

〔文章编号〕 1007-0893(2020)19-0165-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.19.078

微生物制剂辅助治疗新生儿黄疸的临床观察

何振华

(清远市清城区人民医院, 广东 清远 511500)

〔摘要〕 **目的:** 探讨微生物制剂辅助治疗新生儿黄疸的临床观察。**方法:** 选取清远市清城区人民医院 2018 年 1 月至 2019 年 6 月期间收治的新生儿黄疸患儿 80 例, 随机分为对照组及观察组, 各 40 例。对照组患儿给予常规的治疗方法, 观察组患儿给予微生物制剂辅助治疗。比较两组患儿治疗的总有效率, 统计并分析两组患儿治疗前, 治疗 48 h 以及 72 h 后经皮胆红素的变化, 统计两组患儿不良反应发生率。**结果:** 观察组患儿的治疗总有效率明显高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患儿治疗 48 h 以及 72 h 后经皮胆红素的水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患儿不良反应发生率显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 微生物制剂辅助治疗新生儿黄疸的疗效确切, 治疗效果明显, 安全性高。

〔关键词〕 新生儿黄疸; 微生物制剂; 枯草杆菌二联活菌

〔中图分类号〕 R 722.1 〔文献标识码〕 B

新生儿黄疸是临床上较为常见的儿科疾病, 发生黄疸的原因是由于新生儿胆红素代谢机制出现异常导致患儿体内胆红素堆积过多引起^[1]。临床上患儿黄疸常见的症状为皮肤黏膜以及身体的其他部位被染成黄色。新生儿黄疸分为病理性黄疸与生理性黄疸。临床上病理性黄疸患儿会伴随全身的症状, 常见的有腹胀、腹泻、乏力、皮肤瘙痒等, 患儿血胆红素过高则会导致患儿胆红素脑病, 严重危及患儿的生命安全, 新生儿黄疸一经发现应及时治疗。生理性黄疸一般发生在患儿出生 1~3 d 左右, 生理性黄疸患儿不需给予特殊的治疗, 一般在黄疸发生 7 d 左右后会自行的消退, 不会产生其他并发症影响患儿的健康。病理性黄疸大多数采用蓝光照射的方法退黄。本研究针对微生物制剂辅助治疗新生儿黄疸的临床疗效进行探讨, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2018 年 1 月至 2018 年 8 月期间收治的新生儿黄疸患儿 80 例, 随机分为对照组、观察组, 各 40 例。两组患儿均被本院确诊为新生儿黄疸, 均为足月新生儿, 均无合并其他严重心血管疾病, 患儿家属均知情并愿意配合本院进行治疗调查。对照组患儿, 男 21 例, 女 19 例, 日龄 1~7 d, 平均日龄 (3.12 ± 1.26) d, 血清总胆红素 (310.15 ± 2.36) $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, 体质量 (4.12 ± 0.99) kg。观察组患儿, 男 20 例, 女 20 例, 日龄 1~6 d, 平均日龄 (3.13 ± 1.32) d, 血清总胆红素 (312.16 ± 1.35) $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$, 体质量 (3.99 ± 1.03) kg。两组患儿性别、年龄、血清总胆红素等资料比较,

差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: (1) 新生儿胎龄 > 35 周; (2) 符合 2010 年中华医学会发布的《新生儿黄疸诊疗原则的专家共识》^[2] 中新生儿黄疸的诊断标准。排除标准: (1) 伴发感染需行抗生素治疗的新生儿; (2) 体重 < 1000 g 且为早产儿; (3) 不能进食的新生儿; (4) 合并缺血缺氧性脑病患儿; (5) Apgar 评分 ≤ 7 分; (6) 生理性黄疸新生儿。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予患儿常规的治疗方法, 采用蓝光照射法治疗, 蓝光照射前对患儿眼部、阴部、肛门等部位做好保护措施, 利用黑色布罩为患儿遮挡。温度、湿度、灯光照射距离调控在合理的范围之内 ($30 \sim 33$ °C 之间), 避免过热过冷导致婴儿不适的现象产生。

1.2.2 观察组 患儿在对照组治疗方法的基础上给予微生物制剂辅助治疗: 采用枯草杆菌二联活菌颗粒 (北京韩美药品有限公司, 国药准字 S20020037), 服用方法为: 每次口服 0.5 g, 每日服用 2 次。

两组患儿均以 72 h 为 1 个疗程, 共治疗 1 个疗程。

1.3 观察指标

比较两组患儿治疗总有效率^[3], 显效: 患儿皮肤黏膜以及其他部位黄色明显消退, 无其他不良反应产生, 复查胆红素指标明显下降。有效: 患儿皮肤黏膜以及其他部位黄色较前略减轻, 可伴有腹胀、腹泻、皮疹等不良反应, 复查胆红素指标有所下降。无效: 患儿皮肤黏膜以及其他部位黄色无明显改变甚至颜色更深, 血胆红素持续升高; 总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 $\times 100\%$ 。统计并分析两组患儿

〔收稿日期〕 2020-07-08

〔作者简介〕 何振华, 女, 主治医师, 主要从事儿科新生儿疾病的研究。

治疗前, 治疗 48 h 以及 72 h 后经皮胆红素的变化情况。统计两组患儿不良反应发生率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿治疗总有效率比较

观察组患儿的治疗总有效率明显高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患儿治疗总有效率比较 ($n = 40, n(\%)$)

组别	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	23(57.50)	7(17.50)	10(25.00)	75.00
观察组	28(70.00)	11(27.50)	1(2.50)	97.50 ^a

与对照组比较, ^a $P < 0.05$

2.2 两组患儿经皮胆红素情况比较

治疗前, 两组患儿经皮胆红素比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$): 两组患儿治疗后的经皮胆红素都有所下降, 观察组患儿治疗 48 h 以及 72 h 后经皮胆红素的水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患儿经皮胆红素情况比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s, \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$)

组别	治疗前	48 h 后	72 h 后
对照组	310.16 ± 1.35	238.15 ± 2.11	159.12 ± 1.52
观察组	310.15 ± 2.36	208.15 ± 2.31 ^b	137.64 ± 1.51 ^b

与对照组比较, ^b $P < 0.05$

2.3 两组患儿不良反应发生率比较

观察组患儿不良反应发生率显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者出现不良反应率比较 ($n = 40, n(\%)$)

组别	腹泻	乏力	皮肤瘙痒	总发生率/%
对照组	5(12.50)	4(10.00)	1(2.50)	25.00
观察组	0(0.00)	0(0.00)	1(2.50)	2.50 ^c

与对照组比较, ^c $P < 0.05$

3 讨论

新生儿黄疸是新生儿高发的疾病之一, 根据黄疸的性质临床上将新生儿黄疸划分为生理性新生儿黄疸和病理性新生儿黄疸。生理性黄疸对患儿无危害, 且不需要特殊的处理以及治疗, 患儿经过一段时间后, 黄疸会自行消退。病理性黄疸, 病死率高且遗留后遗症的几率高, 一经发现应及时给予有效的治疗。形成病理性黄疸的原因主要是由于患儿自身清除胆红素机制出现异常, 导致血清胆红素在生成过多的情况下, 得不到及时有效的代谢, 使得血清胆红素水平持续升高^[4]。

胆红素的升高会给患儿带来一系列的并发症, 首先血清胆红素可通过血脑屏障^[5], 对患儿的大脑有一定性的冲击, 在没有得到有效控制的情况下, 会造成患儿脑部神经系统受损且难以恢复。其次新生儿肠道内含有较少的菌群, 基本处于无菌的状态, 缺乏将肠道内结合胆红素转化为尿胆原或者粪胆原的能力^[6], 对患儿的健康有十分不利的影响。不仅如此, 新生儿肠内含有丰富的 B 葡萄糖醛酸苷酶, 此种物质可导致结合胆红素分解为未结合胆红素以及葡萄糖醛酸, 未结合胆红素会被肠道重吸收, 导致患儿引发高胆红素血症^[7], 严重危及患儿的生命健康安全。

临床上常采用蓝光照射对患儿进行治疗, 此种方法是利用一定波长的蓝光照射, 使未结合胆红素形成光红素, 提高患儿胆红素代谢的能力, 起到治疗的效果。本研究探讨的利用微生态制剂给予黄疸患儿辅助治疗, 微生态制剂富含丰富的活菌制剂, 可有效的改善患儿肠道微循环, 改善患儿肠道环境, 增加患儿肠道益菌群^[8], 有效的减少结合胆红素的分解, 降低胆红素循环, 在一定程度上也可达到增加患儿免疫力减少并发症发生率的效果。

本研究结果显示, 采用微生态制剂辅助治疗的观察组治疗的总有效率 97.50% 明显高于对照组患儿治疗的总有效率, 观察组患儿黄疸改善情况明显优于对照组患儿黄疸改善情况, 观察组患儿并发症发生率也明显低于对照组, 基于此, 针对新生儿黄疸患儿采用微生态制剂辅助治疗效果十分理想, 安全性高、药物作用明显。

[参考文献]

- (1) 史卫群. 微生物制剂辅助蓝光治疗新生儿黄疸对患儿生化指标的影响效果分析 (J). 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(93): 63, 66.
- (2) 《中华儿科杂志》编辑委员会, 中华医学会儿科学分会新生儿学组. 新生儿黄疸诊疗原则的专家共识 (J). 中华儿科杂志, 2010, 48(9): 685-686.
- (3) 汪细晶, 汪微. 早期应用微生态制剂辅助治疗新生儿黄疸效果观察 (J). 中国妇幼保健, 2016, 31(16): 3293-3295.
- (4) 李桂平. 茵栀黄联合微生态制剂治疗新生儿黄疸效果分析 (J). 临床医学, 2016, 36(4): 118, 127.
- (5) 张海燕. 微生态制剂联合蓝光照射治疗新生儿黄疸临床疗效 (J). 中国继续医学教育, 2015, 7(26): 95-96.
- (6) 岑惠玲, 郑文雅, 潘淑玲. 微生态制剂联合蓝光照射治疗新生儿黄疸疗效观察 (J). 中国现代药物应用, 2015, 9(11): 7-9.
- (7) 徐学英. 微生态制剂联合蓝光照射治疗新生儿黄疸疗效观察 (J). 现代医药卫生, 2014, 30(14): 2175-2177.
- (8) 程红斌, 张蜀瑜. 早期应用微生态制剂辅助治疗新生儿黄疸的临床疗效观察 (J). 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(9): 1279-1280.