

·临床研究报道·

新生儿早期高胆红素血症 150 例分析

王蓓

(湘潭市江麓职工医院儿科,湖南 湘潭 411000)

[摘要] 目的 明确早期新生儿高胆红素血症的发生病因。方法 排除了母婴血型不合所致新生儿溶血病,入院的 150 例病例全部查血常规、网织红细胞、血清总胆红素、血清直接胆红素、肝功能,部分病例查 AFP、 γ -GT、G-6-PD 活性测定,MCV-PCR,MCV-IgG,IgM,细菌学培养等等,并以“暂停母乳法”确诊母乳性黄疸。结果 早期高胆的主要病因为感染(33.3%),围生因素(25.3%),母乳性黄疸(18.7%),G-6-PD 缺陷(8%),新生儿硬肿症(8%),另有原因不明占10.7%。结论 早期高胆的病因感染仍居首位,其他依次为围生因素、母乳喂养、G-6-PD 缺陷、硬肿症。

[关键词] 早期高胆红素血症;新生儿

[中图分类号] R722.17

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-8830(2001)01-0088-02

新生儿胆红素血症是新生儿时期常见病,本文通过对近 5 年来住院病例中早期高胆红素血症(以下简称早期高胆)发生的相关因素分析,以利尽早判断病情,降低高胆的发病率。

1 临床资料和方法

1.1 资料

本组病例均为 1992 年 1 月至 1997 年 3 月的住院病例,排除了母婴血型不合所致的新生儿溶血病,高胆发生在生后 10 d 内,血清总胆红素值 $> 205 \mu\text{mol/L}$,共 150 例,男 86 例,女 64 例,男/女 = 1.3 1。

1.2 方法

入院后查血常规、网织红细胞、血清总胆红素、直接胆红素、肝功能,部分病例查 AFP、 γ -GT、G-6-PD 活性测定,MCV-PCR,MCV-IgG,IgM,细菌学培养等等,根据婴儿的喂养方式及开奶时间、奶量等怀疑母乳性黄疸者,以“暂停母乳法”确诊,然后按母亲病史、用药史及分娩史、婴儿病史等归纳分析病例。

2 结果

2.1 早期高胆的相关因素

早期高胆的相关因素依次为感染 50 例(33.3%)、围生因素 38 例(25.3%)、母乳性 28 例

(18.7%)、G-6-PD 缺陷 12 例(8%)、硬肿症 6 例(4%)、其中围生因素包括母用催产素 20 例(13.3%)、早产儿或低体重儿 11 例(7.3%)、头颅血肿 7 例(4.7%)等,另有原因不明者 16 例,占 10.7%。

感染因素中依细菌培养阳性确诊为败血症者 8/50 例(36%),巨细胞病毒感染 3/50 例(6%),乙肝病毒感染 4/50(8%),霉菌感染 4/50 例(8%),其他为泌尿系感染、肺炎、脐炎等共 21 例(42%)。

细菌感染的病原学检查,金黄色葡萄球菌 8 例(44.5%),大肠杆菌 6 例(33.3%),表皮葡萄球菌 4 例(22.2%)。

2.2 转归

患儿入院后予以常规治疗(包括指导母乳喂养),经治疗后黄疸消退时间最长为 25 d,最短为 6 d,平均 15.5 d,其中胆红素脑病 6 例(4%)。痊愈 126 例(84%),好转 12 例(8%),无效 6 例(4%),无 1 例死亡,6 例胆红素脑病中 3 例系败血症,2 例宫内感染,1 例系非自然分娩并使用催产素。

3 讨论

本组病例中,感染的比率占首位,且以金葡菌和大肠杆菌为主,与一般新生儿感染类似,故做好新生儿护理,建立完善的母婴同室病房十分重要,同时要

[收稿日期] 2000-03-21; [修回日期] 2000-08-10
[作者简介] 王蓓(1967-),女,大学,主治医师。

加强早期卫生宣教,减少感染机会。母乳性黄疸分为早发性和晚发性,均系胆红素的肠肝循环增加所致,对早发性病儿提倡早吸吮、纯母乳喂养以增加热卡摄入、促进肠蠕动,从而促进胆红素肠道排泄,对于晚发性病儿应予多观察,而不要轻易中止母乳喂养^[1]。G6-PD 活性减低也应引起重视,目前该项检测技术尚不普及,本文发现为 8%,G6-PD 酶的缺陷使红细胞膜发生改变,出现红细胞破裂,导致溶血性黄疸。本文尚有 16 例原因不明的黄疸,占 10.7%,发生过程与生理性黄疸近似,疗效好,是否为另一类型的生理性黄疸?近年来有不少报道说明生理性黄疸的诊断标准应重新制定^[2],本文支持这

项建议。

综上所述,预防早期新生儿黄疸应注意:做好新生儿护理;做好围生期管理工作,合理使用催产素;及早吸吮母乳。

[参 考 文 献]

[1] 李佩红. 母乳性黄疸研究进展 [J]. 实用儿科临床杂志, 1994, 9 (2): 109 - 110.
[2] 罗凤珍. 如何区分生理性黄疸和病理性黄疸 [J]. 中国实用儿科杂志, 1999, 14 (2): 67 - 68.

(本文编辑:黄榕)

病例报告 ·

急性氨茶碱中毒 1 例

王书华

(天津市塘沽区妇幼保健院儿科,天津 300451)

[中图分类号] R969.3 [文献标识码] E

患儿,男,2 月,体重 5 kg。因患肺炎在外院治疗 7 d,病情明显好转,体温正常情况下误将氨茶碱 200 mg 1 次静脉滴入,约 10 min 即出现呼吸急促,烦躁不安,即转入我院。体查:体温 36.5℃,神清,面色苍白,阵发性呼吸急促,呼吸 90~100 次/min,四肢肌肉颤动,双肺呼吸音粗,心音有力,心率 200 次/min,律齐,腹软,肝肋下 2 cm,质中等硬,肌力正常。实验室检查:血红蛋白 119 g/L,白细胞 16.8 ×10⁹/L,中性粒细胞 0.76,血小板 100 ×10⁹/L,血尿素氮 1.72 mmol/L,血肌酐 12.01 μmol/L,二氧化碳结合力 18.7 mmol/L,尿常规正常。

入院 1 h 后体温升高达 39℃,随后波动在 38℃上下,隔 30~60 min 阵发性呼吸急促伴四肢肌颤发作 1 次,分别给予 6.5% 水合氯醛 5 ml 灌肠,苯巴比妥钠 50 mg 肌注仍发作不止,此种发作持续 15~20 min 能自行缓解。于入院后 4 h 心电图表现为室上速,心率 230 次/min,间断抽搐 3 次,伴呕吐少量咖啡色液体,经吸氧、给予毒毛旋花子甙 k、速尿、甘露

醇及补液等治疗,入院后 18 h 心律转为窦性,阵发性肌颤明显减轻,2 d 后体温正常,呼吸平稳、肌颤消失。

氨茶碱对支管平滑肌松弛作用与其拮抗内源性产生的腺苷及刺激肾上腺髓质释放内源性儿茶酚胺、间接发挥拟肾上腺素作用有关。其导致中毒机制主要是兴奋中枢神经系统,包括呼吸中枢、血管运动中枢及脊髓,引起谵妄、惊厥,心律失常及心搏骤停,大剂量可导致肾浊肿及出血,对胃粘膜也有刺激作用。氨茶碱有效治疗量与中毒量接近,其有效血浓度为 10~20 μg/dL 大于 25 μg/dL 即可引起毒性反应。一般认为其中毒量为 17~28 mg/kg。用药后 1~3 h 血药浓度达峰值,半衰期为 (9.0 ±2.1) h。

本例患儿误将氨茶碱 40 mg/kg 快速静脉滴入,用药后出现的阵发性呼吸急促伴四肢肌颤、惊厥、心律失常、消化道出血,为典型的氨茶碱中毒表现,经及时有效治疗而获救。

(本文编辑:吉耕中)

[收稿日期] 2000 - 01 - 04; [修回日期] 2000 - 04 - 26
[作者简介] 王书华(1960 -),女,大学,副主任医师。