

苄星青霉素预防梅毒母婴传播 42 例效果探讨

姜会芝

武定县妇幼保健计划生育服务中心 651600

〔摘 要〕目的 按照云南省预防梅毒母婴传播工作实施方案和管理工作方案开展梅毒母婴阻断,至婴儿满 3、6、9 个月检测,观察梅毒阳性母亲所生婴儿阻断效果,为提高梅毒母婴阻断工作质量提供科学依据。方法 选取我县 2011 年 1 月-2017 年 12 月底随访已结案、梅毒阳性母亲所生婴儿确诊阴性 42 例为观察对象,按要求采取梅毒母婴阻断措施。结果 对梅毒阳性孕妇进行孕期规范治疗、所生婴儿严格采取梅毒母婴阻断措施,可收到降低梅毒经母婴途径传播率,遏制梅毒蔓延、提高妇女儿童健康效果。

〔关键词〕梅毒;母婴阻断

〔中图分类号〕R714.2

〔文献标识码〕A

〔文章编号〕2095-7165 (2018) 05-0082-02

梅毒是由梅毒螺旋体(TP)引起的一种全身慢性传染病^[1],主要通过性接触传播,临床表现复杂,可侵犯全身各器官。造成多器官损害。孕妇可通过胎盘将 TP 传给胎儿引起先天性梅毒^[2]。先天性梅毒常有严重内脏损害,对患儿健康影响很大,病死率高。因此,母婴传播阻断对控制梅毒经母婴途径传播有重要意义。

按照《云南省预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作指导手册》,孕产妇梅毒感染的主要诊断依据是高特异性梅毒螺旋体抗原血清学试验(TPPA)阳^[3]、同时非梅毒螺旋体抗原血清学试验(TRUST)阳性。2011 年 1 月-2017 年 12 月底,我县确认梅毒阳性孕妇 78 例,实施规范的梅毒母婴阻断,2017 年 12 月 30 日前已结案 42 例。其中:胎儿先天畸形孕中期引产 1 例、转介外地随访 2 例、阻断成功 39 例,现报道如下。

1 观察对象

选取 2011 年 1 月-2017 年 12 月 30 日,我县确认梅毒阳性孕妇 78 例,实施规范的梅毒母婴阻断、于 12 月 30 日前随访结案的 42 例婴儿为观察对象,其余正在随访、未结案的婴儿暂不列入观察对象。

2 方法

2.1 开展业务培训,保障梅毒母婴阻断工作在全县顺利开展。每年开展全县妇幼人员及产科医生的梅毒母婴阻断业务培训不少于 1 次,掌握梅毒母婴阻断技术,并按要求在全县开展相关业务工作。师资由我院参加过省级培训的专业人员担任,教材以《云南省预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作指导手册》为主。

2.2 建立督导考核、奖惩机制。在全县开展包括艾滋病、梅毒和乙肝母婴阻断工作,列入公共卫生妇幼保健每次下乡督导、每季度和年终考核的重要内容,考核结果由县妇幼保健院汇总、上报县卫计局,完成任务情况与公共卫生绩效挂钩,兑现奖惩。

2.3 新生儿出生后尽早用流动温水洗净被感染母亲血液污染的皮肤、头发及外生殖器,轻轻擦拭鼻腔。

2.4 严格按《梅毒感染孕产妇及所生儿童治疗方案》^[4]对梅毒阳性孕产妇及所生新生儿实行规范性梅毒母婴阻断,方法:对梅毒阳性孕产妇采用苄星青霉素治疗:240 万单位,分双侧臀部肌肉内注射,孕早期每周 1 次,共 3 次,孕晚期第

二次注射,每周 1 次,共 3 次,第二次注射与第一次间隔至少 4 周以上,42 例梅毒阳性孕妇,孕期分别给予两次苄星青霉素治疗 38 例,治疗 1 次 1 例、未治疗 3 例。

2.5 对阳性母亲所生婴儿依据以下两点确定采取预防性治疗方案^[4]2.5.1 孕期没有接受过规范梅毒治疗的产妇所生儿童,包括:孕妇在孕期未接受过全程、足量的青霉素治疗;在孕期接受非青霉素方案治疗的孕产妇所生儿童;在分娩前 1 个月内才进行抗梅毒治疗的孕产妇所生儿童。42 例中孕期未接受过规范性梅毒治疗的产妇所生儿童为 0 例。

2.5.2 出生时非梅毒螺旋体抗原血清学试验(TRUST)阳性、滴度<母亲分娩前滴度的 4 倍且无临床表现的儿童。42 例中符合依据,采取预防性治疗共 32 例。方法:出生后应用苄星青霉素 5 万单位/公斤体重,1 次注射(分双侧臀肌)。孕期接受过规范梅毒治疗的产妇所生儿童、出生时非梅毒螺旋体抗原血清学试验(TRUST)阴性 9 例,不需预防性治疗。

2.6 随访观察^[5]。由我院安排专业人员 1 名对全县梅毒母婴阻断工作进行个案跟踪随访管理。

2.6.1 梅毒阳性母亲所生儿童按定期体格检查和生长发育监测:满 3 月、6 月、9 月、12 月、18 月龄时共 6 次体格检查和生长发育监测,有异常情况酌情增加次数。

2.6.2 于出生、生后 3、6、9、12、15、18 月龄,进行 TRUST、TPPA 检测,确定感染状态前进行 TPPA 检测。第一次于出生时采集新生儿静脉血进行非梅毒螺旋体抗原血清学试验,阴性者每 3 个月复查非梅毒螺旋体抗原血清学试验,观察临床症状,连续 2 次阴性则排除先天梅毒感染,停止观察。第一次于出生时采集新生儿静脉血进行非梅毒螺旋体抗原血清学试验,阳性、滴度<母亲分娩前滴度的 4 倍且无临床症状的婴儿,给予预防性治疗,阳性、滴度<母亲分娩前滴度的 4 倍有临床症状的婴儿给予规范性治疗和随访,阳性、滴度≥母亲分娩前滴度的 4 倍无临床症状的婴儿诊断先天梅毒感染,提供规范治疗、随访及转介服务。

3 结果

42 例梅毒阳性母亲所生婴儿,除胎儿先天畸形孕中期引产 1 例、转介外地随访 2 例未查到结局外,母婴阻断成功 39 例,成功率 92.86%。

(下转第 84 页)

< 0.05), 见表 2。

表 2: 两组患者治疗前后甘油三酯、甘油三酯变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	甘油三酯 (mmol/L)		总胆固醇 (mmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	3.67±0.34	3.16±0.44*	6.37±0.89	5.64±0.31*
观察组	40	3.66±0.32	1.58±0.23*#	6.36±0.87	4.43±0.54*#

注: 与治疗前比较, *P < 0.05, 与对照组比较, #P < 0.05。

3 讨论

高血压与冠心病都属于临床常见的慢性疾病, 两种疾病由于病理机制相似, 合并几率极高^[3]。国内外研究资料表明^[4], 患有冠心病的人 50% ~ 70% 合并有高血压, 而高血压患者随着病程的延长, 血压持续上升, 会引起部分脏器病变, 加重病情, 冠心病的发病率也随之升高, 因此高血压合并冠心病患者的血压及病程的变异性与其发生心血管事件的风险具有一定的相关性。高血压合并冠心病会随着血压升高导致病情加重, 增加心绞痛次数等, 严重危害患者的健康。因此, 患者应重视对该疾病的治疗。

阿托伐他汀是一种调脂药物, 属 HMG-CoA 还原酶抑制剂, 可使机体内源性胆固醇合成和分泌减少, 能明显降低血脂水平, 该药还可以调节血压波动, 保护和改善血管内皮功能, 防止由于动脉粥样硬化导致的斑块脱落而引起进一步的血管栓塞, 从而降低了心血管事件的病发率和死亡率, 在用于治疗冠心病中作用显著; 氨氯地平属于钙离子拮抗剂, 对患者血管平滑肌选择性高, 防止钙离子渗透, 解除血管平滑肌痉挛, 促进血液流动, 对患者的血压有明显降低与稳定效用, 对外冠状动脉微循环、外周血管阻力及心肌供氧量有着明显的改善作用, 有效的缓解心绞痛等症状, 是治疗冠心病合并高血压的主要药物。氨氯地平阿托伐他汀钙片则是将两种药

物相结合, 作为新型复方药剂, 充分利用了两种药物的优势, 对治疗高血压合并冠心病有着良好的协同作用, 不仅能控制患者的血脂与血压, 还能协调其抗氧化应激酶^[5], 使患者的冠脉流量、心肌供氧量增加的同时使耗氧量降低, 抗动脉硬化疗效明显, 在临床中安全性更高。本研究中, 观察组治疗效果、血压水平改善情况、甘油三酯、总胆固醇改善情况均优于对照组, 差异有统计学意义 (P < 0.05), 数据说明, 对高血压合并冠心病患者行氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗后, 有效降低了患者的血压, 改善了血脂水平, 值得在临床治疗中大力应用。

[参考文献]

- [1] 李辉, 赵凯. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床研究 [J]. 实用药物与临床, 2017, 20(1):56-59.
- [2] 杨红超. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床疗效观察 [J]. 中国医药指南, 2018(1):55-56.
- [3] 鲍建华. 探讨氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床疗效 [J]. 世界临床医学, 2016, 10(1):62-62.
- [4] 谢强旺. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床疗效观察 [J]. 黑龙江医学, 2017, 41(1):66-67.
- [5] 张波. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床疗效观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(31):6076.

(上接第 81 页)

在起效较慢但作用时间长的效果, 对改善心肌缺血、抑制儿茶酚胺升高的作用显著。利用他汀类药物与曲美他嗪联合用药, 能够在有效改善患者心绞痛的同时, 从根本上减少患者心绞痛的发病, 减少患者心绞痛的发作次数, 增加患者心肌健康^[4]。本次实验利用辛伐他汀与曲美他嗪联合用药的治疗效果显著, 患者心肌射血分数与心绞痛发作次数都得到有效改善, 左心室收缩末期内径有效减少, 患者心肌收缩能力提高, 对患者心肌血液的充盈有显著改善作用。

综上所述, 利用他汀类药物与曲美他嗪两药联合治疗效果显著, 患者心绞痛发作显著减少, 值得临床应用。

[参考文献]

- [1] 石江顺, 兰超. 瑞舒伐他汀联合盐酸曲美他嗪治疗急性心肌梗死后心绞痛的临床研究 [J]. 中国合理用药探索, 2018, 15(01):64-66.
- [2] 冯永, 赵辉, 白秋江, 杨贺江, 李晓岚, 左一红. 阿托伐他汀+曲美他嗪共同治疗冠心病的效果评价 [J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2017, 20(09):1014-1016.
- [3] 张德龙, 殷莉, 姜芳, 郭芳, 郝伟华. 盐酸曲美他嗪联合阿托伐他汀对不稳定型心绞痛患者 PCI 治疗围手术期临床效果研究 [J]. 中南医学科学杂志, 2017, 45(05):438-441.
- [4] 丁友芳, 祝锐. 瑞舒伐他汀联合曲美他嗪治疗急性心肌梗死后心绞痛患者心功能、血脂水平及血液流变学水平的影响 [J]. 黑龙江医药, 2017, 30(03):552-554.

(上接第 82 页)

4 讨论

4.1 切实承担预防母婴传播职责, 切断梅毒传播的主要途径。母婴传播是先天梅毒感染的重要原因, 故孕期使用苄星青霉素规范性治疗, 是预防母婴传播的关键, 所有医疗保健机构应切实承担起梅毒母婴传播的预防职责, 对所有孕妇均需产前筛查梅毒, 如果孕妇梅毒阳性, 应按《梅毒感染孕产妇及所生儿童治疗方案》^[6] 实施梅毒母婴阻断。

4.2 抓好预防梅毒母婴传播业务培训, 强化县乡村三级妇幼保健责任落实孕早期筛查、专人负责阳性个案随访管理、落实规范性治疗方案、建立健全业务督导考核与奖惩机制是提高梅毒母婴阻断成功率的重要环节。

[参考文献]

- [1] 李兰娟, 任红主编. 传染病学. 第 8 版. 北京. 人民卫生出版社. 2014, P 259
- [2] 谢幸, 苟文丽主编. 妇产科学. 第 8 版. 北京. 人民卫生出版社. 2014, P 102
- [3] 张燕, 倪俊学. 云南省预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作指导手册. 云南省妇幼保健院编印. 2013.P111
- [4] 张燕, 倪俊学. 云南省预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作指导手册. 云南省妇幼保健院编印. 2013.123
- [5] 张燕, 倪俊学. 云南省预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作指导手册. 云南省妇幼保健院编印. 2013.125.