

不同孕周开始治疗妊娠梅毒患者的妊娠结局分析

明亚玲¹, 李天涛²

1. 南京市第二医院妇产科, 江苏 南京 210003; 2. 浙江省人民医院妇产科, 浙江 杭州 310014

摘要: **目的** 探究不同孕周开始治疗妊娠梅毒患者对妊娠结局的影响。**方法** 选择 2010 年 1 月至 2014 年 2 月收治的妊娠梅毒患者 126 例, 依据开始进行诊治的孕周不同分为孕周 >16 周组 61 例, 孕周 ≤16 周组 65 例, 对两组患者施行同一治疗方案, 比较两组患者的新生儿娩出情况及妊娠结局等指标。**结果** 孕周 >16 周组患者新生儿阿氏评分与体重均明显低于孕周 ≤16 周组, 差异有统计学意义 (P 均 < 0.01), ≤16 周组正常足月活婴数显著优于 >16 周组, 差异有统计学意义 (P < 0.01); ≤16 周组先天梅毒、早产儿与足月小样儿例数明显低于 >16 周组 (P < 0.05, P < 0.01); 两组均未出现死产儿。**结论** 对妊娠梅毒开始诊治的孕周进行分期, 能够较好的指导临床治疗, 有效降低妊娠风险, 使新生儿相对健康安全, 临床应用价值较高。

关键词: 梅毒; 妊娠; 孕周; 新生儿体重; 妊娠结局; 治疗

中图分类号: R 759.1⁺5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)12-1640-03

梅毒是由苍白(梅毒)螺旋体所致的一种人类所独有的性传播疾病, 其中 95% 的新近感染梅毒是通过与梅毒携带者的不洁或危险性性接触传播所致, 较少一部分可经过血液、亲吻及梅毒患者的衣物用具等途径感染传播^[1]。梅毒具有临床症状与表现较为复杂、病情迁延、病程较长、强传染性等特点。梅毒在全世界均有发病, 每年全球新发病患者上千万, 而在中国的增长非常迅速, 现已成为性病例数报告中居首位, 在梅毒报告例数中, 大多数为潜伏梅毒, 二期与一期梅毒也比较常见, 其中先天梅毒病患例数也在逐年增加^[2]。妊娠梅毒是指妇女妊娠期间出现隐性或显性梅毒, 且在妊娠梅毒患者体内, 梅毒螺旋体还能穿过胎盘与脐静脉使胎儿感染, 产生先天梅毒, 同时, 妊娠梅毒患者可出现小动脉炎而造成胎盘及相关组织坏死, 引发早产、流产及死胎, 仅仅有较少部分的病患能够分娩出健康新生儿^[3-4]。本研究分析不同孕周开始治疗妊娠梅毒患者对妊娠结局的影响, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院 2010 年 1 月至 2014 年 2 月收治的妊娠梅毒患者 126 例。纳入标准: (1) 全部病患入院后均被确诊为妊娠期梅毒; (2) 病患及其配偶存在梅毒感染病史或婚外性行为, 病患可能存在早产、死胎、流产、死产及先天梅毒娩出史, 具备梅毒的体征与临床表现; (3) 符合梅毒诊断的实验室检查: 经直

接免疫荧光与暗视野显微镜对皮损组织及其渗出物进行检测, 表现为血清学梅毒检测阳性或检测出梅毒螺旋体。排除: (1) 存在肝肾功能、心肺功能及造血系统严重障碍者; (2) 患有严重精神疾患者; (3) 存在青霉素过敏史者。依据开始进行诊治的孕周不同分为孕周 >16 周组 61 例和孕周 ≤16 周组 65 例。孕周 >16 周组: 年龄 18 ~ 37 (27.15 ± 4.28) 岁; 已婚 57 例 (93.44%), 未婚 4 例 (6.56%); 农民 21 例 (34.43%), 工人 19 例 (31.15%), 其他职业 9 例 (14.75%), 无职业者 12 例 (19.67%); 小学学历 8 例 (13.11%), 初中学历 45 例 (73.77%), 高中学历 7 例 (11.48%), 大学学历 1 例 (1.64%)。孕周 ≤16 周组: 年龄 19 ~ 38 (27.84 ± 4.68) 岁; 已婚 60 例 (92.31%), 未婚 5 例 (7.69%); 农民 23 例 (35.38%), 工人 20 例 (30.77%), 其他职业 10 例 (15.38%), 无职业者 12 例 (18.46%); 小学学历 9 例 (13.85%), 初中学历 48 例 (73.85%), 高中学历 7 例 (10.77%), 大学学历 1 例 (1.54%)。两组年龄、学历、职业等一般临床资料比较差异无统计学意义 (P 均 > 0.05)。

1.2 先天梅毒诊断标准 (1) 包含下列其中一项者可诊断: ①对新生儿出生时血清进行检查, 发现血清学实验中非梅毒螺旋体抗原滴度是母体分娩前 4 倍及以上; ②经暗视野显微镜在新生儿体内检测出梅毒螺旋体; ③经检测发现梅毒螺旋体中的 IgM 抗体为阳性。(2) 母体与新生儿梅毒血清学检测为阳性, 并包含下述临床表现中的两项及以上者可诊断: 皮肤损害 (四肢末端掌跖面出现斑疹、脱皮及斑丘疹等)、新生儿窒息、呼吸困难、肝脾肿大、病理性黄疸、胎儿生长

受限、低体重儿、水肿、腹胀、血小板减少与贫血及骨骼病理性改变(X线片)等临床表现。

1.3 治疗方法 患者均给予苄星青霉素进行治疗,1次/周,240万U/次臀部肌肉注射,3周为1个疗程,在入院确诊时及生产分娩时分别给予1个疗程的治疗。首个疗程结束后1个月进行灭活血清反应素试验(USR)检测,当其滴度出现4倍及以上降低者可视为临床治愈,未达临床治愈标准者继续治疗1个疗程。病患妊娠期间需每月进行USR复查,直至胎儿娩出。病患性伴侣或配偶需同时接受观察与治疗。

1.4 观察指标 观察新生儿娩出情况(阿氏评分^[5]与体重等)及妊娠结局(先天梅毒、早产、死产、足月小样儿与正常足月婴儿等)。

1.5 统计学方法 采用SPSS 18.0软件进行统计处理。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用成组 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者新生儿娩出情况比较 孕周 >16 周组患者新生儿阿氏评分与体重均明显低于孕周 ≤ 16 周组,差异有统计学意义(P 均 <0.01)。见表1。

2.2 两组患者妊娠分娩结局比较 ≤ 16 周组正常足月活婴数显著优于 >16 周组,差异有统计学意义($P < 0.01$); ≤ 16 周组先天梅毒、早产儿与足月小样儿例数明显低于 >16 周组($P < 0.05, P < 0.01$);两组均未出现死产儿。见表2。

表1 两组患者新生儿娩出情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	阿氏评分	体重(kg)
>16 周组	61	6.81 \pm 0.94	2.81 \pm 0.59
≤ 16 周组	65	8.94 \pm 1.26	3.58 \pm 0.72
t 值		10.70	6.54
P 值		<0.01	<0.01

表2 两组患者妊娠分娩结局 例(%)

组别	例数	先天梅毒	早产儿	死产儿	足月小样儿	正常足月活婴
>16 周组	61	6(9.84)	12(19.67)	0	10(16.39)	33(54.10)
≤ 16 周组	65	0	2(3.08)	0	1(1.54)	62(95.38)
χ^2 值		4.719	8.775	-	8.715	28.916
P 值		<0.05	<0.01	-	<0.01	<0.01

3 讨论

现今全世界每年近200万妊娠期妇女检测血清中梅毒显示为阳性^[6-7]。妊娠期梅毒的妊娠结局和胎盘感染病理改变紧密相关,当病患胎盘被感染后,其体积将变大、表面色泽转为苍白,局部病变组织镜检可发现血管周围炎、绒毛膜血管内膜炎和局灶性绒毛膜炎等炎症性改变,血管闭塞或狭窄、较多梗死灶

出现,从而引发胎盘出现功能障碍^[8]。妊娠期梅毒病患携带的梅毒病原体能够通过被感染的胎盘、脐带及相应动静脉使胎儿感染进而导致流产,且梅毒螺旋体可使胎儿肝、肺、胰、脾脏等脏器感染病变及引发骨骼病理性改变,最终导致死胎、早产及死产^[9]。黄海霞等^[10]认为,妊娠梅毒病患低于16孕周时,因处于绒毛膜内部的滋养细胞为胎儿提供营养,其与母体存在一定的隔离与屏障,使得梅毒螺旋体难以经过滋养细胞层,进而感染胎儿,16孕周以后,滋养细胞层开始逐渐萎缩,细胞数量逐渐减少,直至24孕周时,该细胞层彻底退化消失,梅毒螺旋体极易通过感染通道到达胎儿体内。妊娠期胎儿梅毒感染与先天梅毒新生儿的临床表现及体征非常相似,均可出现转氨酶升高、腹水、肝大、血小板减少与贫血等症状,若不及时有效的治疗,可出现婴儿感染、死产、自然流产、早产、低体重儿、新生儿死亡等不良结局^[11]。

妊娠期梅毒病患是否感染胎儿或出现先天梅毒的首要因素是能否早期对该项疾病进行诊治,且及时有效的使用正规的青霉素治疗方案对病患进行治疗,同时把握好治疗时的妊娠周期及此时病患梅毒的进展分期。汪雪玲等^[12]认为,孕妇检测出梅毒血清阳性时,病情及临床表现与体征均较轻微,不易被病患或低年资医师所警觉、发现,这与妊娠期间孕妇体内雌激素高水平表达紧密相关。梅毒螺旋体多在早期感染病患脑脊液可被检测出来,而在隐性梅毒及晚期梅毒中仅以较低的概率出现^[13]。故在首次产检或妊娠开始的前几周时筛查梅毒血清,能够较好的降低先天梅毒及围生儿病死情况的出现,进而有效提升诊治疗效。有研究表明,早期发现及治疗能够有效的改善病患妊娠分娩结局^[14-15];其中以孕周16周为界,早于16周进行治疗的病患更能取得较为满意的临床疗效,而中晚期的病患,虽同时给予规范化的青霉素治疗方法,但并不能对胎儿的健康发育及安全进行有效保障,也在一定程度上表明胎儿所遭受梅毒的侵害早于诊治开始的时间。这也提示我们要尽可能早的对妊娠梅毒病患进行治疗,以阻止梅毒螺旋体对胎儿的侵犯;同时,对于中晚期妊娠梅毒患者,需动态评估与监测胎儿的发育及各项相关指标,若出现胎盘和羊水异常、胎儿发育不良及胎儿畸形等状况时,应当建议病患尽早终止妊娠。

综上所述,对妊娠梅毒开始诊治的孕周进行分期,能够较好的指导临床治疗,有效降低妊娠风险,使新生儿相对健康安全,临床应用价值较高。

参考文献

[1] 贾月琴,朱应玉. 243例梅毒患者临床资料的回顾性分析及思考

- [J]. 安徽医学, 2013, 34(7): 936-938.
- [2] 曾丹, 周维康. 梅毒螺旋体分子流行病学研究进展[J]. 重庆医学, 2014, 43(3): 355-358.
- [3] 陈国菊, 刘跃, 刘江波, 等. 妊娠梅毒母婴传播干预后不良妊娠结局分析[J]. 中国皮肤性病杂志, 2012, 26(4): 321-323, 331.
- [4] 闫宁, 陈斌, 蒋辉丽, 等. 快速血浆反应素高滴度的 116 例妊娠梅毒患者治疗后的妊娠结局[J]. 临床皮肤科杂志, 2014, 43(12): 710-712.
- [5] 焦永慧, 刘早玲, 拉布达·马木提, 等. 乌鲁木齐市新生儿出生体重及 Apgar 评分的影响因素[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(34): 5637-5639.
- [6] 康湘怡, 张海萍. 我国妊娠梅毒的现状与诊治[J]. 中国计划生育学杂志, 2013, 21(6): 427-429.
- [7] 赵琛. 妊娠梅毒[J]. 中国计划生育学杂志, 2010, 18(4): 253-255.
- [8] 魏红, 陈竹, 曾义岚, 等. 抗梅毒治疗对妊娠梅毒预后的影响分析[J]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版), 2013, 3(4): 571-573.
- [9] 李海素, 谭冲, 曹刚, 等. 妊娠梅毒母婴传播的相关因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(10): 1496-1497.
- [10] 黄海霞, 祝昭惠, 周敏. 490 例妊娠梅毒母婴妊娠结局的病例对照研究[J]. 四川医学, 2013, 34(7): 963-965.
- [11] 鲁东平, 张荣, 付敏, 等. 深圳市宝安区 2008~2009 年妊娠梅毒流行病学分析[J]. 中国热带医学, 2010, 10(11): 1352-1353.
- [12] 汪雪玲, 李春梅, 刘雪净, 等. 妊娠梅毒母婴阻断治疗效果及护理[J]. 中华现代护理杂志, 2012, 18(11): 1277-1279.
- [13] 康湘怡, 张海萍. 中国妊娠梅毒治疗现状及分析[J]. 实用皮肤病学杂志, 2014, 7(2): 85-88.
- [14] 陈俞霖, 谭中荣. 53 例不同初治期妊娠梅毒的妊娠结局分析[J]. 实用皮肤病学杂志, 2014, 7(2): 102-103.
- [15] 韦海鹏, 钟永军. 妊娠梅毒患者的驱梅治疗及对围产结局的影响[J]. 海南医学院学报, 2013, 19(3): 381-383, 386.

收稿日期: 2015-08-25 修回日期: 2015-09-15 编辑: 王国品

· 临床研究 ·

超声断层成像在孕早期鼻颌腭三角扫查中的应用

李振华, 梁柏松, 刘玲, 裴如弟, 郝建磊, 朱敏, 侯银玲

南京市浦口区中心医院超声影像科, 江苏 南京 211800

摘要: **目的** 探讨超声断层成像技术(TUI)在早孕期(11~13⁺⁶周)探查胎儿鼻颌腭三角的应用价值。**方法** 利用 GE Voluson E8 型彩超对 200 例孕早期颈项透明层(NT)检查的孕妇留取二维和 TUI 的鼻颌腭三角超声切面, 观察二维及 TUI 获取的鼻颌腭三角切面的完整性、图像显示合格率及评分。**结果** (1) 200 例中 10 例无法追踪随访, 其中 6 例失访, 4 例引产。162 例胎儿获得二维鼻颌腭三角超声切面; 180 例胎儿获得 TUI 鼻颌腭三角超声切面。最终发现 5 例严重畸形并于孕早期终止妊娠。185 例胎儿中孕期超声结构筛查及出生后随访均正常。(2) TUI 图像显示合格率及图像质量评分均高于二维超声图像($P < 0.05$, $P < 0.01$)。**结论** TUI 能更清晰、准确的显示鼻颌腭三角超声切面, 且不易受胎儿体位的影响, 诊断价值较高。

关键词: 超声断层成像; 早孕期; 鼻颌腭三角; 颈项透明层; 胎儿; 二维超声

中图分类号: R 445.1 R 715.2 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)12-1642-03

近年来, 随着大量的临床实践以及超声仪器分辨率的不断提高, 早孕期(11~13⁺⁶周)超声筛查胎儿结构和检查胎儿畸形发展迅速^[1-3]。2010 年 Sepulveda 等^[4]证实在早孕期通过鼻颌腭三角可以诊断胎儿唇腭裂畸形。笔者通过三维超声断层显像技术(TUI)于早孕期采集胎儿鼻颌腭三角的容积数据, 观察胎儿鼻颌腭三角的完整性、显示率、图像质量及在早孕期诊断胎儿唇腭裂畸形的可行性, 评价 TUI 技术在孕早期胎儿鼻颌腭三角检查中的应用价值, 以期

提高胎儿唇腭裂畸形早孕期超声检出率, 能够早发现、早诊断、早处理胎儿颜面部畸形, 使其对孕妇的影响最小化。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 1 月至 2014 年 2 月来本院超声科就诊的早孕期(孕 11~13⁺⁶周)颈项透明层(nuchal translucency, NT)超声检查的 200 例孕妇为研究对象, 孕龄(12.43 ± 1.39)周; 孕妇年龄 18~41(24.37 ± 4.69)岁。

1.2 仪器与方法 采用 GE Voluson E8 型彩色多普勒超声诊断仪, 探头频率 4.0~9.0 MHz, 腹部凸阵探