

不同治疗方法对新生儿病理性黄疸的疗效研究

肖富明(重庆市江津区第二人民医院儿科 402289)

【摘要】 目的 分析不同治疗方法对新生儿病理性黄疸的疗效。**方法** 选择 2011 年 5 月至 2013 年 1 月在重庆市江津区第二人民医院诊断为新生儿病理性黄疸的患儿 184 例,随机分成 4 组,A 组单独应用蓝光照射进行治疗,B 组应用蓝光疗法与肝酶诱导剂联合治疗,C 组应用蓝光疗法及茵栀黄注射液联合治疗,D 组应用蓝光治疗、茵栀黄注射液以及肝酶诱导剂联合治疗,对 4 组患儿新生儿病理性黄疸治疗效果进行比较。**结果** A 组总有效率为 84.78%、B 组总有效率为 93.48%、C 组总有效率为 95.65%、D 组总有效率为 100.00%,D 组明显高于其他 3 组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 蓝光照射疗法、茵栀黄注射液静脉滴注以及口服肝酶诱导剂联合治疗新生儿黄疸效果较好,值得临床推广应用。

【关键词】 新生儿; 病理性黄疸; 治疗方法

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.07.050 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)07-0964-02

新生儿黄疸是指出生后 28 d 内发生的黄疸,是新生儿期的常见症状。按照发病机制不同,可分为生理性黄疸和病理性黄疸。新生儿病理性黄疸主要有以下特征^[1]:(1)出生后 24 h 内出现黄疸;(2)早产儿血清胆红素高于 $257 \mu\text{mol/L}$,足月儿高于 $221 \mu\text{mol/L}$,或每日上升大于 $85 \mu\text{mol/L}$;(3)黄疸持续时间长,足月儿大于 2 周,早产儿大于 4 周;(4)黄疸退而复现;(5)血清结合胆红素高于 $34 \mu\text{mol/L}$ 。若新生儿出现上述任一特征,即可诊断为新生儿病理性黄疸。随着新生儿病理性黄疸病情的发展,胆红素神经毒素可累及中枢神经系统,引发胆红素脑病,可导致患儿死亡等一系列严重后果^[2]。有研究表明,新生儿非结合胆红素水平升高与患儿听觉脑干反应异常有关^[3]。本院将蓝光疗法、茵栀黄注射液以及肝酶诱导剂联合治疗新生儿病理性黄疸,取得了一定效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 5 月至 2013 年 1 月在本院诊断为新生儿病理性黄疸 184 例,男婴 110 例,女婴 74 例,年龄 1~28 d,平均 (6.75 ± 5.53) d;胎龄 27.5~42.0 周,平均 (38.75 ± 4.67) 周,体质量 $2\,335 \sim 3\,855 \text{ g}$,平均 $(2\,885.77 \pm 611.15)$ g。所有患儿在入院治疗前均表现为不同程度的颜面和(或)全身皮肤黏膜及巩膜黄染。将所有患儿分成 4 组,A 组 46 例,单独应用蓝光照射进行治疗;B 组 46 例,应用蓝光疗法与肝酶诱导剂联合治疗;C 组 46 例,应用蓝光疗法及茵栀黄注射液联合治疗;D 组 46 例,应用蓝光疗法、茵栀黄注射液以及肝酶诱导剂联合治疗。对所有患儿一般资料等进行比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。在治疗前对患儿进行血常规、尿常规、大便常规、肝功能(血清总胆红素、间接胆红素)等检查,并根据患儿实际情况进行胸部 X 线、血培养、溶血等指标的检查。本次研究选择患儿均由于胆红素生成超过正常值,或肝脏内部胆红素代谢出现障碍进而出现病理性黄疸,排除标准为:(1)感染性疾病,如新生儿肝炎或败血症等;(2)胆管梗阻等导致胆汁排泄出现障碍的疾病。所有患儿家长均自愿签订知情同意书。

1.2 治疗方法 治疗前保证患儿处于平稳状态,血糖屏障功能处于正常水平,足量供给患儿热量、水分,避免出现低血糖、缺氧、酸中毒等症状,确保患儿电解质平稳;而且并未使用磺胺

类药物以及新霉素等类似药物,同时注意控制患儿溶血现象。在上述护理及辅助治疗的基础上,A 组单纯应用蓝光照射治疗,蓝光波长为 $425 \sim 475 \mu\text{m}$,在蓝光照射前,用黑眼罩遮住患儿双眼,并用尿裤遮盖生殖器。全天 24 h 进行照射,但连续照射时间不得超过 72 h^[4]。若患儿出现青铜症、胆红素水平下降至正常值或照射满 72 h,血清总胆红素低于 $100 \mu\text{mol/L}$ 即可停止光照治疗。每次光疗后,注意患儿是否出现皮疹、抓伤,同时关注黄疸病情。B 组在 A 组治疗基础上加服肝酶诱导剂,口服苯巴比妥, $5 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$,分 2 次口服连续治疗 4~5 d。C 组在 A 组蓝光治疗基础上予以患儿茵栀黄注射液静脉滴注,即茵栀黄注射液 100 mL 配比 5% 葡萄糖注射液 30 mL 进行稀释,连续治疗 3~7 d。D 组患儿治疗方法是 B 组及 C 组的联合应用。治疗期间,注意患儿保暖,对已出现感染症状的患儿进行抗感染等针对性治疗,保证患儿营养足量摄取,预防并发症,密切注意患儿胆红素水平波动情况,每隔 24 h 测量一次,治疗结束后继续检测胆红素水平 48 h。连续治疗 5 d 后判断治疗效果。

1.3 疗效判定 所有患儿均在清晨(07:00~08:00)采血送检实验室,根据临床症状及实验室指标判断疗效,疗效分为治愈、有效及无效。治愈:皮肤黏膜黄染消退,无其他并发症,不复发,足月患儿血清总胆红素小于 $85 \mu\text{mol/L}$,早产患儿血清胆红素小于 $119 \mu\text{mol/L}$;有效:皮肤黏膜黄染减轻,无其他并发症,足月患儿血清总胆红素水平在 $85 \sim 221 \mu\text{mol/L}$,早产患儿血清总胆红素在 $119 \sim 257 \mu\text{mol/L}$;无效:皮肤黏膜黄染退而复现,或无明显变化,足月患儿血清总胆红素超过 $221 \mu\text{mol/L}$,早产患儿血清总胆红素超过 $257 \mu\text{mol/L}$ 。总有效=治愈+好转。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件对本次研究数据进行分析处理,计数资料采用百分率表示,用 χ^2 检验,检验标准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

所有患儿在治疗后临床表现均得到不同程度的好转。A 组患儿 46 例,治愈 22 例(47.83%),好转 17 例(36.96%),总有效率为 84.78% (39/46);B 组患儿 46 例,治愈 33 例(71.74%),好转 10 例(21.74%),总有效率为 93.48% (43/

46);C 组患儿 46 例,治愈 38 例(82.61%),好转 6 例(13.04%),总有效率为 95.65%(44/46);D 组患儿 46 例,治愈 45 例(97.83%),好转 1 例(2.17%),总有效率为 100%(46/46)。4 组之间治疗效果进行比较,A 组明显低于其他 3 组($P<0.05$);C 组治愈率明显高于 B 组($P<0.05$),但组间总有效率比较差异无统计学意义($P>0.05$);D 组患儿治愈率及总有效率均高于 B 组及 C 组患儿,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 新生儿病理性黄疸 184 例疗效情况[n(%)]

分组	n	治愈	好转	无效	总有效
A 组	46	22(47.83)	17(36.96)	7(15.21)	39(84.78)
B 组	46	33(71.74)	10(21.74)	3(6.52)	43(93.48)
C 组	46	38(82.61)	6(13.04)	2(4.35)	44(95.65)
D 组	46	45(97.83)	1(2.17)	0(0.00)	46(100.00)

3 讨 论

新生儿黄疸分为生理性黄疸和病理性黄疸,多数为生理性黄疸,且出生后第 3~7 天发病率较高,是由于胆红素代谢所引起的黄疸,无需特殊处理即可自行消退,症状一般比较轻微,没有其他不适症状^[5]。病理性黄疸基本病变是新生儿皮肤、黏膜及巩膜发生黄染,早期发生因素主要有围产因素(包括体内出血、宫内窒息以及产前使用宫缩素等)、溶血因素(包括球形红细胞增多、同族免疫性溶血病导致母婴血型不合等)以及感染因素(主要指胎儿在子宫内或子宫外受到的感染,如乙型肝炎病毒等)等^[6]。新生儿病理性黄疸晚期发生的主要原因是感染因素以及母乳性黄疸^[7]。新生儿病理性黄疸可引发患儿机体多脏器或系统发生病变,其中影响最严重的是由于血液中未结合胆红素浓度过高引发的对中枢神经系统的毒性作用,可明显降低神经细胞功能活跃程度,减少能量生成;若胆红素逐渐在脑部受损部位沉积,不仅会加重神经细胞损害程度,还可引起神经细胞出现肿胀、固缩,甚至是崩解或被吞噬等一系列病理现象;若在胆红素沉积的同时,神经细胞发生增生现象,可进一步加重病情,造成患儿死亡等严重后果。故需根据医疗机构实际情况,对新生儿病理性黄疸进行积极预防和治疗,使新生儿整体健康状况得到显著提升,而挑选合适的治疗方式就显得尤为重要。新生儿病理性黄疸传统治疗方法以药物治疗为主,包括纠正酸中毒、清蛋白、肝酶诱导剂、激素以及活性炭等^[8]。近年来的药物治疗方法包括:(1)应用血红素加氧酶抑制剂治疗新生儿病理性黄疸,可降低血红素向胆红素的转化率,加强对胆红素的摄取及排泄,促使血清总胆红素水平降低;(2)应用微生态抑制剂治疗新生儿病理性黄疸,可减少肠肝循环,促使新生儿肠道正常菌群更快建立,将新生儿肠道内结合胆红素还原为尿胆原,随粪便排出体外。此外,新生儿病理性黄疸还可通过换血、中药、推拿等多种方法进行治疗^[7]。由于新生儿病理性的诱发因素比较复杂,因此尽快找出黄疸病因,去除病因,积极治疗原发病,预防并发症的发生。

本次研究选择多种治疗方案,从作为基础治疗方法的蓝光照射治疗,到应用中药制剂茵栀黄注射液,再到口服肝酶诱导

剂,结果显示单独应用蓝光照射进行治疗时,患儿治愈率最低,而三者联合应用时疗效最好,总有效率高达 100.00%。蓝光照射疗法可有效减少血清未结合胆红素,促使未结合胆红素在光照条件下向水溶性异构体进行转变,通过胆汁进入患儿肠道内,或直接经泌尿系统排出体外,降低血清胆红素浓度^[9]。蓝光照射疗法主要分为间断照射法(照射 8~12 h/d,间歇 16~12 h,或照射 6~12 h,间歇 2~4 h)及连续照射法(全天照射,连续 72 h)^[10]。苯巴比妥属于肝酶诱导剂,不仅可促进肝细胞中的微线粒体生成葡萄糖醛酰转移酶,还可提升 Y 蛋白在肝细胞内比例,增加肝细胞生物膜通透性,进而加快未结合胆红素进入肝细胞的速度,促使血清总胆红素水平下降^[11]。而茵栀黄注射液是将茵陈、黄芩、金银花以及栀子中有效成分应用现代医疗科技提取后制成的注射用中药制剂,可清热除湿、利胆退黄,不仅可提升肝酶活跃程度,还可增加肠道蠕动频次和幅度,加速胆红素在机体内循环,提高肝脏解毒能力,减少肝脏受损程度^[12]。

总之,将蓝光照射疗法、茵栀黄注射液静脉滴注以及口服肝酶诱导剂联合应用治疗新生儿病理性黄疸,不仅临床治疗效果良好,还可降低脑细胞受损程度,缩短患儿恢复时间,提升患儿生活质量,有利于预后,值得在临床进行推广应用。

参考文献

[1] 魏克伦,王玉山.关于新生儿病理性黄疸诊断标准的讨论[J].中华儿科杂志,2009,47(1):17.

[2] 李晓红.不同方案治疗新生儿病理性黄疸的疗效观察[J].中国卫生产业,2011,8(34):40-41.

[3] 方邦骞.新生儿病理性黄疸治疗方法综述[J].中国医药指南,2010,8(22):62-64.

[4] 丁卫海.新生儿病理性黄疸病因分析及临床诊治[J].中国医学创新,2013,10(10):137.

[5] 陈志萍.愈脐清护脐带对新生儿生理性黄疸的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2012,33(7):966.

[6] 李红梅,孙丽.新生儿黄疸诊治中胆红素两种检测方法价值探讨[J].陕西医学杂志,2013,42(3):371.

[7] 刘玉玲.新生儿病理性黄疸的病因及临床治疗分析[J].中国实用医药,2012,7(2):62-63.

[8] 凌赛泳.新生儿病理性黄疸治疗方法近况[J].右江民族医学院学报,2008,30(3):486-488.

[9] 渠秀娟,李秋玉.新生儿病理性黄疸临床治疗探讨[J].中国现代药物应用,2010,4(5):18-19.

[10] 张勇明.新生儿病理性黄疸的病因分析及应对措施[J].当代医学,2011,17(34):17-18.

[11] 周霞,叶海燕.282 例新生儿病理性黄疸病因分析和防治措施[J].儿科药科学杂志,2011,17(4):29-30.

[12] 米源.新生儿病理性黄疸的病因及治疗[J].山东医药,2009,49(33):110-111.