

HBV 携带产妇血清与乳汁 HBV-DNA 载量的临床分析

李金怀¹, 韩 斌², 杨文东³ (1. 山东省潍坊市滨海经济开发区疾病预防控制中心 262737; 2. 山东省潍坊市滨海经济开发区人民医院 262737; 3. 山东省利津县第二人民医院, 山东东营 257447)

【摘要】 目的 通过检测 HBsAg 阳性产妇的血清及乳汁 HBV-DNA 载量, 探讨产妇血清和乳汁 HBV-DNA 的相关性, 以指导母乳喂养。**方法** 选取 2006 年 5 月至 2010 年 11 月在产科住院分娩的 HBsAg 阳性产妇 220 例, 采用荧光定量聚合酶链反应检测产妇血清和乳汁 HBV-DNA 载量。**结果** (1) 220 例 HBsAg 阳性产妇中 135 例 HBV-DNA 阳性, 阳性率为 62.3%; 220 例中 85 例 HBV-DNA 阴性产妇的初乳、半月乳及满月乳 HBV-DNA 均阴性; 135 例 HBV-DNA 阳性产妇的初乳 HBV-DNA 检测 26 例阳性, 阳性率为 19.3% (26/135); 余 109 例 HBV-DNA 阳性产妇复检半月乳 HBV-DNA 阳性 47 例, 阳性率为 43.1% (47/109); 再余 62 例 HBV-DNA 阳性产妇复检满月乳 HBV-DNA 阳性 35 例, 阳性率为 56.5% (35/62); 135 例 HBV-DNA 阳性产妇中 27 例的初乳、半月乳及满月乳 HBV-DNA 均阴性, 阴性率为 20.0% (27/135)。(2) 半月乳及满月乳分别与初乳比较, HBV-DNA 阳性率均显著增高, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 半月乳 (54.1%) 及满月乳 (80.0%) 分别与初乳 (19.3%) 比较, HBV-DNA 累计阳性率均显著增高, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。**结论** 血清 HBV-DNA 阴性产妇的乳汁是相对安全的, HBV-DNA 阳性产妇乳汁中大多有 HBV 的存在, 应避免母乳喂养, 以防止传染。检测 HBsAg 阳性产妇乳汁 HBV-DNA 载量, 可以直接反映产妇传染性的强弱, 对指导母乳喂养提供了可靠依据。

【关键词】 乙型肝炎病毒, 产妇; 血清; 乳汁; HBV-DNA

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.10.053 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)10-1247-02

母乳是婴儿成长最理想的营养品, 含有丰富的营养成分和免疫物质, 有益于婴儿生长发育。我国 HBV 携带产妇占正常产妇的 25% 左右^[1], 但是对 HBsAg 阳性产妇可否采用母乳喂养尚无统一意见。HBV-DNA 为 HBV 存在和复制的直接证据, 若母乳 HBV-DNA 阳性, 采取退乳及人工喂养已成为共识。为了探讨产妇血清和乳汁 HBV-DNA 的相关性, 以指导母乳喂养, 本文选取了 2006 年 5 月 2010 年 11 月在产科住院分娩的 HBsAg 阳性产妇 220 例, 采用荧光定量聚合酶链反应检测其血清和乳汁 HBV-DNA 载量, 现分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2006 年 5 月至 2010 年 11 月在产科住院分娩的 HBsAg 阳性产妇 220 例, 丙氨酸氨基转移酶正常。全部病例符合 2000 年全国病毒性肝炎学术会议修订的《病毒性肝炎防治方案》诊断标准^[2]。

1.2 检测方法 对全部产妇产后抽取孕妇空腹静脉血 3 mL, 4 h 内分离血清。采集初乳(产后 24 h 内)、半月乳(产后 15 d) 及满月乳(产后 30 d)(注意采乳前先用温水清洗乳头, 轻轻挤出乳汁)各 2~3 mL, 置于无菌干燥管内, 于 4 °C 冰箱保存, 标本均于 12 h 内进行检测。HBV-DNA 采用 ABI 公司生产的 PE-5700 荧光定量扩增仪检测, Backman 仪器有限公司生产的 Backman 高速冷冻离心机, HBV-DNA 试剂盒由广州中山大学达安基因诊断中心提供, 严格按说明书操作。以 HBV-DNA $\geq 10^3$ copy/mL 作为阳性判断的标准。

1.3 统计学方法 采用 SPSS15.0 软件进行标本阳性率的比较, 采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 产妇血液 HBV-DNA 检测结果 220 例 HBsAg 阳性产妇中 135 例 HBV-DNA 阳性, 阳性率为 62.3%; 85 例 HBV-DNA 阴性, 阴性率为 37.7%。

2.2 产妇乳汁 HBV-DNA 检测结果 220 例中 85 例 HBV-DNA 阴性产妇的初乳、半月乳及满月乳 HBV-DNA 均为阴性。135 例 HBV-DNA 阳性产妇的初乳 HBV-DNA 检测 26 例阳性, 阳性率为 19.3% (26/135); 余 109 例 HBV-DNA 阳性产

妇复检半月乳 HBV-DNA 阳性 47 例, 阳性率为 43.1% (47/109); 再余 62 例 HBV-DNA 阳性产妇复检满月乳 HBV-DNA 阳性 35 例, 阳性率为 56.5% (35/62); 135 例 HBV-DNA 阳性产妇中 27 例的初乳、半月乳及满月乳 HBV-DNA 均阴性, 阴性率为 20.0% (27/135)。半月乳及满月乳分别与初乳比较, HBV-DNA 阳性率均显著增高, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。乳汁 HBV-DNA 检测累计阳性例数及阳性率见表 1。由表 1 可见, 半月乳及满月乳分别与初乳比较, HBV-DNA 累计阳性率均显著增高, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表 1 135 例 HBV-DNA 阳性产妇的乳汁 HBV-DNA 检测结果

样本	累计阳性例数	累计阳性比例 (%)
初乳	26	19.3
半月乳	73	54.1▲
满月乳	108	80.0▲

注: 与初乳比较, ▲ $P < 0.01$ 。

3 讨论

血液中的 HBV 来源于肝脏, 乳汁中的 HBV 来源于血液。母乳喂养并不一定增加婴儿 HBV 感染率, 关键在于母亲 HBV-DNA 的量及有无及时采取一定的预防措施^[3-4]。本文 220 例 HBsAg 阳性产妇中 85 例 HBV-DNA 阴性产妇的初乳、半月乳及满月乳 HBV-DNA 均为阴性。提示血清 HBV-DNA 阴性产妇的乳汁是相对安全的, 进行母乳喂养安全系数很高。说明部分 HBV 携带者母亲还是可以安全哺乳的, 利用产妇乳汁 HBV-DNA 定量结果来判断是否可行母乳喂养是可行的方法。乳汁 HBV-DNA 阳性, 母乳喂养会增加婴儿感染 HBV 的危险。HBV 主要通过血液传播, 婴儿吸吮母乳时, 也很可能吸入含有 HBV 的血液, HBV 虽不通过消化道传染, 但当新生儿或婴儿的口腔、咽喉、食道、胃肠黏膜等处有破损、溃疡, 母乳中 HBV 就可能通过毛细血管进入血液循环而引起新生儿或婴儿感染。本文 135 例 HBV-DNA 阳性产妇的初乳 HBV-DNA 检

测阳性 26 例,为了避免母乳喂养传染婴儿,26 例产妇均接受医生建议,采取了退乳及人工喂养。220 例 HBsAg 阳性产妇的新生儿均 24 h 内用高效价抗乙型肝炎免疫球蛋白(HBIG)进行预防,并适时行乙型肝炎疫苗接种。余 109 例 HBV-DNA 阳性产妇复检半月乳 HBV-DNA 阳性 47 例,阳性率为 43.1%,再余 62 例 HBV-DNA 阳性产妇复检满月乳 HBV-DNA 阳性 35 例,阳性率为 56.5%,阳性者均采取了退乳及人工喂养。半月乳及满月乳 HBV-DNA 阳性例数分别增至 73 例和 108 例,半月乳及满月乳分别与初乳比较,HBV-DNA 累计阳性率均显著增高,说明 HBV-DNA 从血液循环向乳汁播散的程度及时间有所不同。随着时间的推移及乳汁需求量的增加,从血液渗透到乳汁中的病毒量也在增加,导致 HBV-DNA 阳性率的显著增高。本文 HBV-DNA 阳性产妇的累计乳汁(至满月乳)HBV-DNA 阳性率高达 80.0%,提示 HBV-DNA 阳性产妇乳汁中检测出 HBV-DNA 阳性的概率高,该产妇乳汁中大多有 HBV 的存在,HBV-DNA 阳性产妇应避免母乳喂养,以防止传染。因此,医务人员要对 HBV 携带产妇的母乳喂养给予有效的指导和建议,对 HBsAg 阳性产妇进行血清和乳汁(初乳、半月乳及满月乳)的 HBV-DNA 检测,根据乳汁中 HBV-DNA 检出情况指导产妇是否进行母乳喂养。

综上所述,血清 HBV-DNA 阴性产妇的乳汁是相对安全的,HBV-DNA 阳性产妇乳汁中大多有 HBV 的存在,应避免

母乳喂养,以防止传染。检测 HBsAg 阳性产妇乳汁 HBV-DNA 载量,可以直接反映产妇传染性的强弱,对指导母乳喂养提供了可靠依据^[5]。

参考文献

[1] 马力,赵桂珍,梁争论,等. 孕妇血清乳汁 HBV-DNA 载量与母乳喂养安全性的研究[J]. 中国现代医学杂志,2006, 16(17):2851-2855.

[2] 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会. 病毒性肝炎防治方案[J]. 中华肝脏病杂志,2000,8(6):324-329.

[3] 曾定元,莫可良,贺红英,等. 联合免疫后乙肝病毒携带产妇母乳喂养安全性的探讨[J]. 现代妇产科进展,2006,15(2):125-127.

[4] 胥鹰,王富兰. 乙肝表面抗原阳性产妇母乳喂养的安全性研究[J]. 实用医技杂志,2007,14(2):135-137.

[5] 颜善活,卓永光. HBsAg 阳性产妇血清及乳汁 HBV-DNA 定量分析及应用[J]. 中国临床新医学,2010,3(10):976-977.

(收稿日期:2010-12-16)

米非司酮配伍依沙吡啶在终止瘢痕子宫 14~20 周妊娠中的应用

王 玲(重庆市璧山县生殖健康中心 402760)

【摘要】 目的 探讨米非司酮配伍依沙吡啶在瘢痕子宫 14~20 周妊娠引产中的安全性和有效性。**方法** 选择自愿要求终止妊娠而无绝对禁忌证,剖宫产术后 3 个月至 2 年内受孕 14~20 周 50 例作为观察组,对照组为 1995 年 1 月至 2005 年 1 月瘢痕子宫妊娠 14~20 周 50 例。观察组:米非司酮 75 mg,每天 1 次,连服 3 d,第 3 天服药后行依沙吡啶 100 mg 羊膜腔内注射引产。对照组:单纯行羊膜腔内注射依沙吡啶 100 mg 引产。观察两组子宫破裂数、宫颈成熟率、引产时间、产程、引产率、疼痛程度。**结果** 两组引产率均为 100%,观察组在宫颈成熟率、引产时间、产程、疼痛程度明显优于对照组,子宫破裂 0 例;对照组子宫破裂 2 例。**结论** 米非司酮配伍依沙吡啶用于瘢痕子宫 14~20 周妊娠引产可以提高安全性,减少子宫破裂的严重并发症,加快产程进展,减轻疼痛程度。

【关键词】 米非司酮; 依沙吡啶; 瘢痕子宫; 中期妊娠; 引产

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.10.054 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)10-1248-02

随着近几年来剖宫产率的上升,瘢痕子宫再次妊娠较常见且术后 2 年内再次妊娠也很常见,继续妊娠瘢痕子宫自发性破裂及分娩时子宫破裂的危险性增加,瘢痕子宫妊娠孕周越小终止妊娠风险越小,妊娠中期,宫颈条件不成熟是主要原因,而如何更有效更安全地解决这个问题已成为计划生育科临床医生棘手的问题。作者通过回顾常规依沙吡啶引产与观察组应用米非司酮配伍依沙吡啶用于瘢痕子宫中期妊娠引产取得了良好的临床效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾 1995 年 1 月至 2005 年 1 月本中心收治的瘢痕子宫妊娠 14~20 周要求终止妊娠的妇女 50 例作为对照组,对照组单纯行依沙吡啶 100 mg 羊膜腔内注射;选定 2005 年 1 月至 2009 年 12 月瘢痕子宫妊娠 14~20 周自愿要求终止妊娠的妇女 50 例作为观察组,两组术前均经血常规、肝肾功能、出凝血功能及血型等检查,无严重的产科及内科并发症,无依沙吡啶及米非司酮禁忌证,并告之病情。观察组术前 B

超检查排除前置胎盘及胎盘切口瘢痕着床。

1.2 方法 观察组早餐前 2 h 口服米非司酮片 75 mg,每天 1 次,连续 3 d,用药第 3 天上午羊膜腔内注射依沙吡啶 100 mg;对照组单纯行依沙吡啶 100 mg 羊膜腔内注射,胎儿娩出后均常规肌肉注射缩宫素针 10 U 加强子宫收缩减少出血,视子宫收缩情况及出血情况而定均行常规清宫术。

1.3 观察项目 (1)引产成功率;(2)子宫破裂数;(3)宫颈成熟率;(4)引产时间:从羊膜腔内注射依沙吡啶发生规律宫缩所需时间;(5)产程:规律宫缩至胎儿胎盘娩出时间;(6)疼痛程度。

1.4 判定标准 (1)引产成功率:依沙吡啶羊膜腔注射 72 h 内排出胎儿。(2)宫颈成熟:宫颈软,宫颈管消失,宫颈口松弛。(3)疼痛分级:按 WHO 疼痛分级。0 级:无疼痛;I 级:有疼痛但可以忍受,睡眠不受干扰;II 级:疼痛明显不能忍受,要求服用镇痛药物,睡眠受干扰;III 级:疼痛剧烈不能忍受,需要镇痛药物,睡眠严重受干扰,可伴有植物神经功能紊乱表现或被