

新生儿颅骨骨折_儿科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，
建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E6_96_B0_E7_94_9F_E5_84_BF_E9_c22_608919.htm 在分娩时，由于胎位不正、头盆不称以及产钳等因素使胎儿受到损伤称为产伤

(?5@ab 56cd@e)。近年来由于产科技术的发展，剖宫产率提高，产伤的发生率有明显下降。按受伤的部位分述如下。

一、软组织损伤 (一) 擦伤及淤血 常见于产程延长、难产或胎位异常者。多发生在先露部分，臀位者有外阴及外生殖器水肿、变色。面先露者面部肿而变色，有出血点。不需特殊治疗，1周内自行消退。(二) 皮下脂肪坏死 常因分娩损伤、缺氧、过度寒冷引起，多见于生后3~4天的新生儿背、臀部，或面颊及大腿部出现局部变硬，皮肤颜色发红或正常，局部触之可有热感，有压痛，边缘清晰。应与新生儿硬肿症及蜂窝织炎鉴别。一般不用治疗。6~8周逐渐消失，有继发感染者需及时控制感染。(三) 胸锁乳突肌损伤 常见于臀位引产时过度牵拉或胎头过度旋转所致。胸锁乳突肌内形成血肿随之纤维化。局部可触及1~2cm大小包块，可致斜颈。为防止发生斜颈，可将患儿头倾向健侧，向相反方向轻柔牵拉，每次牵拉15~20下，每天4~6次，牵拉后局部按摩或热敷。如包块经2~3个月后仍不消失，则需手术矫正。

二、头部损伤 (一) 先锋头 胎头经产道受压所致，肿胀范围不受骨缝限制，2~3天后自行消退。(二) 头颅血肿 为胎头过度受挤压，使骨与骨膜间互相牵引，血管破裂形成的骨膜下出血。血肿可发生于一侧或两侧顶部，有波动感，不越过骨缝，多在生后6~8周吸收，偶有遗留突起的骨化组织。不用治疗，避

免穿刺，以免引起继发感染。(三)颅骨骨折 常发生于产钳分娩者，可为线样或凹陷骨折。轻者无症状.凹陷骨折严重者可压迫脑组织，骨折损伤血管可致颅内出血。x线摄片可明确诊断。线样骨折不需处理，一般6~8周自愈。凹陷骨折则需神经外科复位或负压吸引。需密切观察有无出血现象。

三、周围神经损伤

(一)面神经麻痹多因产钳损伤面神经所致，表现为患侧鼻唇沟浅、口角歪向健侧，眼裂大、不能闭合。一般不须治疗，如两周后仍不恢复，可用针灸、按摩、理疗及维生素b1, b12等治疗。注意保护不能闭合的眼睛，预防角膜溃疡。

(二)臂丛神经损伤 胎儿娩出时牵拉头或手臂过度引起，按受损部位不同可分为:1.上臂型(erb瘫痪) c5, c6神经根支配的肌肉受累。患侧肢体下垂、内收，肩部内旋，肘部旋前，腕、指关节屈曲，拥抱反射不对称。2.下臂型(klumpke)瘫痪) c8至t1神经根受累，腕部屈肌及手肌肉无力，握持反射弱。3.全臂型 少见，具以上两型症状。颈交感神经受损者上眼睑下垂，瞳孔缩小，出现homer综合征。臂丛神经损伤患儿肩部需休息，避免牵动，大多可于2~3周恢复。须指导家长给患儿进行被动活动，使肩外展，手臂后旋，腕部伸展。定期复查肌电图以确定损伤程度及估计预后。如超过6个月仍无效，则须应用外展支架，预防肩关节挛缩，损伤严重者，可考虑行神经束吻合术。

(三)膈神经损伤 常发生于臀位分娩，c3、c4、c5神经根受累，患侧膈肌麻痹，表现为呼吸困难，青紫，腹式呼吸受限，患侧膈肌活动消失，呼吸音减低。x线透视可见膈肌运动减弱，患侧可合并肺不张。无特殊疗法。如恢复慢或反复发生肺炎者，需外科治疗。

(四)脊柱损伤 常发生在颈或胸部。表现为远端肌肉弛缓性瘫痪，上睑下垂，

瞳孔缩小，大小便失禁等。x线摄片可见脊柱骨折或脱位。轻者可自行恢复，严重者可死亡。四、骨折常为髀位、巨大婴儿、娩肩或肢体困难者，多发生于锁骨及长骨。（一）锁骨骨折在常规体检时即可发现，有局部肿胀或压痛表现，残端触诊有骨摩擦音、拥抱反射消失。x线检查可确诊，如有脱位需用8字形绷带固定肩部。2~3周可形成骨痂。近年均不作处理，可自行愈合。（二）长骨骨折(胧骨、股骨)多见于胧骨及股骨中段，表现为局部肿胀，患肢缩短，假性瘫痪及骨摩擦音。x线检查可确诊。可将患肢牵引复位然后固定于功能位，股骨骨折可采用双下肢悬吊牵引。一般3~8周可愈。五、腹部器官损伤腹部器官损伤以肝脏易受累，肾上腺、胃肠道及脾脏也可受累。最常见的合并症是出血，早期症状可不明显，严重时可导致休克甚至死亡。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com