

204 例双胎或三胎选择性减胎术后妊娠结局分析及护理*

邓明芬, 罗璐, 章华, 周丽, 陈丽萍

(中山大学附属第一医院生殖医学中心, 广东广州, 510080)

[摘要] **目的** 探讨 204 例双胎或三胎选择性减胎术后妊娠结局及总结护理要点。**方法** 选择 2009 年 1 月~2012 年 12 月在本院生殖中心经辅助生殖技术治疗后获双胎或三胎妊娠的患者共 204 例, 孕 7~8 周在经阴道 B 超引导下经胚芽抽吸妊娠减胎术, 对其妊娠结局进行分析, 并总结其术前准备、术中配合及术后护理要点。**结果** 所有患者均一次减胎成功, 减胎后妊娠结局良好, 抱婴回家率 77.0%~92.3%。**结论** 双胎或三胎选择性减胎术后患者妊娠结局良好; 围手术期的心理疏导、术中手术配合、术后随访等, 对减轻患者围手术期的心理压力、提高减胎术成功率及预防术后并发症有重要意义。

[关键词] 选择性减胎术; 辅助生殖技术; 多胎妊娠; 妊娠结局; 护理

[中图分类号] R473.71 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8283(2016)07-0053-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2016.07.015

Pregnancy outcomes and nursing of 204 cases of multiple pregnancies undergoing transvaginal multifetal pregnancy reduction

Deng mingfen, Luo Lu, Qin Hua, Zhou Li, Chen Liping//Modern Clinical Nursing, -2016, 15(7):53.

[Abstract] **Objective** To analyze the pregnancy outcomes of 204 cases of multiple pregnancies following early transvaginal fetal reduction and sum up the experiences of peri-operation nursing care. **Methods** A total number of 204 twin and triplet pregnancies under treatment in the reproductive medical center from Jan. 2009 to Dec. 2012 were involved in the study. All patients underwent transvaginal multifetal pregnancy reduction during pregnancy of 7 to 8 weeks. The pregnancy outcomes were analyzed, and the nursing measures including preoperative preparation, intraoperative cooperation and postoperative nursing were analyzed. **Result** The successful rate of multifetal reduction was 100%, and the rate for taking the infants home reached 77.0%~92.3%. **Conclusion** The outcomes of multifetal reduction for the twin or triplet pregnancy are good. Such nursing measures as perioperative mental care, intraoperative cooperation and postoperative follow-up are key to the alleviation of mental pressure during operation, raise of the success rate of fetal reduction and prevention of postoperative complications.

[Key words] multifetal pregnancy reduction; assisted reproduction technique; multiple pregnancy; pregnancy outcome; nursing

近年来,辅助生殖技术的蓬勃发展为不孕症患者带来了福音;但是,与此同时,由于辅助生殖技术尤其是体外受精-胚胎移植(in vitro fertilization and embryo transfer, IVF-ET)中应用的超促排卵使多胎妊娠成为常见的并发症^[1]。目前,全世界的多胎妊娠发生率已显著上升,大部分多胎妊娠尤其是多

绒毛膜多胎妊娠来源于辅助生殖技术。多胎妊娠孕妇在妊娠期流产、早产、胎儿畸形、低出生体重儿等发生率显著增加^[2],孕期发生妊娠期高血压疾病、妊娠期肝内胆汁淤积症以及分娩期宫缩乏力、产后出血等严重并发症风险亦显著增加^[3-4],给母婴健康带来严重的威胁,早产儿并发症及出生缺陷等更是给家庭带来巨大的经济压力。妊娠早期通过经阴道超声进行胚芽抽吸减胎术,可降低妊娠期的合并症和并发症,改善多胎妊娠的不良结局,已成为 IVF-ET 术后多胎并发症处理的主要手段。2009 年 1 月~2012 年 12 月本院生殖医学中心对双胎或三胎行经阴道超声引导下采用选择性减胎术,回顾性分析其妊娠结局并总结其护理情况,现报道如下。

[基金项目] * 本课题为广东省生殖医学重点实验室专项资助资金,项目编号为 2012A061400003。

[收稿日期] 2016-02-24

[作者简介] 邓明芬(1965-),女,广东人,护士长,副主任护师,本科,主要从事生殖护理工作。

[通信作者] 罗璐,主治医师,硕士, E-mail: gzluolu@qq.com。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2009 年 1 月~2012 年 12 月本院生殖医学中心因双胎或三妊娠行经阴道 B 超引导下选择性减胎手术患者共 204 例,年龄 25 ~ 35 岁,平均(31.1±3.7)岁,不孕年限 2~8 年,平均(3.5±2.8)年。原发不孕 69 例,继发不孕 135 例。减胎孕周 7~8 周,平均(7.1±0.7)周,孕妇均无手术禁忌症。双胎妊娠共 26 例(均减灭一胎),三胎妊娠共 178 例(行三胎减灭一胎共 152 例,三胎减灭两胎 26 例)。

1.2 减胎方法

1.2.1 适应症 ①阴道 B 超检查,宫内妊娠囊 2~3 个,并已明确绒毛膜羊膜性质;②患者及其家属要求进行减胎术;③近期无阴道流血等先兆流产症状;④术前检查完善,排除全身及生殖系统感染,无手术禁忌症。

1.2.2 减胎原则 ①选择 B 超影像学上含胚体最小的孕囊;②选择最易于穿刺的孕囊;③选择接近宫颈位置的孕囊;④选择单卵双胎进行减灭,保留单胎。

1.2.3 手术方法 患者取膀胱截石位,用 0.5%碘伏消毒会阴、阴道,再用生理盐水冲净碘伏后铺无菌洞巾,穿刺前阴道 B 超再次确认孕囊的大小、数目、位置、有无胎心搏动等,并决定减灭之胚胎及保留之胚胎。采用 16G 双腔取卵针接负压吸引器,穿刺针直接刺入目标孕囊内胚胎心搏处,根据

胚芽抽吸情况调整负压大小,尽量避免抽吸羊水,以防孕囊缩小导致宫腔压力下降而引起流产。抽吸胚芽直至见胎心搏动消失后,再持续观察 0.5~1 min,将针尖退出胎体并拔针;再次行超声检查确认减灭胚胎无胎心搏动及保留的胚胎孕囊完整、胎心存在;最后检查阴道穿刺点有无渗血。术后给予患者肌内注射黄体酮 60 mg,每日 1 次,连续 1 周,减少子宫敏感性,同时给予抗生素预防感染 3 d。术后第 1 天、第 3 天、第 7 天给予经阴道 B 超检查,了解患者减胎后减灭胎儿及保留胎儿的胎心情况。

1.3 观察指标

早期流产(12 周以下)、晚期流产(12 周至不足 28 周流产)、早产(28 周至不满 37 周分娩)、足月产(37~42 周分娩);正常出生体重为 2.5~4 kg;抱婴回家率:至少有 1 个婴儿可成功抱回家,存活婴儿例数/总怀孕例数×100%=抱婴回家率。

1.4 统计学方法

数据采用统计描述。

2 结果

本研究中 204 例患者共减灭胚胎 230 个,术后 B 超检查确定减灭胚胎无胎心搏动,患者均一次减胎成功,手术成功率为 100.0%。患者术程均顺利,术中生命体征平稳,术后无大出血、感染等并发症。双胎或三胎减胎术后妊娠结局见表 1。

表 1 双胎或三胎减胎术后妊娠结局 [n=204;n(%); $\bar{x}\pm s$]

项目	n	流产		总流产率	早产	足月产	出生体重(kg)	分娩孕周(周)	抱婴回家率
		早期	晚期						
双胎减一胎	26	3(11.5)	3(11.5)	6(23.1)	1(3.8)	19(73.1)	2.9±0.7	37.8±2.4	20(77.0)
三胎减一胎	152	1(0.7)	15(9.9)	16(10.5)	74(48.7)	62(40.8)	2.3±0.5	37.7±2.7	136(89.5)
三胎减二胎	26	1(3.9)	1(3.9)	2(7.7)	2(7.7)	22(84.6)	3.2±0.5	38.8±1.7	24(92.3)

3 讨论

3.1 双胎或三胎减胎术后妊娠结局分析

多胎妊娠是辅助生育技术的常见并发症,尤其是三胎妊娠,平均分娩孕周为 31~32 周,新生儿出生体重低、存活率低、并发症多、抢救费用高^[5-6]。

随着辅助生育技术的发展,世界范围内的生殖工作者在积极采取包括单囊胚移植在内的各种措施以减少多胎妊娠这一并发症的发生。与此同时,经阴道超声引导下通过负压抽吸的方法实现的多胎减胎技术相对成熟,已经成为安全、有效的补救措施^[7]。对于多胎妊娠及减胎术的实施仍然有不少有

待解决的问题,比如减胎的最佳时机、双胎妊娠减胎的指征和适用人群的选择、三胎妊娠减灭一胎或两胎的妊娠结局哪个更优等,目前尚没有明确的定论^[8-10]。多胎减胎后的存活胎儿总自然流产率约为5%~25%^[11];多胎减胎后保留一胎的新生儿出生体重与自然妊娠相似,绝大多数可足月分娩,抱婴回家率接近90%^[12-13]。但三胎减灭两胎的结局很少有文献报道,其预后如何尚不明确。本中心选择的减胎时机为孕7~8周,此时胚胎组织较少,一次抽吸成功率高,对母体影响较小,结果显示,204例患者共减灭胚胎230个,患者均一次减胎成功,手术成功率为100.0%。本研究结果显示,双胎或三胎减胎术后的预后良好,总体抱婴回家率为77.0%~92.2%,其中三胎减两胎的抱婴回家率最高,为92.3%。在新生儿分娩孕周及出生体重方面,减胎后单胎分娩(即双胎减一胎及三胎减两胎)的平均孕周均超过37周,早产率较低,新生儿平均出生体重达到正常单胎分娩的平均水平;而减胎后保留双胎的新生儿体重未达到正常足月儿的出生体重。本研究虽然相对以往的小样本病例报道而言例数较多,但双胎减一胎及三胎减两胎的病例数均仅有26例,例数较少,这与中国既往的计划生育政策和人们的“多子多福”的传统观念有关。不少家庭宁可冒一定风险也要坚持保留双胎。因此,其数值仅可作为参考。本研究中双胎减一胎的流产率在数值上较高,可能是样本数过少造成的偏倚,日后仍需要更大样本的数据方可得出更准确的结论。这些数据可作为医护人员动员多胎妊娠患者选择减胎术及减灭胚胎个数提供参考;然而本研究中双胎减一胎及三胎减两胎组的例数明显少于三胎减一胎组例数,因此难以更进一步进行系统的统计学分析,以比较各组的预后,要得出确切的结论有待日后更长时间及更大样本量的数据积累。

3.2 护理

3.2.1 心理护理 由于接受减胎术的患者均为接受辅助生殖技术治疗的不孕症患者,接受多胎减胎术的患者恐惧和焦虑情绪特别明显。文献报道^[14-15],辅助生殖技术后多胎妊娠需要接受早孕期经阴道减胎术的患者其显著特征是心理压力大。负面的

情绪不但会影响患者手术的依从性,还有可能对妊娠结局产生不良的影响,包括增加自然流产风险。术前良好的心理护理有助于帮助患者消除疑虑的同时,能明显缓解患者的紧张情绪^[16-17],使患者更好地配合手术。双胎或三胎减胎患者主要担心减胎过程会否损伤保存的胚胎,影响胎儿的发育,甚至引起流产。为此,应根据患者的具体情况,强调多胎妊娠的风险,举例说明多胎妊娠减胎的必要性,消除其侥幸心理;同时详细解释减胎手术过程以及减胎术的良好预后,消除其对减胎手术的疑惑,帮助其以正面的心态接受手术。同时指导患者术中保持镇静、术后按医嘱安胎及定时监测,使减胎手术顺利进行及降低术后流产风险。

3.2.2 术前准备 由于确诊多胎妊娠的最早时间为6~7周,而阴道减胎的最佳时机为7~8周^[18],故应尽快安排和协助患者完成各项术前准备,如完善血常规、C-反应蛋白(C-reaction protein, CRP)、出凝血常规、白带常规等检查,根据检查结果排除急性感染等手术禁忌症。向患者及家属交代多胎妊娠的风险、进行减胎手术的必要性以及减胎手术前后可能存在的风险和并发症,让患者充分知情同意;减胎术当日可进食易消化食物,但避免饮水过多,以免膀胱充盈影响减胎手术;术前皮下注射鲁米那起到镇静安胎的作用;嘱患者排空膀胱;术前检查负压吸引器是否能正常使用。

3.2.3 术中护理与配合 ①采用0.5%碘伏消毒会阴、阴道,防止阴道细菌带入宫腔引起感染,导致流产的发生,但消毒液带进宫腔也会损伤胎儿,因此需用无菌生理盐水反复冲洗阴道,直至将消毒液完全冲洗掉。操作过程注意避免动作粗暴,以免引起患者疼痛不适及宫缩的发生,要求冲洗过程窥器使用娴熟,动作轻柔,防止阴道黏膜损伤以及刺激引起子宫收缩。②负压抽吸系统的完好及负压压力调控非常重要。在减胎过程中系统连接不紧,发生漏气均可影响压力的调控,直接影响所减胎儿胚芽的吸出,使手术时间延长。因此,操作前应检查负压抽吸系统是否完好,术中根据医生的操作步骤及胚芽抽吸情况,调整压力,尽量避免抽吸羊水,以防孕囊缩小导致宫腔压力下降而引起流产。本组患者均未出现宫腔感染现象,仅有1例患者术后

第2天出现体温升高(38.3℃),无特殊处理,嘱多喝水后体温恢复正常。③手术操作过程注意监测患者生命体征,询问患者是否有不适,通过言语、抚摸等方式安抚和鼓励患者,缓解患者的紧张情绪^[19]。减胎过程发现存留胚胎胎心搏动慢,或患者出现面色苍白、出汗、胸闷、呼吸困难等变化,需给予吸氧。本组有2例患者减胎过程发现存留胚胎胎心搏动慢,给予吸氧后缓解,顺利完成减胎术。

3.2.4 术后健康指导 手术结束后,密切观察患者是否有腹痛、阴道流血等异常情况;嘱患者卧床休息,继续支持治疗及预防感染等;指导患者进食高蛋白、高维生素、易消化饮食,保持大便通畅,防止便秘;告知患者注意休息、避免重体力劳动及增加腹压;交代患者观察自身有无异常症状,如出现明显腹痛、发热、阴道大量流血、肛门坠胀等异常情况及时来院就诊;告知患者术后第1天、第3天及1周返院进行经阴道超声检查,以了解抽吸之胎儿及保留胎儿的情况。

3.2.5 术后随访 指导减胎术患者术后第1天、第3天及第7天返院进行超声检查,以了解减灭胎儿及保留胎儿情况;妊娠期及产后通过电话、微信平台等方式追踪患者孕期情况,了解有无流产、早产及妊娠并发症等;产后获知分娩结果,及时进行登记和资料录入。

4 小结

本研究通过对204例辅助生育技术后双胎或三胎妊娠患者进行选择性的减胎术,并分析其妊娠结局及总结护理经验,提示早孕期减胎术患者的总体妊娠结局良好,然而即使是减胎术后,保留胎儿的数目可能对新生儿结局仍然起到关键的影响。与此同时,围手术期的心理疏导、术中严谨娴熟的手术配合、术后周到的随访等高效优质的护理措施,可减少患者的心理负担,为提高手术成功率、防止围手术期并发症起到重要的辅助作用。

参考文献:

- [1] 谭爱雅. 多胎减胎术及其对母胎预后的影响[J]. 国际生殖健康/计划生育杂志, 2012, 31(6): 462-466.
- [2] 周苹. 辅助生殖技术治疗后多胎妊娠发生的危险因素及其妊娠结局的追踪分析[D]. 山东: 大连医科大学, 2004.

- [3] 庄广伦. 必须重视辅助生殖技术可能风险的防治[J]. 国际生殖健康/计划生育杂志, 2011, 30(4): 263.
- [4] 韩洁. 43例妊娠期肝内胆汁淤积症患者的并发症、妊娠结局的分析[D]. 山西: 山西医科大学, 2012.
- [5] 朱依敏, 张丹, 黄荷凤. 医源性多胎的危害及防控[J]. 中国计划生育和妇产科, 2012, 4(2): 8.
- [6] Mamopoulos A, Petousis S, Tsimpanakos J, et al. Birth weight independently affects morbidity and mortality of extremely preterm neonates[J]. J Clin Med Res, 2015, 7(7): 511-516.
- [7] Cheong MA, Tay SK. Application of legal principles and medical ethics: multifetal pregnancy and fetal reduction [J]. Singapore Med J, 2014, 55(6): 298-301.
- [8] Haas J, Mohr Sasson A, Barzilay E, et al. Perinatal outcome after fetal reduction from twin to singleton: to reduce or not to reduce[J]. Fertil Steril, 2015, 103(2): 428-432.
- [9] Hasson J, Shapira A, Many A, et al. Reduction of twin pregnancy to singleton: does it improve pregnancy outcome[J]. 2011, 24(11): 1362-1366.
- [10] Jie Z, Yiling D, Ling Y. Association of assisted reproductive technology with adverse pregnancy outcomes [J]. Iran J Reprod Med, 2015, 13(3): 169-180.
- [11] Jirsová S, Mardesi T, Hulvert J, et al. Does reduction in multifetal pregnancy increase the risk of poor outcome in twin pregnancy[J]. Ceska Gynekol, 2000, 65(4): 230-235.
- [12] Kapfhammer HP, Mayer C. Family planning in women with schizophrenia—case report on a schizophrenic patient with multiple pregnancy resulting from in vitro fertilization[J]. Neuropsychiatr, 2011, 25(2): 103-110.
- [13] Troszyński M. Perinatal mortality of fetuses and newborns in Poland in the years 1999-2008[J]. Med Wieku Rozwoj, 2010, 14(2): 129-137.
- [14] 张静. 孕中期减胎后双胎与初始双胎的妊娠结局比较[D]. 山东: 山东大学, 2011.
- [15] 刘鹏飞. 孕中期减胎术后急性绒毛膜羊膜炎6例临床分析[D]. 山东: 山东大学, 2013.
- [16] 于萍. 护理干预对慢性肾脏病患者自我管理及其健康状况影响的研究[D]. 天津: 天津医科大学, 2012.
- [17] 庄晓华, 马兆峰, 王相立. 心理干预对手术患者焦虑情绪的影响[J]. 中国行为医学科学与脑科学杂志, 2003, 12(3): 331.
- [18] 张荣荣. 阴道B超引导早期选择性减胎术临床分析[J]. 中国处方药, 2014(10): 101-102.
- [19] 吴玉美. 妊娠期妇女心理一致感与焦虑、应对方式的相关性研究[D]. 江西: 南昌大学, 2014.

[本文编辑: 刘晓华]