



妊娠合并肝病 该如何应对?

妊娠合并急性慢性肝病是指妊娠期间发生的肝病或妊娠前已患有慢性肝病,两者之间虽无因果关系,但二者可相互影响,不仅会加重早孕反应,还会增加妊娠中晚期并发症及重症肝病的发生率,需要产科和消化科共同积极治疗。那么,妊娠合并急性慢性肝病的病因有哪些?该如何治疗和预防呢?

常见病因

1. 病毒感染 最常见的是肝炎病毒,包括甲型、乙型、丙型和戊型肝炎病毒,传播途径包括血液传播、母婴传播或性传播。

2. 药物性肝损伤 孕妇在妊娠期间使用某些药物可能导致药物性肝损伤,特别是对肝脏有直接毒性的药物。

3. 遗传性代谢异常 如肝豆状核变性,这是一种铜代谢异常疾病,与铜蓝蛋白合成障碍、胆道排泄减少等因素有关。

4. 自身免疫性损伤 如自身免疫性肝炎,其病因尚未完全明确,主要机制是在遗传易感性基因的基础上,由于药物、感染、环境等因素导致机体免疫耐受机制破坏,产生针对肝脏自身抗原的免疫反应,从而引发肝脏慢性炎症。

5. 脂质沉积 脂肪肝是一种常见的肝病,病因包括酒精和非酒精性因素。轻度脂肪肝患者一般可以正常妊娠,重度脂肪肝患者可能不适合妊娠。

临床表现

1. 妊娠合并急性肝病 可见于

妊娠各期,甲型、乙型、丙型、戊型病毒性肝炎均常见。症状包括乏力、厌食、恶心、呕吐、腹胀、肝区不适,体查时可发现皮肤巩膜黄染、肝脾轻度肿大、肝区叩击痛等。病情严重时,可在2周内出现极度乏力、明显厌食、呕吐、腹胀、黄疸进行性加深、肝脏进行性缩小、出血倾向、肝性脑病及腹水等。

2. 妊娠合并慢性肝病 以乙型、丙型病毒性肝炎多见。病情较轻时无明显症状,病情较重者有消化道症状、肝区不适及乏力等。此外,肝豆状核变性患者还伴有震颤、肌强直、构音障碍等锥体外系表现及精神症状。

诊断

1. 病史采集 询问患者与病毒性肝炎患者的接触史、血液暴露史和用药史,有助于诊断急性肝病。了解患者孕前肝病病史和孕期肝病病程,有助于诊断慢性肝病。

2. 体格检查 慢性肝病患者可出现慢性肝病面容、肝掌、蜘蛛痣等症状,脾大、腹水征阳性、下肢水肿等症状也有助于诊断。



3. 实验室检查 包括血清转氨酶、胆红素、病毒学指标、免疫学指标等,可以确定肝病的类型和严重程度。

4. 影像学诊断 通过超声、CT等影像学手段观察肝脏的形态和密度,有助于诊断脂肪肝、肝硬化等疾病。例如,肝脏不同程度增大,回声改变,晚期肝硬化可见肝脏缩小。

治疗

1. 一般治疗 卧床休息,给予营养支持,必要时使用保肝、改善凝血功能、维持水电解质平衡等药物。避免使用对胎儿发育有影响的药物,加强胎儿监护,防止宫内窘迫。

2. 产科处理 轻度患者一般不主张终止妊娠,但病情急剧进展、预后不佳者应及早终止妊娠,并根据患者情况选择阴道分娩或剖宫产。妊娠合并肝衰竭者应在病情好转后终止妊娠。

3. 特殊处理 慢性乙肝患者抗病毒治疗期间意外怀孕,应用干扰素者需终止妊娠;若应用拉米夫定或其他妊娠安全性B级药物(替比夫定或替诺福韦)者,应充分告知风险、权衡利弊。慢性丙型肝炎患者应用干扰素抗病毒期间意外妊娠需终止妊娠。妊娠期乙型、丙型病毒性肝炎活动期,转氨酶轻度升高者需密切观察或予保肝对症治疗,待分娩后再进行抗病毒治疗;乙型病毒性肝炎病情较重者,权衡利弊后可用拉米夫定、替比夫定或替诺福韦治疗。

预防

1. 评估肝脏功能 妊娠前应充分评估肝脏功能及储备情况,妊娠前3~6个月保证肝功能稳定的情况下方可考虑妊娠。

2. 合理膳食 妊娠期间应合理膳食、平衡营养,避免因营养过剩、过度肥胖引起肝内脂质沉积。

3. 注意饮食卫生 减少外出就餐,餐具定期消毒,尽量使用公筷,以减少各类病毒的传播,避免消化道疾病的发生。

4. 避免不安全行为 尽量避免与肝炎患者密切接触、共用注射器、输血制品等行为,不在卫生标准不合格的地方拔牙、穿耳洞,尽量不使用肝损伤药物。

5. 定期监测肝功能 原有肝病者妊娠期间应密切监测肝功能。

桂林市妇幼保健院 全田生

新生儿败血症危害大 科学预防保健康

新生儿败血症是指病原体侵入新生儿血液,并在其中生长、繁殖,同时产生毒素,导致全身炎症反应的综合征;该症对新生儿的生命和健康构成严重威胁,是引起新生儿死亡的重要原因。为了帮助家长和医护人员更好地预防这一疾病,本文将详细介绍新生儿败血症的病因、症状、诊断及预防。

原因

新生儿败血症是相关病原菌通过宫内感染、产时感染或出生后感染等途径侵入新生儿的血液循环系统导致。常见病原体有细菌(如大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌、克雷伯菌、铜绿假单胞菌等)、病毒(如巨细胞病毒、风疹病毒、乙型肝炎病毒等)、真菌(如白色念珠菌等)以及立克次体、支原体等其他类型病原体。新生儿败血症的发生主要与以下因素有关。

1. 早产、低体重儿 早产、低体重儿的免疫系统发育不完善,更容易感染各种病原体。

2. 母体因素 如果母亲在怀孕期间或分娩时感染了某种病原体,病原体可通过胎盘或产道传给胎儿。

3. 出生时窒息或损伤 新生儿出生时如发生窒息或损伤等意外,就易继发感染。

4. 侵入性操作 如新生儿因疾病等原因需要进行机械通气、中心静脉置管(包括PICC)、脐动脉(静脉)置管以及静脉营养等侵入性操作时,有可能感染各种病原菌。

5. 免疫功能低下 新生儿营养不良或患有其他慢性疾病,导致免疫力下降,容易感染病原体。

6. 护理不当 一些家长有给孩子“挑马牙”、揭胎脂的习惯,或者用指甲掐新生儿身上的红点,殊不知,新生儿的皮肤黏膜非常薄,容易破损,破损后就易造成细菌侵入。此外,新生儿脐带消毒护理不到位,也容易导致细菌侵入。

症状

1. 全身症状 发热、体温不稳、反应差、喂养差、水肿、高乳酸血症、低Apgar评分,以及不哭、不吃、不动、体温不升、体重不增、黄疸不退等“六不”症状。

2. 呼吸系统 呼吸急促、困难,甚至呼吸暂停、发绀等。

3. 消化系统 黄疸、腹胀、呕吐或积乳、腹泻、肝脾肿大。

4. 循环系统 面色苍白、四肢冷、心跳过速或过缓、皮肤花纹、血压偏低、毛细血管充盈试验(CRT)大于3秒。

5. 泌尿系统 少尿或肾功能衰竭。

6. 中枢神经系统 嗜睡、少吃、

少哭、少动、激惹、惊厥、原始反射减弱、肌张力低下、前囟饱满。

7. 血液系统 出血、紫癜等。

诊断

1. 病史采集 医生会通过询问新生儿的出生史、喂养史、接触史、家族史等,排除其他可能的病因。与新生儿接触的家庭成员中如患有相关感染性疾病,或母亲在怀孕期间有感染史,那么新生儿患败血症的风险将会明显升高。

2. 体格检查 医生会对新生儿进行全面的体格检查,包括心肺听诊,呼吸频率、体温等指标的测量。这些检查可以帮助医生了解新生儿的症状和体征,判断是否有患败血症的可能。

3. 实验室检查 医生会根据病情需要进行相关的实验室检查,如血常规、C反应蛋白、血培养、腰椎穿刺等,以确定病原体类型和感染程度。

4. 病原学检查 通过采集新生儿的血液、脑脊液等标本进行病原学检查,如细菌培养、病毒分离等,以确定病原体类型和药物敏感性。病原学

检查是确诊新生儿败血症的金标准,但需要一定的时间和专业技术支持。

5. 影像学检查 X线、超声等影像学检查可以了解肺部和其他器官的病变情况,以辅助诊断新生儿败血症。

预防

1. 加强围产期保健 孕妇应定期进行产前检查,保持良好的生活习惯,避免感染、吸烟、饮酒等有害行为,以降低新生儿败血症的发生风险。

2. 避免接触感染源 勤洗手,避免病原体通过皮肤创面、呼吸道及消化道感染新生儿。如家中有呼吸道感染患者,应做好隔离措施,避免传染给新生儿。

3. 保持环境卫生 新生儿的生活环境应定期进行消毒和清洁,避免在室内吸烟或使用空气清新剂等化学物品,以减少环境中的病菌数量,降低新生儿患败血症的风险。

4. 定期检查 新生儿出生后应定期到医院进行身体检查,监测体温、体重等指标,及时发现和处理感染迹象。

平果市妇幼保健院 班瑜