

周 產 期 會 訊



中華民國周產期醫學會會訊 第六十五期 2001年6月

發行人：劉瑞德 秘書長：陳持平 會訊主編：徐振傑

郵政劃撥帳號：12420668 戶名：中華民國周產期醫學會

會址：台北市常德街一號 電話：(02)2381-6198 傳真：(02)2381-4234

胎兒窘迫源於合併嚴重腸脹症之頸椎傷害孕婦個案探討 Fetal distress related to paralytic bowel distension in pregnancy with spinal cord injury

陳致宇¹、洪煥程¹、舒麗萍¹、鄭宏志²、楊勉力¹、洪正修¹

台北榮民總醫院 婦產部¹

台北榮民總醫院神經醫學中心 神經外科²

摘要

腸道脹氣是脊椎傷害中常見的後遺症，然而它在現今的產科學上的角色卻遠遠不及駭人的自主神經過度刺激症候群 (autonomic hyperreflex syndrome)。以下我們將介紹的特殊病案中胎兒窘迫的出現卻與腸脹氣有密切相關，同時也提醒我們面對孕期中難以處理的腸脹氣其實不可過於大意，周延的胎兒監測及血流杜卜勒量測可避免胎兒窘迫的發生。

【關鍵字】頸椎傷害、腸脹氣、胎兒窘迫、舒張末期血流逆返

引言

頸椎傷害的孕婦處置是現今產科學中相當具有挑戰性的課題，產科醫師要面對的不光是在生產或是引產過程中可能出現的自主神經過度刺激症候群^[1, 2]，同時也要兼顧出生嬰兒的預後；所以要讓這類患者擁有安全可靠的產程，就不得不從母體與胎兒雙方的角度考量。一般頸椎傷害孕婦的生產方式均以自然產為主，剖腹產的適應症則是與一般的孕婦無異^[3-6]。以下所報導的個案中，我們可以見到需要藉助剖腹生產的胎兒窘迫也有可能源自於母親積重難治的腸道脹氣：

案例介紹

一位年齡三十歲懷有 29 週身孕的婦女因頸椎車禍之故於民國八十九年二月

間轉送台北榮民總醫院神經醫學中心的加護病房接受進一步的診治；當時在地區醫院已經證實為頸椎第五節壓迫性骨折引發之四肢癱瘓，在此之前的產檢包括血

壓、尿液及血液檢驗均正常，即使在不幸事故發生後的胎兒評估也都不錯；為了使母體不因頸椎傷害而影響血氧量及呼吸功能，在轉診之前就已經施以氣管插管及呼吸器之輔助呼吸；患者的意識清醒處於臥床狀態，值得注意的是在轉診之前逐漸出現腸道脹氣的現象，當時則以擺置鼻胃管的方式試圖解決此一狀況。

患者在轉院之後的兩日會診本科，初始的超音波檢查沒有發現任何胎盤剝離或是血塊的徵象，胎心音約每分鐘 143 次，日後則每日以手提之杜卜勒胎心器監聽並記錄胎動的狀況，同時每兩週進行乙次產科超音波掃瞄。住院初期出現尿道感染並投予對症之抗生素治療，而排便方面儘管每日都有稀軟的糞便排出，同時以鼻胃管抽吸及放置肛管減壓，但卻無助於日漸膨大的腹圍及脹氣現象，以至於腹部的壓力將皮膚緊撐發亮而且到無法探知子宮底的地步。

當我們在患者妊娠 33 週又五日進行排程的超音波檢查時，卻發現此時胎兒的心率高達每分鐘 182 次，更人擔憂的是血流的檢查首度出現舒張末期血流逆返（end-diastolic reverse flow；見圖一）的徵兆，因此立即以剖腹生產的方式娩出胎兒。

初生嬰兒體重 2235 公克，出生評量分數 3 及 6 分，臍靜脈酸鹼度 7.28。當分娩完成的同時，因為子宮體積的驟減，空間立刻被鼓脹的腸道取代，同時由於腹壓解放的緣故，直徑已脹至近十公分的小腸不斷自傷口湧出（見圖二），最終在一般外科會診之下以腸道造口排氣減壓術才完成傷口的縫合。患者產後除了仍留有腸道脹氣之外，其他恢復情形良好。

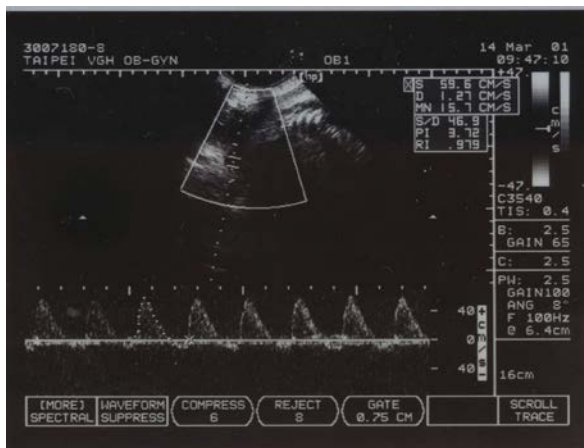


Fig 1



Fig 2

案例討論

絕大多數的文獻一提及孕婦合併脊椎傷害時，總是將血壓的控制列為優先考慮的重點 [5]，尤其是當這類傷害是位於脊椎的高位；頸椎傷害的患者約有 85% 的機會會產生自主神經過度刺激症候群 [7]，然而對於脊椎傷害後遺症中腸道脹氣處置的探討卻著墨甚少，更遑論與胎兒窘迫之間的相關。文獻顯示當杜卜勒血

流探測出舒張末期血流逆返徵兆時，約有 35.7%的周產死亡率^{【8】}。本案中超音波的檢查顯示胎兒的成長並無遲滯且預估體重與週數亦相符，然而出生之後評量分數偏

低及臍血偏酸的數值卻又間接透露嬰兒處於窘迫的環境，這暗示病程是急遽進展而非緩步惡化，而其中最有可能的因素在於無法消除的脹氣現象，我們的理由是膨脹的腸道處在封閉的腹腔中所造成的腹內壓力增加是緩步進行，當壓力達到足以壓迫後腹腔中的下腔血流時，即會造成血流的阻滯而使得子宮胎盤間的血流不足，這就好比在一般產程中之胎心下降變化可能因自於妊娠子宮的壓迫效應一樣；而即使早期腸道脹氣雖然存在，但卻沒有這樣的結果主要是腹內壓力還未達到能壓迫母體後腹腔血流臨界值的原故。

關於這樣的論點尚未見諸於文獻，因此仍存有相當大討論的空間，尤其未來還需要透過動物實驗的模式加以佐證。不過謹由此例卻讓我們可以體驗到，日後處理嚴重腸道脹氣的患者時仍然不可以掉以輕心，針對細微的胎兒窘迫之鑑定除了密集的胎心監測外，還要借助於超音波杜卜勒血流量測以避免陷於胎兒窘迫的陷阱中。

參考文獻

1. Greenspoon JS. Paul RH. Paraplegia and quadraplegia: special considerations during pregnancy and labor and delivery. *American Journal of Obstetric & Gynecology*. 155(4): 738-741, 1986 Oct.
2. Pons JC. Benifla JL. Edouard D. Papiernik E. Tetraplegia and pregnancy. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*. 18(3): 331-335, 1989.
3. Rossier AB. Ruffieux M. Ziegler WH. Pregnancy and Labour in high traumatic spinal cord lesions. *Paraplegia*. 7(3): 210-216, 1969 Nov.
4. Sasa H. Komatsu Y. Kobayashi M. Labor and delivery of patients with spinal cord injury. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*. 63(2): 180-190, 1998 Nov.
5. Verduyn WH. Pregnancy and delivery in tetraplegic women. *Journal of Spinal Cord Medicine*. 20(3): 371-374, 1997 Jul.
6. Cross LL. Meythaler JM. Tuel SM. Cross AL. Pregnancy, labor and delivery post spinal cord injury. *Paraplegia*. 30(12): 890-902, 1992 Dec.
7. Plotz J. von Hugo R. Autonomic hyperreflexia, pregnancy and delivery in para-tetraplegia. The obstetric anesthesiologic viewpoint on a case. *Anaesthesist*. 45(12):1179-1183, 1996 Dec.
8. Kurkinen-Raty M. Kivela A. Jouppila P. The clinical significance of an absent end-diastolic velocity in the umbilical artery detected before the 34th week of pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 76(5):398-404, 1997

May.

周產期醫學學術研討會

-7 月份-

時 間：2001 年 7 月 21 日 (星期六) 早上 7:30 ~ 8:30

地 點：台北馬偕醫院 15 樓階梯教室 (台北市中山北路 2 段 92 號)

主講者：三軍總醫院-張盈寬醫師

題 目：Rhesus Hemolytic Disease