

第二节 妊娠合并病毒性肝炎

导入情景

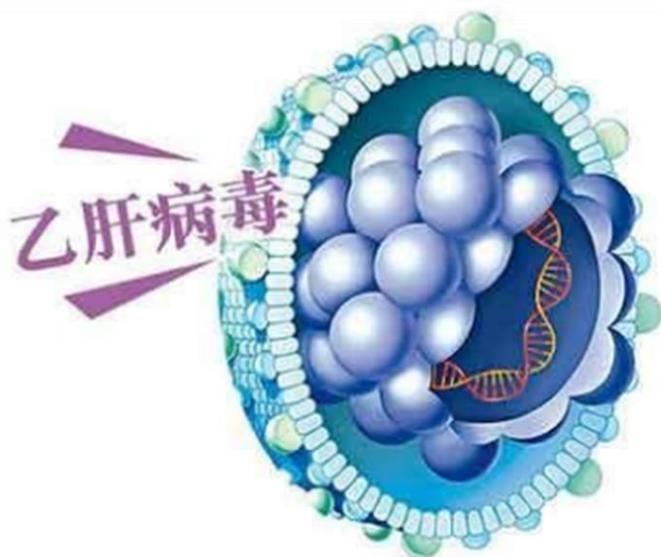
情景描述:

张女士，29岁，宫内妊娠31+3周，孕3产2。乏力、食欲缺乏2周入院。患者近2周来自觉乏力，食欲缺乏、厌油腻等症状，并在1周前出现皮肤发黄，尿呈黄褐色，遂来我院就诊。4年前体检时发现“大三阳”，后多次检查肝功能均正常。

请思考:

- 1.张女士最主要的护理诊断是什么？
- 2.护士应重点监测哪些内容？
- 3.应给予张女士哪些护理措施？

妊娠合并病毒性肝炎严重威胁孕产妇生命安全，死亡率占孕产妇间接死因的第二位，仅次于妊娠合并心脏病。病毒性肝炎是多种病毒引起的以肝脏病变为主的传染性疾病，目前已确定病原主要包括甲型(HAV)、乙型(HBV)、丙型(HCV)、丁型(HDV)、戊型(HEV)、庚型(HGV)和输血传播病毒(TTV)共7种；其中



以乙型肝炎最为常见。

【妊娠对病毒性肝炎的影响】

1. 孕妇的新陈代谢率比非孕期增加 20% ~30%,营养物质消耗增多,肝负担加重,使孕妇易感染病毒性肝炎,也容易使原有病毒性肝炎者的病情加重,重症肝炎的发生率较非妊娠时明显增加。

2. 孕妇体内产生大量雌激素,在肝内代谢灭活,胎儿的代谢产物也需在母体肝内解毒,加重了肝脏负担,也影响病毒性肝炎的恢复与治愈。

3. 分娩时孕妇体力消耗、缺氧、酸性代谢物质产生增加,手术和麻醉等均可加重肝脏的负担与损害,容易发生急性肝坏死。

【病毒性肝炎对妊娠的影响】

1. 对母体的影响 妊娠早期合并病毒性肝炎,可使早孕反应加重;发生于妊娠晚期则妊娠期高血压疾病发生率增高,这与患者肝脏对醛固酮的灭活能力下降有关。分娩时,产妇因肝功能受损、凝血因子合成功能减退,容易发生产后出血。若为重症肝炎患者,常并发 DIC , 出现全身出血倾向,直接威胁母婴生命。

2. 对围生儿的影响 妊娠早期患肝炎,胎儿畸形发生率增高 2 倍。由于肝炎病毒可经胎盘感染胎儿,易造成流产、早产、死胎、死产,新生儿患病率和死亡率、围生儿死亡率明显增高。妊娠期患病毒性肝炎,胎儿可通过垂直传播而感染,尤其以乙型肝炎母婴传播率较高。围生期感染的婴儿,有相当一部分将转为慢性病毒携带状态,以后容易发展成为肝硬化或原发性肝癌。 -

3. 肝炎病毒的母婴传播

(1) 甲型病毒性肝炎:甲型肝炎病毒 (hepatitis A virus , HAV)主要经粪-口传播,一般不通过胎盘传给胎儿。孕期感染 HAV 不必终止妊娠,但分娩过程中如果接触母体血液或吸入羊水,以及粪便污染可导致新生儿感染。

(2) 乙型病毒性肝炎:母婴传播为乙型肝炎病毒 (hepatitis B virus, HBV)的重要传播途径,占 40% ~60%。孕妇患有乙型病毒性肝炎极容易使婴儿成为慢性乙型病毒性肝炎携带者。母婴传播导致的 HBV 感染约占我国婴幼儿感染的 1/3,特别是 HBeAg 阳性及 HBsAg 滴度高者母儿传染可能性越大,母婴传播方式有:①妊娠期宫内感染,其发生率 9.1% ~36.7%。感染机制不明。②产时传播,是 HBV 母婴传播的主要途径,其发生率占 40% ~60%,主要是吸入产道内羊水、血液、阴道分泌物或宫缩时绒毛血管破裂,母血渗入胎儿血液循环中导致。③产后传播,

与接触母亲乳汁和唾液有关。

(3) 丙型病毒性肝炎:丙型肝炎病毒(hepatitis C virus,HCV)也存在母婴传播。妊娠晚期患丙型肝炎者 2/3 会发生母婴传播,且容易导致慢性肝炎,最后发展为肝硬化和肝癌。

(4) 丁型病毒性肝炎:丁型肝炎病毒(hepatitis D virus, HDV)是一种缺陷性 RNA 病毒,需依赖 HBV 重叠感染引起肝炎,易发展为重症肝炎。其传播方式与 HBV 相同,一般经输血引起感染,也可母婴传播。

(5) 戊型病毒性肝炎:戊型肝炎病毒(hepatitis E virus, HEV)的传播途径类似甲型肝炎,孕产妇一旦感染,病情危重且死亡率高,妊娠后期死亡率可达 10% - 20%。

【临床表现】

妊娠合并病毒性肝炎孕妇同普通肝炎患者一样有厌油、恶心、腹胀、肝区疼痛及乏力,有的患者起病急,病情较重,还有畏寒、发热、频繁呕吐、一过性皮肤瘙痒等症状。部分孕妇皮肤巩膜黄染、尿色深黄。妊娠晚期感染,病情发展快,



可出现黄染加深,嗜睡,烦躁,神志不清,甚至昏迷。

妊娠早期、中期可在肋下触及肝脏,并有肝区叩击痛。妊娠晚期受到增大的子宫影响,肝脏不易被触及,一旦触及应考虑异常。

出现下列情况应考虑妊娠合并重症肝炎:①黄疸迅速加深,血清胆红素 $>171\mu\text{mol/L}$,酶胆分离(ALT 低,胆红素高),白/球蛋白倒置严重。②中毒性鼓肠,频

繁呕吐、出现腹水等严重的消化道症状。③肝进行性缩小，有肝臭味。④急性肾衰竭，肝肾综合征。⑤迅速出现精神、神经症状，即肝性脑病。⑥肝功能严重损害，凝血酶原时间延长,全身有出血倾向。

知识链接

妊娠肝内胆汁淤积症

又称妊娠特发性黄疸。发生率仅次于病毒性肝炎，占妊娠期黄疸的 1/5。常有家族史或口服避孕药后发病的病史，现已引起临床广泛的重视。病理改变为肝小叶中央区毛细胆管内胆汁淤积。胎盘组织也有胆汁沉积，引起胎盘血流灌注不足，胎儿缺氧，因此本病早产率及围生儿死亡率较高。妊娠肝内胆汁淤积症的临床表现主要是全身瘙痒、黄疸，但孕妇一般状况较好，无典型肝炎症状。分娩后瘙痒、黄疸迅速消退，再次妊娠复发。肝功能检查呈阻塞性黄疸表现，主要是血清 AST、ALT 的轻度升高，达 60~100U，超过 200U 较少，ALT 轻度升高。妊娠肝内胆汁淤积症对妊娠的影响主要有：早产、胎儿窘迫、产后出血等。

【护理评估】

1. 健康史 评估是否与病毒性肝炎患者有密切接触史，是否有接受输血、注射血制品等病史。同时了解孕妇接受治疗经过和治疗效果以及掌握相关知识的程度、评估家属对肝炎相关知识的了解程度。

2. 身体评估 妊娠期出现不能用早孕反应或其他原因解释的消化系统症状，如食欲缺乏、恶心、呕吐、腹胀等，部分患者有乏力、畏寒、发热、皮肤巩膜黄染。妊娠早、中期可在肋下触及肝脏，并有肝区叩击痛,妊娠晚期受增大子宫影响，肝脏极少被触及。

3. 心理-社会支持状况 评估孕妇及家人对疾病的认知程度，以及家庭社会支持系统是否完善。由于担心感染胎儿，孕妇会产出焦虑、矛盾及自卑心理，应给予重点评估。

4. 辅助检查

(1) 肝功能检查:转氨酶 (ALT、AST)升高，如能排除其他原因，尤其数值很高，持续时间较长时,对肝炎的诊断价值很大。酶胆分离、白/球蛋白倒置。

(2) 血清病原学检查:是病毒性肝炎诊断的必需方法。甲肝血清学抗原、抗体

性别: 男	住院号:
年龄: 25 岁	科 室: 门诊

代号	项 目	结 果	参 考 值
1 TP	总蛋白	73.9	57—82 g/L
2 ALB	白蛋白	50 ↑	32—48 g/L
3 GLO	球蛋白	23.9	20—45 g/L
4 A/G	白球比	2.1	1.2—2.3
5 ALT	谷丙转氨酶	47 ↑	5—40 U/L
6 AST	谷草转氨酶	31	8—40 U/L
7 AST/ALT	谷草/谷丙	0.66	
8 ADA	腺苷脱氨酶	9	4—20 U/L
9 TBIL	总胆红素	33 ↑	5—21 umol/L
10 DBIL	直接胆红素	10 ↑	1.7—8.6 umol/L
11 IDBIL	间接胆红素	23 ↑	2—17 umol/L

及其临床意义:抗 HAV-IgM 阳性,提示 HAV 急性感染;抗 HAV-IgG 阳性,提示 HAV 感染后长期存在。乙肝血清学抗原、抗体及其临床意义:详见表 10-1。

表 10-1 乙型肝炎病毒血清学抗原、抗体及其临床意义

项目	临床意义
HBsAg	HBV 感染标志, 见于乙肝患者或病毒携带者
HBsAb	曾感染 HBV,或接种乙肝疫苗后,已产生自动免疫
HBeAg	血中有大量 HBV 存在,传染性较强
HBeAb	恢复期, 传染性较弱
HBcAb-IgM	乙肝病毒复制阶段, 出现于肝炎急性期
HBcAb-IgG	慢性持续性肝炎或既往感染

也可用 PCR 检测 HBV-DNA 和 DNA 多聚酶, 阳性为病毒存在的直接标志, 表示病毒复制。

(3)其他检查:血常规、尿液分析;纤维蛋白原和凝血酶原时间等;B 超检查、胎儿成熟度检查、胎盘功能检查;胎儿电子监护仪。

5.治疗原则及主要措施

(1) 肝炎处理: 妊娠合并病毒性肝炎与非妊娠期病毒性肝炎处理原则相同, 注意休息, 加强营养, 应用药物, 积极进行保肝治疗。出现黄疸按照重症肝炎处理。避免使用可能损害肝脏的药物, 注意预防感染。处理重症肝炎主要包括: 保护肝脏, 预防和治疗肝性脑病,防治凝血功能障碍, 积极处理晚期重症肝炎。

(2) 产科处理:①妊娠早期应积极治疗。妊娠中晚期以保肝治疗为主, 注意防治妊娠期高血压疾病。重症肝炎在积极治疗 24 小时后, 及时行剖宫产术终止妊娠。手术中尽可能减少出血和缩短手术时间。②分娩期应备好新鲜血, 严密观察产程进展, 防止产程延长, 宫口开全后行阴道助产, 以缩短第二产程, 待胎肩娩出后立即静滴缩宫素以防止产后出血。③产褥期需使用对肝脏损害小的广谱抗生素防治感染。临产或剖宫产术前 4 小时至产后 12 小时应停用肝素治疗, 以防产后出血。产妇不宜哺乳时回奶不能使用对肝脏有害的雌激素, 可用生麦芽或乳房外敷芒硝。新生儿应隔离 4 周, 并接种乙肝疫苗。

【常见护理诊断/问题】

1. 活动无耐力 与感染病毒后机体的基础代谢率增高有关。
2. 营养失调 低于机体需要量与肝炎所致的厌食、恶心、呕吐、营养摄入不足有关。
3. 有受伤的危险 母体与重症肝炎、死亡有关; 胎儿与早产、死胎、死产有关。
4. 知识缺乏 缺乏有关病毒性肝炎感染的途径、传播方式、自我保健和消毒隔离方面的知识。

【护理目标】

1. 孕产妇的生活需要得到满足。
2. 孕妇摄入的营养能满足机体和胎儿发育需要。
3. 孕产妇病情稳定, 能顺利度过妊娠、分娩期。
4. 孕产妇及家属能够获得有关自我保健的知识和技能。

【护理措施】

1. 妊娠期 妊娠早期如病情允许继续妊娠, 嘱孕妇卧床休息, 加强营养, 给予高蛋白、高维生素、低脂肪饮食、足量碳水化合物。加强保肝治疗, 以促进肝功能的恢复。妊娠中、晚期, 遵医嘱给予药物治疗。若病情继续发展, 配合医生终止妊娠。防止交叉感染, 对肝炎孕妇应有专门诊室, 所用器械隔离, 定期消毒。孕妇所用物品也应与家人隔离, 消毒处理。

2. 分娩期 严格执行消毒隔离制度, 产妇临产后应安排其住隔离待产室, 保持环境安静、清洁、舒适。做交叉配血试验, 备好新鲜血。经阴道分娩者, 观察

子宫收缩情况、胎心音变化、产妇的生命体征及产程进展，注意产妇有无出血倾向；宫口开全后行阴道助娩术，缩短第二产程，防止产道损伤；分娩过程中避免新生儿损伤、羊水吸入等，减少垂直传播。为预防产后出血，胎肩娩出后立即静注缩宫素，按医嘱给予维生素 K₁。



3. 产褥期

(1) 预防产后出血及感染：观察子宫收缩及恶露情况，及时发现凝血功能障碍，预防产后出血；加强伤口和会阴部护理，遵医嘱给先锋霉素或氨苄青霉素等对肝损害较小的广谱抗生素控制感染。

(2) 指导喂养：单纯 HBsAg 阳性产妇产后可以哺乳，对 HBeAg 阳性不宜哺乳，应予回奶，不宜用雌激素，以免损害肝脏，可服生麦芽或芒硝外敷乳房退奶。建议人工喂养，并指导人工喂养知识及方法。

(3) 产后避孕：产妇 HBeAg 呈阳性者应制订避孕计划，采取避孕措施，以免再度受孕，影响身体健康。

(4) 消毒：凡产妇接触过的器械、布类、衣物、排泄物、呕吐物、乳汁等均应特殊消毒，胎盘宜做特殊处理。

(5) 出院指导：指导产妇应继续保肝治疗，保证足够的休息及营养，避免疲劳。

(6) 免疫：HBsAg 或 HBeAg 阳性孕妇所分娩的新生儿，采取被动免疫和主动免疫相结合的方法，以阻断乙型肝炎病毒的母婴传播。

1) 被动免疫法：乙型肝炎免疫球蛋白可使新生儿即刻获得被动免疫，暂时

不受 HBV 感染。方法:新生儿出生后 12 小时内尽早注射乙肝免疫球蛋白 200U;HBeAg 阳性孕妇所生的新生儿于生后 1 个月、6 个月再各注射 20U)。



2) 主动免疫法: 新生儿对疫苗的免疫应答良好, 近年基因工程乙肝疫苗已大量使用, 具有不含血液成分、安全性好的特点。用法为: HBsAg 阳性孕妇的新生儿出生后 24 小时内、1 个月后、6 个月后分别肌注基因工程乙肝疫苗 10 μ g。



3) 联合免疫: 乙型肝炎疫苗按上述方法进行, HBIG 改为出生后 6 小时内和 1 个月时各肌注一次, 每次 1ml, 使有效保护率达 94%。

4. 心理护理 向孕产妇及家属传授妊娠合并肝炎相关知识, 使其对病情充分了解, 积极配合检查和治疗。对孕产妇的焦虑及恐惧情绪, 多加疏导。向孕产妇及其家属讲解肝炎对母婴的影响, 以及消毒隔离的重要性, 争取患者及家属的理解与配合, 多与患者沟通, 给予心理支持, 使患者不感到孤独, 积极配合治疗。对失去子女的孕产妇多加安慰, 接受现实, 继续治疗自身疾病, 对未来充满希望。

5. 健康指导

(1) 乙肝 HBsAg 携带者约 40% 为母婴传播, 因此预防乙肝在围生期的传播意义重大。已患肝炎的育龄妇女应避孕, 待肝炎痊愈后至少半年、最好 2 年再妊娠。

(2) 妊娠早期进行 HBV 血清检查和肝功能检查, 对筛查结果阳性的孕妇进行追踪和动态观察直至分娩, 并测新生儿脐血 HBsAg, 以确定是否有宫内感染。肝炎流行地区的妇女尤其应注意加强营养, 避免因营养不良增加对肝炎病毒易感性。

(3) 加强围生期保健, 重视孕期监护。妊娠早、中、晚期反复检查肝炎病毒抗原抗体系统, 提高肝炎病毒的检出率。加强乙肝传染期管理。严格消毒隔离。

【护理评价】

1. 孕产妇的生活需要是否得到满足。
2. 孕妇摄入的营养能否满足机体和胎儿发育需要。
3. 孕产妇病情是否稳定, 能顺利度过妊娠、分娩期。
4. 孕产妇及家属是否获得有关自我保健的知识和技能。