

多胎妊娠 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/308/2021\\_2022\\_\\_E5\\_A4\\_9A\\_E8\\_83\\_8E\\_E5\\_A6\\_8A\\_E5\\_c22\\_308738.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E5_A4_9A_E8_83_8E_E5_A6_8A_E5_c22_308738.htm) 名称多胎妊娠所属科

室妇产科病因1.遗传因素：多胎妊娠有家庭性倾向，凡夫妇一方家庭中有分娩多胎者，多胎的发生率增加。单卵双胎与遗传无关。双卵双胎有明显遗传史，若妇女本身为双卵双胎之一，分娩双胎的概率比丈夫为双卵双胎之一者更高，提示母亲的基因型影响较父亲大。2.年龄及产次：年龄对单卵双胎发生率的影响不明显。Hauser等发现单卵双胎发生率在20岁以下妇女为3permil。双卵双胎发生率随年龄的增长显著升高，在15~19岁年龄组仅2.5permil。产次增加，双胎发生率也增加，Chai等（1988）报道初产妇为21.3permil。3.内源性促性腺激素：自发性双卵双胎的发生与体内促卵泡激素

（FSH）水平较高有关。Mastin等（1984）发现分娩双胎的妇女，其卵泡期早期血FSH水平明显高于分娩单胎者。妇女停用避孕药后1个月受孕，发生双卵双胎的比率升高，可能是脑垂体分泌促性腺激素增加，导致多个始基卵泡发育成熟的结果。4.促排卵药物的应用：多胎妊娠是药物诱发排卵的主要并发症。与个体反应差异、剂量过大有关。应用人类绝经期促性腺激素（HMG）治疗过程中易发生卵巢过度刺激，以致多发性排卵，发生双胎的机会将增加20%~40%。临床表现多胎妊娠时，早孕反应较重，持续时间较长。孕10周以后，子宫体积明显大于单胎妊娠，至孕24周后更增长迅速。孕晚期，由于过度增大的子宫推挤横膈向上，使肺部受压及膈肌活动幅度减小，常有呼吸困难；由于过度增大的子宫迫下腔静脉及盆腔，阻碍静脉回流，常致下肢及腹壁水肿，下肢及外

阴\*\*\*静脉曲张。此外，多胎妊娠期间并发症特多，包括一般的与非凡的并发症。诊断根据病史、产科检查，多胎妊娠的诊断不难确立，有疑问时可借助于B型超声显像等辅助检查。

1. 病史：双方家庭中有多胎分娩史；此次受孕前接受促排卵药物治疗；早孕反应较重；进入孕中期后，体重增加多、下腹作胀不适。2. 产科检查（1）子宫体积明显大于相应孕周。

（2）触及3个或是个以上胎极；胎头较小，与子宫体积不成比例；胎儿肢体多，位在子宫腔内多处。（3）在子宫不同部位闻及频率相差10次/分以上的胎心音；或胎心率虽相差不多，但两个胎心音心之间相隔一无音区。3. 辅助检查（1）B型

超声检查：是目前确诊多胎妊娠的最主要方法。应用B型超声显像仪经腹检查，早在孕6周时，即可显示着床在宫内不同部位的胚囊个数，每个胚囊与四周蜕膜组成具有双环特征的液性光环。至孕7周末以后，胚芽内出现有节律搏动的原始心管。孕12周后，胎头显像，可测出各胎头的双顶径。随孕周的增长，诊断正确率可达100%。故临床疑为多胎妊娠多，应继续随访，直至胎儿个数完全确定。（2）多普勒超声检查：

孕12周后后，用多普勒胎心仪可听到频率不高的胎心音。（3）血清甲胎蛋白测定：亦有助于多胎妊娠的诊断。双胎妊娠时，29.3%血清甲胎蛋白值明显升高；三胎时，为44.8%；四胎及四胎以上，则达80.0%。因此，筛查孕妇血清甲胎蛋白值有异常升高时，提示多胎可能，需进一步检查。B超诊断双胎妊娠的绒毛膜性，可依次采取下列步骤：

如见两个胎盘，为双绒毛膜性；若仅一个胎盘，决定每一胎儿的性别，异性为双绒毛膜妊娠；如双胎性别相同，仔细扫查分隔膜，4层肯定为双绒毛膜双羊膜，2层为单绒毛膜双羊膜。妊娠进入

中期后，通过系列B超监测，倘若发现：两个胎儿发育不一致，胎儿双顶径差  $> 5\text{mm}$  或头围差  $> 5\%$ 、腹围差  $> 20\text{mm}$ ；

羊水量有显著差异；一个胎儿出现水肿，即可作出慢性输血综合征的诊断。并发症一、一般并发症 1. 流产：双胎妊娠的自然流产率 2~3 倍于单胎妊娠。胎儿个数越多，流产危险性越大，与胚胎畸形、胎盘发育异常、胎盘血液循环障碍及宫腔容积相对狭窄有关。2. 胎儿畸形：双胎妊娠胎儿畸形率比单胎高 2 倍，单卵双胎畸形儿数又是双卵双胎的 2 倍。畸形率增高的原因尚不清楚，宫内压迫可致畸形足、先天性髋关节脱位等胎儿局部畸形，但与胎盘类型无关，亦无染色体异常增多的依据。3. 胎儿宫内生长迟缓：30 孕周以前，双胎胎儿的生长速度与单胎相似，此后即减慢。宫内生长迟缓的发生率为 12%~34%，其程度随孕周的增长而加重，单卵双胎比双卵双胎更显著。4. 贫血：由于血容量增加多、铁的需要量大而摄入不足或吸收不良，妊娠后半期多有缺铁性贫血。孕期叶酸需要量增加而尿中排出量增多，若因食物中含量不足或胃肠吸收障碍而缺乏，易致巨幼红细胞性贫血。5. 妊娠高血压综合征：发生率为单胎妊娠的 3 倍，症状出现早且重症居多，往往不易控制，子痫发病率亦高。6. 羊水过多：5%~10% 双胎妊娠发生羊水过多，发生率为单胎妊娠的 10 倍，尤其多见于单卵双胎，且常发生在其中的一个胎儿。7. 前置胎盘：由于胎盘面积大，易扩展至子宫下段而覆盖子宫颈内口，形成前置胎盘，发生率比单胎高 1 倍。8. 早产：由于子宫过度伸展，尤其胎儿个数多、并发羊水过多时，宫内压力过高，早产发生率高。多数早产为自然发生，或因胎膜早破后发生。据统计双胎妊娠的平均妊娠期仅 37 周。二、非凡并发症 1.

双胎输血综合征：主要是单绒毛膜单卵双胎妊娠的严重并发症，由于两个胎儿的血液循环经胎盘吻合血管沟通，发生血液转输从而血流不均衡引起。

2.双胎之一宫内死亡：多胎妊娠时，不但流产、早产比单胎多，发生胎儿宫内死亡亦多。有时，双胎之一死于宫内，另一胎儿却继续生长发育。

治疗妊娠期处理

1.孕期保健：确诊为多胎妊娠后，应根据孕妇营养状况，建议调整食谱，以增加热量、蛋白质、矿物质、维生素及必需脂肪酸的摄入为原则，并适当补充铁剂及叶酸。孕中期后，嘱多卧床休息，可增进子宫血流量而增加胎儿体重；可降低子宫颈承受的宫内压力而减少早产发生率。加强产前检查，以利及早发现与及时治疗并发症，如贫血、妊娠高血压综合征等；系列监测胎儿生长发育情况及胎盘功能。双胎孕妇于35~36孕周住院，三胎及以上之多胎妊娠孕妇，孕中期即住院及卧床休息，酌情应用宫缩抑制剂，选择性施行子宫颈环扎术；孕后期应用肾上腺皮质激素促胎肺成熟。

2.双胎之一宫内死亡的处理：在当前广泛应用B超检查进行围产监护的情况下，结合临床表现，双胎之一宫内死亡的诊断并不困难。至于是否需要处理，则取决于确诊时间。假如胎儿之一在妊娠早期死亡，死胎可全部被吸收，不需采取措施。孕3个月以后死亡的胎儿，由于躯干尚未完全骨化，组织器官中的水分和羊水逐渐被吸收，不需要采取措施。孕3个月以后死亡的胎儿，由于躯干尚未完全骨化，组织器官中的水分和羊水逐渐被吸收，可木乃伊化而残留在胎膜上；亦可被活胎压缩变平而成纸样胎儿。对于双胎之一在孕中期以后死亡的处理要点在于监护活存胎儿的继续生长发育情况、羊水量、胎盘功能，以及监测母体凝血功能，主要是血浆纤维蛋

白原浓度、凝血酶原时间、白陶土部分凝血活酶时间、血小板计数与纤维蛋白降解产物量，并发妊娠高血压综合征者尤需注重。纤维蛋白原在肝脏内生成，肝脏正常时，血浆纤维蛋白原的下降反映消耗程度。慢性弥散性血管内凝血时，可因消耗与生成达到动态平衡而纤维蛋白原下降不明显。倘若另一胎儿继续生长发育良好，孕母血浆纤维蛋白原水平稳定，可以继续观察。在这过程中，一旦血浆纤维蛋白原水平降至 $2.0\text{g/L}$  ( $200\text{mg/dl}$ )或估计胎儿出生后可存活，应适时引产，终止妊娠。临产后应备鲜血、纤维蛋白原以防产后出血。假如胎龄 $< 34$ 周，为提高胎儿成活率，可考虑应用小剂量肝素治疗。肝素可对抗凝血活酶，妨碍凝血酶原变为凝血酶；可对抗凝血酶的作用；并能阻止血小板凝集和破坏。由于分子较大，肝素不能通过胎盘，故应用于孕妇不会影响活胎的凝血功能。一般剂量 $100\text{mg}/24\text{h}$ ，静脉滴注，用药期间以试管凝血时间指标监护，维持在20分钟左右。通常应用肝素24~28小时后，足以使血浆纤维蛋白原水平回升，尔后酌情减量，适时引产。胎儿间存在血液运输的最理想治疗是消除胎盘吻合血管。应用胎儿镜寻找胎盘的吻合血管，加以钳夹或用激光凝固血管内血液以阻断运输业已实验成功，不久可望用于临床。目前，唯有进行胎儿输血，在B超引导下，经母体腹壁穿刺胎儿腹腔或脐静脉输血；或通过胎儿镜作脐动脉输血。在病情发展至严重程度以前，兼顾胎儿成熟度，适时终止妊娠。重症双胎输血综合征在恶果难免的情况下，亦有主张进行选择性的减胎，以期另一胎儿能成活。出生后的治疗，以交换输血量为有效。供血儿重度贫血，受血儿红细胞比容 $> 0.75$ 时，即可交换输血。根据红细胞比容决定输血量。受血儿换

血，10~15ml/kg，输入血浆或5%葡萄糖液以降低血液粘稠度而改善微循环。供血儿血红蛋白 $< 130\text{g/L}$ ，即应输血。4.为避免高胎数多胎妊娠以提高妊娠成功率，国外不少学者主张在妊娠早期进行选择性的减胎以减少发育中的胚胎个数，使多胎妊娠转变为双胎妊娠，既可达到生育目的，又可消除高胎数多胎妊娠的内险象环生及不良预后。当前所采取的两种操作方法，均在B超检查引导下进行：（1）经腹：选择贴近镜壁、占据宫腔最高位的胎囊，经腹穿刺，进入胎囊、胎儿胸腔或胎儿心脏，注射5%NaCl 3ml或15%KCl 2ml，使胚胎心脏停搏。（2）经\*\*\*：选择接近\*\*\*探头的胎囊，经\*\*\*穹窿穿刺子宫壁再进入胎囊、胎儿胸腔，注射15%kCl 2ml；或将穿刺针通过导管与20ml针筒连接，刺入胎囊后，使针尖贴近胚胎，尔后忽然抽吸以导致胚胎心脏停搏。不过，关于高胎数多胎妊娠是否适宜在孕早期进行选择性的减胎问题，仍然存在争议。有些学者认为意义不大，易致完全流产，于其事后消极补救，不如事先积极防止，呼呈：把握促排卵药物的剂量，尤其是HMG，以免过度刺激卵巢；减少一次移植配子、胚胎的数目。分娩期处理1.分娩方式的选择：关于双胎的分娩方式，围绕分娩发动时的孕周及胎先露组合类型颇多争议。从孕龄角度言，目前认为 $< 34$ 周的双胎妊娠以经\*\*\*分娩为宜。从胎先露组合类型考虑，目前普遍赞同：头-头位双胎，宜\*\*\*分娩，两头碰撞阻碍分娩的可能性极小，除非并发脐带脱垂、前置胎盘、先兆子痫；或胎膜早破继发子宫收缩乏力，经相主尖处理不见好转，否则无剖宫产指征。第一胎儿横位为剖宫产指征。第一胎儿臀位，在无法保证经\*\*\*分娩安全时，亦以剖宫产为妥。Olofsson等（1985）主张妊娠 $> 36$

周，第一胎儿为臀位时，处理与单胎臀位相同，应行骨盆X线测量，以真结合径115mm及出口前后径 坐骨结节间径 坐骨棘间径=325mm为临界标准，低于此标准者行剖宫产术。关于头-臀或头-横位时，第一胎儿经\*\*\*分娩后，非头位第二胎儿的分娩方式也存在争议。有人主张不论第二胎儿为臀位或横位，一律外倒转成头位。不过，一般认为仍以臀位分娩或内倒转后臀位抽出为上策。以往认为前次剖宫产后容许\*\*\*分娩的准则为单胎、头位、子宫下段横切口，近年来的研究反映不符合上列准则亦可获得母子良好结局，提示选择适当，剖宫产后双胎妊娠可予试产。至于三胎或三胎以上多胎妊娠的分娩方式，多数主张选择\*\*\*分娩，由于分娩时易于发生胎盘血流灌注不良及胎盘早期剥离等，应快速结束，仅在产科并发症时施行剖宫产术。

2.\*\*\*分娩三产程的处理：双胎妊娠决定经\*\*\*分娩，临产后第一产程的处理，原则上与单胎妊娠无区别。若第一胎儿的胎膜自破并发脐带脱垂，应立即作内诊，用手上推胎先露，避免脐带受压，急行剖宫产。若宫缩乏力致产程延长，可使用常规剂量缩宫素静脉滴注加强宫缩，但效果不显者，宜改行剖宫产。产程进展顺利，在第一胎儿即将出生之前，予以静脉输液，为输血作好预备。娩出第一胎儿不宜过速，以防发生胎盘早期剥离。第一胎儿娩出后，立即断脐，胎盘侧脐带断端必须夹紧，以防造成第二胎儿失血；立即作腹部检查，尽可能扶正第二胎儿使呈纵产式，以防由于宫内压力忽然减低及宫腔容积仍然较大，活动范围大而转成横位。\*\*\*检查明确胎产式及胎先露，肯定为头或臀先露后，适当压迫宫底部，密切监测胎心音，耐心等待。若5分钟后，仍无动静而宫缩减弱，在监测胎心的同时，予以人

工破膜，或再予静脉滴注常规剂量缩宫素，因过早干预，易使宫内压力降低过快及增加胎儿损伤。鉴于第一胎儿娩出后，子宫收缩使子宫胎盘血流量减少，可能影响宫内胎儿的血氧供给，以及有可能子宫颈缩复形成收缩环影响宫内胎儿娩出，宜争取在20分钟内结束分娩。如发现脐带脱垂或疑有胎盘早期剥离，应及时用产钳助产或行臀位牵引术娩出第二胎儿；如胎头高浮，为抢救胎儿，可行内倒转及臀牵引术。如第二胎儿为横位，可在宫缩间歇期试行外倒转使转成头位或臀位；如不成功，应立即破膜作内倒转及臀牵引术娩出之。在第二胎儿前肩娩出时，静脉推注麦角新碱0.2mg（高血压者禁用），再加速缩宫素滴注。第二胎儿娩出后，上腹部放置砂袋（1kg重）或用腹带紧裹腹部以防腹压忽然下降引起休克。密切观察宫底高度及\*\*\*流血情况，积极处理第三产程以防产后出血。胎盘娩出后，应仔细检查胎盘、胎膜是否完整，并根据胎盘、胎膜的组成情况，进一步判定为单卵或双卵双胎。产后2小时，产妇血压及心率平稳后，减轻砂袋重量；24小时后撤去。三胎及三胎以上妊娠经\*\*\*分娩的处理与双胎妊娠相仿。

3.双胎两头交锁或碰撞的处理：双胎妊娠第一胎儿为臀先露、第二胎儿为头先露时，分娩过程中有可能发生两头交锁，亦即在第一胎儿逐渐下降过程中，第二胎儿的头部已抢先降入骨盆内，以致两个胎儿的颈部相互钩住而造成难产。该种非凡分娩期并发症少见，主要发生于胎儿较小或骨盆过大的产妇，尤其是单羊膜双胎，或第二胎儿的羊膜囊早破的情况下。产程中如发现第一胎儿下降缓慢，即应警惕有两头交锁的可能，及时作X线摄片可明确诊断。一旦发生两头交锁，手法复位相当困难。如第一胎儿存活，以急行剖宫



产术为宜。如发现晚，第一胎儿已死亡，可行断头术以保全第二胎儿；要是手术难度高，不宜延迟，应立即剖宫产以抢救第二胎儿。双胎的两个胎儿均为头先露时，倘若胎儿较小而产妇骨盆宽大，有可能两个胎头同时入盆，互相碰撞而导致阻塞性难产。在分娩过程中，如子宫口已将开全而第一胎儿下降缓慢，应及早进行\*\*\*检查。要是结合腹部检查证实第二胎头的最宽部分已低于耻骨联合，可经\*\*\*、子宫颈伸指上推第二胎头让道，使第一胎头得以下降。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)