

妊娠合并梅毒不同孕期干预对妊娠结局及新生儿预后的影响分析

余光玉

贵阳市南明区妇幼保健院 550002

【摘要】目的：探讨在妊娠合并梅毒孕妇不同孕期实施干预对其妊娠结局与新生儿预后的影响。方法：选取2020年6月到2021年7月期间在我院接受妊娠合并梅毒孕妇，抽选其中90例作为本次研究对象，按照其孕期将其分成2组，早期干预组纳入45例（孕周≤20周），晚期干预组纳入45例（孕周>20周），所有孕妇均采取苄星青霉素进行干预，对比不同孕期干预效果，即产妇妊娠结局、新生儿结局以及不同血清RPR滴度新生儿梅毒感染发生率。结果：晚期干预流产与早产率均显著高于早期干预组，足月分娩率显著低于早期干预组，两组未发生死胎， $P < 0.05$ ；晚期干预组新生儿窒息、低体重儿以及梅毒感染发生率均高于早期干预组， $P < 0.05$ ；晚期干预组新生儿血清RPR滴度在 $\geq 1:8$ 时梅毒感染率显著增高且高于早期干预组， $P < 0.05$ 。结论：在妊娠合并梅毒孕妇实施早期干预可有效改善产妇妊娠结局以及新生儿预后，降低新生儿梅毒感染率，可确保母婴安全。

【关键词】妊娠合并梅毒；不同孕期；妊娠结局；新生儿结局；梅毒感染率

梅毒是一种发生率较高的慢性传播疾病，梅毒螺旋体是诱发梅毒的致病菌，该种致病菌从表皮或黏膜破损的部位进入到机体中，有3到4周的潜伏期，此后逐渐开始呈现出症状，若不能进行及时有效的治疗则可能随着病情的发展增加治疗难度，使得患者生命安全受到严重威胁^[1]。妊娠期感染梅毒主要通过血液与性行为传播，感染后梅毒螺旋体会侵袭孕妇皮肤黏膜组织与骨骼，也可通过胎盘经血液传播给胎儿，传染性极强且病程较长，严重者可导致孕妇及胎儿器官衰竭^[2]。此外，当前大多数妊娠孕早期以潜伏梅毒为主，因该时期无明显症状，所以大多是在体检或产检的时候被发现，极易发生漏诊问题，以此使得治疗最佳时间被延误^[3]。现阶段，人们对梅毒的认知加强，但仍有大多数孕妇缺乏认知导致梅毒发生率较高，妊娠合并梅毒可导致流产、死胎、新生儿感染梅毒以及新生儿窒息等不良结局，医务人员对阻断梅毒螺旋体感染并改善母婴结局给予了高度的关注^[4]。本次研究主要探讨在妊娠合并梅毒孕妇不同孕期实施干预对其妊娠结局与新生儿预后的影响，汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取90例我院收治的妊娠合并梅毒孕妇，按照其孕期将其分成2组，早期干预组纳入45例（孕周≤20周），年龄22-35岁，平均 (25.65 ± 1.52) 岁，怀孕次数2-3次，平均 (2.43 ± 0.63) 次，分娩次数1-2次，平均 (1.22 ± 0.53) 次，梅毒分期：34例潜伏期，7例I期，4例II期；血清RPR滴度： $< 1:8$ 有39例， $\geq 1:8$ 有6例；晚期干预组纳入45例（孕周>20周），年龄23-36岁，平均 (25.74 ± 1.49) 岁，怀孕次数2-4次，平均 (2.54 ± 0.72) 次，分娩次数1-3次，平均 (1.32 ± 0.57) 次，梅毒分期：35例潜伏期，5例I期，5例II期；血清RPR滴度： $< 1:8$ 有38例， $\geq 1:8$ 有7例，一般资料无显著差异，统计学计算 $P > 0.05$ 。纳入标准：①均在我院接受产前检查、治疗直到分娩结束；②未接受过抗梅毒治疗；③单

胎；④产妇及家属在知情下参与本次研究，研究不曾中断，孕妇配合治疗以及填写调查表。排除标准：①合并其他妊娠期合并症，如妊娠期糖尿病、高血压等；②心肺、肝肾等脏器功能障碍者；③精神分裂症及认知障碍者。

1.2 方法

所有孕妇均采用苄星青霉素治疗（国药准字：H20023797，由瑞阳制药有限公司提供），肌肉注射的方式给予240万U，每周治疗1次，1个疗程是3周，夫妻同时进行治疗。若孕妇对青霉素过敏可换用红霉素治疗，每次给予500mg红霉素，口服，每日4次，服药15天为1个疗程。每个月复查一次，检测非梅毒螺旋体抗原血清学试验，检测血清RPR滴度，若孕妇血清RPR滴度降低幅度 < 2 倍或者阴性转为阳性、梅毒螺旋体出现活动征兆则增加治疗1个疗程。分娩后定期对新生儿血清进行检测，若新生儿血清RPR滴度降低则可以停止治疗，若复发则继续治疗1个疗程。

1.3 观察指标

- （1）对比产妇妊娠结局，包括流产、死胎、早产、足月分娩。
- （2）对比新生儿结局，包括低体重儿、新生儿窒息、梅毒感染。
- （3）对比血清RPR不同滴度下新生儿梅毒感染发生率。

1.4 统计学分析

本文数据均采用SPSS 23.0软件进行统计学处理，采用标准差 $\bar{x} \pm s$ 描述计量资料，用t值对比组间数据；采用（%）描述计数资料，用 χ^2 值对比组间数据，检验结果 $P < 0.05$ 验证数据存在统计学意义。

2 结果

2.1 对比产妇妊娠结局。

见表1，晚期干预流产与早产率均显著高于早期干预组，足月分娩率显著低于早期干预组，两组未发生死胎， $P < 0.05$ 。

表1 对比产妇妊娠结局[n（%）]

组别	流产	死胎	早产	足月分娩	不良结局发生率
早期干预组（n=45）	2（4.44）	0（0.00）	2（4.44）	41（91.12）	4（8.88）
晚期干预组（n=45）	4（8.88）	0（0.00）	7（15.56）	34（75.56）	11（24.44）
T值					3.9200
P值					0.0477

2.2 对比新生儿结局。

早期干预组有2例(4.44%)新生儿发生新生儿窒息,有2例(4.44%)新生儿为低体重儿,有1例(2.22%)发生梅毒感染;晚期干预组有8例(17.78%)新生儿发生新生儿窒息,有9例(20.00%)例新生儿为低体重儿,有6例(13.33%)发生梅毒感染,晚期干预组新生儿窒息、低体重儿以及梅毒感染发生率均高于早期干预组, $X^2=4.0500, 5.0748, 3.8726, P<0.05$ 。

2.3 对比血清RPR不同滴度下新生儿梅毒感染发生率。

RPR滴度分为 $<1:8$ 以及 $\geq 1:8$,早期干预组新生儿血清RPR滴度 $<1:8$ 者39例,无新生儿感染梅毒,感染率为0;血清RPR滴度 $\geq 1:8$ 者6例,有1例新生儿感染梅毒,感染率为16.67%。晚期干预组新生儿血清RPR滴度 $<1:8$ 者38例,有1例新生儿感染梅毒,感染率为2.63%;血清RPR滴度 $\geq 1:8$ 者7例,有5例新生儿感染梅毒,感染率为71.43%,晚期干预组新生儿血清RPR滴度在 $\geq 1:8$ 时梅毒感染率显著增高且高于早期干预组, $X^2=3.8726, P<0.05$ 。

3 讨论

随着优生优育政策的不断深入,人们对生育质量也有了更高的要求,孕妇在妊娠期间定期参与产前检查对其顺利分娩极为重要。目前,孕妇在妊娠期间定期接受产前检查是围生期保健工作的重要内容,孕妇在产前检查过程中能够了解自身情况以及胎儿的发育状况,一旦有异常情况能够及时采取有效措施进行干预。若孕妇存在高危妊娠因素其自身情况与胎儿都存在较大的危险很容易引发诸多妊娠期并发症,严重威胁母婴安全^[5]。梅毒是妊娠期间发生率及传染性较高的病毒,主要通过血液与性行为传播,在妊娠合并梅毒之后,极易发生流产、早产、死胎等问题,若不能将接受及时有效的治疗则可能导致分娩成功率大大降低。此外若在怀孕后感染梅毒,梅毒初期的高传染性或经胎盘感染胎儿,进而出现胎儿宫内感染及感染胎盘的问题,所以针对妊娠合并梅毒患者应该及时检查,对患者进行规范的治疗。但是产前检查很难依靠B超检测出梅毒,在产前检查时采取免疫检验项目检测可检测出梅毒。以往临床医学认为在胎儿孕育的过程中胚胎绒毛滋养层能够起到防护的效果,孕妇在未超过妊娠16周时胎儿能够受到胚胎绒毛滋养层屏障的保护不会遭到苍白螺旋体的侵袭,当孕妇妊娠超过16周后营养供给不足,胚胎绒毛滋养层的细胞营养不足导致保护作用失去效果,无法阻挡苍白螺旋体进而使其进入到胎盘并融入到胎儿的血液循环中,导致孕妇发生子宫内感染^[6]。随着医疗技术的不断进步,临床医学经不断研究发现胚胎绒毛滋养层在妊娠未超过16周时仍然能够被破坏导致苍白螺旋体进入到胎盘内,所以苍白螺旋体在孕妇的整个妊娠期间均可发生感染。当孕妇出现宫内感染时可引发小动脉炎以及局灶性绒毛炎进而导致血管发生堵塞或者出现功能性病变。一旦胎儿接触到苍白螺旋体后胎儿的脏器会因此而受到影响,严重者可发生死胎以及流产等情况,新生儿出现先天性梅毒感染风险增大^[7]。临床医学专家对妊娠合并梅毒孕妇是否应该终止妊娠存在不同的意见,部分专家认为孕妇感染梅毒应终止妊娠,可避免胎儿感染梅毒而产生先天性梅毒患儿,应该保障下一代人口的健康素质;而大部分专家则认为现阶段医疗技术不断进步,在妊娠早期注重免疫检验项目的检查,尽早筛查出感染梅毒者并早期干预能够有效改善其妊娠结局,所以无需终止妊娠^[8]。

临床治疗妊娠合并梅毒者主要采用青霉素治疗,苄星青霉素是治疗该疾病的一线药物,该药物能够穿透细菌细胞膜,可阻断细胞蛋白质的合成,经肌肉注射后药物在体内转化为游离青霉素,抗菌效果较强,该

药物是一种长效青霉素,在体内可维持较长时间,能够发挥最大的杀菌作用,若孕妇对青霉素过敏可改用红霉素治疗,可提高梅毒血清学的转阴率^[9]。此外,选择治疗的时机同样重要,临床研究发现对妊娠早期者进行干预其不良妊娠结局较少,足月分娩者较多,由此可见,越早实施干预对改善其妊娠结局越有利^[10]。

本次研究将孕妇按照妊娠时间分成早期干预组和晚期干预组,对所有孕妇均采用苄星青霉素治疗,在治疗后对其进行观察,晚期干预流产与早产率均显著高于早期干预组,足月分娩率显著低于早期干预组,两组未发生死胎, $P<0.05$;晚期干预组新生儿窒息、低体重儿以及梅毒感染发生率均高于早期干预组, $P<0.05$;晚期干预组新生儿血清RPR滴度在 $\geq 1:8$ 时梅毒感染率显著增高且高于早期干预组, $P<0.05$ 。姜黎黎^[11]学者在研究中指出对孕周不足20周的孕妇进行早期干预其流产发生率1.8%、早产发生率3.5%显著低于孕周超过20周者,足月分娩率94.7%显著高于孕周超过20周,新生儿梅毒感染率3.5%显著降低。黄宝梅^[12]研究中表明孕周超过28周者其血清 $\geq 1:8$ 者较多,新生儿感染梅毒者较多,本次研究与姜黎黎、黄宝梅研究结果基本一致。由于本次研究样本量较少,在研究结果方面可能存在一定的偏差,在后期研究中可通过扩大样本量来提升研究结果的总体准确性。

综上所述,对妊娠合并梅毒孕妇进行早期干预可有效改善其妊娠结局,降低不良结局发生率,减少新生儿梅毒感染率,可促进优生优育,确保母婴健康。

参考文献:

- [1]廖湘竹,钟雪莉,吴轶西,罗丽琼.孕早期抗梅毒治疗对妊娠期梅毒孕妇妊娠结局及新生儿预后的影响[J].中国性科学,2020,29(06):116-119.
- [2]谭焱,刘连珍.妊娠合并梅毒母婴阻断对妊娠结局及胎儿预后的影响[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(09):31+35.
- [3]何晶.不同治疗时机应用阻断疗法对妊娠期梅毒患者妊娠结局和胎儿预后影响的比较研究[J].临床合理用药杂志,2020,13(06):87-88.
- [4]赵美英.妊娠合并梅毒早期诊断与干预治疗对于优生优育的临床价值研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(45):111+113.
- [5]余平.不同时机治疗对妊娠合并梅毒患者妊娠结局及胎儿预后的影响[J].当代医学,2019,25(27):105-107.
- [6]杨红,王春侠,马进.妊娠期抗梅毒治疗对妊娠梅毒患者妊娠结局及新生儿预后的影响[J].实用预防医学,2019,26(08):996-998.
- [7]陈春,李彩霞.苄星青霉素不同孕周用药对妊娠合并梅毒感染者母婴结局影响[J].中国计划生育学杂志,2020,28(02):238-242.
- [8]廖丽娟,付小园,潘连生.药物治疗对妊娠合并梅毒孕妇妊娠结局及胎儿预后的影响[J].药品评价,2018,15(04):57-60.
- [9]邹兴文,程曦,肖辉云,等.广州市妊娠合并梅毒产妇产后妊娠结局的影响因素及其与妊娠结局的关系[J].中华传染病杂志,2020,38(11):723-727.
- [10]刘丽丽.不同时机治疗对妊娠合并梅毒患者妊娠结局及胎儿预后的影响[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2018,5(28):71-72.
- [11]姜黎黎.梅毒孕妇在不同孕周治疗对妊娠结局和新生儿预后的影响[J].中国现代药物应用,2018,12(13):67-68.
- [12]黄宝梅,张慧萍,季燕,等.不同治疗时期对妊娠合并梅毒孕妇妊娠结局及胎儿预后的回顾性研究[J].中国妇幼保健,2019,34(20):4736-4738.