1 例妊娠晚期双胎之一胎死宫内自然分娩后的护理

朱晓菊,余 淘 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所产科,重庆 400042)

[关键词] 胎死宫内;自然分娩;护理
[中图分类号] R473.71 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)05-0569-02

双胎妊娠晚期一胎宫内死亡为少见妊娠并发症,发病率为 0.5% ~6.8% 不等[1]。国外资料中,美国 Enbom[2] 1985 年报道为 5.0%,日本今井史郎[3] 报道为 8.9%,波兰 Dziechciowski[4] 2000 年报道为 0.5% ~6.8%。我院于 2013 年 4 月 7 日首次收治妊娠晚期双胎之一胎死宫内自然分娩患者,现报告如下。

1 资料与方法

患者,女性,24 岁,因停经 31 +3 周,规律腹痛 5 h 于 2013 年 4 月 7 日收入我科。患者于 4 月 6 日 22 时出现规律宫缩伴见红急诊入院。阴道检查发现:宫口开全,羊膜囊突出宫口,羊水浑浊,羊膜囊内胎儿躯体难以辩清,可扪及较多肢体及变形之颅骨,胎体蜷缩,于该羊膜囊上方骨盆入口处可扪及正常胎儿颅骨顶部。B 超提示:晚孕,双胎,胎儿 B 因深入骨盆,显示不清,羊水指数 6.5 cm,考虑羊水过少,存活胎儿先露头,胎位 ROA,骨盆外测量各径线均正常,估计胎儿体重 1 500 g。告知孕妇及家属目前病情、处理方式及相关利弊,表示理解,要求阴道分娩,并签字。立即准备接生,同时请儿科医生到产房协助新生儿抢救,严密观察胎心及产程进展。4:00 于宫缩间歇行死亡胎儿羊膜腔穿刺,破膜后,见羊水呈黄色,量约 50 mL,胎体下降顺利,于 4:10 娩出一男死胎,肢体蜷缩成团,颅骨明显受压变形,胎体皮肤已呈灰黄色,朽烂,组织亦呈灰黄色,腐朽。死胎娩出后,台下助手于宫体两侧维持存活胎体纵产式。于 4:20 在宫缩间隙行人工破膜,于 4:35 在会阴侧切及保护下顺利娩出一活男婴。

2 结果

胎位 ROA,新生儿体重 1500 g,身长 40 cm,Apgar 评分1 min 及 5 min 均评 10 分,外观无畸形。因是早产儿、低体重儿直接由产房转儿科治疗。4:45 胎盘胎膜自然娩出,完整,存活胎儿脐带长约 50 cm,检查胎盘可见两胎儿胎盘融合,死胎组织朽烂,灰黄色,胎盘小叶结构不清,存活胎儿胎盘组织结构色泽均正常。产后出血约 350 mL。产后一般情况好,监测生命体征平稳,予预防感染、促进宫缩等对症治疗。

3 讨论

因此例双胎分娩具有其特殊性,一胎存活另一胎死亡,产妇在初为人母的情况下又要接受另一胎儿死亡的事实,必会产生双重矛盾心理,加之生活规律的突然改变,造成产妇的极不适应,产生一系列不良情绪。因此做好心理护理,是促使产妇早日康复的重要一环[5]。同时,分娩时过度紧张是造成难产率、产后出血率升高的重要原因[6]。加强护患交流,一可减轻孕妇的焦虑、恐惧心理,又可赢得产妇与家属的信任与支持,使产妇的心理状态逐渐稳定,有利于产妇的身心康复。及时向产妇反馈新生儿的状况,缓解其紧张、抑郁等心理压力。根据产妇的受教育程度及理解接受能力进行健康宣教,详细讲解产后复查的目的及时间,及时进行电话回访并对其进行安慰鼓励[7]。

产时严密观察产程进展,监测胎儿宫内情况。此例为双胎顺产,在胎儿 A 娩出后,需配合接产者在宫体两侧维持存活胎体纵产式,并在胎儿 B 娩出后在腹部加压沙袋。因死胎 A 为腐朽胎儿,骨骼外露,在接产时需操作谨慎,避免外露骨骼损伤膀胱及软产道。在其娩出后,应用甲硝唑行阴道灌洗后方可对胎儿 B 行人工破膜,以避免或减少感染机率。产后住院期间,早晚各行阴道灌洗一次,避免宫腔感染。此外,产后出血多发生于分娩 2 h 内,患者产后在产房观察 2 h,心电监护,每 30 min 测血压、记阴道出血量、观察子宫收缩、会阴伤口及排尿情况并及时准确记录。鼓励患者多饮水,顺利自行排尿。如发现异常及时报告医生并协助处理。

患者因产后体质虚弱,抵抗力差,应注意保持床铺清洁平整,鼓励患者术后早期下床活动,预防术后下肢静脉栓塞。保持外阴清洁,早晚用新洁尔灭擦洗会阴,预防上行感染。加强晨晚间护理,保持室内空气新鲜,环境安静,保证休息和睡眠。根据产妇病情和营养状况,给家属提供一个合理的食谱。如需母乳喂养产妇,教会产妇正确挤奶手法,以便新生儿出院时能及时给予母乳喂养。

用药前详细询问病史,掌握适应证及禁忌证;术后遵医嘱正确运用缩宫术收缩子宫,观察阴道出血量,必要时给予抗生素预防感染。针对本例双胎之一胎死宫内的,应在产时产后甲硝唑阴道灌洗,减少宫内感染率。

[参考文献]

[1] Zorlu CG, Yalçin HR, Caĝlar T, et al. Conservative management of twin pregnancies with one dead fetus: is it safe? [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 1997, 76(2): 128 -130.
[2] Enbom JA. Twin pregnancy with intrauterine death of one twin[J]. Am J Obstet Gynecol, 1985, 152(4): 424
[3] 今井史郎. 双胎にちけう一儿胎内死亡の15 例[J]. 产妇人科の实际, 1987, 36(13): 2083.
[4] Dziechciowski M, Lelek-Bilska B, Pabian W, et al. Elective cesarean section in cases of threatened twin pregnancy: a case report[J]. Ginekol Pol, 2000, 7(3): 146 -151.

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201305057
[收稿日期] 2013-03-20 [修回日期] 2013-03-26

[5] 周昌菊,陶 新,陆丁娟,等. 现代妇产科护理模式[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,2001. 199 - 202.
[6] 邬俏璇,周紫琼,许育娴. 产时焦虑症的干预效果评价[J]. 中国妇幼保健, 2007, 22(33): 4683 - 4684.
[7] Hoddinott P, Allan K, Avenell A, et al. Group interventions to improve health outcomes: a framework for their design and delivery[J]. BMC Public Health, 2010, 10(1): 800.

(编辑:魏 源)

人工耳蜗植入体排斥反应伴感染 1 例

彭 雪,黄茂华 (第三军医大学西南医院耳鼻咽喉科,重庆 400038)

[关键词] 人工耳蜗植入;排斥反应;感染
[中图分类号] R632 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)05-0570-01

人工耳蜗植入术是重度和极重度聋人恢复听觉的最有效的治疗方法,植入排斥反应是其主要并发症。我科室自 2003 年成功开展人工耳蜗植入术以来,首次发生 1 例人工耳蜗植入体排斥反应伴感染的病例,现报告如下。

1 资料与方法

患儿,男,3 岁 10 个月,因诊断为双耳极重度感音神经性聋,于 2012 年 5 月 3 日在全麻下行左人工耳蜗植入术,术后恢复于 5 月 11 日出院。出院时耳后切口甲级愈合,外耳道皮肤及鼓膜完整,耳蜗摄片示耳蜗电极位置正常,人工耳蜗刺激接收器无移位,其表面头皮无肿胀。2012 年 9 月 6 日患儿父母发现左电子耳蜗植入体处肿胀,就诊于我科门诊并行肿胀处穿刺,抽出脓液细菌培养、霉菌培养、厌氧菌培养,结果回示为金黄色葡萄球菌感染。以"左人工耳蜗植入术后植入体区脓肿"收入我科,入院后积极抗感染,脓肿明显好转,超声检查提示皮下残余积脓 1 mL,建议患者行脓肿切开引流术。患儿父母坚持保守治疗,经抗感染 17 d 后出院观察。2012 年 10 月 9 日复查时左耳人工耳蜗植入体表面可扪及大小 0.5 cm × 0.5 cm 液性包块,轻压痛,皮肤稍红,皮温较高,以"左耳人工耳蜗植入术后植入体区脓肿:排斥反应伴感染"收入我科行手术治疗,于 10 月 11 日在全麻下行左耳人工耳蜗植入体区脓肿切开引流清创缝合术。术后第 13 天出院,出院时耳后切口愈合好,皮肤无红肿,无脓性分泌物,无皮下积血、积液。2013 年 2 月 6 日患儿植入体处出现肿胀,植入体下方皮肤破溃,挤压可见脓性分泌物溢出。急诊收入院于 2013 年 2 月 8 日在全麻下行左人工耳蜗植入体取出术。

2 结果

患者术后恢复顺利,于 2013 年 2 月 20 日出院,出院时切口缝线已拆,切口 III/甲愈合。

3 讨论

人工耳蜗是部件精细而且昂贵的装置,由于实施人工耳蜗植入术的患者大多数为婴幼儿,术后院外家庭护理脱离了专业医护人员的监控,且植入体的排斥反应一般为术后几月或者几年,随时间推移,家长可能会疏于观察。术后应该对家长进行植入体区观察的相关知识宣教,告知出现植入区红肿、痛、皮下气肿积液等情况应该及时就诊治疗。

虽然近年来由于人工耳蜗植入手术经验的积累和手术方法的改进以及人工耳蜗装置材料的更新等手术并发症的比例有所减少,从文献报道统计,人工耳蜗植入体排斥反应发病率不高,但是仍值得我们在治疗过程中积极严密观察和排除。根据孙怡君等[1]观点认为,植入体区皮瓣发生严重的感染仍然可以保留电子耳蜗,不一定非要取出植入体。但该病例反复感染,进行静脉抗感染,外科治疗等方法均效果不佳,最终取出植入体。按照 Cohen(1988)[2]的定义,不可控制的严重感染,植入体排斥反应应属于主要并发症,基本都需要取出人工耳蜗植入体或需要再次行植入手术。

预测是否会发生排斥反应目前虽有一定的难度,经过术前过敏源筛查仍有必要[3]。对于有过敏体质者或者家族史患者筛查结果也可能呈现阴性。对于过敏体质和家族史的植入体排斥反应高危群体,可以建议选择可提供过敏样品测试盒的电子耳蜗厂家,根据测试结果可由厂家提供患者所需的特制的人工耳蜗装置。

对出现过敏排斥等症状的患者除积极的抗组胺、抗生素等保守治疗外,还应进一步进行变态反应试验。必要时可给予激素抗免疫治疗。对植入区脓液取样进行细菌培养,区分感染和排斥反应,并针对感染菌群给予敏感的抗生素进行治疗。如继发或反复细菌感染不能控制者,则应尽快取出植入体。

[参考文献]

[1] 孙怡君,贾国章, 余力生 . 326 电子耳蜗植入并发症[J]. 国外医学(耳鼻咽喉科学分册),2003,27(6):326 - 329.
[2] Cohen NL, Hoffman RA, Stroschein M. Medical or surgical complications related to the Nucleus multichannel cochlear implant[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl, 1988, 135: 8 - 13.
[3] 刘勇智,曹克利,王 轶,等. 人工耳蜗植入后由植入体引发的局部反应[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008,43(6):409 - 413.

(编辑:魏 源)

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201305058
[收稿日期] 2013-04-16 [修回日期] 2013-05-20