

[2] 崔宝奎,樊萍,马晓东,等. 孕妇孕前体质量指数、孕期体质量增加与新生儿出生体质量及非选择性剖宫产的关系[J/CD]. 中华妇幼临床医学杂志(电子版),2011,7(5):452-454.

[3] Fortner RT, Pekow P, Solomon CG, et al. Pre-pregnancy body mass index, gestational weight gain, anti risk of hypertensive pregnancy among Latina women[J]. Am J Obstet Gynecol, 2009, 200(e5):167-170.

[4] Tam T, Clark C, Darey K. Maternal weight gain and neonatal intensive care unit admissions[J]. Int J Gynaecol Obstet, 2007, 98(1):60-62.

[5] Baker DJ. Fetal origins of coronary heart disease[J]. BMJ, 1995, 311(6998):171-174.

[6] Rasmussen KM, Yaktine AL. Weight gain during pregnancy; reexamining the guidelines[M]. Washington DC: National Academies Press, 2009:160.

[7] 尹玉竹, 谌小卫, 李小毛, 等. 孕前体质量、孕期增重与妊

高征及新生儿出生体质量的关系[J]. 第一军医大学学报, 2005, 25(2):226-228.

[8] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 中华人民共和国卫生行业标准: 成人体质量判定[M]. 北京: 中国标准出版社, 2013.

[9] 赵彩虹, 张碧藻. 单胎妊娠期孕妇足月时增重的临床范围研究[J]. 实用预防医学, 2014, 21(4):412-415.

[10] 许晓英, 周敏, 何晓春, 等. 妊娠前体质量指数与妊娠期增重和母婴并发症的关系及其影响因素[J]. 中华围产医学杂志, 2015, 18(5):352-358.

[11] Gillman MW. Gestational weight gain: now and the future[J]. Circulation, 2012, 125(11):1339-1340.

[12] 毛雷, 婧葛星, 徐叶清. 孕前体质量指数和孕中期体质量增加对妊娠期糖尿病发病影响的队列研究[J]. 中华流行病学杂志, 2015, 36(5):416-420.

(收稿日期:2016-04-25 修回日期:2016-05-28)

• 临床探讨 •

综合干预妊娠合并人类免疫缺陷病毒感染患者的效果分析

陶 兰, 刘 芳[△], 张 媛
(重庆市妇幼保健院 400013)

摘要:目的 探讨综合干预措施阻断妊娠合并人类免疫缺陷病毒(HIV)感染母婴传播效果。方法 回顾性分析 2008 年 1 月至 2014 年 12 月该院产科门诊 107 例妊娠合并 HIV 患者, 给予医学咨询, 选择终止或继续妊娠, 抗病毒药物治疗, 妊娠期产时、产后的产科处理等综合干预措施。结果 107 例孕妇中 27 例终止妊娠, 80 例均足月妊娠住院分娩。分娩的 80 例婴儿随访, 在出生 6 周、3、12、18 个月检测 HIV 抗体均为阴性。结论 综合干预措施是阻断妊娠合并 HIV 感染母婴传播的有效措施。

关键词:妊娠; 人类免疫缺陷病毒; 综合干预; 母婴传播

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.19.037 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)19-2793-03

目前人类免疫缺陷病毒(HIV)流行形势十分严峻^[1-2], 据报道截止 2014 年 10 月底, 我国 HIV 感染者已达 49.7 万例, 死亡 15.4 万例^[3]。女性感染者约占总感染人数的 30%^[4], 每年约有 8 000 例 HIV 感染女性怀孕^[5]。目前认为母婴传播已成为 15 岁以下儿童感染 HIV 的主要途径。妊娠女性 HIV 感染已成为全球问题, 探讨妊娠合并 HIV 感染的母婴传播阻断措施具有重要意义。本研究回顾性分析 2008 年 1 月至 2014 年 12 月本院产科门诊给予 107 例妊娠合并 HIV 感染者综合干预措施的临床效果。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2008 年 1 月至 2014 年 12 月本院产科收治的 107 例妊娠合并 HIV 感染患者, 均按中国疾病控制与预防中心(CDC) 制定的标准确诊^[1]。其中本院孕期检查确诊 28 例, 外院检查确诊 79 例。年龄 21~42 岁; 6~39 孕周; 95 例初产妇, 12 例经产妇; 102 初婚, 5 例再婚。感染途径: 吸毒传染 3 例, 性传染 101 例, 传播途径不详 3 例。

1.2 综合干预方法

1.2.1 医学咨询 对 107 例妊娠合并 HIV 感染患者进行一对一咨询交谈。给予相关知识指导, 使其认识到 HIV 感染的危害, 强调妊娠、分娩和产后哺乳途径将 HIV 传染给胎儿和婴儿的危险。同时告知有效的干预措施能阻断母婴传播的可能。

通过医学咨询, 在知情同意情况下, 自愿选择终止或继续妊娠。

1.2.2 终止妊娠者 为终止妊娠者提供流产或引产服务, 给予有效避孕指导。同时提供抗 HIV 治疗。

1.2.3 继续妊娠者 (1) 抗病毒药物治疗。孕产妇抗病毒用药前、用药过程中应进行相关检测, 并结合临床症状对孕产妇感染状况进行评估, 以便确定用药方案和监测治疗效果。根据病毒载量和 CD4 细胞数量预防性或治疗性应用抗病毒药物治疗^[6]。具体用药情况: 妊娠前已经用药者, 继续服用至分娩结束后停止。免疫功能相对较好, CD4 淋巴细胞计数大于 350/mm³ 者采用预防性抗病毒方案: 从确诊后开始或 13 周后开始服用齐多夫定(AZT)300 mg+拉米夫定(3TC)150 mg+洛匹那韦/利托那韦(克力芝)(LPV/r)400 mg/100 mg, 每日 2 次, 直至分娩结束。CD4 淋巴细胞计数小于 350/mm³ 的孕产妇采用治疗性抗病毒方案: 尽早服用 AZT 300 mg+3TC 150 mg+NVP200 mg, 每日 2 次, 至产后 1 周。新生儿均采用奈韦拉平(NVP)方案: 新生儿出生后尽早(6~12 h 内)服用 NVP, 出生体质量大于或等于 2 500 g, 服用 15 mg, 每日 1 次; 出生体质量小于 2 500 g, 且大于或等于 2 000 g 服用 NVP10 mg, 每日 1 次; 出生体质量小于 2 000 g 服用 NVP 2 mg/kg, 每日 1 次, 至出生后 4~6 周。以后转介 CDC 管理。(2) 妊娠期处理。规范、详尽的孕产期保健, 酌情增加产前检查次数和检查项目。

[△] 通讯作者, E-mail: obstetrics2001@sina.com。

提供安全性行为指导、感染症状和体征监测、营养支持、心理支持、性伴告知与检测等服务。(3)产时处理。有良好自然分娩条件的孕妇足月顺产。评估自然分娩条件不足的孕妇均以剖宫产结束分娩。(4)产后处理。做好新生儿护理和喂养指导。新生儿出生后,及时处理皮肤黏膜、鼻腔、口腔母血、羊水及分泌物,流动水清洗全身。新生儿均人工喂养。

1.3 统计学处理 采用 Excel2007 软件进行数据处理及统计分析。

表 1 2008~2014 年对妊娠合并 HIV 感染患者实施综合干预阻断措施情况(n)

年度(年)	阳性	终止妊娠	妊娠期用药	阴道分娩	剖宫产	婴儿用药	人工喂养	母乳喂养
2008	5	2	3	0	3	3	3	0
2009	7	4	3	1	2	3	3	0
2010	10	3	7	0	7	7	7	0
2011	22	4	18	1	17	18	18	0
2012	24	6	18	1	17	18	18	0
2013	21	8	13	2	11	13	13	0
2014	18	0	18	2	16	18	18	0

2.2 综合干预后妊娠合并 HIV 感染婴儿情况 出生 6 周及 3、12、18 个月婴儿检测 HIV 抗体均为阴性。

3 讨论

自 1983 年被首次发现以来, HIV 已造成了世界范围内的流行和蔓延,截止 2015 年 6 月,全球存活的 HIV 感染患者约有 3 700 万。随着感染的蔓延,我国 HIV 患者感染途径已经由静脉吸毒和血液途径转变成了性接触途径^[6-7], HIV 已由之前的重点人群延伸到了普通人群。越来越多感染了 HIV 的育龄期女性将面临生育问题。据相关研究结果显示, HIV 感染的儿童中 80.00% 以上为婴儿,而 90.00% 婴儿源于母婴传播^[8]。如何成功阻断 HIV 的垂直传播,是临床工作中的重要内容。因此早诊断和早采取有效的方式阻断病毒的传播,能有效降低婴儿感染 HIV 的概率。本研究通过对 HIV 感染的孕妇采取综合干预措施,探讨其临床治疗效果,为临床上阻断 HIV 的母婴传播提供参考依据。

在妊娠前和妊娠早期主动开展 HIV 咨询与检测,是预防 HIV 母婴传播的重要内容和先决条件^[9]。对孕前和孕早期的女性及早诊断是否合并 HIV 感染仍是阻断母婴传播的工作重点^[7],保证感染 HIV 的孕妇都能够纳入到当地妊娠期保健系统管理之中,尽快得到综合干预措施服务,减少不良妊娠结局的风险^[10]。本研究中 107 例 HIV 感染孕妇,27 例选择终止妊娠,80 例选择继续妊娠。

抗病毒药物治疗是实现阻断母婴传播成功的关键。向继续妊娠的孕产妇和其婴儿在孕期、产时和产后提供抗病毒药物咨询和治疗。帮助她们坚持服用药物以保证干预措施的有效性。对感染 HIV 孕妇采用抗病毒药物干预性治疗,可使母婴传播率降低 60%,如综合其他干预措施,可使母婴传播率降至 1%。本研究中选择继续妊娠 80 例孕妇均应用抗病毒药物治疗,其分娩的新生儿也均用抗病毒药物治疗。分别在出生 6 周, 3、12、18 个月检测 HIV 抗体均为阴性。

加强孕期定期产前检查和健康教育宣传保健,同时给予特殊心理支持和综合关怀服务,是保障母婴健康,实现阻断母婴传播的重要内容^[8]。

2 结果

2.1 综合干预阻断措施实施情况 107 例妊娠合并 HIV 感染患者中,终止妊娠 27 例,占 25.23%;继续妊娠并分娩人数 80 例,其中阴道分娩 7 例,占 6.54%,剖宫产 73 例,占 93.46%,68 例择期剖宫产,5 例已先兆临产或临产,评估自然分娩条件差即行剖宫产。母亲使用抗病毒药物 80 例,占 100.00%。婴儿使用抗病毒药物 80 例,占 100.00%。婴儿实施人工喂养 80 例,占 100.00%。见表 1。

选择安全分娩方式同样是保障母婴健康,实现阻断母婴传播的重要措施。产时注意保护会阴,防止会阴裂伤出血,尽量缩短破膜时间,分娩前消毒剂冲洗阴道,可减少产时传播^[11-12]。通过这些细节来降低分娩过程中传播 HIV 的概率。在产程发动和破膜前选择剖宫产能明显降低 HIV 的母婴传播。在法国,接受长程抗反转录病毒治疗且选择剖宫产者, HIV 母婴传播的发生率已降至 1% 以下。对于产前未给予抗病毒治疗或血病毒载量过大的孕妇尤其适用。一般择期剖宫产选择在孕 39 周,以减少临产和破膜的发生。本组 73 例剖宫产,其中 68 例择期剖宫产,5 例已先兆临产或临产,同时,产时、手术时医务人员要做好防护,以防职业暴露。

产后处理和随访是预防和控制 HIV 母婴传播的另一重要内容。除常规产后处理外,即时给予新生儿抗病毒治疗,做好健康教育宣传,预防 HIV 传播。做好新生儿护理和喂养指导。产后不宜哺乳,母乳喂养传播 HIV 的危险率高达 7%~22%。本研究中 80 例新生儿均采用人工喂养,禁止混合喂养。并定期检测和随访。

综上所述,预防 HIV 母婴传播,应做好婚前、孕前、孕期 HIV 咨询与检测,争取早发现,尽早综合干预,最大程度降低 HIV 的母婴传播率,以提高女性、儿童生活质量及健康水平。

参考文献

[1] 马强. 2004~2013 年云南省保山市预防艾滋病母婴传播效果分析[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(21): 3556-3557.
 [2] 黄春明, 林桂芳. 2011~2013 年广西北海市艾滋病母婴传播阻断现状及效果分析[J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(21): 3580-3582.
 [3] 李晶, 李征, 郭晓峰, 等. 人类免疫缺陷病毒感染母婴传播阻断临床探讨[J]. 实用医学杂志, 2015, 31(6): 928-930.
 [4] 张同欣, 马会军. 妊娠合并人类免疫缺陷病毒感染母婴传播阻断治疗 11 例临床分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2014, 15(2): 170-171.
 [5] 岳一姬, 白思敏, 胡晓远, 等. 艾滋病不同流行区预防母婴

- 传播的策略研究[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(24): 3869-3871.
- [6] 詹会莲, 池开丰, 和志奇, 等. 2008~2013 年丽江市艾滋病母婴传播趋势及母婴阻断效果[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(21): 3377-3379.
- [7] 周敏. 高效抗逆转录病毒治疗妊娠合并 HIV 对婴儿生长发育的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2014, 14(3): 63-66.
- [8] 白淑芬, 李萍, 杨立新. 妊娠合并人类免疫缺陷病毒感染孕妇 29 例治疗及妊娠结局[J]. 临床荟萃, 2014, 29(6): 709-711.
- [9] Jones D, Peltzer K, Weiss SM, et al. Implementing comprehensive prevention of mother-to-child transmission and HIV prevention for South African couples: study protocol for a randomized controlled trial[J]. *Trials*, 2014, 27(15): 417-421.
- [10] Shan D, Sun J, Khoshnood K, et al. The impact of comprehensive prevention of mother-to-child HIV transmission in Dehong prefecture, Yunnan province, 2005-2010; a hard-hit area by HIV in Southern China[J]. *Int J STD AIDS*, 2014, 25(4): 253-260.
- [11] Buchanan AM, Dow DE, Massambu CG, et al. Progress in the prevention of mother to child transmission of HIV in three regions of Tanzania: a retrospective analysis[J]. *PLoS One*, 2014, 9(2): e88679.
- [12] Villar-Loubet OM, Bruscantini L, Shikwane ME, et al. HIV disclosure, sexual negotiation and male involvement in prevention-of-mother-to-child-transmission in South Africa[J]. *Cult Health Sex*, 2013, 15(3): 253-268.

(收稿日期: 2016-03-05 修回日期: 2016-05-08)

• 临床探讨 •

应用性格色彩特征对胸腰椎体骨折患者健康教育的效果评价

荣元¹, 孙红霞¹, 王淑勉^{2△}

(1. 新疆维吾尔自治区人民医院北院骨一科, 乌鲁木齐 830000; 2. 新疆维吾尔自治区人民医院骨二科, 乌鲁木齐 830000)

摘要:目的 分析应用性格色彩特征对胸腰椎体骨折患者健康教育的效果。方法 将 80 例进行胸腰椎体骨折治疗的患者按随机数字表分为观察组与对照组, 每组各 40 例, 观察组对胸腰椎体骨折患者进行性格色彩特征健康教育, 而对照组使用传统教育方法。观察两组患者疾病认知、健康行为、生活质量、满意度和人体测量学指标变化。结果 观察组在疾病认知及健康行为方面的得分均高于对照组患者; 观察组患者的满意度为 97.5%, 明显高于对照组的 67.5%; 观察组患者的生活质量高于对照组患者; 观察组患者在进行健康教育后生活质量各方面得分都明显高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 对胸腰椎骨折患者进行性格色彩特征认知教育, 能够加强患者对自身性格色彩特征的认识, 对自身行为负责, 提高了患者的生活质量和满意度。

关键词:性格色彩特征; 胸腰椎体骨折; 健康教育

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.19.038 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2016)19-2795-03

胸腰椎骨折是目前临床上比较常见的脊柱损伤, 且主要常见于老年群体中^[1]。它是指由于外力造成胸腰椎骨质连续性的破坏^[2]。对胸腰椎体骨折患者常采用的治疗方法有保守治疗和手术治疗^[3], 但胸腰椎骨折患者常出现合并神经功能损伤, 或合并其他脏器损伤^[4], 这为治疗带来了极大的困难和挑战, 严重影响了患者的生命健康和生活质量^[5]。性格色彩(FPA)将人的性格分为红、蓝、黄、绿 4 种类型, 不同色彩的性格具备了不同的特点。教会个体认识自身 FPA 的优势和劣势。利用不同性格特征能够增进人与人之间的沟通效果, 患者的性格特征也会在一定程度上影响患者对医院给予的常规指导及相关知识教育的接受程度及服从情况, 从而影响患者的治疗效果, 本文旨在探讨 FPA 特征对胸腰椎体骨折患者进行健康教育的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 1 月至 2015 年 12 月在本院治疗的 80 例胸腰椎体骨折患者, 年龄 4~80 岁, 按照随机数字表法分为观察组与对照组, 每组各 40 例。观察组患者平均 (49.5 ± 9.2) 岁, 其中男 25 例, 女 15 例; 对照组患者平均 (69.1 ± 19.8) 岁, 其中男 31 例, 女 9 例。两组患者在性别、年龄方面比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。纳入标准: 无其他

病史; 患者及其家人知情并签署书面同意书; 具有辨别是非能力者。排除标准: 存在精神障碍者; 病情严重, 存在意识障碍或其他特殊情况无法配合完成本研究者。

1.2 方法 观察组: 安排医护人员或成立专门随访小组对患者进行检查和记录, 让其对 FPA 有一个大概的了解, 并且通过测试找到自己对应的色彩, 使患者对自身有一个较为清楚、准确的认知。评估患者 FPA: 由经过 FPA 培训合格的护士对观察组患者应用 FPA 心理测试问卷进行 FPA 分析^[4], 确定患者的 FPA。FPA 心理测试问卷共 30 小题, 每题 4 个备选答案, 选出 1 个认为与自己最为符合的答案, 得出各选项的总分确定患者红、黄、蓝、绿 FPA 特征。每周开展一次讲座, 根据患者 FPA 的不同, 采用个体讲授或集体互动的方法, 利用性格差异、优劣互补配对分组等方法进行健康教育具体情况见表 1。多与患者进行沟通, 及时掌握患者的身体状况信息, 了解患者的生理及心理需求, 对患者所表现出来的生理或心理状况进行指导并提出针对性意见和建议, 必要时进行一对一指导; 将每次活动后的结果进行记录, 确保患者对所讲内容完全掌握; 每月开展一次联谊活动, 加强医生与患者、家人的交流, 促进患者的康复。对照组: 仅对患者给予常规指导及相关知识教育, 不安排专门人员对其进行定期随访活动; 仅进行常规性检查和随

△ 通讯作者, E-mail: longyuanhushi@163.com.