维普资讯 http://www.cqvip.com

147-149

双胎妊娠44例临床分析

李秋香* 谷丽娟 侯金华*

R714.23

提 要 本文对我院1990～1995年间44例双胎妊娠的分娩方式进行了分析，指出双胎妊娠由于胎位异常、产力异常及妊娠并发症多等因素，难产及手术产率均较单胎明显增高。在25例经阴道分娩的双胎中，阴道手术产率为64%，本组双胎剖宫产率为43.2%。本文认为双胎妊娠的分娩方式应掌握以下原则：当第一胎儿为臀位、第二胎位为头位，尤其是胎儿较大、羊水较少时，应考虑剖宫产。而单纯的第二胎儿臀位可以经阴道分娩，不必常规剖宫产。

关键词 双胎妊娠 剖宫产 围产儿死亡率

剖腹产

Clinical analysis of 44 twin pregnancies *Li Qiuxiang, Gu Lijuan, Hou Jinhua. Dept. of Obstetrics and Gynecology, the General Hospital of the Great Wall Aluminum Company, Huonan* 450041

Abstract We investigated the delivery manner of 44 twin pregnancies between 1990 and 1995. The result showed that dystocia and operative delivery for twin pregnancy occur more often apparently than monocyesis because of the abnormal fetal position, the abnormality of force of labor and pregnancy complication. The rate of operative delivery was 64% in 25 twin pregnancies through vagina. The rate of cesarean section was 43.2% of this group (44 cases). We regarded that delivery manner of twin should be mastered as follows: when the first fetus was in the position of breech presentation, the second of head presentation, cesarean section should be considered of the bigger fetus and the less amniotic fluid. The vaginal delivery would make it and the cesarean section needn't routine when the second fetus was as breech presentation.

Key words Twin pregnancy Cesarean section Perinatal mortality of fetus

近年来，促排卵药物的应用，使双胎妊娠发生率有上升趋势。双胎妊娠在分娩中容易发生产力异常，加之各种胎位异常，难产及手术产率均较单胎明显增高，如处理不当，对母婴可造成严重后果。现将我院44例双胎妊娠的分娩方式进行分析。

资料与分析

我院自1990年1月1日至1995年12月31日分娩总数为2468例，其中双胎妊娠44例，发生率为1.78%。44例双胎妊娠分析如下。

一、年龄

产妇最小22岁，最大33岁，以24～30岁居多，占90.9%。

二、孕龄

最小28孕周，最大46^{+1}孕周，平均孕龄为37孕周，高峰在36～38孕周之间。

三、双胎妊娠常见并发症

(1)妊高征：我院44例双胎妊娠中，妊高征22例。其中重度妊高征5例，包括产前子痫1例及产后子痫1例。重度妊高征发生率11.4%。

(2)胎膜早破：我院44例双胎妊娠中，胎膜早破19例，发生率为43.2%。

(3)早产：44例双胎妊娠中，早产18例，发生率为40.9%。

(4)产后出血：44例双胎妊娠中产后出血5例，其中失血量>600ml者2例，均为双胎妊娠

* 作者单位：450041 河南郑州长城铝业公司总医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

合并重度妊高征。产后出血发生率为11.4%。

四、胎方位与分娩方式(表1~2)。

表1 44例双胎胎位与分娩方式

胎位	总例数	阴道产		剖宫产	
		例	%	例	%
头头	28	15	53.6	13	46.4
头臀	5	3	60	2	40
臀头	8	5	62.5	3	37.5
臀臀	3	2	66.7	1	33.3
合计	44	25	56.8	19	43.2

从表1可见,第一胎儿头位者33例,阴道分娩18例,占54.5%,剖宫产15例,占45.5%。第一胎儿臀位者11例,阴道分娩7例,占63.6%,剖宫产4例,占36.4%,同期我院单胎妊娠剖宫产率为17.0%。

本文19例剖宫产指征:重度妊高征5例(其中先兆子痫1例),胎膜早破10例,双胎胎头交锁1例。其余3例为第一胎儿臀位,第二胎头位或臀位。25例双胎经阴道分娩方式见表2。

表2 25例双胎妊娠经阴道分娩的方式

儿别		自娩		胎吸		臀助		臀牵	
		例	%	例	%	例	%	例	%
第一	11	44	7	28	2	8	5	20	
第二	14	56	6	24	2	8	3	12	

在25例经阴道分娩中,两胎儿均自产者9例,仅占36%,阴道手术产率为64%,其中第一胎儿手术产率为56%,第二胎儿手术产率为44%。阴道手术产率增高的原因是胎位异常及继发性宫缩乏力,第二产程延长。

五、围产儿死亡分析

44例双胎妊娠共分娩88名围产儿,其中死胎3名,死产5名,1周内新生儿死亡6名,围产儿死亡共14名,脑积水2名,唇腭裂1名。除去畸形儿,本文矫正围产儿死亡率为125‰。

死产5例均系阴道分娩,其中3例为第一胎儿臀位;2例发生胎头交锁,第一胎儿死亡后娩出;1例为宫口开大4~cm时自然破膜,脐带脱垂后胎儿死亡。例4、例5均为脑积水。

新生儿死亡6名中,除一名畸形儿,余5名出生体重低于1500g,说明早产、低体重是双胎妊娠新生儿死亡的重要原因。

本文19例剖宫产中共获新生儿38名,围产儿死亡2名,均为早产、低体重儿。

讨 论

在双胎妊娠中,其妊娠期及分娩期并发症频多,对母儿双方均可造成严重危害。其中妊高征不仅常见,而且以重度者居多。回顾我院90年~95年间大于28孕周分娩的双胎44例,其中并发妊高征22例,包括产前子痫1例和产后子痫1例。在双胎妊娠中并发重度妊高征的发生率15%,高于国内妊娠妇女轻、中、重度妊高征的总发生率9.5%。因此对双胎并发重度妊高征者,经积极治疗孕龄达到满37周或经促胎肺成熟等治疗,估计胎儿已成熟时,可适时终止妊娠,以选用剖宫产术为佳。

双胎妊娠由于子宫过度膨胀,易发生胎膜早破而致早产。我院6年来44例双胎妊娠中,小于37周分娩者18例,早产率为40.9%。在88例围产儿中,早产儿36例,出生体重小于2500者40例,死胎、死产及新生儿死亡共14例。双胎妊娠围产儿死亡率125‰,我院同期围产儿死亡率20‰增高6倍多。双胎妊娠围产儿死亡率较高与较多的早产及低体重儿有密切关系,胎龄愈短,死亡率愈高。因此,不难看出在预防早产延长胎龄,减少低体重儿的出生是降低双胎妊娠围产儿死亡的关键。

在44例双胎妊娠中并发产后出血5例,其中产后失血量大于600ml者3例,均为双胎合并重度妊高征。双胎之所以较多并发产后出血,与妊娠期子宫平滑肌纤维持续过度伸展,以致失去其正常收缩及缩复功能有关。而发生大量出血还与妊高征子宫肌纤维缺血缺氧性病变等因素有关。对双胎合并重度妊高征均应采用剖

维普资讯 http://www.cqvip.com

宫产术结束分娩。

在44例双胎妊娠中，第一胎儿臀位者11例。阴道分娩7例，死产3例；剖宫产4例，胎儿均成活。可见第一胎儿臀位阴道分娩危险性较第二胎儿臀位更大。与李克敏报道，臀位阴道分娩新生儿窒息发生率为其它分娩方式的6倍，且第一婴儿重复窒息者占44.4%[1]相一致。因此，当第一胎儿臀位时，以剖宫产较安全。44例双胎妊娠中，第二胎儿臀位8例，阴道分娩5例，剖宫产3例，无1例死产及明显新生儿产伤发生。因此，在这种情况下进行常规剖宫产是不必要的。

双胎临产后常因宫缩乏力致产程延长。若产妇对催产素不敏感，为预防产后大出血，应放宽剖宫产指征，切不可盲目地加大催产素浓度或滴速，以免诱发严重胎儿宫内窘迫甚至子宫破裂。

综上所述，在双胎妊娠中，胎儿相对较小，产道性难产很少见。而当第一胎儿为臀位，第二胎儿为头位，尤其是胎儿较大，羊水较少时，为了避免两儿头发生交锁或临产后脐带脱垂，应以剖宫产为宜。除了胎位原因外，重度妊高征、胎儿宫内窘迫、前置胎盘、瘢痕子宫等应考虑剖宫产。双胎妊娠足月、子宫过度伸展者易致原发性或继发性宫缩乏力，亦应考虑剖宫分娩。

参考文献

1. 李克敏，等. 双胎妊娠的孕产期处理. 实用妇产科杂志，1987，3(2)：105.

（收稿：1998—03—09）

脑脊液循环标本的设计与制作

张集建* 白永庆*

在以往的教学中，学生在头脑中很难形成一个完整的脑脊液循环概念。我们为了更好地配合教学，设计和制作了脑脊液循环标本。

一、选材：选取一个形态端正，外形完好的成人头颅（连脊柱），要求固定较好，色泽较好。

二、制作：①将准备好的头颅，从眉弓上缘约一横指，沿外耳门、枕凸水平锯掉颅顶盖。②取掉额骨部后方直到枕骨大孔后部的后部颅骨。③沿上矢状窦两侧约1cm剪断两侧硬脑膜。在保留窦汇和一侧横窦的情况下，切除枕骨大孔以上的两侧脑膜。④沿大脑镰一侧，正中矢状切胼胝体，后方到胼胝体压部，前方至胼胝体嘴；再沿大脑外侧裂水平切与矢状切相交，去除一侧端脑。⑤冠状去掉枕叶，可显示胼胝体，第三脑室及其脉络丛，透明根，大脑导水管，室间孔等。⑥将小脑正中切开，沿小脑水平裂将左侧上半去除可显示第四脑室以及脉络丛，正中孔，外侧孔等。⑦从额极与枕极两点斜切至颞极，去除右侧部分大脑半球，稍加修剪，可显示侧脑室及其前、后、下角，脉络丛，室间孔等。⑧由枕骨大孔至骶管裂孔，沿两侧的椎骨横突后部，打掉椎管后部，正中剪开硬脊膜，用乳胶（或用缝线）将其固定于椎管两侧壁，可显示延髓池，终池等。⑨在室间孔，中脑导水管，外侧孔等处可用有色塑料线做导标，可更清楚地显示其流向。由于脊柱过长，可将胸椎切去一段约6～8椎骨），然后将游离段拉拢固定。

三、讨论：此标本形象，清楚，脉络分明，便于老师讲解，完整地给学生显示了一个脑脊液循环的通路：左（右）侧脑室脉络丛产生的脑脊液流入左（右）侧脑室；经左（右）室间孔流入第三脑室，与第三脑室脉络丛产生的脑脊液会合；再经中脑导水管流入第四脑室，与第四脑室脉络丛产生的脑脊液会合；最后经正中孔或外侧孔流入蛛网膜下腔。

（收稿日期：1997—10—20）

* 作者单位：400038 重庆第三军医大学局解手术学教研室