

妊娠合并症的诊断及治疗

彭宝华 郭晓青 主编



甘肃文化出版社

妊娠合并症的诊断及治疗

主 编 彭宝华 郭晓青

副主编 关慧敏 夏惠文



甘肃文化出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

妊娠合并症的诊断及治疗 / 彭宝华, 郭晓青主编.
—兰州: 甘肃文化出版社, 2010.10
ISBN 978-7-5490-0119-4

I. ①妊… II. ①彭… ②郭… III. ①妊娠合并症 - 诊疗 IV. ①R714.25

中国版本图书馆CIP数据核字 (2010) 第196231号

妊娠合并症的诊断及治疗

彭宝华 郭晓青 主编

责任编辑: 周桂珍

装帧设计: 黄 巍

出 版 / 甘肃文化出版社

地 址 / 兰州市曹家巷 1 号

邮编编码 / 730030

电 话 / 0931-8454870

经 销 / 新华书店

印 刷 / 甘肃万事佳印刷有限责任公司

厂 址 / 兰州市七里河区南滨河中路 405 号

开 本 / 880 毫米×1230 毫米 1/32

字 数 / 317 千

印 张 / 11.875

版 次 / 2010 年 10 月第 1 版

印 次 / 2010 年 10 月第 1 次

印 数 / 1-1000

书 号 / ISBN 978-7-5490-0119-4

定 价 / 26.00 元

如发现印装错误, 请与印刷厂联系调换

前 言

妇产科学是关系到广大妇女的健康,同时与出生人口的素质、人类的繁衍、社会的兴衰有密切关系的一门学科,20 世纪以来,随着科学的进步,妇产科学也得到了迅速的发展,妇产科学为临床诊治提供了规范化的方法和依据。社会的进步和经济的发展,人们对优生优育和疾病的诊治的要求也越来越高,但不同的经济发展地区以及城乡各级医院的发展存在很大差异,虽然许多内外科疾病不影响受孕,但妊娠后这些疾病及其相关治疗可能会对妊娠产生一定的影响,且由于妊娠期母体生理变化以及子宫增大引起的解剖学改变,对疾病的诊断和治疗增加了困难,同时也增加了对母儿的潜在危险,针对这些诊断、治疗、急需手术时的麻醉方式等方面的问题,需与内外科医生进行协商,临床医生适时、正确处理好这些内外科疾病和妊娠之间的相互影响,最大程度地降低对母体和胎儿的损害。全书包括妊娠合并感染性疾病、妊娠合并呼吸系统疾病、妊娠合并消化系统疾病、妊娠合并泌尿系统疾病、妊娠合并心血管疾病、妊娠合并血液系统疾病、妊娠合并内分泌系统疾病、妊娠合并糖尿病、妊娠合并结缔组织病、妊娠合并妇科恶性肿瘤、妊娠合并精神病、妊娠合并神经系统疾病十二章,共五十余种妊娠合并症常规诊断和治疗,有些疾病另增中医治疗方法。本书主要收集一些大医院有临床经验妇产科专家论著资料编写,从临床出发,对基层妇产科大夫具有很强的实用性。编委们为本书各章节书稿的收集,整理作了大量的工作,还有许多为本书的出版努力工作未署名的同事们在此一并表示感谢!第一章、第二章、第三章由夏惠文收集资料总结编写;第四章、第六章、第七章由郭晓青收集资料总结编写;第五章、第十二章由彭宝华收集资料总结编

写;第八章、第九章、第十章、第十一章由关慧敏组织编写。由于编写时间仓促,编者水平有限,不当或错误之处有所难免,恳请广大同仁不吝指正。

目 录

第一章 妊娠合并感染性疾病	(1)
第一节 细菌性感染.....	(1)
第二节 病毒性感染.....	(8)
第三节 支原体感染.....	(25)
第四节 寄生虫感染(弓形体感染).....	(29)
第二章 妊娠合并呼吸系统疾病	(35)
第一节 妊娠合并肺炎.....	(35)
第二节 妊娠合并哮喘.....	(43)
第三节 妊娠合并肺血栓栓塞.....	(49)
第四节 妊娠合并肺囊性纤维化.....	(52)
第五节 妊娠合并肺结核.....	(53)
第三章 妊娠合并消化系统疾病	(61)
第一节 妊娠合并急性胃炎.....	(61)
第二节 妊娠合并急性胆囊炎.....	(62)
第三节 妊娠合并急性胰腺炎.....	(67)
第四节 妊娠合并急性阑尾炎.....	(72)
第五节 妊娠合并消化性溃疡.....	(78)
第六节 妊娠合并肠梗阻.....	(82)
第七节 妊娠合并病毒性肝炎.....	(85)
第八节 妊娠合并肝硬化.....	(99)
第九节 妊娠期急性脂肪肝.....	(105)
第四章 妊娠合并泌尿系统疾病	(112)
第一节 妊娠合并慢性肾小球肾炎.....	(112)
第二节 妊娠合并肾病综合征.....	(118)

第三节	妊娠合并急性肾功能衰竭	(122)
第四节	妊娠合并尿路感染	(132)
第五节	妊娠合并尿石症	(139)
第六节	妊娠合并多囊肾	(142)
第七节	肾移植后合并妊娠	(145)
第五章	妊娠合并心血管疾病	(147)
第一节	妊娠合并心脏病	(147)
第二节	妊娠合并心律失常	(153)
第三节	妊娠合并心力衰竭	(157)
第四节	妊娠合并原发性高血压	(168)
第五节	妊娠合并血栓性疾病	(178)
第六章	妊娠合并血液系统疾病	(184)
第一节	妊娠合并贫血概述	(184)
第二节	妊娠合并缺铁性贫血	(188)
第三节	妊娠合并巨幼红细胞性贫血	(193)
第四节	妊娠合并再生障碍性贫血	(196)
第五节	妊娠合并后天获得性溶血性贫血	(203)
第六节	妊娠合并急性失血性贫血	(208)
第七节	妊娠合并海洋性贫血	(210)
第八节	妊娠合并血小板减少症	(213)
第九节	妊娠合并遗传性凝血缺陷病	(221)
第七章	妊娠合并内分泌系统疾病	(226)
第一节	妊娠合并甲状腺疾病	(226)
第二节	妊娠合并甲状旁腺疾病	(239)
第三节	妊娠合并肾上腺疾病	(242)
第四节	妊娠合并垂体疾病	(249)
第八章	妊娠合并糖尿病	(252)
第九章	妊娠合并结缔组织病	(274)
第一节	妊娠合并系统性红斑狼疮	(274)
第二节	妊娠合并类风湿性关节炎	(282)

第三节	妊娠合并硬皮病·····	(290)
第四节	妊娠合并脉管炎·····	(295)
第十章	妊娠合并妇科恶性肿瘤·····	(298)
第一节	妊娠合并子宫颈癌·····	(298)
第二节	妊娠合并卵巢癌·····	(307)
第三节	妊娠合并子宫内膜癌·····	(311)
第十一章	妊娠合并神经系统疾病·····	(316)
第一节	妊娠合并发作性癫痫·····	(316)
第二节	妊娠合并脑血管疾病·····	(323)
第三节	妊娠合并偏头痛·····	(333)
第四节	妊娠合并重症肌无力·····	(337)
第五节	妊娠合并多发性硬化症·····	(341)
第十二章	妊娠合并精神病·····	(344)
第一节	开展孕产期护理卫生宣教与咨询·····	(344)
第二节	妊娠、分娩中的精神卫生问题 ·····	(345)
第三节	产后精神卫生问题及精神障碍·····	(349)
第四节	精神病患者的流产、分娩及产后问题 ·····	(362)
参考文献	·····	(365)

第一章 妊娠合并感染性疾病

第一节 细菌性感染

一、B 组链球菌(无乳链球菌)感染

【概述】

B 组链球菌是人类生殖道和肠道的正常菌群,但近年来由该类细菌所致的感染增多。最常见的人类链球菌血清型是 A、B、C、D 和 G。B 组链球菌根据细胞壁糖类,尤其是 S 物质再分成 5 个血清型,即 Ia、Ib、Ic、II、III。B 组链球菌可引起人类各种感染,如前列腺炎、腹膜炎、蜂窝织炎、菌血症、产后子宫内膜炎及新生儿早期和晚期感染性疾病。III 型常引起败血症。

【流行病学】

女性外生殖道为携带 B 组链球菌的部位,此与产后子宫内膜炎、新生儿感染有关。在胎膜早破和早产中 B 组链球菌也起了重要作用。不同地理区域 B 组链球菌携带率不同,范围约为 5%~25%。直肠是携带 B 组链球菌的主要部位,通过会阴污染了阴道。在细菌感染造成死亡的新生儿中,B 组链球菌仅次于大肠杆菌,新生儿脑膜炎的病原菌的 1/3 为该类细菌。B 族链球菌感染主要发生在新生儿,成人少见,成人以产妇等人群为主。

【发病机制】

B 组链球菌可寄生于妊娠期妇女的阴道、肠道和尿道。新生儿感染来自母体。或分娩时由母体生殖道寄生菌上行感染。成人感染少见,以产妇为主,少数情况下亦可为免疫功能低下者,如:糖尿病、慢性肝功能不全、HIV 感染、恶性肿瘤等。

【临床表现】

1. 早期发病由于新生儿经产道时细菌感染引起。于出生后 7 天之内发病。多表现为肺部感染、败血症和脑膜炎。有些出生时即发生呼吸窘迫症。死亡率很高。往往在 50%~80%。死亡者Ⅱ型菌较多。

2. 晚期发病多为产后并发症引起。发生在出生 7~30 天以内。以败血症和脑膜炎为多见,菌型以Ⅲ型为多,特别是脑膜炎。90%以上为Ⅲ型引起。死亡率比早期发病者为低。脑膜炎的死亡率为 14%左右。

3. 年轻女性在接受妇科检查、治疗以及妊娠分娩后,容易发生 B 组链球菌泌尿系统感染和子宫内膜炎,也可发生肺炎、脑膜炎、肝脓肿、败血症等。年龄较大和已患有某些慢性病者,不论男女均可被感染,长期接受抗生素或激素类及其他免疫抑制剂者亦然。病死率较高。有人报告为 29%~52%。据报道,临床表现为 TSLS 患者。培养出 B 组链球菌群多见,而 A 群链球菌及葡萄球菌较少见。从细菌培养物中提出一种致热性毒素。不与抗 TSLS-1 及抗 SPE 抗体起作用,提示 B 群菌亦有产生能引起 TSLS 的毒素。主要依靠细菌培养,另外 Ingran 报告可用乳胶凝集试验检测早期患者。

【诊断】

临床表现和血、脑脊液或化脓病灶局部分离获病原菌作为诊断依据。

【治疗】

B 组链球菌群对青霉素类、头孢菌素类以及红霉素等均敏感。但其敏感程度比 A 群链球菌为差。已有人提出应将青霉素剂量加大到 20 万~25 万 u/(kg·d)。且可适当延长疗程。也有人主张将青霉素与氨基糖甙类抗生素联合应用。可取得良效。已有 Ia。Ⅱ及Ⅲ型菌抗原疫苗。如给孕妇接种,所产生的特异性 IgG 抗体可通过胎盘保护胎儿,明显降低新生儿的早期发病。

B 组链球菌对青霉素 G 敏感,患者治疗首选青霉素 G,而对疑为 B 组链球菌所致的新生儿败血症或脑膜炎,可给予氨苄西林和氨基

糖甙类联合治疗,以加强协同抗菌作用。由于脑脊液中菌量常达 $107\sim 108/\text{ml}$,故青霉素G剂量宜大,每日15万 $\text{u}\sim 25\text{万}\text{u}/\text{kg}$ 。青霉素过敏患者,可给予头孢唑啉、头孢噻吩,或氯霉素、红霉素等。如为青霉素即刻型过敏反应者不宜用头孢菌素类。新生儿用氯霉素时剂量不宜过大,以防止“灰婴综合征”发生。疗程一般为10天,伴有脑膜炎者至少用14天。

【预防】

1. 对胎膜早破、早产、产前流血、性传播疾病患者均应筛选,以预防B组链球菌感染对新生儿的危害。但因细菌培养费时,可作宫颈内及导尿标本革兰染色。标本同时送B组链球菌、淋菌、衣原体及单纯疱疹病毒检测。如果革兰染色有革兰阳性球菌,可拟诊为B组链球菌携带者及菌尿,这些患者给予氨苄西林 2g 每6小时一次,直至分娩。其新生儿应作B组链球菌培养,并取胎盘床胎盘组织作培养。断脐后,取 10ml 脐血,分2份,分别作需氧和厌氧细菌培养。

2. 孕妇免疫:为预防新生儿B组链球菌感染,Baker等用纯Ⅲ型荚膜多糖疫苗免疫35例孕妇,57%产生抗体,并持续至产后3个月;62%产生IgG抗体,可进入胎盘到胎儿;新生儿血清标本如抗体 $\geq 2\text{g}$ 者,在试管内可有效地对Ⅲ型细菌株起调理素、吞噬和细菌杀灭作用。

二、李司忒菌感染

【概述】

李司忒菌属(*Listeria*)有三个菌种,其中仅单核细胞增多性李司忒菌(*L. monocytogene*,)可引起人类感染。如新生儿及婴儿的化脓性脑膜炎或脑膜脑炎,亦可引起成人人心内膜炎等,妊娠妇女感染本菌后可引起流产。

【病原学】

单核细胞李司忒菌为革兰阳性短杆菌,需氧、无芽孢,一般不形成荚膜。血清分型在流行病学上有重要意义,目前至少有11个血清型。90%临床感染是由Ia、Ib及IVb型所引起。

【流行病学】

从水、土壤、尘埃、下水道、鱼、鸟类及哺乳动物、甲壳动物中均能检出本菌,该菌可引起多种动物疾病,是反刍动物脑炎及流产的常见病因。正常人粪便中李斯特菌携带率为 0.6%~16%,有 70% 的人可短期带菌,由于本菌较难从大便中分离,故实际带菌率可能更高。污染食品作为传播媒介已日显重要,通过消化道进食染菌肉类、牛奶、生菜或奶酪;妊娠期感染者病菌可经胎盘或产道造成胎儿及新生儿感染。本菌为散发性感染,发病率有逐年增长趋势,近年已有爆发流行,病死率接近 30%,多发于夏季。1980—1982 年美国年发病率为 3.6/百万,估计每年有 800 病例,病死率为 19.1%,多为老龄患者。

【发病机制】

李司忒菌不产生内毒素,而产生一种溶血性外毒素,可能在致病中起一部分作用,李司忒菌属细胞内寄生菌,T 细胞在清除本菌中起重要作用,故有免疫缺陷、糖尿病、酒精中毒,使用肾上腺皮质激素的孕妇都较易感染本病。孕妇李司忒菌血症可直接累及胎盘、羊水和宫腔,可感染胎儿,造成流产、死胎、早产或新生儿感染。

【临床表现】

李司忒菌感染后大多为暂时带菌,显性感染在五岁以下儿童主要表现为脑膜炎及败血症,各年龄组成人皆可感染本病,在全身各脏器形成实质病变。

1. 妊娠感染 可发生于妊娠的任何时期,更多发于后 3 个月,有畏寒、发热、背痛,不进行血培养时,往往疑为尿路感染,症状可自限,可不影响胎儿,但也可致早产或死胎。足月分娩经产道感染的新生儿,常可在产后一个月出现症状,多表现为脑膜炎。

2. 新生儿败血性肉芽肿病 经胎盘感染,分娩后发病。患儿有多内脏播散性脓肿或肉芽肿,包括肝、脾、肺、肾及脑等组织,常伴有结膜炎、咽炎,皮肤红丘疹多发于躯干及肢端。患儿可出现呼吸或循环衰竭,病死率高达 33%~100%。及早治疗可提高存活率。

3. 败血症 成人或新生儿均可发生败血症,部分患者病程中出

现感染性休克。成人患者多伴有免疫缺陷,新生儿出生后3天出现症状。临床表现与其他革兰阴性菌败血症相似。

4. 脑膜脑炎 新生儿多在出生3天后发病,成人患者绝大多数继发于恶性肿瘤、器官移植、肝硬化及免疫球蛋白低下等基础上,呈亚急性过程,中度发热,很少昏迷,共济失调较为多见。李司忒菌脑膜炎应与新形隐球菌、肺炎球菌、星形放线菌及弓形体等引起的脑膜炎相鉴别。

5. 脑干脑炎 发病者均为成人,发病率虽较低,但临床表现严重,可出现颅神经非对称性偏瘫、共济失调,并可发生呼吸衰竭,病死率高达50%以上。

6. 局部感染 化脓性结膜炎及皮肤感染可为婴儿败血肉芽肿的一部分。实验室人员、兽医可直接接触感染;淋巴结感染多见于颈部,可与结核性淋巴结感染混合存在。

李司忒菌尚可引起肝炎、肝脓肿、心内膜炎、关节炎、骨髓炎、脊髓炎、脑脓肿及胆囊炎等。

【诊断】

白细胞计数及中性粒细胞大多增高,仅少数患者的单核细胞超过8%。脑脊液变化与其他细菌性脑膜炎相似。细菌培养阳性才可确立诊断。

【治疗】

氨苄西林或青霉素G是治疗李司忒菌感染的首选药物,联合氨基糖甙类则有协同作用。李司忒菌尚对红霉素、氯霉素、四环素、头孢噻吩等敏感。

三、沙门氏菌感染

沙门氏菌属为肠杆菌科的1属。因美国病理学家D. E. 沙门于1884年发现本属菌中的猪霍乱杆菌而得名。本菌属是一群抗原构造和生物学性状相似的革兰氏阴性杆菌。菌型繁多,已发现有2000种以上的血清型。能对人 and 少数温血动物致病。对人致病,引起肠伤寒、肠胃炎和败血症等表现。

【病原学】

沙门氏菌为革兰阴性杆菌,无芽孢,无荚膜,具有鞭毛,能运动。在普通培养基中易生长繁殖。对外界的抵抗力较强,在水、乳类及肉类食物中能生存数月。加热 60℃ 30 分钟可灭活,5% 石炭酸或 1:500 升汞于 5 分钟内即可将其杀灭。

沙门氏菌有菌体抗原“O”和鞭毛抗原“H”。根据菌体抗原结构分为 A、B、C、D、E……34 个组,再根据鞭毛抗原的不同,鉴别组内的各菌种或血清型。在沙门氏菌中,引起人类疾病的沙门氏菌主要属于 A、B、C、D、E 组,其中除伤寒和副伤寒沙门氏菌外,以 B 组的鼠伤寒沙门氏菌、C 组的猪霍乱沙门氏菌、D 组的肠炎沙门氏菌及 E 组的鸭沙门氏菌等 10 多个型最为常见。

【流行病学】

本病主要通过粪—口途径传播,也可经被污染的肉类、禽蛋类等食物或水传播给人;医院内可因被污染的被服、医疗用具、工作人员的手、玩具、公用的水管、门把手等造成院内交叉感染,严重时甚至造成病房内暴发流行。任何年龄均可患病。本病全年均可发病,但多发生于夏秋季,有起病急、潜伏期短、集体发病等流行特征。病后免疫力不强,可反复感染。食物传播为引起人类沙门氏菌感染的主要传播途径。主要传染源是家畜、家禽及鼠类。病人及无症状带菌者亦可作为传染源。

【临床表现】

潜伏期因临床类型而异,胃肠炎型者短至数小时,而类伤寒型或败血症型可长达 1~2 周。

1. 胃肠炎型

是最常见的临床类型,约占 75%,潜伏期 8~48 小时。多由鼠伤寒、猪霍乱及肠炎沙门氏菌引起。多数起病急骤,畏寒发热,体温一般 38℃~39℃,伴有恶心、呕吐,腹痛,腹泻,大便常为水样,量多,很少或没有粪质,重者可呈暴发型引起严重脱水、电解质紊乱以至循环衰竭,偶有类似于“中毒性菌痢”样表现者。

2. 类伤寒型

多由猪霍乱及鼠伤寒沙门氏菌所引起。潜伏期平均 3~10 天,临床症状与伤寒相似,但病情和经过均较伤寒轻。热型呈弛张热或稽留热,亦可有相对缓脉,但皮疹少见,腹泻较多,由于肠道病变较轻,形成溃疡较少,故很少发生肠出血和肠穿孔。

3. 败血症

以长期发热为主要特征,体温可高达 40℃ 以上,呈不规则热(弛张热或间歇热),伴反复寒战、出汗、头痛、恶心、厌食、体重下降,部分患者有胃肠炎症状,偶见脾肿大。婴儿的脑膜易受侵犯。

4. 局部化脓感染型

多见于 C 组沙门氏菌感染。一般多见于发热阶段或热退后出现一处或几处局部化脓病灶。以支气管肺炎、肺脓肿、胸膜炎、心内膜炎、肋软骨局部脓肿及肋骨骨髓炎等较为多见,亦可发生脑膜炎、脾脓肿及胆囊炎等化脓性病灶。

以上几种临床类型不易明确划分,常互相重叠,如胃肠炎可伴发或继发败血症,败血症常并发局部化脓灶,局部化脓灶亦可继发败血症。

【诊断】

1. 实验室检查 ①白细胞总数大多正常,有局灶性化脓性病变时明显升高。②粪便检查:部分患者粪便有粘液和血,镜下白细胞增多。③细菌学检查:胃肠炎时易从呕吐物和粪便中分离出沙门菌,并与可疑食物中分离的一致。胃肠道外感染时,可从血、脓液、脑脊液等中检查沙门菌,因细菌间歇入血,反复培养可提高阳性率。

2. 沙门菌性胃肠炎 急性胃肠炎伴明显发热,且时间较长,有不洁饮食史。从排泄物及可疑食物中分离出病原菌即可确诊。

3. 伤寒型和败血症型 持续发热 1 周以上,无明显系统症状,或有胃肠道表现,肝脾肿大,白细胞正常者应考虑本病的可能,多次重复血培养可明确诊断。

【防治】

1. 孕妇应注意饮食卫生,不喝生水,食物应煮熟煮透。

2. 胃肠炎患者应以维持水、电解质平衡为重点。尤其孕妇应注意勿使脱水及电解质紊乱。有失水时需静脉补液,情况改善后再改

为口服。选用对胎儿无害的抗生素口服或静脉滴注。

第二节 病毒性感染

一、风疹病毒

【概述】

风疹病毒(Rubella virus)属节肢介体病毒中的披膜病毒(Togavirus)科,为风疹的病原病毒。是一种通过呼吸道传染,由风疹病毒引起的急性传染病。通过患者鼻咽分泌物的飞沫直接传染,经14~21天潜伏期后,后头部、耳后部、颈部等处的淋巴结肿大,发热,并且1~2日后,颜面和头部即可出现风疹,并顺次扩大到颈部、躯干部和四肢,约经3日消退。人是病毒的唯一自然宿主。

妊娠早期初次感染可引起流产或胎儿畸形。胎儿常发生白内障、小眼球症、重听、心脏病和小头症等先天性异常。在妊娠头2个月内感染流行性风疹的妇女,几乎常常娩出有缺陷的儿童,眼的缺陷常发生在孕第3个月孕母受感染时;耳的缺陷发生较晚,多在孕第4个月孕母受到感染时。但妊娠晚期感染风疹,婴儿就很少受到影响。妊娠早期合并风疹对胎儿发育的影响已逐渐被人们所重视,产前监测并防止先天性风疹病胎儿的出生是优生优育的重要举措之一。一次感染后可获持久的免疫力,因此,儿童和育龄期妇女应接种疫苗进行预防。

【病原学】

风疹病毒是披膜病毒科风疹病毒属中唯一成员,其物理和生物学特性与披膜病毒相似。风疹病毒为圆形单链RNA病毒,周围有外膜,直径50~70nm,只有一个血清型,与其他披膜病毒无交叉反应。人是该病毒的唯一自然宿主。风疹病毒不耐热,56℃ 30分钟可失活,在-60℃下可长期保存。

【发病机制】

病毒进入呼吸道后先在局部粘膜,继之在颈部、颌下和耳后淋巴

结增殖,表现有淋巴结肿大,此后病毒经血流到达皮肤、结膜、关节部位,引起皮疹、结膜炎和关节炎,极少数情况下可到达脑组织,引起脑炎。孕妇感染风疹后,病毒通过血流感染胎盘,并侵袭胎儿,在早孕时感染风疹,则阻碍胚胎发育或影响脏器形成,引起流产或各式各样的先天性畸形;在胚胎器官形成后或妊娠后期感染,则可发生先天性风疹综合征。风疹病毒最先累及各脏器血管内膜,引起坏死,最后成纤维细胞增生、内膜增厚或疤痕形成,导致各脏器动脉弥漫性改变。最常累及的器官有心、肾、肺、肝、脑、眼、耳、骨髓、脾等。所有的病变不一定在出生后全部出现,有的可延至出生后数周或数年才出现。

【临床表现】

1. 孕妇感染 潜伏期一般为14~21天,症状轻,主要表现为感冒症状,淋巴结肿大及皮疹。发热1~2日后出现皮疹,于颜面部、躯干、四肢发生弥漫性似麻疹样红斑丘疹,周围充血,多在1~3日自然消退。可出现周身淋巴结肿大,多在耳后、颈部,以及头痛、关节肌肉痛等。病程为数天至2周,预后良好。但孕妇受感染后往往能引起流产、早产、死胎或胎儿畸形。

2. 先天性感染 风疹病毒能诱发胎儿广泛感染,累及全身各系统,其中很多为先天性缺陷。临床症状可于生后发生,也可在生后数周、数月甚至数年出现。产生的缺损可以是单一或多重的。眼损害以先天性白内障发生率最高(55%~66%),多为双侧性,常与小眼症并发。听力障碍可以是先天性风疹的唯一表现,70%为双侧性,可于出生第一年后变坏,也有听力正常突然发展为听力丧失。心血管损害以动脉导管未闭最多见,房间隔缺损、室间隔缺损次之。中枢神经系统损害的主要表现是小头畸形,此系胚胎期脑炎的后果。

母体在妊娠早期感染风疹,出生的婴儿常常较小,营养不良,并且喂养困难,婴儿常出现典型的三联畸形:白内障、先天性心脏病和耳聋。

【对妊娠的影响】

孕妇属易感人群,一旦感染便可发生子宫内感染致胎儿畸形及严重后遗症,流产及死产率较正常妊娠高2~4倍。妊娠早期感染者