راوانی موارد HBs Ag مثبت در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی– درمانی شهر اهواز

دکتر راضیه محمد جعفری:* استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
نسرین سعادتی: مربی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
دکتر شهلا وزیری اسفرجانی: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز
دکتر اشرف سورانی یان چشمه: پزشک عمومی

فصلنامه پایش
سال سوم شماره سوم تابستان ۱۳۸۳ صص ۲۴۳-۲۳۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۴/۲۰

چکیده

عفـونت با ویروس هپاتیت B یک مشکل مهم بهداشتی در تمام نقاط دنیا به‌شمار می‌رود و ارتباط آن با طب زنان و زایمان، به علـت خطـر بـالای انـتقال عمـودی عفـونت از مادر به جنین یا نوزاد، احتمال بالای مزمن شدن بیماری در نوزادان و امکان بالقوه پیشگیری از عفونت در نوزاد از طریق به‌کارگیری ایمونوگلوبولین و واکسن هپاتیت B می‌باشد.

شـایع‌تـرین علـت زردی در بارداری هپاتیت ویروسی است. مطالعات نشان داده‌اند که احتمال زایمان پره ترم به دنبال هپاتیت حاد در سه ماه سوم افزایش می‌یابد و همچنین به دنبال این بیماری در ۹۰ درصد شیرخوارانی که در دوره پره ناتال آلوده شده‌اند، ۵۰ درصد کودکان و نیز ۱ تا۱۰ درصد بالغین، حالت ناقل مزمن ایجاد می‌شود. بر این اساس پژوهش حاضر به صورت یک مطالعه مقطعـی- تحلیلـی جهت تعیین فراوانی موارد HBs Ag به روش تصادفی ساده بر روی ۱۲۰ خانم باردار که از تاریخ فروردین ماه سـال۱۳۷۷ لغایـت دی مـاه سـال ۱۳۷۷بـه مراکـز بهداشـتی- درمانـی شهر اهواز مراجعه کرده بودند، انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعـات مـصاحبه، تکمـیل پرسـشنامه و بررسی پاسخ آزمایشات بوده است. نتایج مطالعه نشان داد که ۲ نفر از ۱۲۰ نمونه مورد مطالعه HBs Ag مثبت بودند(۱/۷ درصد) و HBe Ag در هیچکدام از این دو مورد یافت نشد.

هپاتیت ویروسی یکی از پنج عامل عفونی مرگ زودرس انسانی در سطح جهان می‌باشد. این یافته‌ها و نیز مطالعات انجام شده در زمیـنه شـیوع بالای ناقلین مزمن هپاتیت B و نیز انتقال عفونت از مادر ناقل به نوزاد، نیاز به انجام غربالگری رایج در تمام زنان باردار از نظر HBs Ag را مورد حمایت قرار می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: HBs Ag، بارداری، اهواز

* نویسنده اصلی: اهواز، بلوار گلستان، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی
تلفن: ۳۳۶۱۵۱۸-۰۶۱۱ نمابر: ۳۳۶۱۵۱۸-۰۶۱۱
E-mail: saadatynasrin@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.3.8.8]

مقدمه

هپاتیت ویروسی یکی از پنج عامل عفونی مرگ زودرس انسانی در سطح جهان است که توسط ۵ نوع ویروس: HAV ، HBV، HCV، HDV و HEV ایجاد می‌شود. این ویروس‌ها از نظر روش انتقال و تمایل به مزمن شدن با یکدیگر متفاوت هستند. هپاتیت ویروسی نوع B را در گذشته هپاتیت سرمی می‌نامیدند.

ویروس هپاتیت B یک DNA ویروس با ساختمان ژنومی فوق‌العاده فشرده از خانواده هپادنا ویروس‌ها می‌باشد که از ۳۲۰۰ جفت باز و ۴ ژن تحت عنوان S، C، P، و X تشکیل شده است[۱، ۲]. شواهد حاکی از آن هستند که تظاهرات بالینی و عواقب آسیب حاد کبدی که در اثر هپاتیت ویروسی به‌وجود می‌آیند ناشی از پاسخ‌های ایمنی میزبان هستند[۳].

ضایعات مورفولوژیک نمادینی که در تمام انواع هپاتیت‌های ویروسی مشاهده می‌شوند، شبیه به هم هستند و شامل ارتشاح سلول‌های تک‌هسته‌ای، نکروز سلول‌های کبدی، هیپرپلازی سلول‌های کوپفر و درجات مختلفی از کلستاز می‌باشند.

مرحله بهبود هپاتیت ویروسی حاد با ترمیم سلول‌های کبدی و بازگشت تقریباً کامل ساختمان طبیعی لبول مشخص می‌شود. ترمیم غیر طبیعی یعنی فیبروز و رژنراسیون ندولر اجزای ضروری سیروز هستند که نشان دهنده پیش رفتن فرایند صدمه و ترمیم است[۳]. سالیانه حدود ۳۰۰۰۰۰ مورد عفونت اولیه هپاتیت B درایالات متحده بروز می‌کند که تنها ۰/۲۵ تا ۰/۵۰ درصد آنها همراه با بیماری حاد ایکتریک است [۴]. همچنین تخمین زده می‌شود که بیش از ۲۰۰ میلیون ناقل HBs Ag در سراسر جهان وجود داشته که مخزن اصلی HBV در انسان را تشکیل می‌دهند[۱].

سالیانه بیش از ۱۰۰۰۰ نفر به علت هپاتیت B بستری می‌شوند و ۳۰۰ نفر به علت هپاتیت برق‌آسا و ۴۰۰۰ نفر در اثر سیروز ناشی از هپاتیت می‌میرند[۳، ۴، ۵]. کارسینوم هپاتوسلولار شایع است و از سوی WHO اعلام شده که ویروس هپاتیت B دومین عامل شایع این بیماری پس از دخانیات می‌باشد[۴]. بیشترین عوارض جدی هپاتیت B ناشی از عفونت مزمن است که رابطه معکوس با سن دارد، به‌طوری که در ۱۰-۵ درصد بالغین و ۷۰ تا ۹۰ درصد نوزادان آلوده روی می‌دهد. به نظر می‌آید که انسان تنها مخزن آلودگی برای عفونت‌های انسانی است. به‌طور کلی ویروس HBV از دو راه پوستی و غیرپوستی انتقال می‌یابد. در انتقال پوستی ویروس از طریق تزریق یا تلقیح وارد بدن می‌شود. امروزه معلوم شده که در بیشتر موارد ویروس هپاتیت B از راه‌های غیرپوستی منتقل می‌شود و دو راه غیرپوستی انتقال ویروس که اخیراً به‌عنوان مهم‌ترین روش‌های انتقال ویروس مورد توجه قرار گرفته‌اند عبارتند از: انتقال در هنگام زایمان و تماس نزدیک به‌ویژه رابطه جنسی[۲، ۳].

در اروپای غربی و آمریکای شمالی شیوع موارد HBs Ag مثبت، کمتر از ۲ درصد بوده و در آسیای جنوب شرقی، چین و آمریکای جنوبی بالای ده درصد است[۶]. در نوزادان نارس و با وزن کم که پس از تولد نیاز به مراقبت و درمان خاص در بیمارستان دارند انتقال خون، تجویز آنتی بیوتیک، تغذیه وریدی و درمان‌های جراحی، مهم‌ترین فاکتور مؤثر در ایجاد عفونت هپاتیت B می‌باشند[۷].

پس از آلودگی به HBV، اولین شاخص ویروسی که در سرم قابل شناسایی می‌باشد HBs Ag است و در تمام دوره یرقان (دوره علامت‌دار بیماری) و تا مدتی پس از آن قابل شناسایی است. شاخص سرولوژیک دیگر که در مبتلایان به هپاتیت B ارزشمند است HBe Ag می‌باشد که به‌طور همزمان یا کمی پس از پیدایش HBs Ag در سرم ظاهر می‌شود و شاخص کیفی خوبی برای همانند سازی و عفونت زایی نسبی ویروس محسوب می‌شود[۱].

حداقل ۹۵ درصد بیماران بالغ مبتلا به هپاتیت Bکه از نظر سلامت وضعیت خوبی دارند، بهبودی کامل پیدا کرده و در مبتلایان بستری میزان مرگ و میر ۰/۱ درصد می‌باشد. مشاهدات مطرح می‌کنند که در بالغین جوان ۱ درصد موارد هپاتیت حاد B علامت‌دار به هپاتیت مزمن تبدیل می‌شود. حضور مداوم HBs Ag و HbeAg حداقل ۶ ماه پس از بروز هپاتیت حاد و عدم برگشت ترانسفرازها، بیلیروبین و گلوبولین‌ها به مقادیر طبیعی ظرف ۶ تا۱۲ ماه از شروع بیماری مطرح کننده پیشرفت به سوی هپاتیت مزمن می‌باشد. عفونت در هنگام تولد از نظر بالینی به شکل عفونت حاد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.3.8.8]

بی‌علامت است اما ۹۰ درصد احتمال مزمن شدن وجود دارد. خطر ابتلا به سرطان کبدی نیز در ناقلین مزمن HBs Ag به ویژه آنهایی که در دوره شیرخوارگی به آن مبتلا شده‌اند بیشتر می‌باشد[۱]. اقدامات بهداشتی فردی- عمومی باید با توجه به این اصل تنظیم و انجام شوند که مایعات، ترشحات و مواد دفع شده از بدن بیماران توانایی بالقوه برای عفونت‌زایی دارند. عوامل ایمنی‌زا در جهت پیشگیری از عفونت HBV، واکسن و ایمونوگلوبولین هستند. لذا آموزش افراد HBs Ag مثبت و گروه‌های پرخطر در زمینه مخازن HBV، راه‌های انتقال و اقدامات بهداشتی امری لازم است[۳].

هپاتیت ویروسی شایع‌ترین بیماری جدی کبدی است که زن باردار با آن روبرو می‌شود[۴]. ارتباط هپاتیت B با طب زنان به علت ریسک بالای انتقال عمودی از مادر ناقل به کودک، احتمال بالای ناقل مزمن شدن در نوزادان آلوده و امکان بالقوه ریشه کنی توسط واکسیناسیون می‌باشد[۵]. روش اصلی آلودگی جنین از راه خوردن مواد و ترشحات آلوده در حین زایمان یا تماس با این مواد پس از زایمان است. امکان انتقال عفونت HBV از طریق جفت بسیار ناچیز است [۴، ۵].

طی دوره نوزادی، آنتی ژن هپاتیت B در خون ۲/۵ درصد نوزادان مادران آلوده وجود دارد که نشاندهنده عفونت داخل رحمی می‌باشد و در بیشتر موارد آنتی ژنمی دیرتر بروز می‌کند که نشاندهنده انتقال عفونت در زمان زایمان است[۸]. اگرچه ویروس HBV از شیر مادر جدا شده ولی شواهد اپیدمیولوژیک مطرح کننده این است که عفونت HBV ربطی به تغذیه با شیر مادر ندارد[۱].

واکسیناسیون فعال شیرخوار در ۲۴ ساعت اول پس از تولد همراه با استفاده از ایمونوگلوبولین اختصاصی با تیتر بالا و پی‌گیری واکسیناسیون، به مادر اجازه شیردهی به شیرخوار را با حداقل خطر می‌دهد. تأثیرات و عوارض جنینی- نوزادی هپاتیت B شامل انتقال مادری به جنین یا نوزاد، احتمال بالای ناقل مزمن شدن، افزایش میزان زایمان پیش از موعد، عوارض ناشی از نارس بودن و هپاتیت جنینی- نوزادی می‌باشد[۹].

هپاتیت ویروسی در طی حاملگی اثر تراتوژنیک ندارد و مادران ناقل HBs Ag که Hbe Ag مثبت هستند، معمولاً (بیش از ۹۰درصد موارد) تنها عفونت را به نوزادان خود انتقال می‌دهند[۳، ۹، ۱۰].

حدود ۲۰درصد کودکانی که از طریق انتقال پری ناتال آلوده شده‌اند نهایتاً به سیروز کبدی یا کارسینوم هپاتوسلولار در سن بلوغ مبتلا خواهند شد[۶]. بررسی میزان شیوع عوامل خطر در ابتلا به HBV در ایران نشان داده است که انتقال از مادر به فرزند احتمالا مهم‌ترین روش انتقال در ایران است.

چون مادران قریب به ۵۰ درصد افراد آنتی ژن مثبت، همزمان از نظر HBs Ag مثبت بوده‌اند[۱۶]. بنابراین شاید ضرورت داشته باشد که در تمامی زنان باردار اقدام به بررسی سرولوژیک جهت یافتن ویروس HBV شود.

مواد و روش کار

این مطالعه مقطعی- تحلیلی با هدف کلی تعیین فراوانی Ag HBs مثبت در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر اهواز و با هدف ویژه تعیین فراوانی Ag Hbe مثبت در زنان باردار Ag HBs مثبت و هدف کاربردی ارزیابی انجام آزمایش HBs Ag در تمام زنان باردار به صورت روتین انجام شد.

متغیر وابسته، موارد مثبت HBs Ag در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر اهواز و متغیرهای مستقل، سن، تعداد بارداری، ویژگی‌های فرهنگی- اجتماعی، عوامل خطرساز شناخته شده برای عفونت HBV و سابقه تزریق واکسن هپاتیت B در مادران باردار بودند.

آنتی ژن سطحی هپاتیت B شامل پروتئین‌های پوشینه‌ای است که بر روی سطح خارجی ویریون و نیز ذرات کوچکتر کروی ولوله‌ای بروز می‌نماید. این آنتی ژن اولین شاخص ویروسی است که بعد از آلودگی به عفونت HBV در سرم قابل شناسایی بوده و در تمام دوره علامت‌دار بیماری و مدتی پس از آن قابل شناسایی است. باقی ماندن HBs Ag بیش از ۶ ماه نشانه مزمن شدن عفونت HBV می‌باشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.3.8.8]

HBe Ag به طور همزمان یا کمی پس از پیدایش HBs Ag در سرم ظاهر می‌شود و شاخص همانندسازی و عفونت‌زایی HBV محسوب می‌شود. تداوم حضور HBe Ag، به مدت بیش از ۳ ماه پس از عفونت حاد ممکن است نشانگر عفونت مزمن باشد.

جامعه مورد پژوهش در این مطالعه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر اهواز از فروردین ماه لغایت دی ماه سال ۱۳۷۷بودند. روش نمونه گیری تصادفی ساده و تعداد نمونه با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه $N = Z^2.P.(1-P) / D^2$ محاسبه گردید.

در این مطالعه با توجه به متداول نبودن انجام آزمایش HBs Ag در تمام زنان باردار و هزینه نسبتاً بالای آن، مبنا زمان قرارداده شد و به روش نمونه گیری تصادفی ساده تعداد ۱۲۰ زن باردار در مدت ۹ ماه از بین کل مراکز بهداشتی- درمانی شهر اهواز انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات، مصاحبه برای تکمیل پرسشنامه و مشاهده پاسخ آزمایشات بوده است.

یافته‌ها

تعداد نمونه‌ها در این مطالعه ۱۲۰نفر می‌باشد. جدول شماره ۱ و ۲ نشان می‌دهند میانگین سن واحدهای مورد پژوهش ۲۸/۹ سال و میانگین تعداد بارداری آنها ۲/۷ (±۱/۵) می‌باشد.

لازم به ذکر است که ۱۵/۸ درصد موارد سابقه یک بار سقط،۱/۷ درصد سابقه ۲ بار سقط و ۱/۷ درصد افراد مورد مطالعه سابقه بارداری خارج از رحم داشته‌اند.

جدول شماره ۳ بیانگر آن است که در بیشتر موارد سطح تحصیلات نمونه‌های مورد پژوهش و همسران آنها در حد دیپلم می‌باشد (۴۰درصد).

همچنین ۸۵ درصد از زنان مورد مطالعه خانه‌دار و ۱۵ درصد شاغل می‌باشند و از این تعداد ۵ درصد مشاغل بیمارستانی دارند. در ۷۰ درصد موارد همسران افراد مورد مطالعه کارمند می‌باشند.

جدول شماره ۱-* توزیع فراوانی مطلق و نسبی سن در نمونه‌های مورد مطالعه

گروه سنی	فراوانی مطلق	درصد
۱۵-۱۹	۵	۴/۲
۲۰-۲۴	۲۷	۲۲/۵
۲۵-۲۹	۳۴	۲۸/۳
۳۰-۳۴	۲۹	۲۴/۲
۳۵-۳۹	۲۱	۱۷/۵
۴۰-۴۴	۴	۳/۳
جمع	۱۲۰	۱۰۰

* میانگین سن زنان مورد مطالعه ۲۸/۹ و کمترین و بیشترین میزان سن به‌ترتیب ۱۶و۴۱ سال می‌باشد.

جدول شماره۲-* توزیع فراوانی مطلق و نسبی تعداد بارداری در نمونه های مورد مطالعه

تعداد بارداری	فراوانی مطلق	درصد
۱	۳۳	۲۷/۵
۲	۲۶	۲۱/۷
۳	۲۵	۲۰/۸
۴	۲۲	۱۸/۴
۵	۱۴	۱۱/۶
جمع	۱۲۰	۱۰۰

* میانگین تعداد بارداری (پاریتی) ۲/۷ و انحراف معیار ۱/۵ می باشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.3.8.8]

عـوامل خطرسـاز عفونت هپاتیت B تنها در ۸/۳ درصد از مـوارد شناسـایی شـدند کـه ۵ درصـد در ارتـباط بـا مـشاغل بیمارسـتانی و ۳/۳ درصـد سـابقه انـتقال خـون را ذکر کردند. همچنـین ۲ نفر سابقه تماس با فرد HBs Ag مثبت داشتند کـه در هـر ۲ مـورد نـسبت فامیلـی نـسبتاً دور بوده و تماس نزدیک وجود نداشته است(جدول شماره ۴).

هـیچکدام از مـوارد مطالعـه شـده سابقه بیماری کبدی را ذکـر نکردند. ۶ نفر خانم باردار شاغل در مشاغل بیمارستانی و همچنـین ۱ نفـر از کـسانی کـه سـابقه انـتقال خون داشتند، واکسن هپاتیت B را دریافت نموده بودند(جدول شماره ۵).

همانطـور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود در ۱۲۰ خانم باردار مورد مطالعه ۲ نفر HBs Ag مثبت گزارش شدند (۱/۷درصد) که هر دو آنها HBe Ag منفی بوده و هیچیک از ایـن ۲ مـورد عامـل خطـر شـناخته شده برای عفونت HBV نداشتند. هر دو زیر ۳۰ سال و خانه‌دار بوده و سطح تحصیلات در حد راهنمایی داشتند. تیتر HBs Ag در یکی ۲/۶۳۶ و در دیگری ۲/۹۸۹ بود.

جدول شماره ۳- ویژگی‌های فرهنگی- اجتماعی زنان مورد مطالعه (n=۱۲۰)

سطح سواد زن باردار	فراوانی مطلق	درصد
بی‌سواد	۶	۵
خواندن و نوشتن	۹	۷/۵
ابتدائی کامل	۲۰	۱۶/۷
راهنمائی کامل	۱۸	۱۵
دیپلم	۴۸	۴۰
دانشگاهی	۱۹	۱۵/۸
سطح سواد همسران زنان باردار		
بیسواد	۵	۴/۲
ابتدائی کامل	۱۵	۱۲/۵
راهنمائی کامل	۲۲	۱۸/۳
دیپلم	۴۷	۳۹/۲
دانشگاهی	۳۱	۲۵/۸
شغل زنان باردار		
خانه دار	۱۰۲	۸۵
شاغل	۱۸	۱۵
شغل همسران زنان باردار		
بی‌کار	۳	۲/۵
آزاد	۱۵	۱۲/۵
کارگر	۱۷	۱۴/۲
کارمند	۷۰	۵۸/۳
کارمند عالی رتبه	۱۵	۱۲/۵

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی عوامل خطرساز شناخته شده برای عفونت HBV

عوامل خطرساز	فراوانی مطلق	درصد
سابقه انتقال خون	۴	۳/۳
مشاغل بیمارستانی	۶	۵
جمع	۱۰	۸/۳

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.3.8.8]

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی سابقه دریافت واکسن هپاتیت B در نمونه‌های مورد مطالعه

سابقه دریافت واکسن HBV	فراوانی مطلق	درصد
بله	۷	۵/۸
خیر	۱۱۳	۹۴/۲
جمع	۱۲۰	۱۰۰

جدول شماره ۶- توزیع فراوانی موارد HBs Ag مثبت در نمونه‌های مورد مطالعه

HBs Ag	فراوانی مطلق	درصد
مثبت	۲	۱/۷
منفی	۱۱۸	۹۸/۳
جمع	۱۲۰	۱۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

ایـن بررسی که از فروردین ماه لغایت دی ماه سال ۱۳۷۷ بـه‌صـورت نمـونه گیـری تـصادفی سـاده جهـت تعیین شیوع HBs Ag مثبت در ۱۲۰ خانم باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر اهواز انجام شده است، مشخص می‌کند کـه ۱/۷ درصـد نمـونه‌هـای مـورد مطالعـه HBs Ag مثـبت گـزارش شـده‌اند. در مطالعه Alvarez-munoz و همکاران در سـال ۱۹۹۷ تعـداد ۶۲۵۳ زن بـاردار ۱۲ تـا ۴۹ سـاله از نظر هپاتـیت B مـورد مطالعـه قـرار گرفتند. عفونت HBV در ۱۱ مـورد تشخیص داده شد (۱/۸درصد). شیوع عفونت هپاتیت B در زنانی که حاملگی High Risk داشتند، به طور بارزی (۲/۴ درصد) بیشتر از زنان باردار سالم (۱/۶۷) بود. همچنین در این مطالعـه عفونت HBV به طور مشخص در زنان بالای ۳۰ سال از شیوع بیشتری برخوردار بود[۱۱].

در مطالعـه Niesert و همکـاران در سـال ۱۹۹۶ شـیوع هپاتیت B در بارداری و تأثیر غربالگری انتخابی قبل از زایمان در زنانـی کـه عـوامل خطـر شـناخته شده برای هپاتیت B را داشتند، مورد بررسی قرار گرفت.

از نوامبر ۱۹۹۲ تا می ۱۹۹۴ تعداد ۹۱۲ زن باردار بستری در بخش زنان و زایمان از نظر HBs Ag و HBe Ag مورد آزمون قرار گرفتند.

نمونه‌های خون وریدی درطی سه ماهه سوم بارداری و بلافاصله بعد از زایمان گرفته شدند. ۱۳ بیمار (۱/۴درصد) از نظر HBs Ag مثبت گزارش شد. شیوع HBs Ag در زنان آلمانی و زنان کشورهای غیر آندمیک ۰/۳۸ درصد و در مقابل ۵/۷ درصد برای کشورهای آندمیک بود. HBe Ag نیز در دو بیمار یافت شد[۱۲].

ارتـباط هپاتـیت B با طب زنان این است که به علت خطر بالای انتقال عمودی از مادر ناقل به کودک احتمال بالای ناقل مـزمن شـدن در نـوزادان را به همراه دارد. حاصل ارزیابی‌های کلـی در مـورد شـیوع هپاتـیت B در بـارداری در گـروه‌هـای جمعیتـی مخـتلف مـتفاوت است. در گروه‌های طبقه پایین از نظـر وضـعیت اجتماعـی- اقتـصادی شیوع در حدود ۱ درصد اسـت و شـایعترین حالـت عفونت نوزادی زمانی است که مادر ناقل مزمن باشد و اگر سرم مادر از نظر HBe Ag مثبت باشد خطـر ابـتلای نـوزاد بـه ۹۰ درصـد مـی‌رسد. انتقال عفونت از مـادری کـه بـه عفـونت حـاد HBV مبـتلا است، اگر مادر در سـه‌ماهـه سـوم یا به فاصله کوتاهی پس از زایمان مبتلا شود، خطـر هپاتیت بالینی در نوزاد به ۸۰ درصد می‌رسد و اگر مادر در سـه‌ماهه اول یا دوم مبتلا شود، خطر عفونت نوزاد ۱۵-۱۰ درصد است[۴، ۵]. تأثیرات و عوارض جنینی- نوزادی هپاتیت B شـامل انـتقال از مـادر به جنین، احتمال بالای ناقل شدن، افـزایش میزان زایمان پیش از موعد و عوارض مربوط به نارس بـودن نـوزاد اسـت. در بعـضی از گزارشـات حـدود ۳۲ درصد افـزایش در میـزان زایمان پیش از موعد به دنبال هپاتیت حاد در سه‌ماهه سوم مشاهده شده است. اما در مطالعات انجام شده کمتـر از ۵۰ درصـد زنـان بـاردار HBs Ag مثـبت عـوامل خطرساز برای عفونت را داشتند[۹].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.3.8.8]

در مطالعـه Desede و همکـاران در سـال ۱۹۹۵ شـیوع هپاتـیت B در زنـان مـراجعه‌کننده بـه کلینـیک‌هـای زنان و زایمـان در San Juan پورتوریکو از سال ۱۹۸۹ تا سال ۱۹۹۰ بررسـی شـد. از ۹۹۲ زن بـارداری که از نظر مارکرهای HBV آزمـایش شدند ۹۱ نفر (۹/۲درصد) شواهدی از عفونت قبلی یا اخیـر HBV داشـتند و ۴ نفـر (۰/۴درصد) ناقل مزمن HBV بـودند. شـیوع سـنی هپاتـیت B برای زنان ۱۹-۱۵ ساله ۴/۱ درصـد و بـرای زنـان ۳۰ سال به بالا ۱۸/۵ درصد گزارش شد [۱۳].

اگـر چـه بارداری به طور طبیعی تغییرات قابل توجهی در یافـته‌هـای فیزیکـی مـربوط بـه ارزیابـی عملکرد کبد به‌وجود می‌آورد، اما هیچ ممنوعیتی جهت تجویز واکسن هپاتیت B در حاملگـی وجـود نـدارد. ارزیابـی‌هـای گذشـته‌نگر در خانم‌های بارداری که واکسن دریافت نموده‌اند، هیچ اثر تراتوژنی را نشان نـداده اسـت. ضـمن آن کـه انجـام زایمان به طریق سزارین از انـتقال HBV از مـادر HBs Ag مثـبت پیشگیری نمی‌نماید [۵]. لذا انجام آزمایش HBs Ag در تمام زنان باردار کشور به صورت متداول ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

1- Braunwald E. Harrison's Principles of Internal Medieine. 15th Edition, McGraw-Hill: USA, 2001
2- Goldman L, Bennett J. Cecil Textbook of Medicine 2lth Edition, W.B. saunders : USA, 2000
3- Gerald L, Mandell B, John E, Dolin R. Principles and Practice of Infectious Disease. 4th Edition, Churchill Livingston: London, 1995
4- Cunningham F. Williams Obstetrics. 2lth Edition, McGraw-Hill: USA, 2001
5- Creasy RK, Resnik R. Maternal-Fetal Medicine. 3th Edition, W.B. Saunders: USA, 1994
6- Figueroa-Damian R, Sanchez-Fernandez L, Benavides-Covarrubias E. The Behauior and Perinatal Impact of Viral Hepatitis in Pregnancy. Revista Gastroentrology Mexica 1994; 3: 246-53
7- Chlebna SD; Ligenza I, Krajewski P. Analysis of factors affecting HBV and HCV infection in premature children. Przeglad Epidemiologiczny 1997; 3: 239-46
8- Behrman RE; Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 16th Edition, W.B. saunders Co., Philadelphia, 2000
9- Lewdermilk DL, Perry ShE, Bobak IM. Maternity & Women's Health Care. 6th Edition, Mosby-Year Book, 1998
10- Dinsmoor MJ. Hepatitis in the obstetric patient. Infectious Diseases Clinics of North America 1997; 1: 77-91
11- Alvarez MMT. Infection of pregnant women with hepatitis B and C and risk for vertical transmission. Archives of Medical Researches 1997; 3: 415-9
12- Niesert S. Prevalence of hepatitis B in pregnancy and selective screening. Geburshilfe Frauenklinik (In: Germany) 1996; 6: 283-6
13- Deseda-CC, Sweeney PA, Woodruff BA, Lindegren ML, Shapiro CN, Onorato LM. Prevalence of hepatitis B, C and HIV infection among women attending prenatal clinics in San Jaue, Puerto Rico; from 1989-1990. Obstetrics & Gaynecology 1995; 1: 75-8

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.3.8.8]