

比较分析[J].现代诊断与治疗,2015,26(21):4899-4900  
[5]任冉.剖宫产切口瘢痕妊娠患者行宫腔镜联合子宫动脉栓塞术治疗的临床疗效观察[J].中国妇幼保健,2016,31(23):4992-4995  
[6]周亚芸.瘢痕子宫妊娠经阴道试产的可行性分析[J].实用中西医结合临床,2017,17(12):130-131,136  
[7]陈欢,洛若愚,陈晓琦,等.剖宫产疤痕妊娠的诊断及介入治疗的研究进展[J].中国性科学,2018,27(1):88-91

[8]李阳,岑秀雅,高源统,等.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊断:阴道彩超与 MRI 比较[J].中国医学计算机成像杂志,2015,21(1):53-56  
[9]刘丽,刘钰,张虹.子宫动脉灌注甲氨蝶呤栓塞联合清宫术应用于剖宫产瘢痕妊娠的疗效[J].国际生殖健康 / 计划生育杂志,2016,35(6):476-479  
[10]宋志超,李燕,靳琦琛,等.米非司酮对胚胎生长及 TNF- $\alpha$ 、TGF- $\beta$  表达及性激素浓度的影响分析[J].中国性科学,2017,26(1):92-94  
(收稿日期: 2018-07-20)

# 早期药物干预降低 GBS 带菌孕妇胎膜早破、早产的效果分析

李超华 贾冬丽

(河南省漯河市中心医院妇产科 漯河 462300)

**摘要:**目的:分析早期药物干预在降低 B 族链球菌(GBS)带菌孕妇胎膜早破、早产发生率的作用。方法:对 2016 年 3 月~2017 年 3 月我院收治的 135 例 GBS 带菌孕妇进行回顾性分析,根据是否接受早期药物干预治疗分为治疗组(95 例)和对照组(40 例)。对照组给予围产期常规干预,治疗组根据药敏试验予以抗生素早期干预。观察两组妊娠结局、新生儿不良事件发生率、新生儿阿氏(Apgar)评分及新生儿体质量。结果:治疗组胎膜早破、产褥感染及产后出血发生率均明显低于对照组( $P<0.05$ );治疗组新生儿不良结局发生率明显低于对照组( $P<0.05$ );治疗组新生儿 Apgar 评分及新生儿体质量均明显高于对照组( $P<0.05$ )。结论:为 GBS 带菌孕妇提供早期药物干预,可以显著降低不良妊娠结局发生率,改善母婴结局,且具有较高的安全性,值得临床推广应用。

**关键词:**GBS 感染;带菌孕妇;早期干预;妊娠结局

**中图分类号:**R378.12

**文献标识码:**B

**doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.048

因无乳链球菌细胞壁中多糖物质属于抗原构造分类中的 B 族,故目前一般称其为 B 族链球菌(GBS)<sup>[1]</sup>。GBS 正常寄居于阴道和直肠,它是一种条件致病菌,一般正常健康人群感染 GBS 并不致病。但孕妇感染可诱发多种疾病,如菌血症、泌尿系统感染、胎膜感染、子宫内膜感染以及创伤感染等<sup>[2]</sup>。据统计<sup>[3]</sup>,我国约有 15%~30%的孕妇感染 GBS,其中至少 40%在分娩过程中会传递给新生儿,新生儿感染 GBS 能够导致败血症、肺炎和脑膜炎,发病率和病死率较高,也可能遗留长期病理状态如耳聋、发育障碍以及脑瘫等。鉴于此,重视 GBS 带菌孕妇感染情况,并积极给予早期治疗对改善妊娠结局和新生儿质量有着重要意义。本研究旨在探讨早期药物干预在降低 B 族链球菌(GBS)带菌孕妇胎膜早破、早产发生率的作用。现报道如下:

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 对 2016 年 3 月~2017 年 3 月我院收治的 135 例 GBS 带菌孕妇进行回顾性分析,根据是否接受早期药物干预治疗分为治疗组(95 例)和对照组(40 例)。治疗组年龄 25~35 岁,平均年龄( $28.64\pm 3.16$ )岁;孕周 20~30 周,平均孕周( $25.67\pm 2.61$ )周。对照组年龄 26~36 岁,平均年龄( $28.37\pm 3.22$ )岁;孕周 22~30 周,平均孕周( $26.12\pm 2.34$ )周。两组孕妇年龄、孕周等一般资料比较,差异无统计学

意义, $P>0.05$ ,具有可比性。

**1.2 纳入及排除标准** 纳入标准:(1)均在本院完成妊娠期所有检查和病历建档,妊娠 28~32 周行 GBS 培养显示阳性;(2)入组前 1 个月内未接受抗感染治疗;(3)均经 B 超检查为单体活胎;(4)孕妇及家属均自愿签署知情同意书。排除标准:(1)其他致病菌导致的感染;(2)羊水重度污染者;(3)合并妊娠期高血压等妊娠期严重并发症者;(4)合并严重肝肾功能不全者。

**1.3 治疗方法** 对照组给予围产期常规干预,如补充营养和保持个人清洁等。同时给予叶酸片(国药准字 H36020872)口服,1 片/次,1 次/d,连续服用至预产期前 1 周;复合维生素 B 片(国药准字 H53020951)口服,2 片/次,3 次/d,连续服用至预产期前 1 周。治疗组在对照组基础上予以早期干预:分娩前根据孕妇药敏试验,服用克林霉素、阿莫西林等,持续用药 2 周;在产前或破膜后予以青霉素(国药准字 H12020467)500 万 U 加入 0.9%氯化钠注射液 250 ml 稀释后静脉滴注,然后每 4 小时 250~300 万 U 静脉滴注,直至分娩;对青霉素过敏者予以克林霉素(国药准字 H20041124)9 g 加入 0.9%氯化钠注射液 250 ml 稀释后静脉滴注,每隔 8 小时 1 次,直至分娩。

**1.4 观察指标** (1)统计两组孕妇胎儿窘迫、胎膜

早破、产褥感染、宫内感染及产后出血等不良妊娠结局发生率；(2)统计两组新生儿不良结局发生率,包括早产、新生儿肺炎及新生儿窒息；(3)记录两组新生儿体质量；(4)由经验丰富的产科医生对新生儿进行阿氏(Apgar)评分。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS22.0 统计软件,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行  $t$  检验,计数资料用率表示,行  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组不良妊娠结局发生率比较 治疗组胎膜早破、产褥感染及产后出血发生率明显低于对照组, $P<0.05$ ,差异具有统计学意义;但两组胎儿窘迫及宫内感染发生率比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 1。

| 表 1 两组不良妊娠结局发生率比较[例(%)] |    |           |          |         |         |          |
|-------------------------|----|-----------|----------|---------|---------|----------|
| 组别                      | n  | 胎膜早破      | 产褥感染     | 胎儿窘迫    | 宫内感染    | 产后出血     |
| 治疗组                     | 95 | 5(5.26)   | 2(2.10)  | 4(4.21) | 2(2.11) | 4(4.21)  |
| 对照组                     | 40 | 11(27.50) | 6(15.00) | 3(7.50) | 2(5.00) | 8(20.00) |
| $\chi^2$                |    | 11.279    | 6.242    | 0.131   | 0.123   | 6.825    |
| P                       |    | <0.05     | <0.05    | >0.05   | >0.05   | <0.05    |

2.2 两组新生儿不良结局发生率比较 治疗组新生儿不良结局发生率明显低于对照组, $P<0.05$ ,差异具有统计学意义。见表 2。

| 表 2 两组新生儿不良结局发生率比较[例(%)] |    |          |          |         |           |
|--------------------------|----|----------|----------|---------|-----------|
| 组别                       | n  | 早产儿      | 新生儿窒息    | 新生儿肺炎   | 总发生       |
| 治疗组                      | 95 | 3(3.16)  | 5(5.26)  | 2(2.11) | 10(10.53) |
| 对照组                      | 40 | 6(15.00) | 6(15.00) | 3(7.50) | 15(37.50) |
| $\chi^2$                 |    |          |          |         | 13.573    |
| P                        |    |          |          |         | <0.05     |

2.3 两组新生儿 Apgar 评分及新生儿体质量比较 治疗组新生儿 Apgar 评分及新生儿体质量均明显高于对照组, $P<0.05$ ,差异具有统计学意义。见表 3。

| 表 3 两组新生儿 Apgar 评分及新生儿体质量比较( $\bar{x} \pm s$ ) |    |                 |                 |
|------------------------------------------------|----|-----------------|-----------------|
| 组别                                             | n  | Apgar 评分(分)     | 新生儿体质量(kg)      |
| 治疗组                                            | 95 | 8.56 $\pm$ 1.12 | 3.62 $\pm$ 0.35 |
| 对照组                                            | 40 | 6.23 $\pm$ 1.01 | 2.93 $\pm$ 0.28 |
| t                                              |    | 11.353          | 11.059          |
| P                                              |    | <0.05           | <0.05           |

3 讨论

GBS 为条件致病菌,在生殖道感染中起重要作用。妊娠期妇女因其生殖道微环境发生一定的变化,可导致 GBS 感染率增加。据报道<sup>[4]</sup>,GBS 感染会导致孕妇出现胎膜早破、早产、产褥感染等不良妊娠结局,同时可能致使新生儿感染等,威胁母婴安全。GBS 属于革兰氏阳性菌,对绒毛膜有较强吸附能力和穿透能力,接种 2 h 内即可吸附于母体组织,继而侵入绒毛膜,通过炎症细胞的吞噬作用及细菌

产生的蛋白水解酶的直接侵袭,使胎膜局部张力减低,从而导致胎膜早破。产褥感染是指分娩时及产褥期生殖道受病原体感染,引起局部和全身的炎症反应。完整胎膜对病原体入侵有一定防御作用,因此胎膜早破会增加孕妇发生产褥感染的几率<sup>[5]</sup>。当 GBS 引起泌尿生殖道感染时,则会引起磷脂酶 A<sub>2</sub> 和前列腺素及细胞因子的释放,刺激子宫收缩导致早产。GBS 带菌孕妇胎膜早破或早产时 GBS 可能逆行浸润至胎膜中感染新生儿,造成新生儿感染<sup>[6]</sup>。新生儿感染 GBS 的渠道为母婴垂直传播,主要是在胎膜早破时引发的细菌上行感染或经产道分娩时被细菌直接感染。此外,GBS 释放的外毒素及溶组织酶有较强的毒性和侵袭力,会导致孕妇出现寒战、腹胀、子宫复旧不良、宫旁或附件区疼痛等,甚至出现菌血症及败血症。

抗生素是治疗 GBS 感染的有效手段。王莉芳等<sup>[7]</sup>研究表明,对 GBS 带菌孕妇给予早期药物干预,可显著降低胎膜早破、早产及新生儿感染等不良妊娠结局的发生率。药敏学研究发现,GBS 对青霉素普遍敏感。故本研究选择青霉素作为抵抗 GBS 治疗的首选药物,对青霉素过敏者则采用克林霉素治疗,二者均可破坏细菌的细胞壁,并在细菌的细胞繁殖期起杀菌作用。陈莹等<sup>[8]</sup>研究证实,青霉素与克林霉素均能有效抑制 GBS 的繁殖。

本研究结果显示,治疗组胎膜早破、产褥感染及产后出血发生率明显低于对照组( $P<0.05$ );治疗组新生儿不良结局发生率明显低于对照组( $P<0.05$ );治疗组新生儿 Apgar 评分及新生儿体质量均明显高于对照组( $P<0.05$ )。说明 GBS 带菌孕妇行早期药物干预,可以显著改善母婴结局,值得临床推广应用。

参考文献

[1]李金丽.胶体金免疫层析法快速检测 B 族链球菌的临床评估[J].检验医学,2017,32(8):747-748

[2]王双杰,岑贞娇,曾尚娟,阮佳玲,余夏.孕晚期孕妇与婴儿 B 群链球菌感染情况分析[J].广西医学,2017,39(12):1925-1927,1942

[3]鲍苏青,刘小媚,王青.孕妇生殖道 B 族链球菌感染对母婴预后影响的临床研究[J].中华医院感染学杂志,2015,25(2):430-432

[4]Freitas F T,Romero G A.Early-onset neonatal sepsis and the implementation of group B streptococcus prophylaxis in a Brazilian maternity hospital:a descriptive study [J].Brazilian Journal of Infectious Diseases,2017,21(1):92-97

[5]王心,尚丽新.围生期 B 族链球菌感染诊治及预防新进展[J].医学综述,2016,22(3):530-533

[6]白东梅,王春芬,白媛.发展性照顾护理模式对早产儿喂养不耐受的临床效果观察[J].实用临床医药杂志,2017,21(14):220-222

[7]王莉芳,邓玲,邱国英.B 族溶血性链球菌带菌者早期干预减少胎膜早破早产发生率的临床研究[J].山西医药杂志,2016,45(6):671-673

[8]陈莹,张磊,杨齐,吴尚为.妊娠 35~37 周孕妇 B 族链球菌带菌与耐药性分析[J].热带医学杂志,2015,15(10):1387-1389

(收稿日期: 2018-08-22)