

双胎妊娠的管理(第二部分)

——来自于加拿大关于双胎妊娠影响的专题小组报告

SOGC

为了研究双胎妊娠对孕妇个人、家庭、保健人员以及社会产生的重要影响,来自多学科的研究人员成立了1个专题工作小组,重点关注双胎妊娠方面的以下内容:

- ① 双胎妊娠发生率
- ② 围产儿发病率与死亡率
- ③ 社会与经济影响
- ④ 与辅助生殖技术的关系
- ⑤ 健康促进项目

经过深入分析文献资料,专题小组就双胎妊娠的一些问题达成了共识。国际多胎生育组织双胎研究委员会于1998年在《双胎研究》杂志上发表的“双胎及多胎的权利宣言与需求声明”受到加拿大各级政府及保健部门的认可与支持^[1]。

由于加拿大的家庭对多胎妊娠的特殊需求,从1974~1995年,加拿大的多胎妊娠发生率从9.05‰(3 037例)持续增长至11.29‰(4 245例),在21年间增长了30%^[2]。虽然1995年的加拿大统计信息是可供参考的最新资料,但在最近5年里,多胎妊娠的增长趋势可能仍在继续。

与此同时,双胎妊娠的围产儿发病率与死亡率相对于单胎妊娠来说有明显上升,其主要原因是早产发生率增加。在1991~1995年间,美国的双胎妊娠早产发生率在孕33周前与孕37周前分别为13.94%与50.74%。相比之下,单胎妊娠在以上2个时段的早产发生率分别为1.7%与9.43%^[3]。现已证实,加拿大因多胎妊娠导致的早产发生率在1981~1983年至1992~1994年间增长了25%,而值得注意的是,这些发生早产的多胎妊娠中约97%~98%为双胎妊娠^[4]。

本刊的中文翻译获得加拿大妇产科协会的许可,特此感谢SOGC的大力协助!原文发表于《J Soc Obstet Gynaecol Can》2000;22(8):607-610。

1 围产儿发病率与死亡率

多数双胎妊娠的围产儿疾病或死亡与胎儿发育不成熟直接相关,包括呼吸窘迫综合征、心室内出血以及坏死性小肠结肠炎。此外,双胎之一或两者发生宫内生长受限、先天缺陷及双胎输血综合征的几率增加^[2]。

经过对加拿大不同地区、不同体系内的围产期管理数据的搜集与分析,双胎妊娠中的围产儿发病率与死亡率得到了仔细评估。为进一步明确这些问题与早产之间的关系,加拿大生殖与儿童健康管理局已经引进了1个管理围产期健康状况的新型监测系统,名为“加拿大围产期监测系统”。在这一监测系统中,设有专门针对多胎妊娠的指标变量,可以监测多胎妊娠与早产发生率之间的重要关联。其中与双胎妊娠相关的信息包括:① 避孕方式与辅助生殖技术的使用;② 胚胎与胎儿死亡(选择性或自发性);③ 双胎家族史;④ 胎盘检查。这些信息可能有助于增进人们对双胎妊娠与其围产儿发病率与死亡率之间因果关系的认识。

建议 1

急需在各医院、各地区乃至全国范围内建立1个标准化的信息通报系统,对双胎及多胎妊娠进行特别关注。

2 社会与经济影响

除了围产儿发病率与死亡率这2项传统指标之外,双胎妊娠还与双胎本身及其家庭的经济、个人、社会开销等多方面相关。由于早产发生率的增加,双胎相对于单胎来说脑瘫的发生率也相应增加^[5]。双胎在低出生体重儿中占有很大比重,其出生后不仅需要提供新生儿危重监护措施,还需要在其生长发育过程中给予长期护理,经济负担较重^[6]。据统

计,在伤残儿童身上额外付出的监护费用中,50%用于特殊教育。可见,双胎妊娠对家庭与社会的种种影响并非仅仅局限于围产期。

新生儿危重监护费用在整个新生儿护理费用中占有较大比重。在过去的10年中,加拿大的双胎妊娠及其早产发生率都在增加,但政府在这方面的资金投入与其他卫生保健项目相比却在逐渐减少。双胎及多胎妊娠的危重新生儿比例明显高于单胎妊娠,从而使新生儿危重监护面临着更多的挑战。由于基层医疗机构缺乏医疗护理人员或设备,越来越多的孕妇或早产儿希望得到三级医院的诊疗服务,这就给先兆早产或已经早产的单胎及多胎孕妇带来了更大的压力。这种不良趋势必须加以遏制。

现已充分证实,双胎妊娠在经济、情感及社会等多方面的投入都比单胎妊娠多,但这一事实却没有得到政府与社会的广泛认可^[7]。双胎妊娠孕妇的抑郁发生率在增加,围绕在母婴、父婴间的错综关系需要专业保健人员的特别关注^[7]。多项调查显示,3胎及其他多胎家庭对其特殊社会需求普遍缺乏专业意识^[8]。

建议 2

国家与地方社区保健人员应该充分认识到双胎及多胎家庭的特殊需求,并将处于困境中的家庭与儿童纳入预防与早期干预计划项目之中。所有的双胎及多胎妊娠家庭都应该得到相应的服务与支持(包括医疗的与非医疗的基本生活保障),从而使其特殊需求得以实现。

建议 3

保健专家应该向计划双胎妊娠的家庭提供更多的信息与支持服务,使其做好应对双胎妊娠带来的情感、经济及现实压力等方面的准备。这类信息与支持服务应该包括预防保健、家庭教育及心理咨询,帮助具有身心健康高风险的多胎妊娠家庭。

建议 4

政府与围产保健决策者应该认识到,目前新生儿危重监护资金不足,不能提供区域化保健服务,从而影响了双胎及多胎家庭提供最佳保健服务的能力。

建议 5

加拿大妇产科学会及其他保健专业机构(如加

拿大儿科学会,加拿大家庭医生学院)应该举办更多的继续教育培训班,加强保健服务人员对双胎及多胎家庭特别需求的认识。

3 与辅助生殖技术的关系

现已明确,使用辅助生殖技术后比自发排卵后受孕的双胎与多胎妊娠发生率高。近期有研究表明,在某些医疗中心35%以上的双胎妊娠发生在使用辅助生殖技术后^[9]。但是,与多胎妊娠发生率相关的促排卵药物及其他辅助生殖技术在加拿大总人口中的使用情况很难获得,究其原因在于围产期健康数据的搜集。尽管如此,1993年的新生殖技术官方评论提到了使用促排卵药物后加拿大多胎妊娠发生率上升的现象,由此推断这种现象与使用不孕症治疗药物与技术如体外受精(IVF)密切相关,并提出建议:在体外受精操作中,移植受精卵不要超过3个。夫妇双方在术前需了解有可能发生3胎妊娠的并发症,并签订知情同意书,选择是否愿意移植1个以上的受精卵,同时保证移植的受精卵不超过3个^[10]。遗憾的是,这一建议并没有被加拿大所有的不孕症治疗机构采纳,所以需要制定相关医疗规范,限制胚胎移植的数量。在一些国家,法律规定胚胎移植的数量必须限制在3个以内。而在英国和加拿大的部分医疗机构中,除特殊情况外,一般只允许移植2个胚胎。

在体外受精尚未使用之前,促排卵药物的使用对多胎妊娠发生率的影响可能更大。现在并没有对临床医生开促排卵药物的处方限制,除了通过广泛的专业宣教之外也没有相应的制度确保促排卵药物的合理应用,所以目前迫切需要规范促排卵药物的使用。1994年在安大略省西南部的1项调查显示,使用辅助生殖技术受孕的双胎及多胎孕妇均未接受术前知情告知,不了解可能发生多胎妊娠及其潜在的危害,比如新生儿残障以及2个、3个甚至多个小孩的抚养问题^[8]。

建议 6

加拿大妇产科学会应该规范临床医生的职业道德,在患者及其家属寻求不孕症治疗措施的同时,医生应该告知可能有并发多胎妊娠的可能。

建议 7

急需在加拿大全国范围内制定相关医疗规范,限定辅助生殖技术中胚胎移植的最大数目,并管理促排卵药物的处方。

建议 8

加拿大妇产科学会应该发布报道各类辅助生殖技术受孕率的标准方法,并规范所有辅助生殖技术项目的实施。国家应该对辅助生殖技术项目采取登记注册。

建议 9

加拿大妇产科学会应该主持关于降低多胎妊娠发生率的公开讨论会或辩论会。

4 健康促进项目

在加拿大,有1个名为“多胎生育父母协会(POMBA)”的多胎家庭支持组织,为双胎及多胎家庭的保健服务作出了重要贡献。这个组织的服务特色是在妊娠期及分娩后都会为多胎生育家庭提供相关信息与支持。保健专家可与该组织合作,为家庭、社区及保健人员建立健康促进项目。加拿大妇产科学会就与该组织合作,为满足双胎及多胎家庭的特殊需求,在保健专业人员、政府部门及社区中开展了大量健康教育项目。其他国家也建立了类似的专业机构,比如英国的多胎生育基金会,与该国其他家庭支持组织存在着密切的协作关系。

建议 10

应该为希望生育双胎及多胎的家庭提供相关公共卫生服务与支持,确保国家监测工作的潜在利益。

建议 11

急需在家庭、社区及保健专业人员中开展双胎及多胎妊娠的健康促进与宣教项目。

建议 12

加拿大妇产科学会支持“双胎及多胎的权利宣言与需求声明”。

5 总结

双胎及多胎家庭的保健是1项复杂的工作,受

到医疗、经济、社会及道德等多种因素的作用。本工作小组致力于研究双胎妊娠对家庭及社会产生的影响,并在上文中提出了一系列建议以供参考。这些建议许多都包含在“双胎及多胎的权利宣言与需求声明”中,之所以在此单独提及是因为它们反映了加拿大的现状。

参考文献

- [1] Malmstrom P, Eaves L. Declaration of rights and statement of needs of twins and higher order multiples [R]. Twin Research, 1998; 52-55.
- [2] Millar WJ, Wadhwa S, Nimord C. Multiple births: trends and patterns in Canada, 1974-1990[J]. Health Rep, 1992, 4; 223-250.
- [3] Keith LJ, Cervantes A, Mazela J, Oleszczuk JJ, et al. Multiple births and preterm delivery [J]. Prenat Neonat Med, 1998, 3; 125-129.
- [4] Joseph KS, Kramer MS, Marcoux S, et al. Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994[J]. N Eng J Med 1998, 339; 1434-1439.
- [5] Petterson B, Nelson KB, Watson L, et al. Twins, triplets and cerebral palsy in Western Australia in the 1980's[J]. Brit Med J, 1993, 307; 1239-1243.
- [6] Stevenson RC, McCabe CJ, Pharoah POD, et al. Cost of care for a geographically determined population of low birthweight infants to age 8-9 years. Children without disability[J]. Arch Disease Childr, 1996, 74; 114-117.
- [7] Thorpe K, Golding J, MacGillivray I, et al. Comparison of prevalence of depression in mothers of twins and mothers of singletons[J]. Brit Med J, 1991, 302; 875-878.
- [8] Laungslager D. Multiple Birth Prenatal Needs Assessment Project[R]. 1994.
- [9] Callahan TL, Hall JE, Ettner SL, et al. The economic impact of multiple-gestation pregnancies and the contribution of assisted-reproduction techniques to their incidence[J]. N Engl J Med, 1994, 331; 244-249.
- [10] Proceed with Care: Final Report of the Royal Commission on New Reproductive Technologies[R]. 1993, 398-399, 527-530.

董小超 摘译
邹刚 校