

# 妊娠合并症

南方医科大学南方医院 黄莉萍



# 妊娠合并病毒性肝炎



# 学习目标

---

**了解：** 妊娠合并病毒性肝炎的发病现状

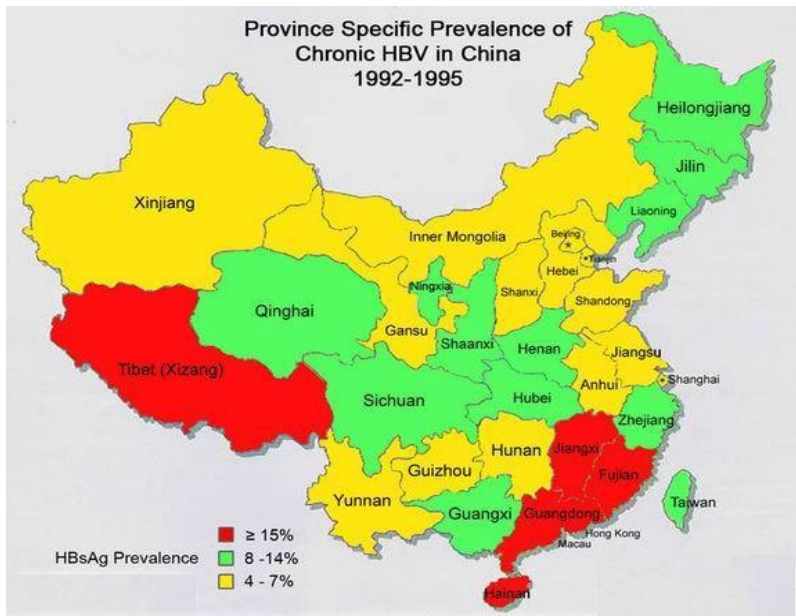
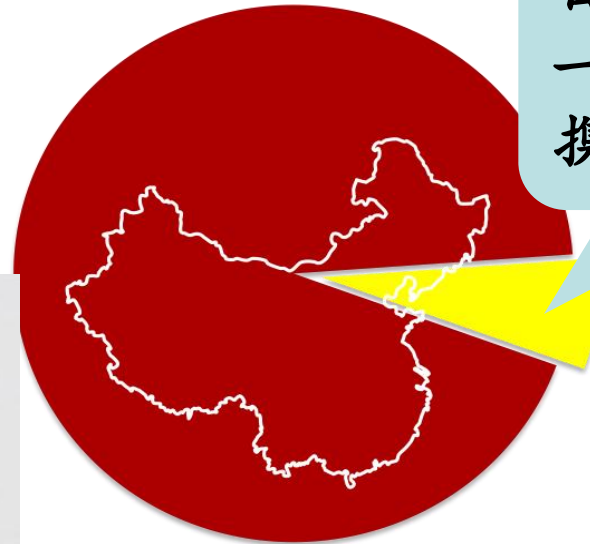
**理解：** 妊娠与病毒性肝炎二者之间的相互影响

**掌握：** 妊娠合并病毒性肝炎的概念、临床表现、诊断和防治



# 中国乙肝感染现状

目前我国1-59岁  
一般人群HBsAg  
携带率为7.18%



1. Liang X, et al. Vaccine 2009; 27:6550-6557
2. Liang X, et al. J Infect Dis 2009;200:39-47



# HBV感染孕妇的围孕期管理

孕前  
选择合适妊娠时机

孕期  
感染内科和产科  
规范化管理

出生后  
即实施联合免疫



# (一) HBV感染女性的生育管理

## 1、妊娠时机:

- ✓ 肝功能始终正常: 正常妊娠, 定期检测肝功及病毒载量
- ✓ 肝功能异常: 经治疗后恢复正常, 停药6个月以上复查正常可妊娠

## 2、孕前抗病毒治疗:(治疗方案同一般人群)

- ✓ 干扰素: 抑制胎儿生长, 须避孕
- ✓ 核苷(酸)类似物: 致畸作用, 须避孕
- ✓ LAM/TBV/TDF+妊娠, 可于充分沟通下, 继续原方案治疗



## (二) 孕期管理

### 定期产检，严密监测

- 每月监测肝功能，以早期发现妊娠期肝病活动。
- 首次产检包括HBV血清学标志物+HBV-DNA+肝脏超声
- 孕26~28w复查HBV-DNA，以决定母婴阻断策略；
- 服用抗病毒药物期间每4~8w及临产前复查HBV-DNA
- HBV高复制孕妇在知情同意后于孕晚期服用

AM/LdT/TDF

药物可有效抑制HBV复制，提高母婴阻断成功率



## (三) HBV传播方式

### 血液传播

输血、血制品、微量血液

### 母婴传播

HBV由母亲传播给其婴儿

### 性接触传播

乙肝是性接触疾病 (STD)



### 宫内感染

胎儿在分娩前在母亲的子宫内即被乙肝病毒所感染



### 产时感染

母亲生产过程中，婴儿接触乙肝病毒阳性母亲的血液或体液而被感染



### 产后感染

出生后母子日常生活密切接触中的传播



## (四) HBV母婴传播阻断

孕晚期应用HBIG无预防母婴传播的作用：

- 孕妇使用HBIG后，新生儿体内并无HBsAb
- 孕晚期每4w注射200~400U的HBIG不能降低HBV病毒量

Immunoprophylaxis of VT: HBIG 400iu  
Monthly at Third Trimester  
HBV Markers at Birth and at 1 Year After Birth

| HBV Markers           | At Birth                               |                                        | At One year   |                                        |
|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------------|----------------------------------------|
|                       | HBIG<br>n=118                          | Control<br>(Standard of Care)<br>n=133 | HBIG<br>n=118 | Control<br>(Standard of Care)<br>n=133 |
| Maternal DNA at birth | 7.54 ± 1.72<br>log <sub>10</sub> cp/ml | 7.22 ± 1.72<br>log <sub>10</sub> cp/ml |               |                                        |
| HBsAg+                | 27 (23%)                               | 32 (20%)                               | 13 (11%)      | 17 (12.8%)                             |
| HBeAg+                | 9 (9%)                                 | 8 (6%)                                 | 6 (5%)        | 7 (5.3%)                               |
| Anti-HBc+             | 2 (1.7%)                               | 2 (1.5%)                               | 6 (5%)        | 7 (5.3%)                               |

# 孕期母婴阻断方案 (A1)

- ① 无论孕期使用何种母婴阻断方案，用药期间常规密切监测肝功能及HBV DNA；
- ② LAM: 100 mg/d, 孕28w开始服用；
- ③ LdT: 600 mg/d, 孕28w开始服用，定期监测CR及CK等；
- ④ TDF: 300 mg/d, 孕28w开始，定期监测肾功和血磷。



# 抗病毒药物与母婴传播

| 序号 | 研究性质    | 抗病毒药物        | 启动时间   | 停药时间 | 阻断效果     | 参考文献                              |
|----|---------|--------------|--------|------|----------|-----------------------------------|
| 1  | RCT     | 拉米夫定         | 32-34周 | 产后4周 | 13%      | Xu WM, et al. J Viral Hepat, 2009 |
| 2  | non-RCT | 替比夫定         | 20-32周 | 产后4周 | 0%       | Han G, et al. J Hepatol, 2011     |
| 3  | non-RCT | 替比夫定<br>拉米夫定 | 28周    | 产后4周 | 0%<br>0% | Zhang H, et al. Hepatology, 2014  |
| 4  | non-RCT | 替诺福韦         | 30-32  | 产后4周 | 1.54%    | Chen HL, et al. Hepatology, 2015  |



## (五) 妊娠期肝病的处理

(1) ALT < 2×ULN 者：可观察，也可给予安全的口服保肝类药物，需密切监测肝功能 (A1)。

(2) 使用LAM/LDT等药物治疗的HBV感染孕妇如在妊娠期间发生耐药，应继续治疗，不可随意停药；

- 如ALT正常，仅HBV-DNA反弹，可继续使用原有药物治疗，或换用其他妊娠期B级药物（如TDF）；
- 如果ALT和HBV-DNA均反弹，应立即换用其他妊娠期B级药物（如TDF）进行治疗，必要时加用保肝药物 (A1)

## (五) 妊娠期肝病的处理

(3) 出现黄疸且呈上升趋势、凝血功能异常的患者应警惕重症肝炎，尽早使用抗病毒药物。对于重型肝炎、肝硬化合并妊娠的患者应尽早转至上级医院进行治疗 (A1)。

(4)  $ALT \geq 2 \times ULN$  且  $HBV\ DNA \geq 10^5$  拷贝/ml 或  $ALT < 2 \times ULN$ ，但肝活检显示肝炎病变者 ( $\geq G2$  和/或  $\geq S2$ )，可在充分知情同意下，使用 LAM/TDF/LdT 抗病毒及保肝对症治疗 (A1)。



## (六) 产时管理

- 分娩方式的选择对HBV母婴传播的影响一直存在争议
- 虽然剖宫产分娩可能会减少胎婴儿接触HBV的机会，与阴道分娩相比，剖宫产分娩方式并不能降低HBV阻断失败率或宫内感染率
- 近期的研究证明，新生儿经正规预防后，剖宫产与自然分娩的HBV感染率比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。
- 剖宫产并不能降低HBV的母婴传播。因此，不能以阻断HBV母婴传播为目的而选择剖宫产分娩。



# 分娩决定

- (1) 肝功能正常、无内科并发症的HBV感染孕妇，建议根据产科情况决定分娩方式 (A1)。
- (2) 肝功能轻中度异常、无内科并发症的HBV感染孕妇，若经过保肝治疗肝功正常且无产科禁忌证者可经阴道试产；若肝功持续异常，应充分评估肝功及Child-Pugh分级，适时剖宫产结束分娩 (A1)。
- (3) 代偿期及失代偿期肝硬化患者，应充分评估肝脏功能及Child-Pugh 分级，决定剖宫产手术时机，建议孕33~35w结束分娩 (A1)。
- (4) 有研究显示过期妊娠可增加HBV 母婴传播的风险，建议尽量避免过期妊娠，以减少宫内感染的机会 (A1)。



# (七) 产后管理

---

《慢性乙型肝炎防治指南》建议:

新生儿在出生12h内注射HBIG和乙肝疫苗后, 可接受HBsAg阳性母亲的哺乳。



# 循证医学推荐

- 母亲HBeAg阳性，且HBV-DNA $\geq 10^6$ 拷贝/ml，应告知母乳喂养可能存在一定风险，如患者选择母乳喂养建议定期监测抗-HBs水平；
- 母亲正在服用对婴儿安全性不能确定的治疗药物，不推荐母乳喂养
- 以下情况建议暂停母乳喂养：母亲乳头皲裂，渗血；母亲肝功能异常者；新生儿口腔溃疡、黏膜损伤者（A1）

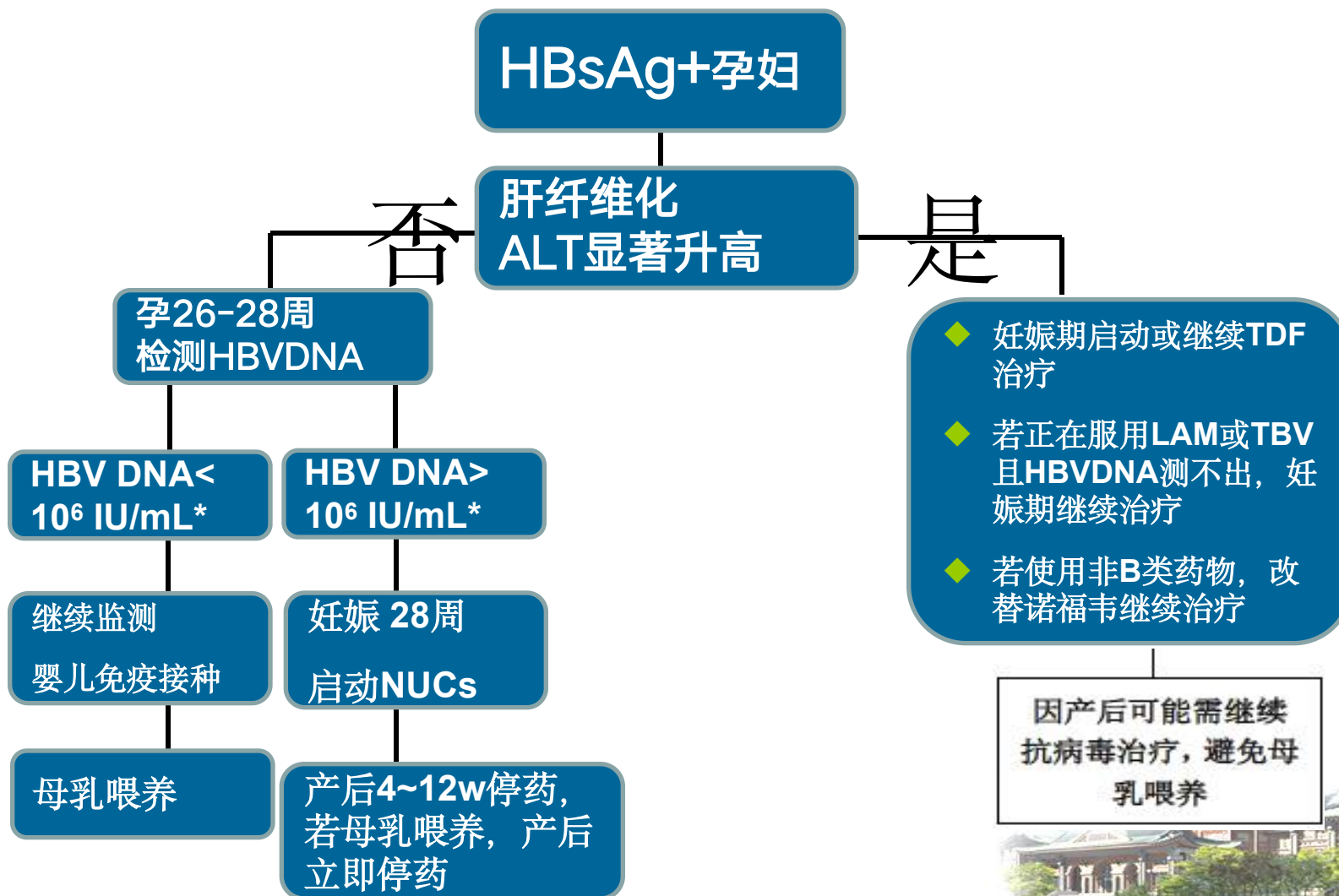


# HBV感染者产后随访

- 孕期未使用抗病毒药物但肝功异常者，应密切监测肝功；肝功正常者应于产后1~3m复查肝功能、HBV-DNA及HBV血清学标志物等，出现异常应建议其立即于肝病科就诊（A1）。
- 孕晚期服用LAM/LDT/TDF实施母婴阻断的产妇，产后42d~3m复查肝功能及HBV DNA，建议肝病科就诊，在肝病专科医生指导下决定是否继续进行有效的抗病毒治疗，并加强产妇及新生儿的定期监测（A1）。
- 全孕期服用抗病毒药物产妇，产后仍需继续抗病毒治疗，以免慢性乙型肝炎复发。可根据病毒对药物应答情况继续原有治疗或改用有效、耐药基因屏障较高的其他药物进行治疗（A1）。



# 妊娠期HBV感染管理流程



# 妊娠合并病毒性肝炎--病例资料

患者林\*\*，女，33岁，孕3产2，妊娠30+2周，未行产检，2008年发现“乙肝大三阳”，未诊治

因“乏力16天，全身黄染4天”于15-9-1 14:45入院

阴道检查：宫口未开，LOA

查体：

T36.9℃，P99bpm，R18次/分，BP98/66mmHg，皮肤巩膜重度黄染，双下肢重度凹陷性浮肿



# 妊娠合并病毒性肝炎--临床检验

HBsAg(+), HBeAg(+), HBeAb(+), HBcAb(+), HBsAb(-)  
HBV-DNA 定量 1.15E+6 IU/ml, AFP 287.05 ng/ml

ALT 527 U/L, AST 508 U/L, ALB 24.2 g/L  
TBIL 260.8  $\mu$  mol/L, DBIL 158.7  $\mu$  mol/L  
ALP 277 U/L, TBA 172.8  $\mu$  mol/L

PT 42.4 s, APTT 97.8 s, Fbg C 0.57 g/L



# 妊娠合并病毒性肝炎--临床处理

- 替诺福韦酯抗病毒
- 阿拓莫兰+思美泰+优思弗护肝、降酶、退黄
- 地塞米松促进胎肺成熟
- 硫酸镁促进胎儿中枢神经发育
- 新鲜冰冻血浆+凝血酶原复合物+纤维蛋白原改善凝血
- 补充白蛋白
- 纠正电解质



# 妊娠合并病毒性肝炎--病情进展

09-03 患者乏力、纳差，计算力下降，认知力、定向力正常

查体：

- 血压98/56mmHg，神清。
- 皮肤巩膜重度黄染，球结膜轻度水肿。
- 扑翼样震颤阳性
- 胎心下降，最低至55次/分，可恢复

检验： ALT 366U/L,AST 299U/L,ALB 24.4g/L  
TBIL 253.4  $\mu$ mol/L,DBIL 154  $\mu$ mol/L  
ALP 244U/L,TBA 197.5  $\mu$ mol/L



# 妊娠合并病毒性肝炎--临床处理

- 肝功受损+计算力下降+扑翼样震颤 (+)  
考虑肝衰竭合并肝性脑病
- 治疗：
  1. 原治疗+门冬氨酸鸟氨酸+乳果糖，适当利尿治疗
  2. 急诊行剖宫产术前准备，终止妊娠



# 妊娠合并病毒性肝炎--临床处理

于2015-9-3 22:15 行“子宫下段剖宫产术+全子宫切除术+盆腔引流术”，术中出血约1000mL

术后入ICU监护

药物镇静状态，经口气管插管，呼吸机辅助呼吸

替诺福韦酯抗病毒，阿拓莫兰+思美泰+优思弗护肝，新鲜冰冻血浆+凝血酶原复合物改善凝血功能，

NE维持血压，补充白蛋白，药物止血等对症支持治疗



# 妊娠合并病毒性肝炎--病情进展

09-06 03:00 患者突然出现BP 61/48mmHg, HR 26bpm

予胸外按压、升压、扩容

- 急查床边心电图示：胸前导联ST段压低
- 心脏超声示：
  - 1.左室搏动幅度普遍减弱，射血分数减低，多考虑左心衰可能；
  - 2.肺动脉瓣、三尖瓣反流（轻度），二尖瓣反流（重度）；
  - 3.左房增大

09-07 09:00抢救无效死亡



# 妊娠合并病毒性肝炎--病例资料

## 最后诊断

- 1.慢加急性肝衰竭
- 2.慢性乙型病毒性肝炎
- 3.早产
- 4.孕3产3， 妊娠30+2周， 剖宫产



# 肝炎对妊娠的影响

- 妊娠期肝内血循环量相对较少，ALB、血糖、糖原储备均较非孕期低，一旦感染肝炎病毒，不利于肝功能恢复
- 妊娠期雌激素水平显著升高，加重肝脏负担
- 妊娠期新陈代谢旺盛，母、儿的代谢及解毒均由母体肝脏完成，肝脏负担较非孕期明显加重



# 肝炎对母儿的影响

## 妊娠合并肝炎

肝功能异常



凝血因子减少



产后出血 ↑  
DIC

肝功能异常



血管活性物  
激素灭活 ↓



妊娠高血压 ↑

白细胞减少



免疫功能下降



感染 ↑

低白蛋白血症；贫血



胎儿营养不足



FGR  
早产



# 病毒性肝炎

目前已知的嗜肝病毒有五种：

- ✓ 1. 甲型肝炎病毒 (HAV)
- ✓ 2. 乙型肝炎病毒 (HBV)
- ✓ 3. 丙型肝炎病毒 (HCV)
- ✓ 4. 丁型肝炎病毒 (HDV)
- ✓ 5. 戊型肝炎病毒 (HEV)

最近还发现第6型和第7型肝炎病毒：

- ✓ 6. 庚型肝炎病毒 (HGV/GBV-C)
- ✓ 7. TT病毒 (TTV)



# 病毒性肝炎

|      |     |       |       |       |     |
|------|-----|-------|-------|-------|-----|
| 病毒   | HAV | HBV   | HCV   | HDV   | HEV |
| 基因组  | RNA | DNA   | RNA   | RNA   | RNA |
| 传播途径 | 消化道 | 血液/体液 | 血液/体液 | 血液/体液 | 消化道 |
| 慢性化否 | 否   | 是     | 是     | 是     | 否   |



# 妊娠合并病毒性肝炎--临床表现

- 全身不适、全身酸痛、畏寒、发热等流感症状
- 乏力、食欲缺乏、尿色深黄、恶心呕吐、右上腹痛、腹胀等消化系统症状
- 皮肤、巩膜黄染，肝区叩痛
- 肝脾肿大



# 妊娠合并病毒性肝炎--检验检查

## 血象

急性肝炎：WBC正常或稍低，淋巴细胞相对  
↑

慢性肝炎、肝硬化：后期WBC和PLT均可减少



# 妊娠合并病毒性肝炎--检验检查

## 血清酶

### (1) 丙氨酸转氨酶 (ALT/GPT)

- 分布：肝>肾>心>肌肉
- 血清ALT升高程度与肝损伤程度不平行
- 意义：对判定急、慢性肝炎有一定帮助



# 妊娠合并病毒性肝炎--检验检查

## (2) 门冬氨酸转氨酶 (AST/GOT)

AST明显升高者提示肝细胞损伤较严重

ALT——胞浆内； AST——线粒体内

## (3) $\gamma$ -GT和ALP (AKP)

两者均是反映胆汁淤积的指标

- $\gamma$ -GT 肝细胞膜结合
- ALP 肝细胞胞浆和肝内胆管上皮中



# 妊娠合并病毒性肝炎--检验检查

## 胆红素测定

- 血清总胆红素升高水平可反应肝细胞损伤程度
- 直接胆红素占总胆红素的比例对判断黄疸性质有一定帮助
- 出现胆红素升高与ALT、AST下降的胆酶分离现象，提示重型肝炎病情严重



# 妊娠合并病毒性肝炎--检验检查

## 凝血酶原时间（PT）和凝血酶原活动度（PTA）

PT和PTA可以敏感地反应肝脏损害的严重程度

Vit K依赖性凝血因子：Ⅱ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ

PT检测外源性凝血系统Ⅰ、Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅹ等活性

正常值：PT 11~15秒                      PTA 80%-100%

PTA < 20%时可自发性出血，<10%时预后恶劣



# 妊娠合并病毒性肝炎--检验检查

## 病毒标志物 甲 肝

- ELISA法检测抗HAV-IgM

目前诊断急性甲肝最可靠、最敏感、应用最广的方法。

- 抗HAV-IgG检测

主要用于人群感染率的调查



# 妊娠合并病毒性肝炎--检验检查

## 病毒标志物 乙肝

- **HBsAg:** 特异性抗体
- **抗-HBs:** 保护性抗体，机体具有免疫力；评价疫苗接种效果
- **HBeAg:** 病毒活动性复制，有传染性，但阴性者不能否定有病毒复制
- **抗-HBe:** 单看其阳性与否意义不大，应结合HBV DNA检测
- **抗HBc-IgM:** 急性HBV感染或慢性感染者病毒复制活跃
- **抗HBc-IgG:** 有过HBV感染者
- **HBV DNA:**

是病毒感染的直接证据；  $> 10^6$  为病毒高载量



# 妊娠合并病毒性肝炎--鉴别诊断

## 妊娠期急性脂肪肝

- 初产妇多见，常在孕晚期发病，进展迅速
- 上腹痛、恶心呕吐症状，进展为进行肝衰竭
- 肝功能明显异常，肝炎标志物阴性，超声辅助诊断，肝穿刺活检可确诊
- 一旦发现立即终止妊娠
- 产后病情趋于稳定并好转



# 妊娠合并病毒性肝炎--鉴别诊断

## 其他黄疸性疾病

- 溶血性黄疸
- 梗阻性黄疸
- 巨细胞病毒肝炎
- HELLP综合征
- 药物性肝损害等



# 妊娠合并病毒性肝炎--处理原则

- 孕前检查乙肝标志物，无抗体者进行疫苗接种
- 感染HPV者应在妊娠前进行肝功能、HPV DNA以及肝脏B超检查
- 受孕最佳时机应在肝功能正常、HPV DNA低水平、肝脏B超无特殊改变。肝功能异常者，治疗正常并停药缓解超过6个月以上可计划妊娠



# 妊娠合并病毒性肝炎--处理原则

- 妊娠合并轻型肝炎，主要采用护肝、对症支持治疗。
- 重症肝炎者抗炎护肝，预防肝性脑病、DIC及肾衰竭，妊娠末期重症肝炎者，积极治疗24小时后剖宫产
- 严密监测肝功能、凝血功能等指标，监测胎儿发育情况及宫内情况



# 妊娠合并病毒性肝炎--助产要点

## 妊娠前：

- 无抗体者行乙肝疫苗接种
- 乙肝感染着，评估是否可以妊娠，肝炎活动期不宜妊娠，应积极治疗，确切避孕



# 妊娠合并病毒性肝炎--助产要点

---

## 妊娠期：

- 定期产检，产科、消化科、感染科共同监护
- 肝功能、病毒定量、凝血功能、肝脏B超监测
- 监测胎儿发育及宫内情况
- 积极预防各种妊娠并发症



# 妊娠合并病毒性肝炎--助产要点

## 妊娠期：

- 病毒高载量孕28周后与替诺福韦等抗病毒治疗，降低病毒复制，减少母婴传播，产后停药，停药后可母乳喂养
- 禁止擅自停药或减量，避免使用损害肝脏的药物



# 妊娠合并病毒性肝炎--助产要点

## 妊娠期：

- 避免重体力活动，保证充足睡眠
- 低脂、高碳水化合物、优质蛋白饮食，保证足够热量及大量纤维素
- 防止交叉感染，严格消毒隔离
- 积极宣教，提供科学信息，减轻孕妇心理负担，积极配合监护及治疗



# 妊娠合并病毒性肝炎--助产要点

## 分娩期：

- 剖宫产不降低乙肝母婴传播风险
- 监测血压、神志、尿量、出血倾向等，复查凝血功能、肝肾功能、血小板等
- 配备新鲜冰冻血浆、冷沉淀、纤维蛋白原等血制品



# 妊娠合并病毒性肝炎--助产要点

## 分娩期：

- 消毒隔离：标志明显，床旁隔离，在隔离产房分娩，专人观察助产，使用一次性产包，使用后打包焚烧
- 积极预防产后出血：仔细检查软产道，检查胎盘胎膜是否完整，使用子宫收缩药物



# 妊娠合并病毒性肝炎--助产要点

## 分娩期：

- 加强口腔、切口、引流管、静脉通道等护理，准确评估阴道出血量，记录尿量、出血量、引流量等，严密观察宫缩情况
- 应用对肝脏损害少的广谱抗生素预防感染



# 妊娠合并病毒性肝炎--助产要点

## 产褥期：

- 继续护肝治疗，保证休息和营养
- HBsAg阳性母亲分娩的新生儿经主、被动免疫后，可母乳喂养



# 妊娠合并病毒性肝炎--助产要点

## HBV母婴传播阻断

- HBV DNA高载量孕妇孕期行抗病毒治疗
- HBsAg阳性母亲分娩足月新生儿，尽早接种乙肝免疫球蛋白 $\text{HBIG} \geq 100\text{IU}$ ，同时在不同部位接种乙肝疫苗，时间越早越好；后按0-1-6方案行乙肝免疫接种



# 妊娠合并病毒性肝炎--助产要点

## HBV母婴传播阻断

- HBsAg阳性母亲分娩早产儿，无论体重情况，12小时内注射HBIG，间隔3-4周重复注射；生命体征稳定者尽快行第1针疫苗接种，1月后或体重  $> 2000\text{g}$ 后重新按0-1-6方案接种疫苗
- HBsAg阳性母亲分娩新生儿，第3针疫苗接种后1月-6月（7月龄-12月龄）随访，阻断成功标准为抗体  $> 100\text{mIU/ml}$



# 妊娠合并重症肝炎

## 临床表现

(发生于妊娠各期，尤于孕晚期多见)

- 急性起病，黄疸出现早 身目黄染，大便陶土色
- 消化道症状明显 纳差
- 出血倾向，甚至DIC 牙龈出血，术中渗血不止
- 精神神经症状 定向力+计算力障碍+扑翼样震颤(+)

肝肾综合征:

- 腹水 肝触诊不满意，双下肢重度水肿
- 肝臭



# 妊娠合并重症肝炎

## 辅助检查

- 血清病毒：HBsAg<sup>+</sup>，HBcAb<sup>+</sup>，HBeAg<sup>+</sup>，HBV-DNA<sup>+</sup>
- 胆红素升高：TBIL  $\geq 171 \mu\text{mol/L}$  或 每天上升  $\geq 17.1 \mu\text{mol/L}$
- 血酶学：早期AST/ALT  $< 1$ ，晚期 AST/ALT  $> 1$ ，胆酶分离
- 低蛋白血症：血清 白蛋白  $< 25\text{g/L}$ ，白/球蛋白倒置
- 血氨水平：血氨  $\geq 117 \mu\text{mol/L}$



# 妊娠合并重症肝炎

## 辅助检查

- 凝血功能：PT%  $< 40\%$ ，PT延长  $> 3s$ ，PTT延长  $> 10s$   
PLT 动态下降，FDP增多，D-二聚体增加
- 肾功能测定：尿量  $< 400ml$ ，甚至  $< 100ml$   
尿素氮及肌酐骤升
- 肝脏B超：肝脏缩小，腹水征 (+)
- 肝脏穿刺检查：肝细胞广泛坏死，结构破坏  
残留网状支架及血窦



# 妊娠合并重症肝炎

## 诊断

结合病史、临床表现及实验室检查，一般出现以下3点可基本确立重症肝炎：

- 严重消化道症状；
- $PTA < 40\%$ ；
- 血清STB  $> 171.0 \mu\text{mol} / \text{L}$



# 妊娠合并重症肝炎

## 处理

1. 一般处理: 绝对卧床休息, 持续吸氧以纠正低氧血症, 留置长期导尿管者严格消毒隔离及无菌制度, 防止交叉感染及院内感染
2. 补充热量、纠正低血糖: 低脂肪、低蛋白、高糖流质或半流质饮食, 补充维生素及辅酶A
3. 保持水、电解质及酸碱平衡



# 妊娠合并重症肝炎

## 处理

### 4.防止肝昏迷

降血氨：精氨酸、乙酰谷氨酰胺、门冬氨酸

氨基酸治疗：支链氨基酸

减少肠道内氨等毒性产物：卡那霉素抑制菌

NS或弱酸液体灌肠

其他：胎肝细胞悬液，高压氧，血液灌流



# 妊娠合并重症肝炎

## 处理

- 5.防止肾功能衰竭：补足血容量的基础上及时利尿
- 6.预防产后出血：充分备血制品；适当应用子宫收缩药物；结扎子宫动脉、B-lynch缝合、宫腔球囊等止血；必要时行子宫切除
- 7.防止DIC
- 8.预防感染
- 9.防止肝肾综合征：积极治疗原发病，维持血容量和正常尿量



# 妊娠合并重症肝炎

## 处理

10.促肝细胞再生，防止肝细胞坏死：

胰高糖素+胰岛素疗法

肝刺激生长因子

人工肝支持治疗



# 妊娠合并重症肝炎

## 产科处理

- 早孕患者待病情稳定后，施行人工流产
- 中晚期妊娠一旦发生肝功能衰竭，选择恰当机会终止妊娠可提高抢救孕妇的成功率
- 积极治疗后采取剖宫产终止妊娠
- 术前消化内科、麻醉科、新生儿科、血液科、重症监护室多学科会诊



# 妊娠合并重症肝炎

## 小结

妊娠合并重症感染病死率达60%以上

最重要的是定期产检

常规行血清病原学检查，定期复查肝功

阻断慢性HBV感染发展成为肝衰竭



Thank you

