

新生儿高直接胆红素血症的诊断 与治疗(附50例分析)

孔燕 靳振怀 李明磊

姚福宝 王军

(附属医院小儿外科)

(附属医院儿科)

摘要 作者回顾性分析了1988年5月~1992年2月收治的50例新生儿高直接胆红素血症。评价了粪胆素定性、血清胆红素等实验室检查的临床意义,提出了本症的快速鉴别诊断程序和手术探查指征。指出正确掌握高直胆血症患儿的手术适应症可提高本症的疗效。

关键词 新生儿;高胆红素血症;诊断;治疗

新生儿高直接胆红素血症是儿科常见病,我院自1988年5月~1992年2月共收治50例,现介绍如下。

1 临床资料

本组50例中,男40例,女10例。入院年龄25~153d,平均64d。全组50例入院后均作

了大便粪胆素定性检查(Shmidt's test)。胆道闭锁(BA)组6/25例阳性(24%),新生儿肝炎(NH)组19/23例阳性(83%),疑为BA 2例均阴性。30/50例作了尿巨细胞包涵体检查,BA组2/18例阳性(11%),NH组3/10例阳性(30%)。血清胆红素等实验室检查结果见表1。

表1 血清实验室检查结果

	n	TB($\mu\text{mol/L}$)	DB/TB(%)	γ -GTP(IU/L)	LP-X(mg/L)	5'-N(IU/L)
BA	25	164.8 \pm 42.7	71.7 \pm 11.8	422.8 \pm 266.0	20.88 \pm 7.93	28.9 \pm 14.5
NH	23	138.4 \pm 76.9	52.7 \pm 18.8	187.6 \pm 95.3	9.19 \pm 5.20	17.5 \pm 10.9
P值		>0.05	>0.05	<0.01	<0.01	<0.01

TB: 总胆红素; DB: 直接胆红素; LP-X: 低密度脂蛋白; 5'-N: 5'-核苷酸酶

本组48例(96%)采用自制带铜头硅胶管,经消炎利胆3~5d后行十二指肠引流,引流液用咖啡因法测定胆红素量,用薄层层析法作胆酸定性,结果见表2。

表2 十二指肠引流液检查

组别	外观		胆红素($\mu\text{mol/L}$) [*]	胆酸	
	黄色	无色		+	-
BA	0	6	3.5 \pm 3.4	0	25
NH	10	0	37.3 \pm 8.9	22	1

*BA组与NH组比较, P<0.01

全组24例(48%)作了血培养。BA组9/13(69.2%)阳性, NH组4/11(36.4%)阳性,总阳性率54.2%。

B超检查BA组14例未探及胆囊,7例胆囊长径小于1.5cm,4例大于1.5cm。NH组

23例探及胆囊,8例胆囊长径小于1.5cm,15例大于1.5cm。

26/50例(52%)作了手术探查,证实BA 25例,22例行肝门空肠吻合术(葛西手术),3例仅作了剖腹探查、肝活检,1例为NH,作了胆道冲洗、胆囊造瘘。

BA葛西手术组无黄疸长期健康存活2例,1例2岁,1例1½岁。术后早期获胆汁引流12例,但未能长期存活(8例死于胆管炎,2例死于胆流中断,2例带黄疸分别存活4和10月后失访)。单纯剖腹探查3例与术前拟诊BA拒绝手术者2例均死亡。NH行胆道冲洗者无黄疸长期健康存活。拟诊NH保守治疗的22例均于黄疸完全或明显消退后出院,平均退黄天数17d(8~38d)。

本组总病死率50%。

2 讨论

新生儿高直接胆红素血症除少数由感染、代谢、遗传等因素引起外,临床上主要包括以儿内科保守治疗为主的NH和以儿外科手术为唯一措施的BA。以本组资料看本病近一半是需要早期手术治疗的BA,非BA患儿几乎均可通过保守治疗治愈。因此早期、快速鉴别BA与NH,正确掌握手术探查指征,尽早施行手术是提高疗效的关键。

根据皮肤、巩膜黄染,大便灰白或色淡,尿黄的典型病史,结合血清总胆红素增高,直接胆红素与总胆红素之比大于50%即可确定高直胆血症的诊断。但总胆红素量的高低、直胆与总胆比值的大小对鉴别胆道阻塞的程度并无意义($P>0.05$)。粪胆素定性和B超检查有一定价值,但仅能作为初步筛选检查。 γ -GTP、LP-X和5'-N检查两组虽然有明显差异($P<0.01$),但由于各观察值之间相互重叠较多,也难以据此作出肯定诊断。为了简化诊断程序,达到早期、快速鉴别BA与NH的目的,应在患儿入院后1~2d内即完成肝功能、尿三胆、粪胆素定性、B超以及血清酶检查,同时给予利胆剂,以减少十二指肠引流检查的假阴性结果。这样可以在2~3d内初步确定是否符合高直胆血症。入院后3~4d在无条件行 ^{99m}Tc 扫描的情况下可行十二指肠引流液胆

红素定量和胆酸定性。若胆红素小于 $8.55\mu\text{mol/L}$ (0.5mg/dL),胆酸阴性,便应高度怀疑BA。

自陶文芳^[1]报告NH中部分病例可以通过手术冲洗胆道获得良好效果以来,新生儿高直接胆红素血症的手术探查指征似乎有所放宽。我们认为BA与一般NH鉴别并不困难,难的是与NH中少数重症阻塞性病例相鉴别。也只有表现为胆道完全阻塞的重症NH才值得冒手术探查的风险。由于高直胆血症时胆红素可能经胃、十二指肠粘膜排泄,使十二指肠液黄染而误认为胆道通畅,故仅作十二指肠液胆红素检查可能出现假阳性结果,使BA漏诊。据报告胆酸不能通过胃、十二指肠排泄,BA患儿十二指肠液中无胆酸^[2]。本组胆酸定性均阴性,与文献报告相符。这样便可以根据十二指肠液胆红素定量和胆酸定性将NH分为普通型和重症阻塞型。本组治疗结果证明前者宜内科保守治疗,后者与BA较难鉴别,可行手术探查。再者,据报告高直胆血症患儿高度胆汁郁滞,免疫功能下降,易发生感染性并发症^[3]。本组血培养总阳性率高达54.2%。所以当患儿有发热征象时也并非绝对手术禁忌。只有边抗感染,边行积极外科处理改善胆汁淤滞,感染才能最终得到控制。本组BA中获得长期无黄疸生存的1例术前血培养便有表皮葡萄球菌生长,经边抗感染边手术治疗最后痊愈。

参 考 文 献

- 1 陶文芳.胆道冲洗治疗阻塞性新生儿肝炎.中华小儿外科杂志,1987,8(3):134
- 2 Yamashiro Y, Robinson PG, Lari J, et al. Duodenal bile acids in diagnosis of congenital biliary atresia. J Pediatr Surg, 1983, 18(3):276
- 3 Roughneen PTM, Drath DB, Kulkarni AD, et al. Inflammatory cell function in young rodents with experimental cholestasis; investigations of functional deficits, their etiology, and their reversibility. J Pediatr Surg, 1989, 24(7):668

(收稿:1992-09-21 修回:1994-08-12)

(本文编辑:吴进)