

新生儿胆汁淤积症治疗的影响因素分析

刘惠莉

宁夏回族自治区妇幼保健院 宁夏 银川 750001

【摘要】：目的：探究新生儿胆汁淤积症的病理机制，分析治疗影响因素进而寻求合理的治疗路径。方法：统计本院 2019 年 1 月~2022 年 1 月之间在本院分娩且确诊为胆汁淤积症的新生儿 80 例进行对照分析，80 例新生儿均经熊去氧胆酸联合内科常规治疗，结合后续治愈、好转的情况进行分析，其中治愈 72 例视为观察组、好转 8 例视为对照组，对比两组新生儿生化指标[病程(d)、ALT(U/L)、AST(U/L)、 γ -GT(U/L)、TB(μ mol/L)、DB(μ mol/L)、TBA(μ mol/L)]；展开预后单因素（合并细菌感染、合并 CMV 感染、静脉营养/时间 $\geq 7d$ 、围生期缺氧、早产、母亲患有妊娠期肝内胆汁淤积症）分析。结果：观察组的病程较短，观察组生化指标偏高，预后单因素分析中，新生儿合并细菌感染等条件分别有一定占比，需结合独立高危因素展开治疗，对比具有统计差异，（ $P<0.05$ ）。结论：胆汁淤积症的新生儿经检查血清 TB 等指数的水平高则病程长，治疗相对困难，合并有细菌感染等问题与本病关联紧密，需早期预防细菌、CMV 感染，尽可能足月生产，且不宜长时间静脉给液，以此预防胆汁淤积症有关合并症，有助于治疗的开展。

【关键词】：新生儿；胆汁淤积症；影响因素

新生儿胆汁淤积症主要影响患儿胆汁的合成分泌，容易造成胆汁排泄障碍，使得胆汁滞留在肝脏等组织中，造成淤积病理影响。该病较为隐匿，且病程迁延，有烟酒发现，经血清总胆红素等指数的检验，有助于该病的分析，引起新生儿胆汁淤积症病因复杂，因此其发病的机制也相对多样，常见的有胆管阻塞、胆汁酸代谢障碍、系统疾病。直接表现在患儿生理机体的病症有皮肤瘙痒、营养不良等，在治疗效果不强、治疗不及时的情况下可能抑制患儿的生长、发育，从而诱发新生儿生理系统的病理威胁^[1]，严重干扰新生儿健康，需结合新生儿胆汁淤积症的相关影响因素调查，进行治疗的参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

统计本院 2019 年 1 月~2022 年 1 月之间在本院分娩且确诊为胆汁淤积症的新生儿 80 例进行对照分析，80 例新生儿均经熊去氧胆酸联合内科常规治疗，结合后续治愈、好转的情况进行分析，其中治愈 72 例视为观察组，男性患儿有 34 例，女性有 38 例；好转 8 例视为对照组，男性患儿有 3 例，女性有 5 例。患儿家属治疗诉求、新生儿出生时间等无差异统计意义， $P>0.05$ 。

排除条件：先天性疾病如胆总管囊肿；合并血管瘤；先天病理缺陷；合并代谢性疾病；合并感染或遗传病。

纳入条件：TB 大于 85.5μ mol/L，同时 DB 占 TB 比例大于 20%；新生儿明显大便颜色浅；在本院接受全程治疗；家属可接受跟踪随访；行血常规、CRP、优生五项、b 超检查^[2]。

1.2 方法

应用型号 3200 的质谱仪进行血清、尿有机酸等筛查，诊断新生儿是否合并生理缺陷、代谢性疾病，患儿初期经熊去氧胆酸合并内科常规治疗，口服熊去氧胆酸 10mg/kg ，一日两次，观察组治愈的判定标准为 TBA/TB/DB 指数正常；对照组好转的判定标准为，同样的治疗周期内 TBA/TB/DB 指数明显降低但未到标准水平，本次治疗 0 无效不做说明，患儿最终均治愈出院，无明显并发症。

对新生儿基本资料进行统计，并调查新生儿各项情况，包括围生期缺氧、静脉营养给液的时间、母体病史、妊娠病史，统计新生儿从诊断到恢复的病程，对临床血清为 TBA/TB/DB 等指数进行记录^[3-4]。

1.3 观察指标

对比两组新生儿生化指标[病程(d)、ALT(U/L)、AST(U/L)、 γ -GT(U/L)、TB(μ mol/L)、DB(μ mol/L)、TBA(μ mol/L)]；展开预后单因素（合并细菌感染、合并 CMV 感染、静脉营养/时间 $\geq 7d$ 、围生期缺氧、早产、母亲患有妊娠期肝内胆汁淤积症）分析^[5]。

1.4 统计学处理

采取统计产品与服务解决方案 SPSS21.0 进行数据处理，均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，配对资料 t 计量、计数 χ^2 检验，统计差异 P 判定（ $P<0.05$ or $P>0.05$ ）。

2 结果

观察组病程偏低，生化指数中，各数据信息低于对照组，

表明新生儿胆汁淤积症相应临床指数越高,其病程越长,具有正相关影响,详见表1。

表1 新生儿胆汁淤积症相应生化指标对比

指数	观察组	对照组	t	P
病程(d)	75±32	105±26	3.594	<0.05
ALT(U/L)	154±29	254±23	3.845	<0.05
AST(U/L)	121±34	174±35	3.265	<0.05
γ-GT(U/L)	225±42	281±37	3.485	<0.05
TB(μmol/L)	135±49	208±43	2.745	<0.05
DB(μmol/L)	102±37	149±62	2.196	<0.05
TBA(μmol/L)	88±57	167±43	2.765	<0.05

两个合并有细菌感染、静脉给液时间长、围生期缺氧、早产、母体原发病各占相应的比例,说明各项调查因素为单高危因子,均需在治疗中进行相对预防控制,详见表2。

表2 新生儿胆汁淤积症单因素调查

指数	观察组 (n=72)	对照组 (n=8)	x ²	P
合并细菌感染	62	6	3.845	<0.05
合并CMV感染	11	2	2.495	<0.05
静脉营养/时间≥7d	26	4	3.275	<0.05
围生期缺氧	31	2	2.613	<0.05
早产	38	3	3.595	<0.05
母亲患有妊娠期肝内胆汁淤积症	9	1	3.715	<0.05

3 讨论

胆汁淤积症的发病因素复杂,主要影响新生儿肝细胞、

毛细胆管的正常分泌,因肝脏与血液中累积胆红素等而导致胆汁酸缺乏,基于我国儿科学会针对胆汁淤积症的诊断标准,可结合胆汁淤积症的发病位置将其区分为肝细胞性、胆管性、混合型疾病,排除因先天性的胆道闭锁等因素引起的胆汁分泌问题、遗传代谢性肝病后,进行相应血清指数、生化指标的对比分析发现,ALT(U/L)、AST(U/L)、γ-GT(U/L)、TB(μmol/L)、DB(μmol/L)、TBA(μmol/L)指标的高低均影响病程,指数偏高时病程较长,意味着治疗相对困难,同时调查发现,合并细菌感染、合并CMV感染、静脉营养/时间≥7d、围生期缺氧、早产、母亲患有妊娠期肝内胆汁淤积症是诱发新生儿胆汁淤积症的关键条件,各项因素单独存在且影响比率较高。研究信息表明,围生期积极开展孕期保健,预防并处理母体的胆汁淤积症,同时尽可能避免早产,在静脉营养给液中注意时间与方式等,是预防胆汁淤积症发生的有效形式。基于新生儿的胆汁淤积症,积极控制其血清指数,有助于在治疗中缩短病程,改善新生儿生理机能^[6]。

胆汁淤积症治疗期间,应监测新生儿黄疸、皮肤状况、排便颜色、尿液颜色与生化指数,综合分析治疗的效果,以便于及时调整给药方式,针对有关生化指数偏高的新生儿,结合其指数的高低,可作为依据在治疗中采取不同干预形式,对生化指数较高的新生儿提升干预的力度,应及早结合有关的指数调查、胆汁淤积症病因关联调查,预防新生儿继发肝脏损伤。胆汁淤积症的预防中,除了进行围生期保健干预外,还需做好相应的宣传工作,如无其他病史,且治疗后体检正常的,需定期复查,一旦发现黄疸、尿液颜色加深等问题,应及时就医,经TBIL和DBIL测定,做好排查工作。

综上所述,新生儿胆汁淤积症治疗可参考血清等数值结果,影响因素较多,可结合影响条件开展新生儿胆汁淤积症预防工作,从围生期着手,早期开展新生儿胆汁淤积症的保健宣教,降低新生儿胆汁淤积症发生率,提升新生儿胆汁淤积症治疗有效率。

参考文献:

- [1] 章晔,许云仙,李娜,等.新生儿胃肠外营养相关性胆汁淤积症的危险因素分析[J].中国食物与营养,2021(10):70-74.
- [2] 景灵敏.熊去氧胆酸治疗妊娠期肝内胆汁淤积症的疗效及对围生儿预后的影响分析[J].2020.
- [3] 李惠芳.新生儿败血症相关性胆汁淤积症临床表现及危险因素分析[J].陕西医学杂志,2021,50(3):4.
- [4] 沈蕾蕾,孙晓东,郑瑞雪,等.新生儿胃肠外营养相关性胆汁淤积症的危险因素及防治进展[J].重庆医学,2020,49(21):4.
- [5] 王美娟,钟雪梅,马昕,等.婴儿肝内胆汁淤积症患儿的临床特征及基因分析[J].中国当代儿科杂志,2021,23(1):7.
- [6] 林蕾,陈简,杨秀芳,等.新生儿胆汁淤积症患儿肠道菌群与分娩方式及喂养方式的关系[J].中国微生态学杂志,2020,32(6):5.