

要。除了要积极地行乳腺癌手术准备外,也要注意加强患者的基础代谢率和甲状腺功能的控制,注意患者是否存在甲亢的临床症状<sup>[5]</sup>,并给予积极的药物治疗,保证患者的甲状腺功能处于正常的水平。有研究认为,入院时甲状腺功能较好、且抗体正常的患者也要加强化疗期间的甲状腺功能水平监控,尽量降低甲状腺危象的发生<sup>[6]</sup>。另有文献报道,术前甲状腺功能控制不良的患者可能会在麻醉前出现甲状腺危象,应该引起临床的重视<sup>[7]</sup>。治疗期间,要注意检测患者的血压、心率等生命指标,高度警惕心动过缓患者的临床症状<sup>[8-10]</sup>。手术结束 12~36 h,要严密观察患者的临床症状,警惕甲状腺危象的发生。本组研究中有 10 例术前甲状腺功能控制良好的患者术后没有发生甲状腺危象,但是 4 例术前检查欠缺以及 2 例治疗依从性差的患者均于术后 24 h 内出现心动过速和高热的甲状腺危象症状,经临床对症治疗后均获得明显好转。

综上所述,对甲亢患者进行非甲状腺手术治疗期间可能会导致其甲状腺危象的发生,对患者的健康和生命造成一定的威胁。为减少甲状腺危象的发生,加强患者治疗前的甲状腺功能监控,强化围术期的生命指标检测能够有效地预防甲状腺危象的发生。

参考文献

[1] 李琳,许崇安,刘殊,等.伊班膦酸钠单药及联合化疗治疗乳腺癌骨转移的疗效分析[J].现代肿瘤医学,2011,18(7):109-110.

[2] 孟兆珂,乔致芬,张筱.长春瑞滨联合卡培他滨治疗晚期乳腺癌的临床观察[J].山西医科大学学报,2012,13(4):198-199.

[3] Burch HB,Wartofsky L. Life threatening thyrotoxicosis, thyroid storm [J]. Endocrinol Metab Clin North Am, 1993,22(2):263-277.

[4] 邱献华,王海学,王利平.乳腺癌合并高血压患者围手术期治疗体会[J].中国全科医学,2012,20(17):120-121.

[5] 何聪玲.盖诺联合吡柔比星治疗转移性乳腺癌临床观察[J].中国肿瘤临床与康复,2011,11(22):195-196.

[6] Braverman LE, Utiger RD. Werner's and Ingbar's the Thyroid [M]. 8th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams&Wilkins,2012:132-133.

[7] 郑泽霖,王福琴,温善禄.甲状腺功能亢进症的术前药物准备[J].中国实用外科杂志,2012,18(14):116-117.

[8] 徐秀亮,蒯大禹,金嘉琳.甲状腺功能亢进症合并严重肝功能损害 1 例[J].肝脏,2011,35(12):110-111.

[9] 商建军,魏彩第.甲状腺质量对 131 碘治疗青壮年甲状腺功能亢进症疗效的影响[J].临床荟萃,2012,10(3):106-107.

[10] 刘霞.甲状腺功能亢进症的药物应用分析[J].医学信息:上旬刊,2011,18(13):159-160.

(收稿日期:2013-06-08 修回日期:2013-09-02)

• 临床研究 •

32 187 例孕产妇 4 种传染病感染情况调查

张萍,李宋萌,程莉,白娅(贵阳市妇幼保健院检验科 550003)

**【摘要】 目的** 了解孕产妇乙型肝炎病毒(HBV)、丙型肝炎病毒(HCV)、人类免疫缺陷病毒(HIV)和梅毒(TP)的感染情况,为临床建立有效的防治母婴传播措施提供依据。**方法** 对 2011~2012 年来该院做围产保健及分娩的 32 187 例孕产妇采用酶联免疫吸附试验(ELISA)检测血清 5 项乙型肝炎病毒标志物[乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)、乙型肝炎病毒表面抗体(抗-HBs)、乙型肝炎病毒 e 抗原(HBeAg)、乙型肝炎病毒 e 抗体(抗-HBe)、乙型肝炎病毒 c 抗体(抗-HBc)]、抗-HCV、抗-HIV 和 TP 血清学检测。**结果** 32 187 例孕产妇中,HBV 阳性率为 4.65%,HCV 和 TP 阳性率分别为 0.28%和 1.24%,HIV 阳性率为 0.10%。两年间 HBV、HCV、HIV 阳性率变化不大,两年间差异无统计学意义( $P>0.05$ )。两年间梅毒阳性率从 2011 年的 1.18%上升至 2012 年的 1.29%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 32 187 例孕产妇 4 项传染性感染疾病中,HBV 阳性率最高,TP 阳性率次之,HCV 阳性率再次之,HIV 阳性率最小。建议孕产妇加强孕期和产前检测,提高自我保健意识,才有利于优生优育。

**【关键词】** 乙型肝炎病毒; 丙型肝炎病毒; 人类免疫缺陷病毒; 梅毒; 妊娠

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.01.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)01-0093-02

乙型肝炎病毒(HBV)、丙型肝炎病毒(HCV)、人类免疫缺陷病毒(HIV)和梅毒螺旋体(TP)4 种感染性疾病的病原体均可从已感染的母亲通过胎盘传播给婴儿。目前,除了 HBV 外,其他尚未有有效的疫苗可以用于人体预防。为了有效阻断母婴传播,建立有效的防治措施,对 2011~2012 年来本院做围产保健及分娩的 32 187 例孕产妇的 HBV、HCV、HIV 和 TP 感染情况进行了调查,现将结果报道如下。

1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2011~2012 年对来本院做围产保健及分娩的孕产妇 32 187 例,其中门诊孕产妇 19 007 例,住院产妇 13 180 例。平均年龄 20~35 岁,孕 10~39 周,空腹静脉采血 3 mL,分离血清备用。

**1.2 仪器与试剂** 采用芬兰雷勃 Wellscan Mk3 全自动酶标仪。乙型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)、乙型肝炎病毒表面抗体(抗-HBs)、乙型肝炎病毒 e 抗原(HBeAg)、乙型肝炎病毒 e 抗体(抗-HBe)、乙型肝炎病毒 c 抗体(抗-HBc)、抗-HCV、抗-HIV 试剂盒由厦门新创有限公司提供。梅毒非螺旋体抗体试验(TURST)试剂为厦门新创有限公司提供。TP 酶联免疫吸附试验(ELISA)试剂为北京万泰公司提供的试剂。均在有效期内使用。

**1.3 方法** (1)采用 ELISA 检测血清 5 项 HBV 感染指标(HBsAg、抗-HBs、HBeAg、抗-HBe 和抗-HBc)。(2)ELISA 检测血清抗-HCV 及抗-HIV,试剂盒由厦门新创有限公司提供。(3)TP 作 TP ELISA 试验和 TURST。操作均严格按说明书

进行,每次试验均带质控血清同时检测。

1.4 结果判定 均按照说明书所规定的 cut off 值公式计算判断。(1)抗-HIV 初筛阳性者送省临床检验中心作确诊试验,阳性者确诊为 HIV 感染。(2)HBV 和 HCV 阳性者再次做 ELISA 复查,结果仍为阳性者即为 HBV 和 HCV 阳性感染。(3)梅毒 TP ELISA 阳性视为梅毒初筛阳性;梅毒 TP ELISA 和 TURST 阳性者视为现症感染者。

1.5 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

2.1 2011、2012 年 32 187 例孕产妇 4 项传染性疾病见表 1。HBV 阳性率最高,TP 阳性率次之,HCV 阳性率小于梅毒阳性率,HIV 阳性率最小。

表 1 32 187 例孕产妇 2011、2012 各年 4 项病毒感染阳性情况[n(%)]

年份	标本总数	HBV	HIV	HCV	TP
2011	15 121	659(4.36)	16(0.11)	20(0.13)	179(1.18)
2012	17 066	839(4.92)	17(0.09)	70(0.41)	221(1.29)*
合计	32 187	1 498(4.65)	33(0.10)	90(0.28)	400(1.24)

注:与 2011 年比较,\*  $P < 0.05$ 。

2.2 32 187 例围生期孕妇及产时分娩 4 项感染阳性率见表 2。产时分娩组的阳性率稍高于围生期组的阳性率,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表 2 32 187 例围生期及产时分娩孕妇 4 项感染阳性情况[n(%)]

项目	n	HBV	HIV	HCV	TP
产时分娩	13 180	641(4.86)	15(0.11)	51(0.39)	178(1.35)
围生期	19 007	857(4.51)	18(0.09)	39(0.21)	221(1.16)
合计	32 187	1 498(4.65)	33(0.10)	90(0.28)	399(1.24)

## 3 讨 论

本次调查显示两年间孕产妇 HBV、HCV、HIV 阳性率变化不大,TP 阳性率上升明显,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。通过对围产期和产时分娩两个组进行比较(其中部分为同一孕产妇在门诊及住院分娩期间的两次检测,有极少部分病例同时感染 2 种以上传染病),两组的 4 项感染阳性率差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。可知同一孕产妇围生期及分娩时两次在本院做的检测具有较高的吻合率。

4 个检测项目中 HBV 阳性率为 4.65%居首位,但低于文献报道的 HBV 携带率(10%~15%)<sup>[1]</sup>。HBV 感染在母婴传播的概率很大,被感染 HBV 的新生儿将成为慢性携带者<sup>[2]</sup>,这给临床及新生儿的治疗带来很大的难题。据文献报道 80% 乙型肝炎是由母婴传播引起,若在孕期检出 HBV,医师根据检验结果在产前采取积极、有效的预防措施,可降低母婴传播发生率<sup>[3]</sup>。这也为加强新生儿乙型肝炎病毒疫苗的预防接种提高了可靠性。

本调查中孕产妇 HCV 感染率低于有关报道的健康人群中阳性率 0.7%~3.1%<sup>[4]</sup>。虽然其感染率并不高但不能忽略它的严重性以及带来的危害。目前丙型病毒性肝炎尚无有效的药物治疗与疫苗预防接种措施,因此尽早了解孕产妇 HCV 感染情况,给予感染孕产妇积极的抗病毒治疗和选择性进行剖宫产,及时实施母婴隔离,可以有效阻断母婴垂直传播的

发生。产后通过指导人工喂养,避免母乳喂养,也有利于对新生儿的保护,降低新生儿的感染率。

资料显示妊娠时发生的一期梅毒或二期梅毒如未经治疗,100%会影响胎儿<sup>[5]</sup>。未经治疗的潜伏梅毒的母亲所生的婴儿中有 10%会表现出先天梅毒的体征<sup>[5]</sup>,如梅毒儿、畸形儿等。先天梅毒是唯一能在宫内预防和治疗的疾病<sup>[6]</sup>,梅毒孕妇若未经治疗或在孕 34 周以后接受治疗,婴儿将有 40%~70% 概率感染梅毒相反,若能在妊娠 16 周内及早发现,积极治疗,则能较有效地阻断梅毒宫内感染<sup>[7]</sup>。因此,孕期进行梅毒检测,可以了解感染孕妇的病情严重程度,及时进行合理、系统的治疗,减轻梅毒感染造成的危害及痛苦。

HIV 通过母婴传播,是儿童感染 HIV 的主要方式。中国艾滋病母婴传播发生率为 35%左右<sup>[8]</sup>,HIV 感染儿童中有 90%是由母亲传播<sup>[9]</sup>。艾滋病的分布呈明显的地域性分布,在我国主要分布在云南及少数边远地区,主要感染吸毒者及多性伴侣者<sup>[10]</sup>。本次检测结果艾滋病阳性率为 0.11%,虽看不出明显特性,但不能忽视对其检测的重要性。有必要对孕产妇进行广泛、有效的防治艾滋病的宣传教育,应做好早期预防,早期诊断,早期治疗,尽量减少母婴传播,以提高生存质量。

综上所述,通过对 4 种传染病指标的检测分析,能及时了解孕产妇的感染状况。医师根据临床需要实施有效的医疗防治措施,切断母婴传播途径,终止妊娠等,能降低新生儿感染率,提高人口素质,同时能发现潜在传染源,控制几种传染病的发生率。建议青年婚配男女应该做婚前检查,强化孕前健康咨询,加强孕期和产前检测,提高自我保健意识,才有利于优生优育。

## 参 考 文 献

- [1] 钱宇平. 流行病学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998.
- [2] Shiraki K. Perinatal transmission of hepatitis B virus and its prevention[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2000, 15(Suppl):E11-E15.
- [3] 徐建明,黄伟丽. 13113 例孕产妇四种传染性检测结果分析[J]. 国际医药卫生导报, 2010, 16(20):2507-2509.
- [4] 彭文伟. 传染病学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社, 2001:18-19.
- [5] 吴志华. 现代性病学[M]. 广州:广东人民出版社,1996:310.
- [6] 董悦. 对围产期 TORCH 感染筛查的重新评价[J]. 中华妇产科杂志, 2004, 39(11):725-728.
- [7] 林广玲,黄林锋,林少晖,等. 3649 例孕产妇 HBV、HCV、HIV 和 TPPA 感染血清流行病学的分析[J]. 国际检验医学杂志, 2009, 30(3):232-233.
- [8] 李关汉,程何荷,何云,等. 中国部分地区艾滋病病毒 I 型母婴传播同源性追踪调查[J]. 中国性病艾滋病防治, 2002, 8(4):485-487.
- [9] 曹韵贞,李关汉,王世一,等. 中国人类免疫缺陷病病毒一母婴传播的现状危机及对策[J]. 中华传染病杂志, 2002, 20(3):185-187.
- [10] 翟勇,康殿民,巩怀证,等. 艾滋病预防的公共卫生政策问题[J]. 预防医学论坛, 2006, 12(6):752-754.