

• 临床研究 •

## 15 例多胎妊娠晚期死胎与活胎并存的临床结局

刘 畅, 黄健容, 刘禄斌

(重庆市妇幼保健院 400013)

**摘 要:**目的 探讨多胎妊娠晚期死胎与活胎并存的期待治疗及可行性。方法 对 15 例多胎妊娠晚期死胎与活胎并存的临床资料进行回顾性分析。结果 多胎妊娠晚期发生死胎与活胎并存发生率为 3.30%。多胎中宫内死亡的常见原因有脐带因素、胎儿畸形、双胎输血综合征、胎盘梗死等。期待治疗时间 3h 至 98d 不等,存活胎儿均活产。结论 对于多胎妊娠晚期死胎与活胎并存情况,可在密切监测母体情况下,采取期待疗法,促进生存胎儿的生长和成熟,择期终止妊娠。

**关键词:**多胎妊娠;死胎;期待疗法

中图分类号:R714.23

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2009)24-3065-02

**Clinical observation and management of 15 multiple pregnant women with fetal death coexisted with active fetal in late stage**

LIU Chang, HUANG Jian-rong, LIU Lu-bing

(Chongqing Health Center for Women and Children, Chongqing 400013, China)

**Abstract:** **Objective** To investigate the feasibility of expectant management for multiple pregnancy with fetal death coexisted with active fetal in late stage. **Methods** The clinical data of 15 multiple pregnant women with fetal death coexisted with active fetal in late stage were retrospectively reviewed. **Results** The incidence of multiple pregnancy with fetal death coexisted with active fetal in late stage was 3.30%. The usual causes of intrauterine fetal death were umbilical cord factors, fetal malformation, twin-twin transfusion syndrome, placental infarction. The time of expectant management was 3h to 98d. The active fetals were all live birth. **Conclusion** To the multiple pregnancy with fetal death coexisted with active fetal, we can take the expectant management monitoring the maternal situation, promote the growth and maturation of actively fetal and selective terminate pregnancy.

**Key words:** multiple pregnancy; fetal death; expectant management

多胎妊娠中一或二胎宫内死亡是一种少见的妊娠并发症,与单胎死宫内有着很大的差异。随着辅助生殖技术的发展和促排卵药物的应用,多胎妊娠发生率有明显升高的趋势,而其并发症也较多,多胎妊娠中死胎与活胎并存的发生率亦随之增加。临床处理时既要防止死胎对活胎及母体凝血功能的影响,又要兼顾活胎的成熟度,积极治疗并发症,选择合适的分娩时机及方式,以获得最佳的妊娠结局。因此,认识并适时处理好妊娠晚期死胎与活胎并存是产科工作者的一项重要任务。1999~2008 年本院共收治妊娠晚期死胎与活胎并存患者 15 例,现对其临床资料进行回顾分析,探讨影响母儿预后的相关因素,报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 本院 1999 年 1 月至 2008 年 12 月间共有多胎产妇 455 例(包括双胎 446 例,三胎 9 例),妊娠晚期发生死胎与活胎并存的有 15 例(三胎 3 例,其中 1 例两胎死宫内),均经 B 超检查证实,占同期本院住院分娩的多胎病例的 3.30%,年龄 24~38 岁,经产妇 2 例,初产妇 13 例。

**1.2 处理方法** 所有病例都采用期待治疗,在定期超声监测评估生存胎儿宫内生长发育、羊水量的同时,定期监测母体凝血功能。加强补充营养及微量元素,常规肌注皮质激素促胎肺成熟。B 超监测存留胎儿的生长状况,对并发症进行积极的对症处理。妊娠终止后由对新生儿进行 Apgar 评分,记录新生儿体重。

### 2 结 果

**2.1 出凝血功能变化** 血常规监测表明,仅 1 例出现血小板

数量下降。凝血时间监测 15 例中无 1 例凝血酶原时间(PT)延长超过 3s;活化部分凝血酶原时间(APTT)延长超过 10s。3 例出现 FIB 升高。仅有 1 例合并妊娠期脂肪肝监测发现 FIB 下降至 1.008g/L。

**2.2 妊娠并发症** 15 例中有 4 例合并妊娠期肝内胆汁淤积症,2 例子痫前期,1 例合并妊娠期脂肪肝,2 例合并羊水过少,3 例胎儿畸形,1 例前置胎盘,2 例胎膜早破,4 例未发现其他合并症。根据胎动减少症状出现时间、B 超诊断胎儿死亡孕周及产后估计死胎胎龄来推算自胎儿死亡至分娩间隔时间分别为 1d 至 14 周不等。15 例中 4 例为产时或产前 1d 发现为多胎之一宫内死亡,其中 2 例估计胎儿死亡时间大于或等于 2 周,1 例三胎妊娠 32 周的甲胎儿死亡大于 14 周,乙胎死亡大于 5 周,予保胎治疗因前置胎盘大出血而行剖宫产分娩丙胎存活,1 例三胎妊娠 31 周的临产阴道分娩甲胎儿,乙胎儿脐带脱垂胎死宫内,次日因宫口回缩行剖宫产分娩活丙胎儿和死乙胎儿。往往一例患者同时出现多种并发症,其中妊娠期肝内胆汁淤积症发生率最高,为 4 例,发病率均达 26.7%。产后出血 2 例。1 例产妇因暴发性肝衰竭转院治疗,其余产妇无特殊。

**2.3 期待治疗时间及分娩方式** 期待治疗时间 3h 至 98d 不等。分娩孕周 28~38 周,平均 34.2 周,足月产 2 例,早产 13 例,其中孕周大于 34 周 6 例。3 例阴道分娩,12 例剖宫产。

**2.4 多胎中宫内死亡的原因** 3 例为脐带因素,其中脐带扭转 1 例,脐带过细 1 例,脐带脱垂 1 例,胎儿畸形 3 例,双胎输血综合征 5 例,胎盘梗死 4 例。

**2.5 存活胎儿转归** 15 例中存活胎儿均活产,10 例早产,5

例小于胎龄儿,新生儿体重 900~2 980g,低体重儿 8 例。存活儿未再发生宫内死亡,出生后其中 1 例新生儿重度窒息,1 例新生儿出生后 7d 因呼吸窘迫综合征死亡。

### 3 讨 论

**3.1 多胎妊娠之一宫内死亡的发生率** 妊娠晚期发生死胎与活胎并存在我院占住院分娩多胎的 3.30%,国内外报道甚少,而对双胎之一宫内死亡的发生率,波兰报道为 0.5%~6.8%<sup>[1]</sup>,国内张颖报道为 4.98%,苏琦枫<sup>[2]</sup>报道为 3.65%。

**3.2 多胎妊娠晚期发生死胎与活胎并存期待疗法的可行性** 本组有 1 例,发现宫内死胎时间最长为 98d,活胎均存活分娩,新生儿未见异常。多胎双卵双胎妊娠晚期发生死胎与活胎并存,是否会给存活儿带来危险主要取决于胎盘上是否有吻合血管,可能是因为双卵双胎间较少血管吻合支有关;母亲无 1 例出现弥散性血管内凝血(DIC),原因可能为一胎儿死亡后胎盘血管闭塞胎盘表面大量纤维素沉积,阻止了凝血酶向母体及存活胎儿的释放<sup>[3]</sup>。因此可在密切监测母体情况下,促进生存胎儿的生长和成熟。如母体出现 DIC 时,必须终止妊娠;而 3P 试验和 D-二聚体含量则是对母体凝血功能监测较为敏感的指标<sup>[4]</sup>。如母体情况稳定,可在生存儿宫外能生存时择期使其娩出,为防止宫缩时更多的死胎分解物进入母体,应适当采取剖宫产娩出活胎。本文活胎分娩后仅 1 例 7d 后死亡,其余均存活,母体均无 DIC。双胎之一宫内死亡多发生于单卵双胎,与双胎输血综合征(TTTS)有关,双胎输血综合征在单绒毛膜双羊膜腔胎盘中约为 5%~15%,是影响单绒毛膜双胎围产期结局的主要原因<sup>[5]</sup>。但胎死后继续妊娠对孕母无影响,而存活胎儿神经系统受损多见。本文 1 例因 IVF 术移植 2 枚胚胎后发育为 3 个胎儿,妊娠 17 周发现 1 胎无心胎儿,妊娠 26 周 1 胎宫内死亡,另一胎妊娠 32 周剖宫产存活。无心胎儿,是多胎妊娠的一种少见的畸形,又称双胎反向动脉灌注(TRAP),发生率约占单卵双胎的 1%,TRAP 基本的变化是在胚胎发生时期在双胎的脐动脉出现动脉吻合。具有血流动力学优势的胚胎成为泵血胎,通过脐动脉吻合向另一胎儿供血,低氧含量的血流通过脐动脉进入髂动脉再进入腹主动脉进入无心胎,使双胎中的无心畸形借正常胎儿心脏的动力,通过交通支获得循环血液而生存。无心畸形因无心脏,它利用另一个正常胎儿的心脏

的血供不断长大,因此是受血儿,常伴有水肿及羊水过多,而正常胎儿为供血儿,个体发育小,贫血,羊水过少。本文中 1 例无心胎儿体重 100g,仅有躯干及左侧肢体。过去都主张及时终止妊娠以防止组织凝血活酶释放导致 DIC;子宫内胎儿栓塞综合征,以及双胎输血综合征等危及胎儿及母体,但此时如孕周尚不足 34 周,存活胎儿未成熟,过早终止妊娠则早产儿死亡率极高。本文 1 例 28 周早产儿因药物保胎失败阴道分娩,在出生后 7d 因新生儿呼吸窘迫综合征死亡。宫内死胎时间与母体预后的关系有待进一步研究,并且要将脐带与胎盘因素考虑在内。国内报道发现死胎的胎盘里沉积着大量的纤维蛋白,它可以直接降低母体的纤维蛋白原,继而增加纤维蛋白的降解产物,或可以阻断从胎儿和胎盘来的促凝血酶原激酶进入母体循环,预防了弥漫性血管内凝血,两个机制是在形成广泛的纤维化的基础上运行的<sup>[6]</sup>,因此,如多胎之一或二宫内死亡,B 超排除活胎发育异常监测并积极治疗妊娠合并症,采取期待疗法至 34 周分娩是可行的。

### 参考文献:

- [1] Dziechciowski KI. Elective cesarean section in cases of threatened twin pregnancy[J]. Ginekol Pol, 2000, 7(3): 146.
- [2] 苏琦枫. 双胎之一胎死宫内原因监测与处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2002, 18(2): 75.
- [3] 曹泽毅 主编. 中华妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 416.
- [4] 王志坚, 李宏, 柳美莲. 双胎妊娠中晚期胎儿宫内死亡 13 例临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2008, 23(11): 1483.
- [5] Lim YK, Tan TY, Zuarde R, et al. Outcomes of twin-twin transfusion syndrome managed by a specialised twin clinic [J]. Singapore Med J, 2005, 46(8): 401.
- [6] 朗景和 主译. 威廉姆斯产科学[M]. 20 版. 西安: 世界图书城出版公司, 2001: 22.

(收稿日期: 2009-06-05)

(上接第 3062 页)

- in early cervical carcinoma: correlation with clinical outcome [J]. Oncol Rep, 2004, 12(1): 169.
- [7] Hoory T, Monie A, Gravitt P, et al. Molecular epidemiology of human papillomavirus [J]. J Formos Med Assoc, 2008, 107(3): 198.
  - [8] Wu G, Nomoto S, Hoque M, et al. TAp63a and ΔNp63a regulate transcription of genes with distinct biological functions in cancer and development [J]. Cancer Res,

2003, 63: 2351.

- [9] Westfall MD, Pietenpol JA. P63: molecular complexity in development and cancer [J]. Carcinogenesis, 2004, 25(6): 857.
- [10] Noszczyk BH, Majewski ST. P63 expression during normal cutaneous wound healing in humans [J]. Plast Reconstr Surg, 2001, 108(5): 1242.

(收稿日期: 2009-06-05)