

妊娠合并急性病毒性肝炎_妇产科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_A6_8A_E5_A8_A0_E5_90_88_E5_c22_609387.htm 妊娠期间孕妇所需热量增加，新陈代谢率增高，使肝脏负担加重，尤其分娩疲劳、出血、麻醉加重肝损害。体内雌激素浓度增加，加重肝负担，故孕期易感染病毒性肝炎，亦易促使原有肝病加重。【诊断】（一）根据病史：与肝炎病人接触史，输血或注射血制品史。（二）近期突然出现消化道症状，如乏力、食欲减退、厌油、恶心呕吐、腹胀、腹泻及肝区疼痛等，尤其无其他原因可解释的以上症状。皮肤、巩膜黄染。（三）体检肝脏肿大，触痛，叩痛，部分病人脾脏肿大，可触及。（四）实验室检查1．alt（丙氨酸转氨酶）、ast（天门冬氨酸转氨酶）、血清胆红素明显升高（孕早期及孕28周常规查alt、ast，以便筛出无症状患者）。2. 肝炎病毒抗原抗体系统的检查（1）甲肝，有临床症状及体征时如alt、ast增高，同时血清中抗hav-igm阳性即可诊断。（2）乙肝：乙肝各项实验室检查及临床意义。（3）丙肝：患者血中查到丙肝抗体存在即可诊断。临床上甲肝潜伏期2~7周，起病突然，病程较短，2~3周内完全恢复。乙肝潜伏期1~5个月，起病缓慢，病程长，持续3~5个月，易迁延成慢肝。无黄疸型肝炎症状轻，易被忽略。黄疸型肝炎常先有厌食、恶心、腹胀及肝区疼痛，然后出现黄疸，小便深黄色，大便偶呈灰白色。妊娠易发生重症肝炎，尤其在妊娠晚期多见。诊断标准：a. 多在发病7~10d内病情突然加剧。b. 黄疸迅速加深，总胆红素 $\geq 171\mu\text{mol/L}$ ，增加碳水化合物，每日给热量1800kcal以上。2. 保持大便通畅

，减少氨和毒素的吸收。甲硝唑0.2 qid，乳果糖60g/日，分三次服用。3.有肝昏迷前驱症状者可用降氨药物，改善大脑功能：(1)谷氨酸钠或精氨酸静脉滴注，(2)支链氨基酸250ml加入等量10%葡萄糖液中缓滴qd，10~15天为一疗程。(3)胰高糖素1~2mg 普通胰岛素8-lou 10% g. s 500ml，静滴，q.d。(4)人肝细胞悬液。(5)积极处理并发症。(6)预防与治疗dic，注意临产后12h内不宜用肝素，肝素治疗时必须同时补充新鲜血，(三)产科处理1. 妊早期合并甲肝，病程短，预后好，肝功能损害轻，不须中止妊娠；合并乙肝，肝功能不好，hbsag()，hbeag()应中止妊娠，术前保肝治疗，预防出血。2. 妊中、晚期：一般不主张中止妊娠，可住院保肝治疗。若治疗后肝功能继续恶化可中止妊娠(因引产、手术、麻醉均加重肝负担)。3. 分娩期，做好输新鲜血准备，预防产伤、胎膜残留，产后出血及感染，可行助产缩短第二产程，产程进展缓慢宜及时剖宫产，需纠正凝血功能后手术，肝素治疗者应在停肝素治疗后2~6h手术。4.产褥期：继续保肝治疗，防止并发感染，产程中及产后给以对肝无损害的抗生素如：青霉素、氨苄青、先锋霉素等，重症者停哺乳。5.新生儿处理(1)取脐带血查各项肝功能指标。(2)注射乙肝疫苗300ug，最后产后6h内完成，不得超过出生后24h，对有乙肝表面抗原阳性者，可同时注射高效乙肝免疫球蛋白。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