

## 妊娠期肝内胆汁淤积症的临床特点和发病危险因素分析

兰 易, 黄健容

(重庆市妇幼保健院产科 400013)

**摘要:**目的 探讨妊娠期肝内胆汁淤积症(ICP)的临床特点和发病危险因素,提出相关控制措施。方法 选择2009年5月至2013年2月在该院产科门诊建卡的ICP产妇60例作为观察组,同期选择在该院住院分娩的非ICP产妇60例作为对照组,两组都同时进行实验室检查和产妇及新生儿的预后调查。观察组给予药物综合治疗。结果 所有产妇都顺利分娩出新生儿,无产妇与新生儿死亡。观察组的分娩孕周明显短于对照组,新生儿Apgar 1 min评分及新生儿体重质量明显低于对照组,剖宫产率明显高于对照组( $P<0.05$ ),两组的产后出血、羊水污染、早产、新生儿窒息、住院时间、新生儿5 min评分与对照组相比差异无统计学意义( $P>0.05$ )。观察组的血尿素氮(BUN)、乳酸脱氢酶(LDH)、血浆凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、纤维蛋白原(FIB)的水平高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。两组之间三酰甘油(TG)、空腹血糖(GLU)的水平差异无统计学意义( $P>0.05$ )。血压控制情况、肾损害与产检是影响妊娠期肝内胆汁淤积症的独立危险因素( $P<0.05$ )。经过治疗后,观察组痊愈42例,显效14例,有效4例,无效0例,显效率为90.0%,有效率为100.0%。结论 ICP对于产妇与新生儿都有一定影响,多伴随有肾功能损害;血压控制情况、肾损害与产检是影响ICP的独立危险因素,药物综合治疗能取得较好的效果。

**关键词:**胆汁淤积,肝内;妊娠并发症;妊娠结局;危险因素;肾功能;药物控制

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.13.015

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2014)13-1573-03

## The risk factors analysis and control for intrahepatic cholestasis of pregnancy

Lan Yi, Huang Jianrong

(Department of Obstetrics, Chongqing Hospital of Maternal and Children's Care, Chongqing 400013, China)

**Abstract: Objective** To investigate the clinical characteristics and risk factors for intrahepatic cholestasis of pregnancy(ICP), and put forward relevant control measures. **Methods** May 2009 to February 2013 in our hospital maternity clinic built card ICP 60 cases of pregnant women as the observation group, choosed the same period in our hospital 60 cases of childbirth without ICP as the control group, two groups have carried out surveys of maternal and neonatal outcomes, and laboratory tests. While observing the patients were given drug therapy. **Results** All mothers were smooth delivery of the newborn, no maternal and neonatal mortality. Production of the observation group was significantly shorter than the control group gestational age, neonatal apgar 1 minute(s) and birth weight was significantly lower, cesarean section rate was significantly higher( $P<0.05$ ), two groups of postpartum hemorrhage, amniotic fluid abnormalities, prematurity, neonatal asphyxia, hospitalization time, neonatal apgar 5 minute(s) compared with the control group had no significant difference( $P>0.05$ ). Observation group BUN, LDH, PT, APTT, FIB levels higher, the difference was statistically significant( $P<0.05$ ). Between the two groups TG, GLU levels had no significant difference( $P>0.05$ ). blood pressure control and kidney damage and prenatal affecting intrahepatic cholestasis of pregnancy independent risk factor for the incidence( $P<0.05$ ). After treatment, the observation group 42 cases were cured, 14 cases markedly effective, 4 cases effectiveness and no case failure. markedly effective rate was 93.3%, the effective rate was 100.0%. **Conclusion** ICP for maternal and newborn have a certain influence, many accompanied by renal dysfunction, blood pressure control and kidney damage and check-ups during pregnancy that affect the incidence of ICP independent risk factors, drug therapy can achieve better results.

**Key words:** cholestasis, intrabepatic; pregnancy complications; pregnancy outcome; risk factors; renal function; drug control

妊娠期间因生理的变化,产妇的血容量增加40%~45%,肝血流量减少占心输出量的28%,故总量与非孕期相当。肝功能指标会出现一系列的改变,主要表现为随着孕周增加,血清蛋白(albumin, ALB)逐渐降低,于妊娠晚期达最低<sup>[1]</sup>;而碱性磷酸酶(alkalinephosphatase, ALP)的变化与之相反,随孕周增加而升高。丙氨酸氨基转移酶(alanine aminotransferase, ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶(aspartate amino transferase, AST)、总胆汁酸(total bile acid, TBA)在妊娠期间始终保持正常,通常为正常范围的低限水平。总胆红素(total bilirubin,

TBIL)、间接胆红素(indirect bilirubin IBIL)、直接胆红素(direct bilirubin, DBIL)等指标妊娠期间保持正常,但低于育龄未孕妇女<sup>[2]</sup>。有学者对孕产妇死因分析表明,孕产妇合并肝病在所有死因中位居第4。还有学者统计4 427例围生期妊娠肝病产妇,有80例围生儿死亡,围生儿病死率达1.8%<sup>[3-4]</sup>。从机制上分析,妊娠期间,因新陈代谢增加,体内雌激素、醛固酮等激素的增加,胎儿的代谢产物经母体排出,导致母体的肝脏负荷加重。在此基础上如同时合并肝脏疾病或因妊娠并发症导致肝损害,可能使产妇的并发症发生率增加,围生儿病死率

术前详细问病史,认真检查眼压、光定位、色觉及角膜、虹膜,眼轴,房角等情况;(2)术前充分降眼压,抗炎,术中常规作侧切口,缓慢放水,水密缝合巩膜瓣及结膜瓣,预防并发症的发生;(3)娩核时注意用黏弹剂保护角膜内皮,前房内皮质及黏弹剂应吸除干净,以减轻手术反应及因黏弹剂残留所致术后高眼压对视神经造成进一步损害;(4)术后严密观察病情变化,及时处理并发症,提高手术成功率。

本组患者术后除青光眼发作引起视神经严重损害病例外,其余病例视力均恢复满意,术后部分病例角膜水肿、浅前房、前房出血等并发症,经对症处理均在术后 1 周内恢复,未见驱逐性出血、脉脱,无前房及睫状环阻塞性青光眼等严重并发症。术后随访 3~24 个月,眼压高有 4 眼,经局部按摩,3 眼眼压恢复正常,滤过泡明显,只有 1 眼眼压稍偏高,用噻吗心安滴眼液眼压控制至正常范围。

综上所述,青白联合手术不需要昂贵设备,手术操作简单,学习曲线短,只需术者具备基础白内障手术技巧,手术时间短,损伤小,术后视力恢复快,可有效控制眼压,并发症少,也减轻了患者因多次手术而造成手术痛苦及经济负担,适合在基层医院开展。

#### 参考文献:

- [1] 安徽省第二次全国残疾人抽样调查办公室. 第二次全国残疾人抽样调查资料[M]. 北京:中国统计出版社,2007:12-25.
- [2] 张秀兰. 现阶段对青光眼白内障联合手术的认识[J]. 眼科,2012,21(1):3-6.
- [3] Crichton A. Management of coexisting cataract and glaucoma[J]. Curr Opin Ophthalmol,2010,21(2):129-134.
- [4] Vizzeri G, Weinreb RN. Cataract surgery and glaucoma [J]. Curr Opin Ophthalmol,2010,21(1):20-24.
- [5] Lam DS, Leung DY, Tham CC, et al. Randomized trial of

early phacoemulsification versus peripheral iridotomy to prevent intraocular pressure rise after acute primary angle closure[J]. Ophthalmology,2008,115(7):1134-1140.

- [6] Walland MJ, Parikh RS, Thomas R. There is insufficient evidenceto recommend lens extraction as a treatment for primary open an-gle glaucoma:an evidence-based perspective[J]. Clin Experiment Ophthalmol,2012,40(4):400-407.
- [7] 黄佩琳. 青光眼白内障联合手术 103 例疗效观察[J]. 国际眼科杂志,2007,7(5):1438-1439.
- [8] 陈菊仙. 小切口非超声乳化白内障-青光眼联合手术治疗效果分析[J]. 浙江临床医学,2008,10(1):17-18.
- [9] 姚克,吴仁毅,徐雯,等. 超声乳化白内障吸除折叠式人工晶状体植入联合青光眼小梁切除术[J]. 中华眼科杂志,2000,36(5):9-12.
- [10] 朱煌,魏锐利,李由,等. 超声乳化技术在青光眼白内障联合手术中的作用[J]. 中华眼科杂志,2000,36(2):14-16.
- [11] 李发忠,梁轩伟,古志浩,等. 青光眼滤过术后小切口非超声乳化白内障手术效果观察[J]. 右江民族医学院学报,2003,25(6):774-776.
- [12] 温跃春,梁莉,顾永昊,等.《安徽省白内障手术专科医生认证标准》与培训认证结果分析[J]. 实用防盲技术,2009,4(4):37-38,46.
- [13] 张秀兰,葛坚,蔡小于,等. 三种手术方式治疗原发性闭角型青光眼初步疗效比较研究[J]. 中国实用眼科杂志,2006,24(7):695-699.
- [14] Zhang X, Teng L, Li A, et al. The clinical outcomes of three surgical managements on primary angle-closure glaucoma[J]. Yan Ke Xue Bao,2007,23(2):65-74.

(收稿日期:2013-12-20 修回日期:2014-02-11)

(上接第 1575 页)

detection of abnormal liver function tests-a marker for poor perinatal outcome[J]. J Obstet Gynaecol,2000,20(5):475-478.

- [6] 袁佩,虞斌,王秋伟,等. 重度妊高征肝肾功能变化及其围产儿结局的探讨[J]. 中国临床医学,2005,12(4):680-681.
- [7] 雷玲. 妊娠期肝内胆汁淤积症发病机制研究进展[J]. 国际妇产科学杂志,2008,35(3):376-378.
- [8] Williamson C, Hems LM, Goulis DG, et al. Clinical outcome in a series of cases of obstetric cholestasis identified via a patient support group[J]. Br J Obstet Gynecol,2004,111(5):676-681.
- [9] Glantz A, Hanns-Ulrich M, Mattsson LA. Intrahepatic cholestasis of pregnancy:Relationships between bile acid levels and fetal complication rates[J]. Hepatology,2004,40(3):467-473.

- [10] 艾瑛,刘淑芸. 妊娠期肝内胆汁淤积症的药物治疗[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2002,18(1):55-57.
- [11] 戴华康,董曼岳,姚琦玮. 妊高征及妊娠期肝内胆汁淤积症患者血浆肝素水平测定及其变化[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2004,20(10):346-349.
- [12] 李善霞,施月秋,黄巍. 妊娠期肝内胆汁淤积症治疗进展[J]. 现代中西医结合杂志,2009,11(12):1184-1185.
- [13] 贺晶,韩秀君. 抗凝剂在妊娠期肝内胆汁淤积症中的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2006,10(2):99-101.
- [14] 褚红女,顾剑萍,黄荷凤. 妊娠期肝内胆汁淤积症 1291 例临床资料分析[J]. 中华医学杂志,2004,84(11):489-490.
- [15] Mang A, Hubel R, Roberts JM. Hyperuricemia and xanthine oxidase in preeclampsia, revisited[J]. Am J Obstet Gynecol,1996,174(2):288-291.

(收稿日期:2013-11-13 修回日期:2014-02-01)

上升<sup>[5]</sup>。

具体来说,妊娠期肝病是指产妇在妊娠期间出现黄疸或肝功能损害。妊娠期肝病包括两大类疾病,一类特发于妊娠期,包括妊娠期特发和妊娠期合并症引起的肝脏损害,如妊娠期肝内胆汁淤积症(ICP)、妊娠期急性脂肪肝、血小板减少(HELLP)综合征,以及妊娠剧吐或妊娠高血压综合征所引起的肝损害<sup>[6]</sup>;另一类疾病是与妊娠同时发生,病原学与妊娠无关,如妊娠期病毒性肝炎、肝硬化、原发性肝癌、药物性肝病等。而 ICP 表现为妊娠期特有的皮肤瘙痒。目前,认为其发生的原因与孕期内血中雌激素浓度增高和家族遗传、妊娠期肝脏胆酸代谢障碍有关。一般皮肤发痒的部位多在腹部、脚心和掌心,少数遍及全身,皮肤上还出现红色丘疹、红斑和水疱等多种形态的皮肤损害<sup>[7]</sup>。尽管对产妇来说是一种良性疾病,但 ICP 易导致胎儿窘迫、死胎、死产、早产等,其围生儿发病率和病死率显著高于正常产妇<sup>[8-9]</sup>。本文具体探讨了 ICP 的临床特点和发病危险因素,然后提出了相关控制措施,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2009 年 5 月至 2013 年 2 月在本院产科门诊建卡的 ICP 产妇 60 例作为观察组,入选标准: B 超证实均为单胎;符合 ICP 的诊断标准;临床表现为躯干、四肢皮肤瘙痒;孕前无肝脏、胆道等急慢性病史。年龄 21~32 岁,平均(25.52±2.11)岁;初产妇 52 例,经产妇 8 例;发病孕周 26~38 周,平均孕周(34.52±4.25)周;孕次平均(1.13±0.21)次。选择同期在本院住院分娩的正常产妇 60 例作为对照组,排除合并心、肝、肺、肾及全身性疾病的病例。

**1.2 诊断标准** ICP 诊断依据参照妇产科学教科书,主要包括以皮肤瘙痒为主要症状,以手掌、脚掌及四肢为主,程度轻重不等,无皮疹,少数产妇可出现轻度黄疸;分娩后瘙痒及黄疸迅速消退,肝功能亦迅速恢复正常;患者一般情况良好,无明显消化道症状;可伴血清胆红素升高,以直接胆红素为主,约在 2~5 mg/d;可伴肝功能异常,主要是血清 ALT 或 AST 轻、中度升高;起病大多数在妊娠晚期,少数在妊娠中期。胎儿宫内窘迫、新生儿窒息、羊水污染、早产、产后出血诊断标准也参照妇产科学教科书,产后出血的诊断:胎儿娩出后 24 h 内失血量超过 500 mL 者;新生儿窒息的诊断:出生后 Apgar 1、5 min 评分小于或等于 7 分者;胎儿窘迫的诊断:胎动减少和消失,无应激试验(non-stress test, NST)无反应型,在无胎动与宫缩时,胎心率大于 180 次/分或小于 120 次/分持续 10 min 以上,基线变异频率小于 5 次/分;早产的诊断:妊娠在 28~37 周间分娩者。

## 1.3 方法

**1.3.1 调查资料** 本文调查的资料与内容包括产妇的年龄、孕次、产次、产后 24 h 出血总量、妊娠并发症的发生情况;产妇肝功能、肾功能指标、血脂指标、凝血 4 项等指标;产妇血清肝炎病毒标志物、病毒定量;肝功能出现异常时孕周、恢复时孕周、持续时间、住院天数;围生儿出现畸形、死胎、死产的情况,以及新生儿 Apgar 1 min、Apgar 5 min 评分、质量等指标。

**1.3.2 治疗方法与疗效判断** 对观察组患者采用思美泰(腺苷蛋氨酸)、优思弗(熊去氧胆酸)静脉或口服降胆酸治疗,一般 7~10 d 为一个疗程,根据情况使用易善复(多烯磷脂酰胆碱)等护肝治疗,定时进行胎心监护,每日进行胎动监测。疗效标

准,治愈:治疗后临床症状全部消失,肝功能恢复正常;有效:治疗后临床症状消失或明显减轻,肝功能改善;显效:治疗后临床症状减轻,肝功能有所改善或无改变;无效:治疗后临床症状无变化或加重,肝功能无改善。

**1.4 统计学处理** 采用 SAS11.5 统计软件进行分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以率表示,采用  $\chi^2$  检验,相关性分析采用多因素 Logistic 回归分析,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 产妇并发症与新生儿并发症的比较** 所有产妇都顺利分娩出新生儿,无产妇或新生儿死亡。观察组的分娩孕周明显短于对照组,新生儿 Apgar 1 min 评分及新生儿体质量明显低于对照组,剖宫产率明显高于对照组( $P < 0.05$ ),两组的产后出血、羊水污染、早产、新生儿窒息、住院时间、新生儿 Apgar 5 min 评分,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 1。

表 1 两组产妇并发症与新生儿并发症的比较( $n=60$ )

项目	观察组	对照组	<i>P</i>
分娩孕周(周)	37.38±0.99	39.28±1.69	<0.01
新生儿 Apgar 1 min 评分	8.90±0.73	9.58±0.56	<0.01
剖宫产率(%)	83.30	41.70	<0.01
产后出血(%)	6.70	5.00	0.280 5
羊水污染(%)	5.00	3.30	0.317 8
早产(%)	6.70	5.00	0.280 5
新生儿窒息(%)	3.30	0.00	0.247 9
住院时间(d)	5.65±1.18	5.20±1.39	0.094 9
新生儿 Apgar 5 min 评分	10.00±0.00	10.00±0.00	1.000 0
新生儿体质量(kg)	3.12±0.31	3.30±0.24	0.000 3

**2.2 实验室指标的差异** 观察组的血尿素氮(BUN)、乳酸脱氢酶(LDH)、血浆凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、纤维蛋白原(FIB)的水平高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组之间三酰甘油(TG)、空腹血糖(GLU)的水平差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表 2。

表 2 两组实验室指标的差异( $\bar{x} \pm s, n=60$ )

项目	观察组	对照组	<i>P</i>
BUN(mmol/L)	4.32±1.21	3.51±0.67	<0.01
LDH(U/L)	258.32±49.30	142.70±29.23	<0.01
PT(s)	14.60±0.91	13.49±0.81	<0.01
APTT(s)	34.37±2.30	31.53±3.62	<0.01
FIB(滴/分)	3.91±0.31	3.14±0.36	<0.01
TG(mmol/L)	1.50±0.13	1.48±0.14	0.489 9
GLU(mmol/L)	4.40±0.41	4.39±0.40	0.810 6

**2.3 多因素 Logistic 回归分析结果** 运用多因素 Logistic 回归分析,结果显示血压控制情况、肾损害与产检是影响妊娠期肝内胆汁淤积症的独立危险因素( $P < 0.05$ ),见表 3。

**2.4 预后情况** 观察组产妇经过治疗后,治愈 42 例,显效 14 例,有效 4 例,无效 0 例,显效率为 93.3%,有效率为 100.0%。

表 3 多因素 Logistic 回归分析结果

项目	$\beta$	SE	Wald $\chi^2$	P	OR	95% CI
血压控制情况	1.045	0.330	9.993	<0.05	2.842	1.486~5.463
肾损害	2.725	1.041	6.820	<0.05	15.266	1.985~11.258
定期产检	0.720	0.325	5.678	<0.05	2.054	1.136~3.721

### 3 讨 论

ICP 是一种与妊娠有关的疾病,多发生于妊娠中、晚期,以皮肤瘙痒和黄疸为特征,故曾有“妊娠瘙痒症”和“妊娠特发性黄疸”之称。ICP 的病因尚不清楚,多数学者认为可能与妊娠后体内雌激素代谢失调有关<sup>[10]</sup>。妊娠后,产妇体内雌激素水平升高,造成某些产妇肝细胞内酶的异常,导致胆盐代谢能力的改变,造成肝内胆汁淤积。当肝功能受到一定程度的影响时,就可出现黄疸。又由于胆盐存积于皮下,刺激感觉神经末梢,从而产生瘙痒症状。ICP 有家族性的特点,常常母女或姐妹都会发病。有学者通过对 13 181 例次的妊娠妇女的资料进行回顾性分析,其中,有妊娠期肝病 46 例,发病率为 0.35%<sup>[11]</sup>。还有学者报道在国外进行的一项前瞻性研究,为期 15 个月的研究中共追踪到 4 377 例产妇,其中,142 例在妊娠期间发生肝功能损害,发病率为 3.00%<sup>[12]</sup>。ICP 在中国各地发病率差异巨大,提示本病的发病机制不能仅用雌激素水平高解释,可能与环境、饮食等因素均有关。

在临床表现上,ICP 多发于妊娠晚期,少数发生在孕中期,主要症状为皮肤瘙痒,瘙痒发生后数日至数周内 10%~15% 的患者出现轻度黄疸,少数人可有消化道症状,极少数出现体质量降低,大多数人全身状况良好<sup>[13]</sup>。化验检查会发现血中胆红素增高、肝功能异常、肝酶及胆红素轻、中度升高。产后皮肤瘙痒、黄疸迅速消退,肝功能恢复正常。ICP 对母儿危害极大,可导致早产、胎儿宫内窘迫、胎儿生长受限,严重的出现不能预测的突发胎心消失;新生儿可能发生颅内出血及新生儿神经系统后遗症等;同时可导致产妇凝血功能异常,增加产后出血的概率,产妇也可能发生糖、脂代谢的异常,故应十分重视,及时诊治。本文所有产妇都顺利分娩新生儿,无产妇与新生儿死亡。观察组的分娩孕周明显短于对照组,新生儿 Apgar 1 min 评分及新生儿体质量明显低于对照组,剖宫产率明显高于对照组( $P < 0.05$ ),两组的产后出血、羊水污染、早产、新生儿窒息、住院时间、新生儿 Apgar 5 min 评分,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

ICP 的诊断主要依靠病史、临床表现和实验室检查,对可疑者应及时作肝功能和血清胆酸的测定。本病产妇的血清转氨酶可轻、中度升高,上升的幅度约为正常值的 2~3 倍。血清胆酸增高是诊断本病的敏感指标,其升高的幅度常可为正常产妇的 10~100 倍,而且血清胆酸的增高比瘙痒、黄疸的发生时间要早,所以,不少医院常在妊娠 28~30 周时,常规检测血清胆酸,作为对 ICP 的筛查,以便早期检出本病,及时采取医治措施。观察组的 BUN、LDH、PT、APTT、FIB 的水平高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组之间 TG、GLU 的水平差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

作者运用多因素 Logistic 回归分析,结果显示血压控制情

况、肾损害与产检是影响 ICP 的独立危险因素。肾脏是受血管调节影响比较敏感的器官,当血压升高时因肾血管的收缩、痉挛,肾血流量和肾小球滤过率下降,导致肾功能受损,可出现血尿酸和肌酐水平的上升<sup>[14]</sup>。有研究发现,每日约有 20% 的尿酸并非由肾脏排出,而是随胆汁排入肠腔,由粪便排出。由于 ICP 患者胆汁排泄障碍,胆汁淤积而导致随胆汁排泄的尿酸排出障碍,故可引起 ICP 患者高尿酸血症。ICP 患者易出现胎儿宫内缺氧、窘迫、死胎等情况,除与胆汁淤积造成胎盘绒毛狭窄、胎盘血流灌注不足有关外,高尿酸血症亦是原因之一。Mang 等<sup>[15]</sup>认为妊高征时胎盘血流灌注量下降,黄嘌呤脱氢酶的氧化作用增强,产生大量自由基,使尿酸直接和间接合成增多。同理,ICP 患者出现胆盐沉着、绒毛间隙狭小、胎盘阻抗增加时,胎盘灌注量亦可下降,使尿酸合成增加,因而使围生儿窒息率、病死率增加。

在治疗上,ICP 的治疗主要是缓解瘙痒症状,降低血清胆汁酸水平,恢复肝功能,延长孕周,改善妊娠结局。并积极给予药物治疗,可用苯巴比妥、熊去氧胆酸、地塞米松等降低血清胆汁酸的浓度,减轻胆汁酸的淤积,改善肝功能并促进胎儿肺发育成熟,还可以减轻皮肤瘙痒症状。适当卧床休息,取左侧卧位以增加胎盘血流量,给予吸氧、高渗葡萄糖、维生素类及能量既可以保肝又可提高胎儿对缺氧的耐受力,定期复查血清胆酸及肝功。在监护中,从孕 34 周开始每周行胎心监护 1 次,以便及早发现隐性胎儿缺氧。产妇出现黄疸,胎龄已达 36 周;或无黄疸,妊娠已足月或胎肺已成熟者;有胎盘功能明显减退,胎儿窘迫者均应及时终止妊娠。本文观察组产妇经过治疗后,痊愈 42 例,显效 14 例,有效 4 例,无效 0 例,显效率为 90.0%,有效率为 100.0%。

在发病控制中,医护人员要针对危险因素进行控制,在产检中如果产妇出现皮肤瘙痒症状,应考虑到 ICP 的可能性,产检应包括血清胆酸和肝功能检查。如果检查结果正常,而产妇仍然觉得瘙痒不止,应该给产妇再做第二次血液检查。因为瘙痒的症状可能要持续一段时间后,生化结果才会表现出异常。同时建议进行肝胆 B 超检查,了解有无胆结石,因为胆结石可能是阻塞胆汁流向肠道的一个原因。虽然产妇患胆结石较少见,但患有 ICP 的产妇容易患胆结石,所以,可能会同时出现既有胆结石,又有 ICP 的情况。另外,在分检过程中应加强肾功能及血压监测。总之,ICP 对于产妇与新生儿都有一定的影响,多伴随有肾功能损害,血压控制情况、肾损害与产检是影响 ICP 的独立危险因素,药物综合治疗能取得比较好的效果。

### 参考文献:

- [1] Lee RH, Incerpi MH, Miller DA, et al. Sudden fetal death in intrahepatic cholestasis of pregnancy[J]. *Obstet Gynecol*, 2009, 113(2): 528-530.
- [2] 梁扩寰. 肝脏病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1251-1263.
- [3] 古航, 胡电. 妊娠期肝内胆汁淤积症[J]. *中华妇产科杂志*, 2003, 38(2): 121-123.
- [4] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 45-47.
- [5] O'Donoghue K, Byrne BM. Antenatal (下转第 1578 页)