTT76.5S \uparrow ，FIB1.72g/L \downarrow ，提示 APTT 危急值。静脉葡萄糖 0.77mmol/L \downarrow ，提示危急值。头颅 CT 报告：新生儿缺氧缺血性脑病（轻 - 中度）。

4 诊治体会

1. 新生儿系指从脐带结扎到 28 天内的婴儿，新生儿是胎

儿的延续，经历了从宫内向宫外环境转换阶段，其死亡率和发病率均居人的一生之首，尤其生后 24 小时以内。

2. 新生儿期可致多种疾病发生：如新生儿窒息、新生儿缺氧缺血性脑病、新生儿颅内出血、胎粪吸入综合征、呼吸窘迫综合征、新生儿低血糖症、新生儿溶血病、新生儿黄疸等等都会危及新生儿生命。

3. 新生儿低血糖症是指无论胎龄及日龄凡是血糖低于 2.2mmol/L 诊断为低血糖症，而低于 2.6mmol/L 时作为临床需要处理的参考值。新生儿低血糖症多见于 1) 未成熟儿，小于胎龄儿及多胎。2) 糖尿病母亲的婴儿。3) 患严重疾病如窒息、呼吸窘迫综合征、硬肿症、败血症、颅内出血、核黄疸的婴儿。4) 患代谢性疾病如半乳糖血症、糖元素积症、糖原合成酶缺乏症、亮氨酸敏感性低血糖症、半乳糖或果糖不耐受及 Beckwith 综合征的婴儿。5) 垂体、甲状腺或肾上腺功能不全的婴儿。患儿母亲年龄 32 岁，否认糖尿病史，低血糖症不排除患代谢性疾病，鉴于县级医院、医疗条件及技术力量有限，为明确低血糖症原因，给予立即转院是由必要的。

4. 新生儿脑细胞代谢需要大量糖，因此发病早、时间长及血糖过低可使脑细胞受损而致智力低下等后遗症，因此不论有无症状，对于新生儿低血糖症者都应积极早期诊断、早期治疗。

(上接第 22 页)

程中，实施单纯修补术治疗方法，具有操作简单、术后恢复快的优势，在急性胃穿孔患者中具有较高的应用价值。

研究结果显示，分析治疗效果，和对照组 (80.00%) 相比，观察组 (97.50%) 更高， $P < 0.05$ 。实施单纯修补术治疗方法，医务人员对患者肠胃功能定期检查，医务人员严格执行无菌操作，有助于提高整体治疗效果。分析并发症发生率，和对照组 (20.00%) 相比，观察组 (2.50%) 更低， $P < 0.05$ 。实施单纯修补术治疗方法，能够有效减少切口感染、中毒性休克、十二指肠残端瘘等并发症发生例数，提高了急性胃穿孔治疗的安全性。在治疗期间，相关医务人员给予患者针对性的指导，告知患者戒烟戒酒，帮助患者养成健康生活习惯，能够有效恢复内环境，进一步提高了治疗效果。和胃大部分切除术相比，实施单纯修补术进行治疗，抢救患者的生命安全，有助于改善预后。

综上所述，针对急性胃穿孔患者开展单纯修补术，不但

提高了治疗效果，还减少了并发症，疗效确切。

[参考文献]

- [1] 崔朝封, 代军义, 王猛, 等. 胃大部分切除术与单纯修补术对急性胃穿孔临床疗效对比 [J]. 首都食品与医药, 2020, 27(10):23.
- [2] 李永旺, 云托亚, 白图克, 等. 胃大部分切除术和单纯修补术治疗急性胃穿孔的临床效果对比 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2020, 20(82):109-110.
- [3] 包慧杰. 单纯修补术与胃大部分切除术在急性胃穿孔治疗中的应用价值分析 [J]. 中国社区医师, 2020, 36(24):14-15.
- [4] 艾合买提江·艾海提. 胃大部分切除术和单纯修补术治疗急性胃穿孔的临床效果对比 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2020, 20(17):61-62.
- [5] 邱根强. 单纯修补术与胃大部分切除术治疗急性胃穿孔的疗效对比 [J]. 全科口腔医学杂志, 2019, 6(36):147.

(上接第 23 页)

的下腹部压痛，也属于盆腔炎。此外，多年的隐匿性盆腔炎，最终表现为不孕而被发现。盆腔炎分急性盆腔炎和慢性盆腔炎，急性盆腔炎起病较急，短期内会出现发热，常常为高热，并有严重的腹痛，如果得不到及时治疗会导致败血症、感染性休克等，如果急性盆腔炎没有得到彻底有效的治疗，则会转为慢性盆腔炎，会出现发热、腹痛反复发作，严重影响女性的身心健康^[3]。

传统临床对于患者采取替硝唑注射液治疗，替硝唑注射液是急、慢性盆腔炎的主要治疗措施，包括静脉输液、肌肉注射或口服等多种给药途径。本次研究中，研究组接受头孢呋辛钠治疗干预，参照组接受替硝唑注射液治疗干预，结果显示，对比干预后的疼痛评分，研究组患者疼痛评分显著优于参照

组。差异具有统计学意义，($P < 0.05$)。表明头孢呋辛钠治疗干预效果显著，有学者^[5]选取妇科盆腔炎患者进行研究，分别实施头孢呋辛钠治疗干预和替硝唑注射液治疗干预，结果可见，头孢呋辛钠治疗干预效果较好，与本文研究结果一致。

综上，针对妇科盆腔炎患者采取头孢呋辛钠治疗干预，患者疼痛评分显著改善，适于推广与应用。

[参考文献]

- [1] 段玉新. 慢性盆腔炎妇科门诊治疗心得及效果观察 [J]. 实用妇科内分泌杂志 (电子版), 2018, 5(34):53+61.
- [2] 黄慧. 慢性盆腔炎妇科门诊治疗心得及效果探究 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(50):78+80.
- [3] 李晓红. 抗生素、红藤汤、微波治疗慢性盆腔炎临床治疗观察 [J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(06):57-58.