

梅毒血清固定孕妇致死胎 2 例临床分析

王娟丽, 李 乐, 苏红春, 何贤静
(昆明市第三人民医院, 云南 昆明 650041)

[关键词] 梅毒血清固定; 孕妇; 死胎

[中图分类号] R364.1+7 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 10-0168-02

梅毒是一种由梅毒螺旋体引起的慢性全身性传染性疾病。我国近年呈上升趋势, 据报道梅毒发病率以年均 37.13% 的速度递增, 同时妊娠合并梅毒患者病例也随之上升^[1]。国内有报道梅毒血清固定发生率为 16.07%~17.5%^[2]。为了解梅毒血清学固定孕妇对胎儿的影响, 就昆明市第三人民医院 2012 年 10 月至 2013 年 11 月 2 a 间所收治的 2 例患者作相关分析, 现报道如下。

1 临床资料

病例 1, 女, 26 岁, 汉族, 已婚, 外省到昆明市的流动人口, 文化程度: 高中; 自由职业者; 丈夫梅毒检查阴性; 孕妇末次月经为 2013 年 2 月 15 日, 预产期为 2013 年 11 月 22 日。停经 40+d 经 B 超确诊为“宫内早孕”, 有早孕反应, 孕 4+ 自觉有胎动。但未定期行产前检查。2012 年 10 月发现隐性梅毒, RPR1: 16, 在某医院给头孢曲松 1 个疗程治疗, 多次随访 RPR 为 1:8。此次妊娠自孕 4 月在当地给予苄星青霉素治疗 7 次 (自 6 月 30 日至 8 月 11 日), 因 RPR 检查为 1:8, 于 10 月 18、25 日及 11 月 1 日再次给予苄星青霉素治疗 3 次。因停经 9+ 月, 腹痛伴少量阴道流血、流水 5+h 而于 11 月 12 日 8:30 入院。入院查体: BP112/78 mmHg, T36.2℃, P95 次/min, R21 次/min, 全身皮肤粘膜未见皮疹, 心肺阴性, 肝脾未及, 宫高 35 cm, 腹围 102 cm, 胎儿估重 3 300 g, 胎方位左枕前, 胎心 136 次/min, 宫缩规律, 宫口扩张 3 cm, 宫颈管已展平, 骨盆测量正常, 辅助检查: RPR1:8, B 超单胎头位, S/D2.6, 心电图: 窦性心律, 肝肾功能正常, 入院后产程进展顺利, 13:25 宫口开全, 14:20 突然胎心消失, 14:23 分立即在会阴侧切下娩出 1 男婴, 婴儿评分 0 分, 给予心肺复

苏, 但抢救失败, 新生儿检查: 肝脾于肋下二指可触及, 全身皮肤未见皮疹, 血 RPR1:8, 胎盘病检示: 脐带血管充血、扩张, 华通胶纤维组织增生及粘液变性, 血管粘液变性, 羊膜炎细胞浸润, 胎盘绒毛及绒毛间充血出血纤维组织增生, 可见血管闭塞 (图 1) 及纤维素性渗出, 点状及片状钙化灶易见, 炎细胞浸润, 团块状纤维素性坏死 (图 2)。

病例 2, 女, 23 岁, 汉族, 已婚, 外省到昆明流动人口, 文化程度: 初中; 自由职业者; 丈夫梅毒检查阴性; 孕妇末次月经为 2012 年 4 月 23 日, 预产期为 2013 年 1 月 30 日。停经 40+d 经 B 超确诊为“宫内早孕”, 有早孕反应, 孕 4+ 自觉有胎动。但未定期行产前检查。患者 2 a 前在当地发现隐性梅毒, RPR1:64, 在某医院给苄星青霉素 1 个规范疗程治疗, 多次随访, RPR 均为 1:4。被告知无传染性。此次妊娠后未给予抗梅毒治疗。患者因自感胎动消失 1 d, 门诊 B 超提示: 未探及胎心音, 于 2012 年 12 月 2 日以死胎收住。入院查体: BP:102/68 mmHg, T 36.6℃, P 86 次/min, R 21 次/min, 全身皮肤粘膜未见皮疹, 心肺阴性, 肝脾未及, 宫高 24 cm, 腹围 90 cm, 胎儿估重 1 500 g, 未闻及胎心音, 骨盆测量正常, 辅助检查: RPR1:4, B 超单胎头位, 未探及胎心音, 心电图: 窦性心律, 肝肾功能正常, 入院后经完善相关检查后给予利凡诺羊膜腔穿刺引产, 于 2012 年 12 月 4 日娩出一死婴, 与停经月份相符, 新生儿检查: 肝脾可触及, 全身皮肤未见皮疹, 脐血 RPR1:4。胎盘病检示: 脐带血管充血、扩张, 华通胶纤维组织增生及粘液变性, 血管粘液变性, 羊膜炎细胞浸润, 胎盘绒毛及绒毛间充血出血纤维组织增生, 可见血管闭塞及纤维素性渗出, 点状及片状钙化灶易见, 炎细胞浸润, 团块状纤维素性坏死。

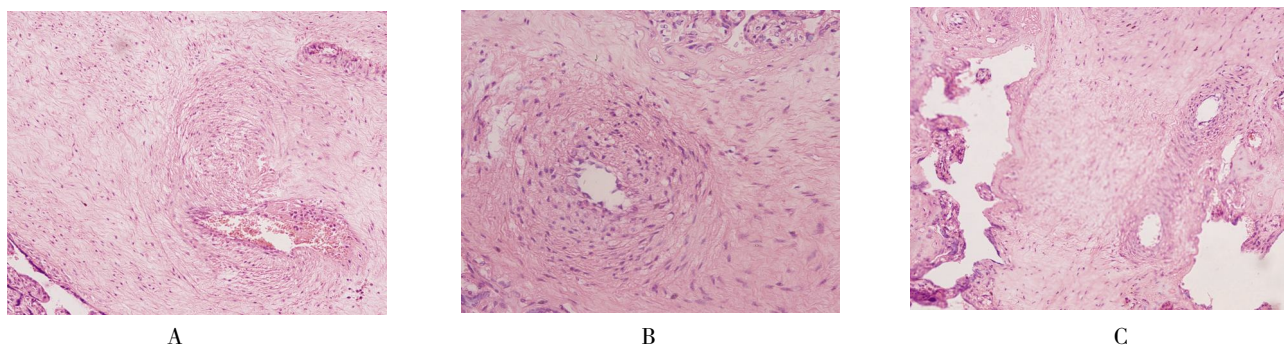
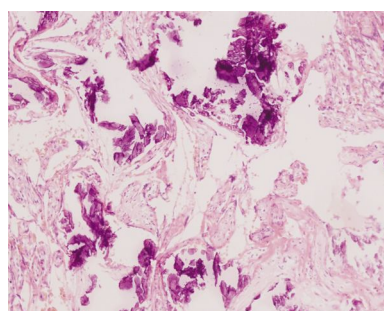
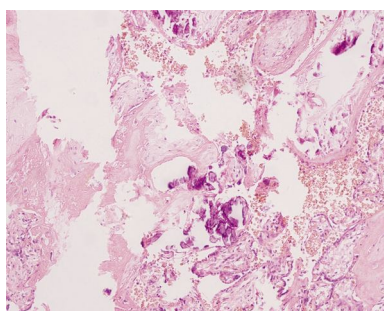


图 1 A、B、C 胎盘血管闭塞 (×400)



A



B

图 2 A、B 胎盘梗死 (×400)

2 讨论

大多数学者认为,梅毒患者经正规抗梅治疗后,非特异性梅毒螺旋体抗体滴度下降至一定水平后不再降低且持续不阴转,且保持低滴度水平持续 3 个月者,这种现象称之为梅毒血清固定。昆明市第三人民医院 2 例患者孕前曾给予 1 个疗程规范治疗,滴度有所下降,但下降到 1:8 或 1:4 后持续不降,符合梅毒血清固定诊断。

血清固定的原因尚不清楚,可能与药物治疗的种类、治疗是否规范、机体细胞免疫抑制及紊乱以及梅毒膜多肽抗原、脂蛋白及基因的改变有关。故有学者认为,梅毒血清固定妊娠期孕妇极易将梅毒传染给宫内胎儿,导致胎儿感染梅毒^[3],从而出现不良结局,其病理基础为:胎盘受梅毒螺旋体感染,血管发生炎性改变,造成血管栓塞,胎盘组织

变性^[4]。

2 例共同特点:(1)孕前已明确诊断为隐性梅毒,给予抗梅治疗,多次随访滴度不再继续下降;(2)孕期不规范处理:病例 1 妊娠中期开始给予不规范抗梅治疗,1 个半月内给予苄星青霉素治疗 7 次;病例 2 妊娠之后未再给抗梅治疗;(3)2 例均出现不良结局:死胎、死产;(4)胎盘均有血管闭塞或者硬化表现。

有资料表明,胎儿感染梅毒与母亲的病程及妊娠期是否治疗有关。孕早期治疗可以预防先天梅毒的发生,孕晚期治疗,则可有相当数量的先天梅毒发生^[5]。而昆明市第三人民医院收治的 2 例中,1 例未得到治疗,而另 1 例则在孕中期才开始给予不规范治疗,2 例均出现肝脾增大,胎儿感染,与资料一致。

综上所述,笔者体会到,为减少梅毒对胎儿的影响,应加强以下几个方面的管理:(1)重视孕前、产前梅毒的筛查,尤其是孕早期的梅毒筛查;(2)尽早给予梅毒孕产妇规范有效的抗梅治疗;(3)有效完善的跟踪随访。从而达到既可治愈孕妇梅毒,又可改善妊娠结局和围产儿预后,减少胎传梅毒的发生。

[参考文献]

- [1] 曹东晖. 中山市某医院 2005~2010 年 41 例妊娠合并梅毒临床分析[J]. 中国现代医生, 2012, 50(34): 49-52.
- [2] 康旻. 梅毒血清固定合并妊娠临床病例分析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(14): 36-37.
- [3] 杨林. 29 例妊娠合并梅毒血清固定患者临床诊治分析[J]. 健康之路, 2013, 12(5): 404.
- [4] 戴艳. 妊娠梅毒治疗时机与妊娠结局的关系分析[J]. 实用临床杂志, 2011, 15(23): 142-143.
- [5] 庄骏. 早期先天梅毒 25 例临床分析[J]. 医学理论与实践, 2012, 25(24): 3 073-3 114.

(2014-06-14 收稿)