

双胎妊娠分娩时机、分娩方式及妊娠结局分析——附 593 例分析

李婵娟 丁虹娟 陈敏*

(南京医科大学附属南京妇幼保健院,江苏 南京 210096)

【摘要】 目的 探讨分娩时机及分娩方式的选择与双胎妊娠结局的关系。方法 2012 年 1 月至 2013 年 7 月在本院分娩的双胎妊娠 593 例,根据孕周分为 $28^{+1} \sim 32$ 周、 $32^{+1} \sim 36$ 周、 $36^{+1} \sim 40$ 周 3 个阶段,再根据分娩方式分为阴道分娩组和剖宫产组,记录每例产妇的年龄、孕周、分娩方式、胎方位、新生儿体重、新生儿 1~5 分钟 Apgar 评分、产后 24 小时出血量及妊娠合并症,分析比较不同孕周分娩方式与妊娠结局的关系。结果 ①孕周 ≤ 32 周,阴道分娩组围产儿死亡率明显高于剖宫产组 ($P < 0.05$);孕周 > 32 周,2 组围产儿死亡率和新生儿窒息率无统计学差异 ($P > 0.05$);②不同孕周剖宫产组产后出血率均明显高于阴道分娩组 ($P < 0.05$)。结论 双胎妊娠的妊娠结局与分娩时机、分娩方式、妊娠合并症、新生儿体重关系密切;适当控制双胎妊娠剖宫产率,有利于减少产后出血发生率,改善妊娠结局。

【关键词】 双胎妊娠;妊娠结局;剖宫产;阴道分娩;产后出血

【中图分类号】 R714.23 **【文献标识码】** A

【Abstract】 Objective To study the relationship between delivery route, delivery time and pregnancy outcome in twin pregnancy. **Method** 593 twin pregnancy women were divided into three phases according to the gestational age, and then divided into two groups, which were vaginal delivery and cesarean section. Record maternal age, gestational age, mode of delivery, fetal position, birth weight, neonatal Apgar score, postpartum hemorrhage and pregnancy complications of each cases, analyze the relationship between delivery mode in different phase and adverse pregnancy outcome. **Results** There is no difference in perinatal mortality and neonatal asphyxia between two groups over 32 gestation weeks ($P > 0.05$), however perinatal mortality of delivery group is significant higher than cesarean section group while gestation age below 32 weeks ($P < 0.05$). And the incidence of postpartum hemorrhage in cesarean section group is statistically higher than delivery group in different phases ($P < 0.05$). **Conclusions** There is close relationship between pregnancy outcome and delivery time, delivery mode, pregnancy complications, birth weigh. Control the rate of cesarean section properly is benefit to reduce the incidence of postpartum hemorrhage and improve pregnancy outcomes.

【Key words】 twin pregnancy; pregnancy outcome; vaginal delivery; cesarean section; postpartum hemorrhage

随着辅助生殖技术在全世界范围内的广泛应用,双胎妊娠率急剧上升,随之引发的妊娠并发症及围产儿病死率亦明显增加。因此选择合适的分娩方

式、分娩时机,同时提供有力的儿科支持,对于减少母儿并发症,提高围产儿质量有着重大的意义。现将 2012 年 1 月至 2013 年 7 月于本院分娩的 593 例

* 通讯作者:陈敏, E-mail: annels@163.com

双胎妊娠病例做一回顾性分析。

1 资料和方法

1.1 研究对象 2012年1月至2013年7月本院分娩产妇为29 288例,其中双胎妊娠593例,发生率20.24%,包括自然妊娠36例、辅助生殖技术557例;产妇平均年龄(27.46 ± 4.37)岁,分娩孕周 $28^{+1} \sim 39^{+2}$ 周,平均孕周(36.74 ± 2.31)周;阴道分娩62例,剖宫产分娩519例,第一胎生理产、第二胎阴道助产7例,第一胎生理产、第二胎剖宫产5例;胎方位头/头位205例,头/非头位171例,非头/头位或非头/非头位217例。

1.2 研究方法 将593例双胎妊娠按不同孕周分为30个阶段,分别为 $28^{+1} \sim 32$ 周、 $32^{+1} \sim 36$ 周、 $36^{+1} \sim 40$ 周,各阶段再按分娩方式分为阴道分娩组和剖宫产分娩组。阴道分娩组的第一个胎儿为头位,剖宫产组包括双胎妊娠的各种胎位,539例共获得1078例新生儿,记录每例产妇的年龄、孕周、分娩方式、胎方位、新生儿体重、新生儿1~5分钟Apgar评分、产后24小时出血量及妊娠合并症。

1.3 诊断标准 文中所涉及妊娠合并症、产后出血、新生儿评分等诊断标准均以乐杰主编的第七版《妇产科学》为标准^[1]。

1.4 统计学处理 资料分析采用SPSS 17.0软件,计量资料以均数±标准差表示,2组间的计量资料采用 t 检验,计数资料以率表示,用 χ^2 检验。显著性检验水准 $P < 0.05$ (双尾)。

2 结果

2.1 双胎妊娠不同孕周、胎方位与分娩方式 $28^{+1} \sim 32$ 周33例,其中5例剖宫产原因为胎儿窘迫(2例)、疤痕子宫临产(1例)、胎盘早剥(1例)、第一胎儿横位胎膜早破(1例),7例助产原因为3例头位

胎儿窘迫(2例)、第二胎脐带脱垂(1例),其余4例为先露非头助产; $32^{+1} \sim 36$ 周147例,剖宫产120例,头/非头位、双胎非头位剖宫产率明显高于头/头位组,分娩方式的选择与胎方位明显相关;5例阴道分娩第二胎转剖宫产原因为,1例脐带脱垂、2例胎儿窘迫、1例胎盘早剥、1例为横位内倒转失败; $36^{+1} \sim 40$ 周413例,剖宫产389例,分娩方式与胎方位无关。

2.2 双胎妊娠不同孕周、妊娠合并症与分娩方式 593例双胎妊娠,其中有妊娠合并症392例,发生率为66.1%,其中胎膜早破84例,切盼儿65例,子痫前期61例,瘢痕子宫43例,妊娠期糖尿病41例,前置胎盘14例,妊娠期肝内胆汁淤积12例,胎盘早剥6例,其他66例。 $28^{+1} \sim 32$ 周共33例,剖宫产5例,原因均为妊娠合并症; $32^{+1} \sim 40$ 周共560例,剖宫产514例,分娩方式的选择与妊娠合并症明显相关。

2.3 双胎妊娠不同孕周、分娩方式与妊娠结局 593例双胎妊娠共获得1186个围产儿,其中围产儿死亡16个,围产儿死亡率13.5%。相同孕周阶段内阴道分娩组与剖宫产组新生儿体重无明显差异,孕周 $28^{+1} \sim 32$ 周,阴道分娩组围产儿死亡率明显高于剖宫产组($P < 0.05$), $32^{+1} \sim 36$ 周、 $36^{+1} \sim 40$ 周两个阶段阴道分娩组和剖宫产组,新生儿窒息和围产儿死亡率无统计学差异, $32^{+1} \sim 40$ 周剖宫产率明显高于 $28^{+1} \sim 32$ 周($P < 0.05$)。双胎妊娠总的产后出血率为72.0%,剖宫产组产后出血量均明显多于阴道分娩组($P < 0.05$),但不同孕周产后出血量无统计学差异,详见表1。

2.4 单胎妊娠与双胎妊娠结局比较 与单胎妊娠比较,双胎妊娠不良结局:围产儿死亡、早产儿、新生儿体重 < 2500 克、妊娠合并症、剖宫产、产后出血发生率均明显增高($P < 0.05$),详见表2。

表1 双胎妊娠不同孕周、分娩方式与妊娠结局

孕周/分娩方式	例数	平均新生儿 体重(kg)	1分钟 Apgar 评分		围产儿 死亡例(%)	产后出血 例(%)	产后24小时 出血量(ml)
			≤ 7	> 7			
$28^{+1} \sim 32$ 阴道分娩	21	1.28 ± 0.23	11	31	10(238)	2(9.5)	265 ± 59
剖宫产	5	1.35 ± 0.19	2	8	1(100)	2(40) ^a	460 ± 146^a
助产	7	1.31 ± 0.27	2	12	1(71.4)	2(28.6) ^a	361 ± 187
$32^{+1} \sim 36$ 阴道分娩	22	2.31 ± 0.31	3	41 ^b	0	2(18.2)	371 ± 245
剖宫产	120	2.20 ± 0.34	9	231 ^b	2(8.33) ^b	93(77.5) ^a	643 ± 497^a
顺转剖	5	2.37 ± 0.43	3	7	0	1(20)	425 ± 196
$36^{+1} \sim 40$ 阴道分娩	19	2.63 ± 0.31	2	36 ^b	0	4(21.1)	302 ± 116
剖宫产	394	2.72 ± 0.35	11	777 ^b	2(2.54) ^b	321(81.5) ^a	587 ± 394^a

注:与阴道分娩组比较,^a $P < 0.05$,与 $28^{+1} \sim 32$ 周比较,^a $P < 0.05$ 。

表2 单胎妊娠与双胎妊娠结局比较

不良妊娠结局	总例数	单胎妊娠例(率)	双胎妊娠例(率)
分娩产妇数	29 288	28695	593
围产儿死亡	174	158(6.00%)	16(13.49%) ^a
早产儿	2070	1548(5.39%)	522(44.01%) ^a
新生儿体重<2500 g	1599	1131(3.94%)	468(39.46%) ^a
妊娠合并症	10 980	3666(12.78%)	392(66.10%) ^a
剖宫产	13 290	12 771(44.51%)	519(87.52%) ^a
产后出血	3195	2768(9.65%)	427(72.00%) ^a

注:与单胎妊娠比较,^a $P < 0.05$ 。

3 讨 论

双胎妊娠属于高危妊娠的范畴,其不良妊娠结局明显高于单胎妊娠^[2],其中早产在围产儿死亡原因中位于首位^[3]。本研究发现,与单胎妊娠比较,双胎妊娠不良结局:围产儿死亡、早产儿、新生儿体重<2500克、妊娠合并症、剖宫产和产后出血发生率均明显增高($P < 0.05$),其中早产儿发生率高是围产儿死亡的首要原因。故如何加强双胎妊娠的管理和监护,选择适宜的分娩方式和分娩时机,降低不良妊娠结局的发生率,尤其是提高围产儿的存活率,已成为产科的重点议题。

3.1 双胎妊娠不同孕周、胎方位、妊娠合并症与分娩方式的关系 28⁺¹~32孕周,一般可经阴道顺利分娩,但易发生围产儿死亡和新生儿窒息,此阶段围产儿远期预后不佳,从再次生育和降低母亲损伤的角度出发,建议尽量阴道分娩,若具有无法经阴道分娩的产科指征或为抢救母儿生命,可选择剖宫产。本院此阶段5例剖宫产手术指征明确,均为抢救母儿生命而实施。32⁺¹~36周,在估计胎儿基本可以存活的情况下,应适当放宽剖宫产指征。36⁺¹~40周,若第一胎儿为头位,无明确剖宫产指征,建议尽量阴道分娩。本院32⁺¹~40周共560例双胎妊娠,第一胎儿头位348例,仅39例头/头和2例头/非头选择阴道分娩,其余均选择剖宫产,究其原因:①具有不能经阴道分娩的妊娠合并症;②绝大部分双胎妊娠为辅助生殖技术后受孕,胎儿珍贵,剖宫产对于胎儿相对安全;③产妇年龄较大,无阴道分娩信心;④为缓解医患矛盾,分娩方式充分尊重产妇及家属意见。故36⁺¹~40周,应根据胎儿情况、合并症情况、胎方位以及患者意愿综合考虑,选择合适的分娩方式。

3.2 双胎妊娠不同孕周、分娩方式与围产儿死亡的关系 双胎妊娠围产儿不良结局明显高于单胎妊

娠,我国双胎妊娠围产儿死亡率约为100%~150%,本院双胎围产儿死亡率为13.49%,明显低于平均水平。本院28⁺¹~32周阴道分娩组围产儿死亡率明显高于剖宫产组($P < 0.05$),若单纯从胎儿安全考虑,应放宽剖宫产指征,但此阶段围产儿死亡率高,远期预后不佳,故宜尽量阴道分娩。孕周>32周后,围产儿死亡率随孕周和新生儿体重的增加而降低,本院32⁺¹~40周阴道分娩组围产儿死亡率与剖宫产组无差异,故建议除非有明确的产科剖宫产指征,建议选择阴道分娩。

3.3 双胎妊娠不同孕周、分娩方式与产后出血的关系 产后出血是我国产妇死亡的首要因素,我国发生率为2%~3%,双胎妊娠产后出血率远高于单胎妊娠。本院双胎妊娠总的产后出血率为72.0%,远高于文献报道,但其中出血量大于1000ml的例数非常少,原因如下:①本院对24小时出血量进行了严格的统计,不存在低估和漏估情况;②本院产后出血诊治流程合理有效,故产后出血大于1000ml的例数非常少,未曾发生过因此致死的产妇。本文发现剖宫产组产后出血率明显多于阴道分娩组($P < 0.05$),但不同孕周剖宫产产后出血量无统计学差异,故从母儿安全及健康的角度出发,在具有阴道分娩条件时,宜尽量阴道分娩。

综上所述,28⁺¹~32周围产儿死亡率高,且远期预后不佳,故以阴道分娩为宜。32⁺¹~36周可适当放宽剖宫产指征。36⁺¹~40周,分娩方式应根据胎儿大小、胎方位、妊娠合并症综合考虑,尽量选择阴道分娩,减少产后出血的发生,但应充分征求患者及家属意愿。总之,双胎分娩的分娩时机、分娩方式应根据孕周、新生儿体重、妊娠合并症、新生儿抢救条件以及患者和家属的意愿综合考虑,以求达到医患双方的一个共识。

参 考 文 献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 第七版. 北京:人民卫生出版社,2008.
- [2] Hruby E, Sassi L, Gorbe E, et al. The maternal and fetal outcome 122 triplet pregnancies[J]. Qrv Hetil, 2007, 148(49):2315-2328.
- [3] Kullima AA, Audu BM, Geidam AD. Outcome of twin deliveries the University of Maidugui Teaching Hospital:a 5-year review[J]. Niger J Clin Pract, 2011, 14(3):345-348.

编辑:邹刚

(收稿日期:2013-08-21)