

82 例乙型肝炎病毒感染妊娠并发症分析

朱慧敏

(浙江省长兴县妇幼保健院 长兴 313100)

摘要:目的:探讨无症状乙型肝炎病毒感染(AsC)对妊娠并发症的影响。方法:选择 82 例妊娠合并乙型肝炎病毒感染者妊娠并发症与同期 100 例正常妊娠妇女并发症比较。结果:AsC 组妊娠合并肝损、胎膜早破、脐带缠绕、产后出血均高于正常组($P<0.05$)。而妊高征、ICP 及新生儿体重无明显差异。结论:妊娠合并乙型肝炎病毒感染,对妊娠结局有不良影响。

关键词:无症状乙型肝炎病毒感染(AsC);妊娠并发症;妊娠结局比较;分析

中图分类号:R512.6²

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)02-0067-02

乙型肝炎病毒(HBV)感染是一个世界性的公共卫生问题。我国是病毒性乙型肝炎高发地区,乙肝表面抗原(HBsAg)携带者 10%。国内文献报道,慢性乙型肝炎可增加胎儿畸形、流产、早产、胎膜早破、新生儿窒息、产后出血等并发症。为探讨无症状乙型肝炎病毒感染(AsC)对妊娠并发症的影响,我院对 82 例妊娠合并乙型肝炎病毒感染者妊娠并发症作回顾性分析。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2003 年 6 月~2004 年 12 月我院收治的 82 例 HBV 感染孕妇,即 AsC 组,年龄 22~35 岁,平均年龄(28.6 ± 2.1)岁;孕周 34~41 周。随机抽取同期正常孕妇 100 例,作为对照组,平均年龄(29.2 ± 3.2)岁;孕周 37~41 周。2 组无明显差异,有可比性。

1.2 实验室资料 乙肝三素检测,AsC 组孕妇 HBsAg 阳性 76 例,同时有 HBeAg 阳性 35 例,HBsAg 同时抗 HBc 和 / 或抗 HBe 阳性 33 例,仅抗 HBe 或抗 HBc 阳性 6 例,ALT 大于

50U/L 为肝损,30 例。

1.3 产科临床资料 AsC 组孕妇中,臀位 5 人,占 6.10%;疤痕子宫 6 人,占 7.32%。正常孕妇组臀位 8 人,占 8.00%;疤痕子宫 7 人,占 7.00%。2 组有可比性, $P>0.05$ 。

1.4 方法 比较 2 组孕妇妊娠并发症,即妊娠期肝内胆汁淤积症(ICP)、胎膜早破、妊娠高血压综合征、肝损、胎儿脐带缠绕、胎儿宫内窘迫及产后出血发生率。诊断标准参考《妇产科学》第 5 版诊断标准。

1.5 统计学处理 数据间采用 χ^2 检验, $P<0.05$, $P<0.01$ 为异常有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组中并发症发生率比较 见表 1。

表 1 2 组孕妇妊娠并发症比较 例(%)

	n	肝损	妊高征	胎膜早破	脐带缠绕	产后出血	ICP
AsC 组	82	30 (36.6)	6 (7.3)	10 (12.2)	25 (30.5)	3 (3.7)	6 (7.3)
正常组	100	11 (11.0)	6 (6.0)	4 (4.0)	11 (11.0)	0	5 (5.0)
P 值		<0.05	>0.05	<0.05	<0.01		>0.05

HBV-DNA 阳性,不一定是宫内感染,而可能是产程中发生的母胎输血,而产时感染可通过新生儿出生后立即注射乙肝免疫球蛋白而预防;(2)可能为复查时 HBV-DNA 在肝脏中处于整合状态,或感染已痊愈,使血中无 HBV。因为我们的检测结果中有 15 例婴儿 HBV 血清标志物中的 HBcAb 阳性。虽然有研究发现单独 HBcAb 阳性的无症状者有 70.0% 甚至更高的假阳性结果,但有报道单独 HBcAb 阳性的献血者和器官捐献者(非肝脏)会造成 HBV 的传播,但发生率非常低;而单独 HBcAb 阳性的肝脏捐献者造成 HBV 的感染率为 33.0%~78.0%,提示感染后血清学指标恢复但病毒仍存在于肝组织中^[4]。故对这些婴儿尚需进一步随访;(3)乙肝疫苗的免疫调节作用。至于是否存在母血污染的问题,我们曾对 35 例新生儿进行了脐血及出生后 3d 新生儿足跟血 HBV-DNA 的配对研究,结果两者完全符合,可排除母血污染的问题。2 组婴儿 HBsAb 阳性率也无统计学意义,这与王建设等^[5]的研究结果一致,说明母乳喂养对婴儿免疫无影响。

母乳中虽有 HBV-DNA 存在,但并不增加婴儿 HBV 感染率,其原因之一可能为新生儿出生后接受被动及主动全程联合免疫而得到免疫保护。从本调查的结果中可以发现,全程接受免疫的婴儿无 1 例 HBV-DNA 阳转。另一原因为母乳中 HBV-DNA 含量远远低于血清浓度,胎儿在宫内或在产时

接触病毒的几率和病毒的数量远高于母乳。而病毒感染的结局和感染的时机与病毒的数量有关。病毒量越大,感染的时间越早,则感染易于慢性化,反之则机体倾向于清除病毒。

结合本调查的结果,我们认为乙肝病毒携带者可以母乳喂养,但要做好预防工作,新生儿出生后 24h 内,最好是 12h 内及出生后第 14 天注射高效价乙肝免疫球蛋白,并按规定全程注射乙肝疫苗,随访婴儿抗乙肝抗体的产生情况。如果哺乳过程中发生乳头皲裂出血,应暂停哺乳。并向患者讲明相关知识,由其根据自身情况选择喂养方式,定期随访婴儿。

参考文献

- [1]中华医学会传染病与寄生虫病学分会.病毒性肝炎防治方案[J].中华肝脏病杂志,2000,8(6):324-329
- [2]American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk [J]. Pediatrics, 1997,100: 1 035~1 039
- [3]林静吟,许岸高,袁建寰,等.乙肝病毒母婴传播的可能途径研究[J].中国实用妇科与产科杂志,1999,15(7):424-426
- [4]陈慧,朱启铸.疫苗接种后对乙型肝炎病毒标志物的解释[J].中华肝脏病杂志,2003,11(4):240
- [5]王建设,朱启铸,张公惠,等.母乳喂养不影响乙型肝炎病毒母婴传播阻断效果[J].中华围产医学杂志,2003,6(1):24-27

(收稿日期:2005-09-26)

超声引导下先天性肌性斜颈的局部注射治疗

伍霞芳 林仙方 罗春芬 彭晓慧

(浙江省台州医院 临海 317000)

摘要:目的:探讨先天性肌性斜颈的有效、安全、简便的治疗方法。方法:在超声引导下采用以确炎舒松 A 和 2%利多卡因直接注入胸锁乳突肌肿块内的方法,每次剂量确炎舒松 A 为 5~10 mg 加利多卡因 1~2mL 注射,如一次肿块未完全消失者,间隔 2 周后,重复。结果:治疗 41 例观察临床效果,治愈 29 例,显效 10 例,总有效率为 95.1%。结论:超声引导下先天性肌性斜颈早期局部注射确炎舒松 A 治疗效果满意,其操作简便、经济,起效快,并发症少。

关键词:超声引导;先天性斜颈;局部注射;确炎舒松 A;利多卡因

中图分类号:R682.1⁺2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)02-0068-02

先天性肌性斜颈是小儿的一种常见病,系一侧胸锁乳突肌发生纤维性挛缩所致的先天性畸形,多在生后 1~3 周内出现患侧局部肿块,2~6 个月肿块消失,此病表现头颈歪斜向一侧,面部畸形,随着年龄增长畸形逐渐加重。本文在超声引导下局部注射治疗 41 例观察临床效果,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例为我院 2002 年 1 月~2004 年 6 月的 41 例先天性肌性斜颈患者,男 23 例,女 18 例;其中 34 例就诊时超声诊断局部有肿块存在,肿块出现时间为出生后 5~40d;左侧 13 例,右侧 28 例;肿块大小约 2cm×5cm~3cm×5cm,并有 5 例先用推拿治疗 20~50d 后,肿块无明显缩小;7 例表现为胸锁乳突肌挛缩;41 例中,足月产 36 例,早产 3 例,过期产 2 例;头位 27 例,臀位 14 例;32 例自然分娩,5 例产钳助产,4 例剖腹产;年龄最大 16 个月,最小 15d,3 个月内 21 例占 51.22%。

1.2 方法 仪器应用 GE 公司 Vivid 7,8~12MHz 探头。患儿取仰卧位肩部垫高,头偏向健侧,充分暴露患侧颈部,探头沿胸锁乳突肌长轴纵断横断扫查,了解胸锁乳突肌宽度,肌束连续情况,测量胸锁乳突肌内的低回声肿块大小,了解肿块内部回声,然后以同样方法与对侧对比分析。常规消毒皮肤后,操作者右手持注射器,内盛有确炎舒松 A 和利多卡因混合液,左手固定肿块后,在超声引导下,用 7 号针头直接斜行刺入肿块底部及挛缩的肌肉内,边注射边退出针头,使药液均匀分布于肿块内,肿块较大者分多点注射,根据肿块大小

及患儿年龄,每次适当增减,通常确炎舒松 A 5~10mg,利多卡因 1~2mL,隔 2 周重复,5 次为 1 个疗程,需第 2 疗程者相隔 6 周。

2 结果

声像图特征:肿块位于胸锁乳突肌内,致使胸锁乳突肌肌束中断,不清晰,相对健侧胸锁乳突肌肿块呈低回声 36 例,强回声 3 例,等回声 2 例,而健侧胸锁乳突肌肌束连续,边缘光滑,清晰。

本组 33 例在超声引导下只注射 1 个疗程,第 1 次注射后,1 周即有肿块缩小至原来一半,质地变软,头部转动活动障碍明显减轻,无肿块病例经局部注射后肌肉挛缩可见明显减轻,颈部转动明显好转,其中 5 例经推拿治疗后首次注射后效果同样显著,4~5 次注射后,肿块基本消失,患侧胸锁乳突肌较健侧增粗,质偏硬,头部轻度偏向患侧,颈部转动功能接近正常。8 例 1 个疗程后局部仍有小肿块,6 周后再作小肿块注射治疗 1~3 次,肿块消退。本组平均注射 6 次,本疗法安全可靠,副作用少,并发满月脸者 3 例,多为患儿年龄偏小,局部肿块较大,用药量偏多者,疗程结束后,2~3 月逐渐恢复正常,未见气胸及血管神经损伤等其他并发症。

随访 3 月~1 年,治愈 29 例,占 70.7%,超声表现为胸锁乳突肌肿块消失,临床上弹性正常,颈部活动不受限制,面部对称,无斜颈;显效 10 例,占 24.4%,表现为局部肿块基本消失,胸锁乳突肌轻度挛缩,面部基本对称,颈部活动轻度受限;无效 2 例,占 4.9%,均为 1 岁以上较严重病例,改为手术

2.2 2 组新生儿情况比较 见表 2。

表 2 2 组分娩方式、新生儿情况比较 (X±S) 例 (%)

	n	阴道分娩	剖宫产	羊水污染	新生儿窒息	新生儿体重/g
AsC 组	82	22 (26.8)	60 (73.2)	19 (23.2)	9 (11.0)	3225.5±170.8
正常组	100	58 (58.0)	42 (42.0)	8 (8.0)	3 (3.0)	3302.5±180.4
P 值		<0.01	<0.01	<0.05	<0.05	>0.05

3 讨论

妊娠妇女感染 HBV (包括携带者和乙型肝炎患者),对其本人和婴儿均有影响,特别是对胎儿的影响直接关系到我国人口素质。国内文献报道:妊娠妇女感染 HBV 胎膜早破、胎儿宫内窘迫、新生儿窒息均高于正常人群^[1,2]。根据本研究资料,可以看出 AsC 组妊娠合并肝损率 36.6%,胎膜早破率 12.2%,脐带缠绕率 30.5%,产后出血率 3.7%,均高于正常孕妇组。其中 3 例产后出血均为妊娠合并肝损病例,可能是因为肝功能受损一些凝血因子数目减少、功能低下所致。AsC

组中剖宫产率 73.2%,羊水污染率 23.2%,新生儿窒息率 11.0%,均明显高于对照组,而新生儿体重无明显差别。妊高征和 ICP 2 组间无明显差异。本文结果提示:妊娠合并乙型肝炎病毒感染孕妇肝损率明显增加,与 HBV 破坏了肝细胞所致肝功能受损有关。胎膜早破、脐带缠绕和胎儿宫内窘迫发生率增加,与乙型肝炎病毒宫内感染,并导致绒毛血管病变有关,使胎盘功能下降,出现胎儿缺氧^[3],使剖宫产率明显增加,但对胎儿宫内生长影响不大。

总之,妊娠合并乙型肝炎病毒感染,对妊娠结局有不良影响,增加母婴危害。应积极阻断母婴传播,加强各级围生期保健,按时产前检查,尽可能预防或减少相关并发症发生率,提高出生人口素质。

(收稿日期:2005-09-07)