

妊娠早期经阴道超声引导行胚芽抽吸减胎术 86 例护理

中国人民解放军第一七四医院生殖中心（厦门 361003）

沈燕清 孙小花 陈珠英 刘兰兰 那旭红¹

随着医疗技术的不断发展，临床中广泛应用的辅助生殖技术（ART）可以帮助患者完成生育愿望，但是同时也增加了多胎妊娠的发生。多胎妊娠增加了妊娠期并发症发生率，且导致围生儿死亡率逐渐升高^[1-2]。为了提高妊娠的成功率、胎儿的生存质量和减少孕妇的并发症，于孕早期行多胎妊娠减胎术是目前有效的补救措施^[3]。我中心对 86 例多胎妊娠在孕 7~8 周时经阴道 B 超引导下进行减胎术。现总结以下护理体会。

1 临床资料

回顾性分析 2013 年 1 月 1 日至 2017 年 1 月 1 日在本生殖中心行妊娠早期选择性胚胎减灭术的患者 86 例，其中双胎妊娠 13 例（15.11%），3 胎妊娠 69 例（80.23%），4 胎妊娠 4 例（4.65%）。根据孕妇情况对其进行减胎处理。减胎术前向孕妇及家属讲明减胎的目的及结局，履行告知义务，86 例孕妇均知情同意后签手术同意书。所有患者均在孕 7~8 周时经阴道 B 超引导下进行减胎术。经早期多胎妊娠减胎术和围术期护理干预后，4 胎减至 2 胎 3 例，4 胎减至 1 胎 1 例，3 胎减至 2 胎 52 例，3 胎减至 1 胎 17 例，双胎减至 1 胎 13 例，共减胚囊 108 个。术后 24 h 彩超检查发现：多胎妊娠减胎术一次性成功率为 100%。术后无感染和其他相关性并发症。

2 护理

2.1 心理护理：多胎妊娠的忧虑取代了怀孕的喜悦。由于求子心切多年，受孕后患者面对减胎术，既担心减胎可能导致的流产，又害怕疼痛，顾虑多多，部分患者拒绝选择性减胎。为了提高妊娠的安全性，耐心向患者解释多胎妊娠的危险性，告知如何让受孕后妊娠期十个月平安过渡及产时顺利，产后母子健康平安等，以取得患者的合作。我们应耐心倾听患者的担忧，向患者讲解减胎术的步骤，介绍成功的案例，回答患者及家属提出的问题，告知患者减胎术的成功率，并同时让其了解减胎存在一定的危险性，使患者不要有太高的期望。

2.2 术前准备：术前需检查凝血功能、血常规、白带常规和尿常规，排除手术的禁忌证。备齐术中用物：消毒取卵包和穿刺支架、一次性产包、BD 10 mL 注射器、双腔取卵针等；急救车抢救物品及药品完备。术前半小时肌肉注射盐酸哌替啶注射液 70 mg，以解除孕妇疼痛及对手术的紧张情绪，用 2.5% 碘伏棉球擦洗外阴及阴道。

2.3 术中护理：护士应守候患者身旁，了解患者的感受，与患者交流，缓解其紧张心理。注意观察患者的表情、面色及生命体征，如有特殊情况及时汇报医师并给予相应的处理。

1 通信作者

2.4 术后护理:

2.4.1 病情观察: 术后及时告知患者及其家属手术效果, 减轻其心理负担, 稳定孕妇情绪。手术室观察未发现阴道出血和腹痛症状, 生命体征无异常者送入观察室继续观察约 2 h。如发生阴道流血, 应严密观察出血的量及性质, 及早给予相应的处理。

2.4.2 预防感染: 手术过程中应严格遵循无菌操作原则, 术后常规按医嘱给予抗生素, 首选口服头孢类抗生素 3 d 以防止感染。生活起居规律, 增强机体的抵抗力, 应以予高蛋白、高维生素饮食, 均衡营养, 避免生、冷、硬等刺激性食物, 防止腹泻或便秘。床单及被服被血液污染时应及时更换消毒, 保持衣被干燥清洁和会阴部清洁, 注意阴道流血及阴道分泌物情况, 术后有阴道流血者应加强管理, 防止逆行感染。

2.4.3 保胎治疗: 术后继续肌肉注射黄体酮注射液及口服地屈孕酮片, 保胎治疗至 12 周。

2.4.4 健康指导: 术后卧床休息 3~5 d, 1 个月内禁止盆浴; 3 个月内禁止性生活; 避免重体力劳动, 尽量多休息。3 个月后可建立孕妇手册, 定期产前检查, 并电话随访至分娩。

2.5 随访: 术后 1、3、7 d 复查彩超, 观察未减孕囊胎心搏动是否正常及被减胎孕囊胎心有无复跳。2 周后第 2 次超声复查, 妊娠 3 个月时再次超声复查, 了解被减灭的胚胎是否逐渐吸收及宫内剩余胚胎生长发育情况, 以后定期产前检查, 直至分娩。胎儿娩出后常规进行身体检查, 分娩后 3 年内需对母儿进行随访。

3 讨论

ART 为不孕症患者带来了确切的治疗效果, 但是近 90% 的多胎妊娠是 ART 应用和促排卵药物的结果。多胎妊娠使妊娠丢失率、早产率、新生儿发病率和病死率升高^[4]。Tan 等^[5]报道多胎妊娠围产儿发病率和病死率增加了 4~10 倍, 并发症发生率是单胎妊娠的 3~7 倍。ART 治疗目的是出生一个健康的婴儿, 所以多胎妊娠选择性减胎术是多胎妊娠后的一种补救性治疗措施。本中心采用妊娠早期经阴道超声引导行胚芽抽吸减胎术的方法对多胎妊娠进行干预。本组患者经过干预后, 多胎妊娠减胎术一次性成功率为 100%, 术后无感染和其他相关性并发症。现对减胎术干预的时间和技巧总结如下。

3.1 减胎时间: 减胎时机的选择是多胎妊娠减胎术后影响妊娠结局的因素, 实施减胎的孕周越小, 越容易操作, 对孕妇的刺激越小, 残余坏死组织更少, 因而妊娠并发症越少且越安全, 多数学者认为 7~8 周时进行减胎术较为安全^[6]。我中心也选择在孕 7~8 周 (即移植后 35~42 d), 原始心管搏动出现时进行, 此时胚胎组织少, 并且羊水少, 孕囊体积小, 术中、术后宫腔内压力和体积变化小, 不会诱发宫缩而导致流产。

3.2 减胎的技巧:

3.2.1 被减胚胎的选择: 通过超声确定各胚胎妊娠囊的位

置、胚芽的大小等。一般选择操作较方便且与阴道壁最靠近的胚囊进行穿刺, 避免减灭靠近宫颈内口位置的胎儿, 以减少感染的风险。

3.2.2 操作得当, 穿刺准确: 为了确保减胎一次成功, 减胎术的穿刺精确度要求较高, 应在超声引导下, 让穿刺引导线通过胚胎的心管搏动处, 严格遵循无菌操作原则, 穿刺针沿穿刺引导线快速、准确刺入胚胎的心脏, 进针位置应是不影响其他胚胎妊娠囊。进针后针尖始终在超声穿刺引导线范围清晰显示。

3.2.3 防止感染: 手术者娴熟的技术和丰富的经验, 可将妊娠丢失率降到最低。护士充分的术前准备、术中配合默契及严格的无菌操作, 使所有患者均以良好、积极的心态, 安全度过围手术期, 对提高手术成功率, 预防感染的发生, 保证胎儿的安全起到了至关重要的作用。

3.3 术后随访的重要性: 术后 1、3、7 d 复查彩超, 了解被减灭胚胎的手术效果及保留胚胎有无异常, 一旦发现未达到减灭胚胎的目的, 及时补救。由于大部分 3 胎及以上妊娠经减胎术后成为双胎妊娠, 为预防并发症, 妊娠期间须重视产前检查。黄荷凤等^[7]研究, 不孕患者经助孕治疗后妊娠, 剖宫产率达至 84% (38/45); 且多数 3 胎及以上妊娠经减胎术后成为双胎甚至 3 胎妊娠, 早产率高达 46%, 减胎术后的孕妇可能成为流产高危人群。因此, 应提前告知患者多胎妊娠过程中可能出现的并发症及其危害, 对孕期加强管理, 重视分泌物的检查, 防止胎膜早破, 抑制过早宫缩, 如有异常及时就医, 预防早产, 以降低流产率、母儿患病率及新生儿死亡率, 提高新生儿出生质量。

参考文献

- [1] 顾惠凤, 陆美英. 经阴道 B 超引导下多胎妊娠减胎术 18 例护理 [J]. 中国乡村医药, 2013, 20 (7): 71.
- [2] 甘辉梅. 阴道超声引导下选择性减胎术的护理 [J]. 当代护士: 学术版 (中旬刊), 2012, 31 (11): 52-53.
- [3] 李善玲, 王谢桐, 李红燕, 等. 对三胎妊娠孕妇实施减胎术后双胎或单胎的妊娠结局及流产发生风险的分析 [J]. 中华妇产科杂志, 2015 (4): 268-273.
- [4] Morlando M, Ferrara L, D'Antonio F, et al. Dichorionic triplet pregnancies: risk of miscarriage and severe preterm delivery with fetal reduction versus expectant management. Outcomes of a cohort study and systematic review [J]. Bjog, 2015, 122 (8): 1053-1060.
- [5] Tan J K, Tan E L, Kanagalingam D, et al. Multiple pregnancy is the leading contributor to cesarean sections in in vitro fertilization pregnancies: An analysis using the Robson 10-group classification system [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2016, 42 (9): 1141-1145.
- [6] 胡琳莉, 黄国宁, 孙海翔, 等. 多胎妊娠减胎术操作规范 (2016) [J]. 生殖医学杂志, 2017, 26 (3): 193-198.
- [7] 黄荷凤, 朱依敏, 周馥贞, 等. 经阴道多胎妊娠胚胎减灭术 55 例临床分析 [J]. 中华妇产科杂志, 2002, 37 (9): 533-535.