

的影响。

3.3 个性化自我管理对患者睡眠、PSG 各参数、血压、无创呼吸机使用情况及治疗依从率的影响 文丽娜等^[7]研究发现,采用个性化行为干预能根据不同情况给予患者个性化、针对性的行为干预,纠正患者自身健康问题,督促患者形成有益于身心健康的行方式,缓解 OSAHS 临床症状。本研究采用个性化自我管理后,观察组患者无创呼吸机每日及每周使用时间较对照组长,ESS 得分及 PSG 各参数明显改善,差异均有统计学意义($P<0.05$)。个性化自我管理是将个性化行为干预与自我管理有机结合的一种护理干预模式,通过对患者身心、治疗情况等进行全面分析,了解其特殊性,调节干预计划,提高干预的针对性和有效性。例如,本研究在生活管理中对肥胖患者的饮食控制,考虑到肥胖是 OSAHS 发生的独立危险因素。当体质量增加 10%,OSAHS 发生风险则增加 6 倍,发生 OSAHS 的患者体质量增加 10%会导致 AHI 增加 32%,体质量减轻 10%则能使 AHI 降低 26%^[8]。经热量控制、合理运动能使肥胖者体质量减轻,从而降低 AHI。OSAHS 是高血压发生的独立危险因素,高血压病情程度与 OSAHS 密切相关,若 OSAHS 长时间未得到有效治疗,则患者发生高血压的概率增加。OSAHS 导致高血压发生的机制有^[9]:上气道阻塞增加上气道阻力,呼吸气流变慢甚至暂停,引起高碳酸血症和低氧血症反复发作;上气道阻塞增加胸内压,糖代谢紊乱引起高血压;刺激交感神经兴奋,增加激活肾素-血管紧张素-醛固酮系统和前列环素等血管活性物质释放,加重血管内皮损伤,引发高血压。本研究结果发现,干预前两组患者血压普遍偏高,观察组通过个性化自我管理改善患者 ESS 得分、PSG 各参数,帮助缓解病情,因此对患者血压有调节作用。故观察组干预后收缩压和舒张压降低,且低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。此外,个性化自我管理体现了护理人性化特色,患者易于接受,治疗依从性得到提升。观察组患者治疗依从率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,个性化自我管理提高了患者自我管理的针对性和治疗依从性;能缓解患者嗜睡,改善 PSG 各参数,提高其自

• 临床探讨 •

我管理能力和生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 焦兴爱,应央央,马德东.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征治疗的最新进展[J].中国实用护理杂志,2014,30(9):76-78.

[2] 张慕冰,林佳伟,李创伟.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者实施气道正压通气的护理[J].护理实践与研究,2015,21(8):80-81.

[3] 李燕,赵雅宁,郭霞,等.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者执行功能与焦虑情绪及血浆 5-羟色胺水平的相关性[J].中国老年学杂志,2016,36(24):6186-6188.

[4] 于桂青,董万里.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者自我管理水平及影响因素的研究[J].中国实用护理杂志,2015,31(7):531-532.

[5] 李方方,宋葆云,闫秀文.不同压力滴定技术对重度睡眠呼吸暂停患者自我管理水平的影晌[J].中华实用诊断与治疗杂志,2016,30(4):391-392.

[6] 陈秋莲,鲁海涛.护理干预在正压通气治疗睡眠呼吸暂停低通气综合征中的应用价值[J].现代中西医结合杂志,2014,23(7):783-785.

[7] 文丽娜,吴娟,田璟.护理干预对 2 型糖尿病合并阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者的降糖效果分析[J].中国医药,2015,10(7):1077-1079.

[8] 崔雪玲.甲状腺功能减退合并阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的护理[J].中国实用护理杂志,2016,32(26):2009-2012.

[9] 姚芳,徐冰仙.自我管理指导对心肌梗死患者自护能力和生活质量的影响[J].中国煤炭工业医学杂志,2015,18(2):311-313.

(收稿日期:2017-05-11 修回日期:2017-07-18)

妊娠晚期妇女 B 族链球菌带菌与妊娠结局的相关性研究

朱李登,蔡丽平,黄庆凤,陈爱灼
(福建省宁德市蕉城区医院检验科 352100)

摘要:**目的** 分析妊娠晚期妇女 B 族溶血性链球菌(GBS)与妊娠结局的相关性。**方法** 选取该院 2015 年 12 月至 2016 年 12 月收治的 3 558 例孕妇作为研究对象,孕妇均于 36~38 孕周进行取材,采用肉汤培养基进行扩大培养,根据细菌溶血情况、培养菌落特征、显微镜图像和各种生化反应等多种方法鉴定其为链球菌。并结合免疫学检查确定为 GBS。分析 GBS 感染对孕妇发热、产褥感染、胎膜早破和羊水污染的影响,探讨 GBS 感染对胎儿宫内窘迫、剖宫产、产后出血和产钳助产及肺炎、病理性黄疸、胎儿窒息和败血症的影响。**结果** GBS 阳性组孕产妇中羊水污染和胎膜早破发生率明显高于阴性组,差异有统计学意义($P<0.05$);而 GBS 阳性组孕产妇产褥感染和发热虽低于阴性组,但差异无统计学意义($P>0.05$),GBS 阳性组产妇剖宫产和胎儿宫内窘迫发生率明显高于阴性组,差异有统计学意义($P<0.05$);而 GBS 阳性组产妇产后出血和产钳助产发生率虽高于阴性组,但差异无统计学意义($P>0.05$);GBS 阳性组新生儿病理性黄疸、胎儿窒息、肺炎发生率均明显高于阴性组,新生儿窒息发生率明显低于阴性组,差异均有统计学意义($P<0.05$);两组新生儿均未发生败血症。**结论** GBS 感染可增高孕产妇羊水污染和胎膜早破及新生儿感染、胎儿宫内窘迫和黄疸的发生率。

关键词:B 族溶血性链球菌; 妊娠晚期; 妊娠结局; 新生儿肺炎; 相关性

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.24.048 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)24-3688-04

链球菌在自然界的分布范围广泛,这类细菌属于需氧或兼性厌氧型,是革兰阳性菌,其中 B 族溶血性链球菌(GBS)通常

寄生于人体泌尿生殖道或消化道,健康人群中的带菌率在 15%~35%^[1-2]。2002 年美国疾病预防控制中心发布的 GBS 检测指南规定,对妊娠晚期孕妇进行取材,对于其带菌情况的评估更加准确可靠^[3]。有研究表明,直肠、阴道分泌物中检出的 GBS 可作为胎膜早破的影响因素之一^[4]。还有研究表明,泌尿道 GBS 感染可影响早产发生,其 GBS 阳性还与绒毛膜羊膜炎息息相关^[5-6]。当破膜后胎儿的炎性反应还不充分时,GBS 可在羊水或胎儿体内大量增殖,使胎儿的器官功能发生衰竭,甚至导致死胎发生。同时,GBS 感染也是新生儿感染的主要原因,可引发新生儿脑膜炎、脓毒症和肺炎等局灶性感染^[7-8]。近年来,我国对孕妇 GBS 带菌的相关研究也越来越多,由于 GBS 可引发孕妇宫内感染,有学者提议将 GBS 测定作为孕妇围生期检查指标之一,对于感染的早发现、早治疗均有重要意义,可以降低胎儿宫内窘迫、早产、新生儿窒息、脓毒症及黄疸等发生^[9]。本研究探讨妊娠晚期妇女 GBS 带菌情况与妊娠结局的相关性,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2015 年 12 月至 2016 年 12 月收治的 3 558 例孕产妇作为研究对象,所有孕妇的孕周均经超声检查确认,且均为单胎妊娠,均未使用任何抗菌药物。研究对象年龄 22~44 岁,平均(25.6±5.5)岁。本研究中,如孕妇胎膜早破大于 12 h 仍未分娩则采用抗菌药物治疗,产后如出现下述情况:使用胎吸或产钳助产、羊水发生 3 级污染、顺产转为剖宫产,则不得使用抗菌药物。本研究所有孕妇均自愿参与,且均已签署由本院伦理委员会制定的知情同意书。

1.2 方法 本研究孕妇均于 36~38 孕周进行取材,具体过程如下:采用灭菌阴道棉拭子在其阴道下 1/3 位置旋转 1 周,取

其分泌物,并将同一棉拭子在其肛口括约肌约 3 cm 的直肠内旋转 1 周。将上述取材后的棉拭子置于转运培养基(由天津金章有限公司生产提供)并于 24 h 内运送至本院检验科进行培养,培养时采用肉汤培养基(由天津金章有限公司生产提供,其主要成分是:TOD 肉汤、萘啶酸、多黏菌素)进行扩大培养,18 h 后将其转至 5%的胰酪胨大豆琼脂 SB 培养基(由天津金章公司生产提供,主要成分是:胰蛋白酶大豆琼脂、5%的无纤维羊血)中培养。根据细菌的溶血情况、培养菌落的特征、显微镜图像和各种生化反应等多种方法鉴定其为链球菌,并结合蛋白免疫学检查确定为 GBS。

1.3 评价标准 新生儿病理性黄疸:皮试其胆红素水平高于 0.129 mg/mL。新生儿感染:面色苍白、萎靡不振、体温升至 37.5℃以上、发生呕吐或不吃奶等现象。产褥感染:(1)会阴伤口感染,会阴局部水肿或充血、会阴伤口触痛甚至发生开裂、细菌培养呈阳性;(2)子宫感染,高热、阴道分泌物异味、子宫发生压痛、白细胞和中性粒细胞水平升高;(3)急性盆腔炎,寒战、高热、下腹部发生压痛或反跳痛、白细胞和中性粒细胞水平升高。

1.4 统计学处理 所有数据均采用统计学软件 SPSS17.0 进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组孕产妇一般资料比较 见表 1。GBS 阳性组和阴性组孕妇在年龄、孕周、产次及文化程度等方面比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

表 1 两组孕产妇一般资料比较

组别	<i>n</i>	孕周 ($\bar{x} \pm s$, 周)	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	文化程度[<i>n</i> (%)]		产次[<i>n</i> (%)]	
				高中以下	高中及以上	1 次	1 次以上
GBS 阳性组	186	36.1±0.6	25.3±5.2	102(54.8)	84(45.2)	80(43.0)	106(57.0)
GBS 阴性组	3 372	36.3±0.5	25.7±5.1	1 510(44.8)	1 862(55.2)	1 791(53.1)	1 581(46.9)
t/χ^2		4.461	1.040		6.800		6.820
<i>P</i>		0.331	0.298		0.090		0.092

2.2 两组孕产妇临床症状比较 见表 2。GBS 阳性组孕产妇羊水污染和胎膜早破发生率明显高于阴性组,差异有统计学意义($P < 0.05$);而 GBS 阳性组孕妇产褥感染和发热虽低于阴性组,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 两组孕产妇临床症状比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	发热	产褥感染	胎膜早破	羊水污染
GBS 阳性组	186	18(9.7)	27(14.5)	35(18.8)	40(21.5)
GBS 阴性组	3 372	418(12.4)	761(22.6)	209(6.2)	224(6.6)
χ^2		1.291	1.981	4.972	6.178
<i>P</i>		0.256	0.130	0.014	0.007

2.3 两组产妇产后结局比较 见表 3。GBS 阳性组产妇产后

产和胎儿宫内窘迫发生率明显高于阴性组,差异有统计学意义($P < 0.05$);而 GBS 阳性组产妇产后出血和产钳助产发生率高于阴性组,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 3 两组产妇产后结局比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	胎儿宫内窘迫	剖宫产	产后出血	产钳助产
GBS 阳性组	186	27(14.5)	31(16.7)	11(5.9)	16(8.7)
GBS 阴性组	3 372	159(4.7)	209(6.2)	80(2.4)	175(5.2)
χ^2		3.023	3.312	1.123	0.550
<i>P</i>		0.042	0.036	0.275	0.442

2.4 两组新生儿结局比较 见表 4。GBS 阳性组新生儿病理性黄疸、新生儿肺炎发生率明显高于阴性组,新生儿窒息发生

率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组新生儿均未发生败血症。

表 4 两组新生儿结局比较[n(%)]				
组别	n	新生儿肺炎	新生儿病理性黄疸	新生儿窒息
GBS 阳性组	186	21(11.3)	23(12.4)	32(17.2)
GBS 阴性组	3 372	95(2.8)	98(2.9)	1 909(56.6)
χ^2		3.870	4.863	4.600
P		0.024	0.023	0.028

3 讨 论

GSB 是寄生于人体下消化系统或生殖系统的细菌,健康人群均会携带少量 GBS。本研究从取样到菌种培养都是严格按照 2002 年美国制定的 GBS 检测指南,所有研究对象在取样 5 周内均顺利分娩。

GSB 作为孕妇围生期发生感染的主要病原菌,在妊娠晚期或分娩过程中最容易被感染。引起孕妇 GBS 阳性的因素很多,各文献报道结果也有诸多出入。有研究表明,高龄产妇或经产妇感染 GBS 的可能性较高^[4]。还有研究表明,无业者、有流产史或少数民族孕妇携带 GBS 的概率较高^[10]。

有专家通过研究发现,孕妇患 GBS 相关子宫内膜炎或子宫旁组织炎的概率约为 1.0%,其中有 33.3% 为 GBS 感染所致,而有 66.7% 是合并感染引发的^[11]。近些年,GBS 对孕妇分娩产生不良影响的报道迅速增多,GBS 感染可使宫内感染或产褥感染情况增多,还可增加孕妇剖宫产的可能性,此外,还会使其胎膜早破或引起早产。还有研究认为,GBS 感染引发胎膜早破或早产的相关性不大^[12]。本研究中 GBS 阳性组孕妇发生胎膜早破和羊水污染的概率均明显高于阴性组,与上述研究结果一致。本研究结果表明,GBS 阳性组孕妇发热或产褥感染的发生率与阴性组比较,差异无统计学意义($P>0.05$),也与文献报道相符。有学者通过研究认为,GBS 阳性组孕妇发生胎儿宫内窘迫、产后出血及剖宫产的发生率明显高于阴性组^[13]。本研究结果表明,GBS 阳性组采用剖宫产的概率明显高于阴性组,将剖宫产研究对象剔除后发现阳性组发生胎儿宫内窘迫的概率明显高于阴性组,差异有统计学意义($P<0.05$);而阳性组发生产后出血和产钳助产的概率与阴性组比较,差异无统计学意义($P>0.05$),与上述研究报道一致。

与此同时,感染 GBS 后还会引发生新生儿脑膜炎、败血症及肺炎等,也是新生儿被感染的主要原因。有研究表明,40%~75% 的 GBS 感染由母亲通过垂直传播的方式传染给新生儿,根据新生儿的发病时间与临床特征可将其分为两类:即早发型感染与迟发型感染。早发型感染主要包括脑膜炎、脓血症和肺炎。本研究结果表明,GBS 阳性组新生儿肺炎发病率高于阴性组,但差异无统计学意义($P>0.05$);两组新生儿均未发生败血症,与文献^[14]报道一致。本研究中 GBS 阳性组新生儿窒息和新生儿病理性黄疸发生率明显高于阴性组,与文献^[15-16]报道相符。

关于对 GBS 感染的预防,需在其围生期进行筛查,美国食品药品监督管理局提出,本次检测出 GBS 或上次妊娠产后新生儿发生 GBS 感染者,其妊娠晚期需直接采用抗菌药物预防,

无需再进行筛查;而对于 GBS 阳性的孕妇,其在破膜后、临产时需立即使用抗菌药物进行预防性治疗(剖宫产除外);妊娠期间有 GBS 尿路感染的孕妇,按照尿路感染进行常规治疗,在产时用抗菌药物进行预防;对于体温高于 38℃、破膜时间超过 18 h 而孕周小于 37 周的孕妇,在筛查结果尚未出来时,需在产时使用抗菌药物进行预防治疗。

临床上对于孕产妇 GBS 感染的治疗,由于 GBS 对氨苄西林、青霉素、头孢菌素、林可霉素及红霉素均敏感,临床上首选青霉素,而对于新生儿 GBS 感染的治疗,给予脓毒症新生儿氨苄西林静脉滴注,对于没有并发脑膜炎菌血症的新生儿,需用药至细菌培养结果出来为止。如 GBS 为这次感染的唯一病原菌,则静脉滴注青霉素 G。目前研究发现,青霉素治疗过的 GBS 感染新生儿,其呼吸窘迫综合征和肺动脉高压的发生率明显上升。青霉素也无法阻断 GBS 的母婴垂直传播。因此,在围生儿中使用青霉素治疗还需要进一步研究。

综上所述,通过对 GBS 感染阳性孕产妇及新生儿结局进行观察分析,结果显示,GBS 感染确实会对孕产妇和新生儿结局造成不良影响。本研究未对高龄孕妇及流产史孕妇的 GBS 感染影响因素进行分析,需进一步研究。另外,本研究结果表明,GBS 感染的孕产妇其发生胎膜早破和羊水污染者明显增多,且大大增加了新生儿黄疸的发生、剖宫产及胎儿宫内窘迫等不良反应,对母婴结局均造成了不良影响。所以,根据孕产妇感染情况,筛查其围生期 GBS 的感染,对其进行有效预防和及时治疗,可大幅降低 GBS 感染造成的母婴不良结局。

参考文献

[1] 李亚梅,张利侠,秦利,等.围产期孕妇 B 族链球菌的感染和耐药性检测及对妊娠结局的影响[J].现代检验医学杂志,2013,28(1):87-89.

[2] 张娇珍,王小敏,李丽娟,等.围产期孕妇 B 族链球菌感染情况和药敏性试验及其与不良妊娠结局的关系[J].中国现代医学杂志,2016,26(6):50-53.

[3] Edwards MS, Rench MA, Baker CJ. Relevance of age at diagnosis to prevention of late-onset group B streptococcal disease by maternal immunization[J]. *Pediatr Infect Dis J*, 2015, 34(5):538-539.

[4] 王茜,马良坤,宋英娜,等.妊娠晚期 B 族链球菌感染的筛查方法及妊娠结局分析[J].中华医学杂志,2016,96(15):1188-1191.

[5] 刘荃,汤晓忠,韦芳琴,等.妊娠晚期 B 族链球菌携带对妊娠结局的影响[J].中国妇幼保健,2014,29(21):3411-3413.

[6] Randis TM, Gelber SE, Hooven TA, et al. Group B Streptococcus β -hemolysin/cytolysin breaches maternal-fetal barriers to cause preterm birth and intrauterine fetal demise in vivo[J]. *J Infect Dis*, 2014, 210(2):265-273.

[7] Dangor Z, Kwatra G, Izu A, et al. HIV-1 is associated with lower Group B Streptococcus capsular and surface-protein IgG antibody levels and reduced transplacental antibody transfer in pregnant women[J]. *J Infect Dis*,

- 2015,212(3):453-462.
- [8] 薄树春,杨文东. 围产期孕妇生殖道 B 族链球菌感染和耐药性及不良妊娠结局的研究[J]. 国际医药卫生导报, 2015,21(11):1526-1529.
- [9] Nuccitelli A,Rinaudo CD,Maione D. Group B Streptococcus vaccine:state of the art[J]. Ther Adv Vaccines,2015, 3(3):76-90.
- [10] 徐一鸣,韩宁,刘琰,等. 孕妇生殖道 B 族链球菌感染对妊娠结局的影响研究[J]. 中华医院感染学杂志,2016,26(9):2128-2130.
- [11] 黄永建,陈波,张勇,等. 孕晚期妇女 B 族链球菌 PCR 检测结果分析[J]. 江西医药,2013,48(7):581-584.
- [12] Oster G,Edelsberg J,Hennegan K,et al. Prevention of group B streptococcal disease in the first 3 months of life: would routine maternal immunization during pregnancy be cost-effective[J]. Vaccine,2014,32(37):4778-4785.
- [13] 郁玲珏. 妊娠晚期孕妇生殖道 B 族溶血性链球菌感染及对妊娠结局的影响[J]. 中外医疗,2016,35(29):17-18.
- [14] Baker CJ,Carey VJ,Rench M A,et al. Maternal antibody at delivery protects neonates from early onset group B streptococcal disease[J]. J Infect Dis,2014,209(5):781-788.
- [15] Nan C,Dangor Z,Cutland CL,et al. Maternal group B Streptococcus-related stillbirth: a systematic review[J]. BJOG,2015,122(11):1437-1445.
- [16] Le Doare K,Kampmann B. Breast milk and Group B streptococcal infection: Vector of transmission or vehicle for protection[J]. Vaccine,2014,32(26):3128-3132.
- (收稿日期:2017-05-13 修回日期:2017-07-20)
- 临床探讨 •

阿司匹林联合低分子肝素治疗复发性流产患者对其免疫功能及激素水平的影响

赵少华,李 玲,张子东,冯会敬

(衡水卫生学校附属医院不孕不育科,河北衡水 053000)

摘 要:目的 探讨阿司匹林联合低分子肝素治疗复发性流产对患者免疫功能及激素水平的影响。方法 选取 2014 年 1 月至 2016 年 1 月该院收治的复发性流产患者 98 例作为研究对象,采用随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各 49 例。对照组患者给予小剂量阿司匹林治疗,治疗组患者给予小剂量阿司匹林联合低分子肝素治疗。对比两组患者的妊娠结局、治疗前后免疫功能指标 γ -干扰素(IFN- γ)、白细胞介素-4(IL-4)水平及 IFN- γ /IL-4 变化,以及激素指标孕酮(P)、人绒毛膜促性腺激素(HCG)、雌二醇(E2)水平变化,同时观察两组患者不良反应发生情况。**结果** 治疗组患者活产率为 85.71%,对照组为 55.10%,与对照组比较,治疗组活产率明显升高,差异有统计学意义($P<0.05$);与治疗前比较,两组患者治疗后 IFN- γ 水平及 IFN- γ /IL-4 明显降低,IL-4、P、HCG、E2 水平明显升高,且治疗组患者 IFN- γ 、IL-4、P、HCG、E2 水平、IFN- γ /IL-4 变化更明显,差异均有统计学意义($P<0.05$);两组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 阿司匹林联合低分子肝素治疗复发性流产能明显提高新生儿活产率,改善患者免疫功能与激素水平,且不增加不良反应发生情况,值得临床推广应用。

关键词:复发性流产; 阿司匹林; 低分子肝素; 免疫功能; 激素水平

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.24.049 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)24-3691-03

复发性流产是临床上常见的一种妊娠期并发症,主要是指孕产妇于妊娠 28 周之前发生自然流产,且流产次数在 2 次及 2 次以上。复发性流产是由遗传因素、子宫因素、感染因素、内分泌异常、免疫紊乱、血栓前状态等多种因素引发的,不仅给育龄期妇女的正常生育造成影响,也给患者的家庭带来严重的心理创伤^[1-2]。目前临床上对于复发性流产并无较理想的治疗方案,常规治疗方法只能在一定程度上改善患者症状,并不能起到根治的效果,且有较高的复发率。因此,如何有效地治疗复发性流产,降低习惯性流产的发生率,提高妊娠成功率成为临床关注的问题^[3]。小剂量阿司匹林与低分子肝素在临床上常被应用于复发性流产的治疗,但两种药物联合应用的报道相对较少。本研究旨在对阿司匹林联合低分子肝素治疗复发性流产对患者免疫功能及激素水平的影响进行探讨,为临床治疗提供依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月至 2016 年 1 月本院收治的

复发性流产患者 98 例作为研究对象,采用随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各 49 例。治疗组患者年龄 23~39 岁,平均(29.38±5.32)岁,孕周 7~14 周,平均(11.13±2.07)周,流产次数 2~5 次,平均(3.12±1.12)次;对照组患者年龄 24~39 岁,平均(29.89±5.49)岁,孕周 7~15 周,平均(12.13±2.32)周,流产次数 2~6 次,平均(3.54±1.38)次。两组患者一般资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 所有入选患者均符合复发性流产的诊断标准;配偶精液常规检查无异常;无家族遗传史;均签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 合并抗磷脂综合征的患者;既往存在静脉栓塞史或动脉栓塞史的患者;伴有内分泌异常疾病的患者;对本研究药物存在禁忌证的患者。

1.3 治疗方法 两组患者均在妊娠前给药,并在确定宫内妊娠后持续给药直到早产、自然分娩或自然流产。对照组患者给