

妊娠合并病毒性肝炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E5_A6_8A_E5_A8_A0_E5_90_88_E5_c22_308620.htm 名称妊娠合并病毒性

肝炎所属科室妇产科临床表现妊娠合并甲型肝炎甲肝对围生儿的影响：根据上海市第一妇婴保健院资料，甲肝产妇在孕中期与孕晚期的妊娠结局，围生儿死亡率分别为42.3permil.，即孕晚期围生儿死亡率明显升高。与上海市同年正常产妇的围生儿死亡率14.1ge.171ge.17.1mu.g，一般可阻断90%的母婴传播率。如有条件可于出生后再肌注一支人类HBs免疫球蛋白

（HBIG）则更有利于防止母婴垂直传播。我国的乙肝疫苗作用能保持5年左右，故在进入小学之前应再作一次加强免疫注射。妊娠合并重症肝炎（1）一般处理：需专人护理，正确记录血压、呼吸、脉搏及出入水量；予以低脂肪、低蛋白、高糖类流汁或半流汁饮食，保证热能为6276kJ/d

（1500kcal/d），并予以大量维生素。（2）输温鲜血600~800ml，以增加凝血因子，并需输人体白蛋白或冻干血浆，有利防止肝细胞坏死和降低脑水肿的发生。（3）胰高糖素1mg加正规胰岛素8u，10%氯化钾10~20ml加10%葡萄糖液500~1000ml，静脉滴注。（4）可用干扰素每日300万u，连续7~14天，肌肉注射，也可每次100万u，每日3次肌肉注射。（5）胎肝细胞悬液200ml，静脉滴注，每日或隔日一次，可用3~5次，能收到极好效果。此亦可称为胎肝细胞移植。

（6）14-氨基酸-800 250ml或复方支链氨基酸250ml，静脉滴注，每日1~2次，可促进肝脏情况好转。（7）10%门冬氨酸钾镁40ml溶于10%葡萄糖液250ml中，静脉缓滴。（8）无论有无

感染征象，均应予以对肝肾功能影响最小的广谱抗生素。并发弥散性血管内凝血（DIC）的处理（1）妊娠合并重症肝炎并发DIC的诊断标准：血小板 $\times 10^9/L$ （ $50\ 000/mm^3$ ）；凝血酶原时间较正常延长1倍以上；纤维蛋白原 $\leq 1.25g/L$ （ $125mg/dl$ ）；鱼精蛋白副凝（3P）试验或乙醇胶试验阳性。（2）并发DIC之处理：根据产科特点，在无产兆而发生DIC时，可用肝素，首次剂量为 $25mg$ （ $3125IU$ ）加5%葡萄糖液 $100ml$ ，静脉滴注（一般在30分钟左右滴完），之后再用 $25mg$ 加5%葡萄糖液 $200ml$ ，静脉缓滴。以后再根据化验结果决定肝素的应用剂量。如已临产或在产后24小时之内发生DIC者，应以输温鲜血、冻干血浆等为主，而不宜贸然使用肝素。因为此时已有严重的凝血因子缺乏，加之产后子宫血窦开放本身即易出血，所以如肝素使用不当，可加重出血。产科处理：入院后必须按急症处理，首先予以输温鲜血、人体白蛋白及冻干血浆，有肝昏迷者积极治疗24小时后，应尽快结束分娩。根据上海医科大学妇产科医院1990年资料，在22例妊娠合并重症肝炎患者中，9例经输鲜血、白蛋白、血浆，并适时、适量应用肝素后适时行剖宫产甚或切除子宫者，8例存活；1例剖宫产术后因DIC而死亡。而保守治疗等待***分娩者13例，其中2例未产死亡；另11例分娩后，仅4例存活，存活的4例中其中有3例为经产妇早产，1例为初产妇，产后肝昏迷加重，最后使用胎肝细胞移植得救。由以上的数据说明此等患者的产科处理原则如下：（1）经产妇早产者可在上述积极治疗情况下，经***分娩。（2）凡初产妇且已足月或近足月者，应在上述积极治疗1~2天采取局麻行剖宫产术，但术后禁用哌替定（度冷丁）等镇痛药，以免加

重肝脏负担使病情加剧，甚或死亡。（3）术后行继续支持疗法和给广谱抗生素预防感染。预防及预后（1）甲肝为良性自限性疾病，甲肝病毒由粪便污染，经口传染，非凡是对毛蚶类食品更应注重。（2）加强饮食卫生宣传教育，注重餐具消毒，非凡对生拌凉菜要注重卫生。（3）如孕妇曾接触甲肝患者，力争能于2周内肌肉注射丙种球蛋白，剂量一般为0.02~0.05mg/kg。Lerman等1993年指出应用免疫血清球蛋白（ISG）0.02ml/kg，可获得2个月的保护期；若剂量为0.06ml/kg，则可延长保护期至6个月。他认为如欲短期内预防甲肝感染，注射2ml免疫血清球蛋白即可。若注射5ml免疫血清球蛋白，则能维持5~12个月的被动免疫力。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com