

母婴传播麻疹 1 例的临床分析

彭瑞宇^a 黄瑛^b 陈舜涛^a

(云南省昆明市第三人民医院 a. 妇产科 b. 感染科, 云南 昆明 650041)

麻疹是由麻疹病毒感染引起的一种经呼吸道传播的传染病, 以小儿多见。但由于实施计划免疫后, 麻疹的发病率及病死率均明显下降, 近几年, 成人麻疹发病率有上升趋势。妊娠期合并麻疹的发病率较前期也有增加。妊娠合并麻疹对母婴危害较大, 严重者可导致胎儿宫内窘迫、早产、流产、死胎、产后出血等^[1]。2011 年 8 月 26 日, 本院收治足月妊娠合并麻疹孕妇 1 名, 经精心治疗和护理, 母女痊愈出院, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2011 年 8 月 26 日 17 时, 本院妇产科收治一名患者, 女性, 23 岁, 因“停经 38 周+2 天, 发现血压升高 1 月余, 皮疹伴发热 4 天”入院。患者于 4 天前出现皮疹, 初为耳后及额部散在红色丘疹, 逐渐波及面部、颈部、躯干及四肢, 无痒感, 皮疹出现后自觉发热、流涕、咳嗽、咽痛, 在外院服药治疗后无好转, 因“麻疹待诊”转本院治疗。入院查: T39℃, R25 次/分, BP133/85 mmHg, 自动体位, 发育正常, 营养中等, 全身可见较密集红色、暗红色斑丘疹, 疹间皮肤正常, 双眼结膜充血, 口腔黏膜有科普利克斑(Kopk's spots), 扁桃体不大, 未见化脓, 双肺呼吸音粗糙, 未闻及干湿啰音。专科检查: 宫高 33 cm, 胎心音 150 次/分, 头位, 未及宫缩, 羊膜未破。患者否认肝炎、结核、伤寒等传染病史。孕 28 周因合并高血压开始服用硝苯地平片 30 mg, 每日一次, 血压控制在 100~140/80~95 mmHg, 无自觉症状。既往无麻疹接种史。实验室检查: 血常规: 白细胞 $5.19 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 0.86, 淋巴细胞 0.98。

1.2 术前治疗 经本院感染科主任会诊后, 初步诊断“妊娠合并麻疹可能”, 并立刻进行麻疹抗体及风

疹抗体送检。因患者处于出疹期, 且胎心音监测下未发现异常, 遂予其每日间断吸氧, 积极控制呼吸道感染, 物理降温, 眼部护理, 皮肤清洁等处理。经积极治疗后, 患者入院后第 2 天体温降至正常, 波动于 37.4~36.2℃, 皮疹开始消退。至入院第 4 天, 仅颜面、颈部、四肢远端可见散在皮疹。入院第 5 天(8 月 31 日), 疾病预防控制中心麻疹 IgM 抗体回报阳性。患者体温平稳 5 天后, 备足血源, 做好术前告知及沟通, 于 2011 年 9 月 2 日 10:15 剖宫产一活女婴, 重 3200 g, 1 分钟 Apgar 评分 10 分, 羊水 II 度浑浊, 术中出血 350ml, 手术时间约 1 小时 30 分。

1.3 术后情况 术后对出生婴儿进行呼吸道隔离, 同时立即进行麻疹抗体检测。因婴儿出生时全身可见散在的粟粒状疹, 手足心无疹, 疹间皮肤正常, 全身浅表淋巴结未及肿大, 口腔黏膜光滑, 未见 Koplik 斑(-), 双肺呼吸音稍粗, 呼吸 40~45 次/分。婴儿出生后 2 小时测量体温正常, 进食代乳无呕吐, 生后当天血常规 WBC $13.93 \times 10^9/L$, 因其母诊断已明确, 故生后予抗感染治疗(头孢 3 代), 同时给予人血白蛋白 2g 静滴一次。生后第 2 天小婴儿皮疹开始消退, 至第 3 天皮疹全部消退。2011 年 9 月 5 日新生儿血清麻疹抗体 IgM 回报(+). 期间监测小婴儿体温正常。9 月 6 日复查新生儿血常规回示正常, 遂停止抗生素使用。产妇术后降压, 抗感染及预防产后出血, 加强子宫收缩治疗。术后第 1 天皮疹全部消退, 咳嗽、咽痛症状逐日好转, 第 4 天复查术后血常规正常, 术后血压 110~130/80~90 mmHg, 体温正常。术后第 5 天, 母子平安出院。术后第 10、14 天电话随访母子无异常。

2 护理措施

2.1 心理护理 妊娠合并麻疹患者面部斑丘疹密

集,并发多脏器损害的几率高。患者往往担心自己和婴儿的健康及是否有后遗症,而感到恐惧和焦虑,护理人员应耐心向病人讲解有关知识,消除其恐惧心理,增强其治愈的信心,使其配合治疗和护理,早日康复。

2.2 呼吸道隔离 按呼吸道传染病隔离,隔离期为出疹前后各5天,如合并肺炎等应延长隔离至出疹后10天^[2]。保持病室安静,温度、湿度适宜,避免强光刺激眼睛,空气新鲜流通,每天开窗通风2~3次,每次不少于15分钟,紫外线照射空气消毒2次/天。保持皮肤、口腔、眼、耳、手足的清洁,每日用漱液漱口不少于3次,角膜干燥者,可用金霉素软膏1~2次/日外搽,以免造成角膜溃疡。

2.3 基础护理 产妇入院后给予吸氧,3次/天,30分钟/次,氧流量2~3 L/分钟,嘱患者左侧卧位,改善胎儿血供,妊娠晚期加强胎儿电子监护,了解胎儿宫内情况,密切观察有无阴道流血、宫缩等变化。进入临产后需持续胎心监护,发现异常应及时处理。产后婴儿需进行呼吸道隔离,暂不母乳喂养,同时指导产妇泌乳,待过了急性传染期后可恢复母乳喂养。新生儿需监测体温、心率、呼吸、有无出疹情况及并发症发生。给予患者清淡易消化、高热量高营养半流质饮食,少食多餐为宜。鼓励病人多饮水,以利于体内毒物排出,促进降温和出疹。对于高热患者的护理,以物理降温为主,如温水擦浴,多饮水,忌用酒精擦浴,慎用退热剂。退热后出汗应及时更衣,注意保暖,勿受凉,禁用激素,以免影响出疹。皮肤出疹及褪疹期间皮肤瘙痒,应防止抓挠导致皮肤感染,可每日用温水擦身,勤换衣裤,穿棉质内衣,保持皮肤清洁,必要时用炉甘石洗剂外搽止痒,保持会阴及肛周部清洁。

2.4 并发症的护理 妊娠合并麻疹患者易并发肺炎、心肌炎、喉炎等,应提高警惕。对持续高热、咳嗽加剧、肺部啰音增多、胸闷、气促、呼吸困难、胸痛时;对出现频咳、声音嘶哑,甚至呈犬吠样咳嗽、气促、吸气性呼吸困难、三凹症时;对在出疹过程中,皮疹突然隐退但伴气促、胸闷、呼吸困难、听诊发现心音减弱、心律不齐或心率加快、心电图改变时应报告医生对其并发症进行及时处理。

3 讨论

麻疹是传染性强、发病率高的传染病,病后有持久性免疫力。在未应用麻疹疫苗预防接种以前,成人多因在儿童时患过麻疹获得免疫力而很少发病,6个月内婴儿因从母体获得抗体而很少患麻疹,发病年龄6月龄至5岁小儿发病率最高。经过麻疹疫苗普遍接种以后,使麻疹发病率大为降低,不能通过自然患麻疹而获得免疫力,部分成人本身就无麻疹抗体或抗体水平较低,易感性增加。近年来成人麻疹多有报道^[3],这部分成人正处在生育年龄。本例患儿的母亲为23岁,未患过麻疹且无麻疹疫苗接种史,且新生儿和母亲同期患麻疹。分析原因应与母体的麻疹抗体免疫力不足有关,母亲未患过麻疹或未接种过麻疹疫苗,或虽接种过麻疹疫苗但未加强接种,接种麻疹疫苗所产生的抗体较弱或抗体水平下降,母体麻疹抗体水平的下降或消失,她们的婴儿从母体接收来的麻疹抗体也就极低下甚至没有,为无母源性麻疹抗体或抗体免疫力不足,不能很好地保护婴儿,婴儿又未达到计划免疫的年龄,未接种麻疹疫苗,因此成为易感儿,使发病率增多^[4,5]。

由于麻疹初免的免疫力仅能维持15年^[6],一次接种不能获得终身免疫。孕妇机体抵抗力弱,妊娠合并麻疹对母婴危害较大,常并发肺炎、心肌炎、喉炎、肝功能损害等,严重的可导致胎儿宫内窘迫、早产、流产、死胎、产后出血等,亦可导致新生儿免疫力低下且有并发症可影响预后。重症麻疹病死率高,本患儿经积极治疗和加强护理均痊愈出院,与我们加强护理和及时治疗有关。因此对妊娠合并麻疹的患者必须高度重视其临床治疗和护理,严密观察病情及生命体征的变化,及早发现病情变化和并发症的先兆症状,及时采取对症治疗护理措施,保障母婴健康。

为预防新生儿麻疹的传染,可监测母亲体内的特异性抗体浓度,若在婚前抗体浓度低下或者阴性,可以复种麻疹疫苗,其目的为控制新生儿麻疹的发生。要加速我国消除麻疹总目标的实现,除了进行有效的预防接种外,还应该在育龄期妇女中进行健康咨询教育,提高其自身预防麻疹的能力,才能降低

婴儿麻疹的发病率。

参 考 文 献

[1] 张静静. 妊娠合并麻疹的护理体会[J]. 现代护理, 2002, 8(3): 200.

[2] 陈硕珠. 实用内科学[M]第 10 版. 北京人民出版社, 1997. 297.

[3] 赵红心, 张福杰, 曹淑芬. 成人麻疹 56 例临床特点[J]. 中华传染病杂志, 2000, 18(3): 201-202.

[4] 叶俊茂, 万 炯. 麻疹临床特征 35 年的变迁[J]. 中华传染病杂

志, 2002, 20(4): 243-244.

[5] 胡赤军, 黄洋, 陈自励. 8 月龄内婴儿麻疹临床分析[J]. 中国当代儿科杂志, 2001, 3(5): 805-805

[6] 诸暨麻疹疫苗持久性研究协作组. 麻疹疫苗再免疫的研究——15 年结果[J]. 中华医学杂志, 1998, 69(7): 392.

编辑: 周文婷

(收稿日期: 2011-09-12)

会议通知

2012 年国际妇产超声协会中国地区教育项目 超声与磁共振技术在胎儿医学的临床应用

2012 年国际妇产科超声协会(ISUOG)中国地区教育项目初步定于在 2012 年 4 月 06 日~09 日在武汉举行, 该项目由湖北省妇幼保健院、香港中文大学妇产科系、国际妇产超声协会(ISUOG)共同主办。

国际妇产科超声协会(ISUOG)于 1991 年成立, 现在已经有遍及 100 多个国家的 3200 多成员。该组织为妇产科超声领域的重要机构, 制定各种妇产科规范化指南, 每年举办各种讲座和会议, 为妇产科超声医务工作者提供培训、交流和学习的机会。

本项目为中国首届胎儿超声与磁共振联合学术研讨会, 探讨关于多种影像技术在胎儿正常结构、功能成像、胎儿结构异常、宫内治疗等方面的超声与磁共振临床应用指征、影像学特征、与并如何正确选择上述影像技术。本项目将以胎儿各系统疾病为专题, 展开讨论超声与磁共振在胎儿疾病中的诊断难点、联合应用优势、以及在宫内治疗中影像学的临床价值。超声融入大影像是必然趋势, 我们希望通过本次研讨会会使我国更多的放射医生了解胎儿超声, 更多超声医生、产前诊断科医生了解胎儿磁共振技术, 这将对推动我国大影像在母胎医学领域的联合发展与应用将起到积极作用。

一. 主办单位

湖北省妇幼保健院、香港中文大学妇产科系、国际妇产超声协会(ISUOG)

二. 组委会成员

陈欣林、梁德杨、刘子建、陈敏、彭显亮

三. 授课专家

朱 铭 上海儿童医学影像中心主任医师、教授、博士生导师、中华放射学会儿科学组组长

夏黎明 同济医院放射科副主任、同济医学院影像学系副主任、教授、主任医师

王光彬 山东省医学影像学研究所主任医师

邵剑波 武汉市妇女儿童医院、主任医师教授、副院长

陈欣林 湖北省妇幼保健院、超声影像科主任、主任医师

杨小红 湖北省妇幼保健院、超声影像科、副主任主任医师

赵 胜 湖北省妇幼保健院、超声影像科、副主任医师

梁德杨 香港中文大学妇产科胎儿医学专科主任、教授

陈其民 上海儿童中心副主任医师、副教授(待定)

陶 凉 亚洲心脏病医院心外科主任、教授

杨星海 湖北省妇幼保健院外科主任、主任医师

Prof. Prayer 课程尚未确定

四. 主要培训内容

培训内容包括: 胎儿心脏、胎儿肿瘤的超声诊断、胎儿泌尿生殖系统、胎儿胸腔疾病、胎儿神经系统、多胎妊娠。

培训方式有专题讲座、病例讨论及答疑等多种形式。培训合格者, 该培训授予国家级继续教育学分 10 分(项目名称超声与磁共振多种影像技术在胎儿的临床应用)。

五. 相关费用

参加培训学员须交注册费 1000 元(含资料费、学习费、餐费及茶歇、场租等)。住宿可由会务组统一安排, 有会场所在酒店住宿(四星)及经济酒店供选择, 费用自理, 报到时统一交纳。我们收到报名回执后, 将于举办前七天将报到通知传真或邮件给参会学员, 请注意查收。

六. 报名联系方式

联系人: 医务部 (02787874100)、鲍亮(13098899981)