

## الاختلاطات التوليدية في الحمل التوأمي (خبرة مشفى الأسد الجامعي باللاذقية)

الدكتور محمد النقري\*  
الدكتورة ربيعة مرعي\*\*  
حافظ الجاسر\*\*\*

(تاريخ الإيداع 2006/8/21 . قبل للنشر في 2006/12/5)

### □ الملخص □

شملت الدراسة الاختلاطات التوليدية للحمول التوأمية في مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية من (2004/1/1) وحتى (2006/6/1)، وكان عدد الحالات /105/ حالة ولادة مع عينة مقارنة من الحمول المفردة، وبعد متابعة سير المخاض والولادة تم تحديد الاختلاطات التي عرقلت سيره وكانت النتائج كالآتي:

- 1- ارتفاع نسبة الولادة المبكرة (54.4%) المبيئات المعيبة (43.8%) ونزوف الخلاص (13.1%) وانسدال السرر (10.5%) وعسرة المخاض بنقص المقوية (7.6%) مقارنة مع الحمل المفرد.
- 2- ارتفاع نسبة القيصرية في الحمول التوأمية (46.7%) مقارنة مع الحمل المفرد.
- 3- ارتفاع نسبة المبيئات المعيبة وانسدال السرر وانفكاك المشيمة في ولادة التوأم الثاني نسبةً للأول.

الخلاصة: ازدياد معدل الاختلاطات الوالدية في سير مخاض الحمول التوأمية نسبة للحمول المفردة، مما يتطلب الحذر والمراقبة الجادة للمخاض والولادة.

**الكلمات المفتاحية:** الولادات التوأمية، الاختلاطات التوليدية، المبيئات المعيبة، العطالة الرحمية، نزوف الخلاص.

\* أستاذ في قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

\*\* أستاذ مساعد في قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

\*\*\* طالب دراسات عليا في قسم التوليد وأمراض النساء - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سوريا.

## Obstetrical Complications in Twin Pregnancy Experience of Al-Assad University Hospital in Lattakia

Dr. Mohammad Al-Nokkari\*

Dr. Raaifa Meraai\*\*

Hafez Al-Jasser\*\*\*

(Received 21/8/2006. Accepted 7/9/2006)

### □ ABSTRACT □

Our study dealt with the obstetrical complications in twin pregnancies at Al-Assad University Hospital from 1/1/2004 to 1/6/2006; it included /105/ cases with twin pregnancies and /105/ cases with single pregnancies. after monitoring labor in both groups and specifying the complications concerned, the results were as follows:

- 1- An increase in premature birth (54.4%), malpresentation (43.8%), post partum haemorrhage (13.1%), cord prolepses (10.5%), and atonic contraction (7.6%) compared with single pregnancies.
- 2- An increase in caesarian sections in twin pregnancies (46.7%) compared with single pregnancies.
- 3- An increase in malpresentation, cord prolepses, and placenta abruption in the second fetus compared to the first.

The rate of maternal complications increased during labor for twin pregnancies, and that made us take extra care when observing and delivering.

**Keywords:** Twin Deliveries, obstetrical complication, malpresentation, hypotonic uterine dysfunction, postpartum hemorrhage.

---

\* Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\*Associate professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

\*\*\*Postgraduate Student, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

## المقدمة:

بما أن نسبة المراضة والوفيات في الحمل التوأمية ( Twin pregnancies ) تزداد بشكل ملحوظ حيث تتضاعف المراضة الوالدية 3-7 مرات [1] لذلك وبدون مبالغة يمكن اعتباره حملاً معقداً فمن الشائع حدوث اختلاطات والدية هامة وواضحة سريرياً تزداد خطورة وتواتراً مقارنة مع الحمل المفرد ومع ازدياد عمر الحمل [2] وأهم هذه الاختلاطات تحدث عند المخاض و الولادة labor and delivery وهي حسب خبرة مشفى Parkland التوليدية [3] ما يأتي:

- 1- المخاض الباكر preterm labor وانبثاق الأغشية الباكر .prom
- 2- عسرة المخاض بنقص المقوية الرحمية hypotonic youterin dysfunction.
- 3- المجينات المعيبة malpersntation.
- 4- حوادث المشيمة ( ارتكاز المشيمة المعيب - انفكاك المشيمة الباكر ).
- 5- حوادث السرر (انسداد السرر Cord Prolapses والمجيء السرري).
- 6- نزوف الخلاص Postpartum Hemorrhage.
- 7- ازدياد نسبة التداخلات الولادية والجراحية من تحويل بالأعمال الداخلية والخارجية والعمليات القيصرية [4] .Cesarean Operation

وهكذا يعتبر المخاض والولادة اختباراً ممتازاً لمهارات الفريق الطبي المولد الذي يقدم العناية للحوامل والأجنة ويضع الحمل التوأمي في دائرة الخطورة.

## أهمية البحث:

نظراً لكثرة الاختلاطات الوالدية المشاهدة في أثناء المخاض، والولادة في الحمل التوأمي نسبة للحمل المفرد وكثرة التداخلات الولادية والجراحية في تدبيرها، وخاصة بعد ازدياد نسبة حدوث الحمل التوأمي في الآونة الأخيرة باستخدام محرضات الإباضة [4] كان من الضروري إجراء مثل هذه الدراسة لتوضيح الاختلاطات الحادثة في أثناء المخاض وتحديد نسبتها وصولاً إلى توصيات تساعد على تجنب حدوثها وتعاون أفضل مع حالات الحمل التوأمي.

## الهدف من البحث:

تحديد نسبة الاختلاطات الوالدية المشاهدة بالحمل التوأمي في أثناء المخاض والولادة.

## مواد البحث:

الحوامل بحمل توأمي المراجعات لمشفى الأسد الجامعي باللاذقية من 2004/1/1 إلى 2006/1/1 واللواتي هن بحالة ولادة او محرضات للقيصرية الانتخابية.

## طريقة البحث:

- 1- تقييم حالة الحوامل [5]:

- من حيث عدد الأجنة (حمل مفرد - حمل توأمي ) والعمر الحملي اعتمادا على آخر دورة طمثية والأمواج فوق الصوتية.
  - فحص سريري شامل وإجراء التحاليل الأزمة وملء الاستمارة الخاصة.
  - فحص نسائي وتحديد الحوامل واللواتي هن بحالة ولادة وتحديد المجيئات.
  - دراسة صدوية للجنين والسائل الأمينوسي والمشيمة.
  - تحديد الفعالية الرحمية عن طريق جهاز تخطيط قلب الجنين ذو الترقاب الخارجي.
- 2- متابعة سير المخاض من حيث الاتساع والامحاء وفعالية التقلصات الرحمية وتقدم المجيء ونزوله والفاعلية القلبية للأجنة وكشف الاختلاطات المعرقللة لسير المخاض.
- 3- متابعة سير الولادة مهبلية كانت او قيصرية وتحديد الفترة الفاصلة بين ولادة التوأمين في الولادات المهبلية.
- 4- اعتماد طريقة الخلاص الموجه [6] بعد ولادة التوأم الثاني، وذلك بتسريب 30 وحدة أوكسيتوسين في 1 لتر سيروم سكري 5% بمعدل 100 نقطة في الدقيقة خلال الساعتين الأوليتين من الولادة.
- 5- تقدير كمية النزف في أثناء الولادة المهبلية والقيصرية وبعدها.
- 6- استقصاء البيل التناسلي بعد ولادة المشيمة ونمطها لكشف التمزقات وإصلاحها.
- 7- إعطاء مقبضات الرحم 2 ملغ ميترجين عضلي.
- 8- مراقبة النفساء لمدة 6 ساعات من حيث العلامات الحياتية للانقباض الرحمي والهلاجة الدموية.

## النتائج:

شملت الدراسة التي قمنا بها /105/ من حالات الحمل التوأمي اللواتي بحالة ولادة، أو محضرات لقيصرية انتخابية المراجعات لمشفى الأسد الجامعي باللاذقية من 2004/1/1 إلى 2006/6/1 وتم اختيار عينة مقارنة عشوائية من الحوامل بحمل مفرد بطريقة العينة الزمنية حيث استكملت عدد عناصر العينة خلال فترة تمتد من 2005/1/1 إلى 2005/1/25.

وكانت النتائج على الشكل الآتي:

### أولاً - دراسة طور المخاض:

1- دراسة طبيعة المخاض: جرى متابعة سير المخاض وكيفية حدوثه إما بشكل عفوي (بتمام الحمل)، أو تالي لفشل في تثبيط المخاض المبكر ( شرط أن تكون قد جرت في المشفى )، أو تالي لانبثاق أغشية باكر، أو لتحريض المخاض بالبروستاغلاندين في الثلث الثاني من الحمل في حالات الحمول المتوفاة، فضلاً عن حالات حث المخاض بالأوكسيتوسين في بعض حالات انبثاق الأغشية والعطالة الرحمية مع اتساع متقدم إضافة إلى حالات تحريض المخاض في الحمل المفرد.

الجدول (1): طبيعة دور المخاض

حمل مفرد		حمل توأمي		طبيعة دور المخاض
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
1.9	2	8.6	9	انبثاق الأغشية الباكر
10.5	11	39	41	المخاض الباكر
49.5	52	31.9	33	مخاض عفوي
0.95	1	0	0	مخاض ممرض بالبروستاغلاندين
16.2	17	3.8	4	مخاض محثوث بالأوكسيتوسين
8.6	9	0	0	مخاض ممرض بالأوكسيتوسين
14.3	15	17.1	18	بدون مخاض (قيصرية انتخابية)
100	105	100	105	المجموع

ومن الجدول رقم (1) نلاحظ أن المخاض الباكر وانبثاق الأغشية الباكر كان مرتفعاً في مجموعة الحمل التوأمي مقارنة مع مجموعة الحمل المفرد. وكان حث المخاض وتحريضه باستخدام الأوكسيتوكسين أعلى بكثير في الحمل المفرد مقارنة مع الحمل التوأمي.

2- دراسة المبيئات: تم تحديد المبيئات في الحمول التوأمية والمفردة في عيني البحث وتوزعت وفق الجدول (2) عند قبول المريضة وقبل إجراء القيصرية الانتخابية.

الجدول (2): توزع مبيئات الأجنة في طور الانفذاب

حمل مفرد		حمل توأمي				نوع المبيء
النسبة المئوية	العدد	الجنين الثاني		الجنين الأول		
		النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
92.3	97	67.6	71	80.0	84	رأسي
4.8	5	24.8	26	16.2	17	مقعد
2.9	3	7.6	8	3.8	4	معرض
100	105	100	105	100	105	المجموع

ومن الجدول نلاحظ أن ارتفاع نسبة المبيئات المقعدية والمعرضة للجنين الثاني في الحمول التوأمية مقارنة مع الجنين الأول والحمول المفردة.

3- دراسة سير المخاض: لقد تضمنت الدراسة طور المخاض إضافةً إلى طوري الانتداف للجنينين الأول والثاني لتسهيل الدراسة الإحصائية للشذوذات الحاصلة، وكانت الاختلالات المعرّقة لسير المخاض في عينتي الدراسة.

الجدول ( 3 ): توزع الاختلالات في طور المخاض ونسبتها في عينة البحث

حمل مفرد		حمل توأمي				نوع الاختلال الحاصل في طور المخاض
النسبة المئوية	العدد	الثاني		الأول		
		النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
5.7	6	32.8	34	20.0	21	المجينات المعيبة
1.9	2	1.9	2	5.7	6	عسرة المخاض لنقص المقوية
8.4	5	0	0	0.95	1	عسرة المخاض لعدم تناسب حوضي جنيني
0.95	1	0	0	1.9	2	نزف في سياق المخاض (مشيمة واطنة)
0	0	2.9	3	0.95	1	انفكاك مشيمة باكر
3.8	4	1.9	2	1.9	2	مخاض + سوابق قيصرية
0.95	1	5.7	6	1.9	2	انسداد السرر
-	-	1.9	2	-	-	انحباس توأم ثاني معترض

وفق الجدول (3) نلاحظ ازدياد نسبة حدوث المجينات المعيبة وانسداد السرر وعسرة المخاض بنقص المقوية في حالات الحمل التوأمي مقارنة مع الحمل المفرد. في حين هنا زيادة في نسبة حدوث عسرة المخاض بسبب عدم التناسب حوضي جنيني في الحمول المفردة مقارنة مع التوأمية.

#### ثانياً: دراسة طريقة الولادة:

تمت الولادات في غرفة الولادة أو العمليات واقتصرت التداخلات الولادية على عمليات التحويل الداخلية والخارجية للتوأم الثاني وخزع الفرج الوافي ولم يستخدم المحجم أو ملقط الجنين في أي من الحالات في كلتا المجموعتين.

الجدول ( 4 ): توزع الولادات في الحمول التوأمية في عينة البحث

حمل مفرد		حمل توأمي				طريقة الولادة
النسبة المئوية	العدد	الجنين الثاني		الجنين الأول		
		النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
75.2	79	53.3	56	56.2	59	ولادة مهبلية
45.7	48	37.1	39	45.7	48	ولادة مهبلية بدون تداخلات
0	0	0	0	0	0	محجم
0	0	0	0	0	0	ملقط جنين
0	0	0.95	1	0	0	تحويل بالأعمال الخارجية
0	0	2.9	3	0	0	تحويل بالأعمال الداخلية
29.5	31	12.4	13	10.5	11	خزع فرج واقي
24.8	26	46.7	49	43.8	46	ولادة قيصرية
100	105	100	105	100	105	المجموع

ومن الجدول السابق نلاحظ ارتفاع نسبة التداخلات الولادية المجراة على الجنين الثاني نسبة للجنين الأول مع ارتفاع نسبة القيصرات في الحمول التوأمية مقارنة مع المفردة ويفارق هام.  
نلاحظ من الجدول ثلاث ولادات تمت بالقيصرية الجنين الثاني بعد ولادة الأول طبيعياً (حالتي انحباس توأم ثاني معترض وأخرى مجيء سرري).

#### دراسة استطببات العمليات القيصرية في عيني البحث:

كان لدينا 18 قيصرية انتخابية و 31 قيصرية اسعافية في الحمول التوأمية و 15 قيصرية انتخابية و 11 قيصرية إسعافية في الحمول المفردة.

الجدول ( 5 ): توزع استطبابات العمليات القيصرية في عينة البحث

حمل مفرد		حمل توأمي		استطباب القيصرية
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
2.9	3	4.8	5	سوابق قيصرية واحدة
5.7	6	1.9	2	سوابق قيصرتين أو أكثر
3.8	4	16.2	17	مجيئات معيبة
-	-	1.9	2	انحباس توأم ثاني معترض
3.8	4	1.9	2	تألم جنين أول أو ثاني
0	0	0.95	1	مجيء سرري
0.95	1	0.95	1	انسداد سرر نابض
0.95	1	1.9	2	ارتكاز مشيمة معيب
0.95	1	0.95	1	انفكك مشيمة باكر
1.9	2	3.8	4	انبثاق أغشية باكر
0	0	1.9	2	عسرة مخاض لعطالة رحمية
4.8	5	0.95	1	عسرة مخاض لعدم تناسب حوضي جنيني
0	0	0.95	1	تشوه جنيني
-	-	0.95	1	توأم وحيد الأمنيون
0	0	1.9	2	انسمام حملي
0	0	0.95	1	استسقاء أمينيوسي
-	-	0.95	1	وفاة أحد التوأمين مع اضطراب وشيك بعوامل التخثر
24.8	26	46.7	49	المجموع

من الجدول نلاحظ أن هناك فارق واضح في الاختلالات الحادثة في ولادة التوأم الثاني، وخاصة في المجيئات المعيبة واندال السرر وانفكك المشيمة الباكر مقارنة مع الجنين الأول والحمل المفرد.

**ثالثاً: دراسة طور الخلاص:**

اعتمد في قسم التوليد طريقة الخلاص الموجه في جميع الولادات التوأمية وقد طبقت هذه الطريقة في عينة الحمل المفرد وتم تقدير كمية النزف وكانت أسباب النزف التي شُخصت على أنها نزوف خلاص وفق الجدول.

الجدول (6): أسباب نزوف الخلاص في عينة البحث

حمل مفرد		حمل توأمي		أسباب نزوف الخلاص
النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
1.9	2	6.7	7	عطالة رحمية
0	0	1.9	2	انحباس مشيمي
0.95	1	2.9	3	بقايا مشيمية
1.9	2	0.95	1	تمزقات شديدة في السبيل التناسلي
0	0	0.95	1	اعتلال تخثري
0.95	1	0	0	ورم دموي بالعجان
5.7	6	13.3	14	المجموع

ومن الجدول نلاحظ ارتفاع نسبة حدوث نزوف الخلاص بسبب العطالة الرحمية بعد الولادة عند الحمل التوأمية مقارنة مع الحمل المفرد.

وهكذا كانت أهم الاختلافات التي عرقلت سير المخاض والولادة في عينتي الدراسة وفق الجدول (6) وجرى مقارنة بين النسبتين واعتمد على اختبار الفرق بين نسبتي وتم حساب القيمة المحسوبة ومقارنتها مع القيم الجدولية للوصول إلى معنوية الفارق لتحديد فيما إذا كان هناك اختلاف جوهري في تواتر حدوث هذه الاختلافات:

$$t = \frac{(\hat{P}_1 - \hat{P}_2) - (P_1 - P_2)}{\sqrt{\hat{P} \cdot \hat{q} \left( \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} \quad : \quad P = \frac{n_1 \cdot p_1 + n_2 \cdot p_2}{n_1 + n_2}, \quad q = 1 - P$$

الجدول ( 7 ): توزع الاختلالات التي عرقلت سير المخاض والولادة

معنوية الفارق P = 0.05	حمل مفرد		حمل توأمي		الاختلالات
	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	
t = 16.8 والفارق معنوي	15	16	54.3	57	الولادة المبكرة
t = 16.4 والفارق معنوي	5.7	6	43.8	46	المجينات المعيبة
t = 9.2 والفارق معنوي	24.8	26	46.7	49	العملية القيصرية
t = 3.3 والفارق معنوي	5.7	6	13.1	14	نزوف الخلاص
t = 4.1 والفارق معنوي	0.95	1	10.5	11	انسداد السرر
t = 2.5 والفارق معنوي	1.9	2	7.6	8	عسرة مخاض لنقص المقوية
t = 1.6 والفارق معنوي	0	0	3.8	4	انفكاك مشيمة باكر
t = 0 لا يوجد فارق	0.95	1	0.95	1	ارتكاز مشيمة معيب
t = -1.2 والفارق معنوي	3.8	4	0.95	1	عسرة مخاض لعدم تناسب حوضي جنيني

## مناقشة النتائج:

### أولاً - دراسة طور المخاض:

دراسة طبيعة المخاض: من الجدول رقم (1) نلاحظ أن نسبة حدوث المخاض الباكر (39%) وانبثاق الأغشية الباكر (8.6%). مع أن المخاض الباكر هو الشكاية الأشيع التي تراجع بها الحوامل بحمول توأمية في قسم التوليد، وربما يعود ذلك لفرط تمطط العضلة الرحمية في الحمول التوأمية [7].

دراسة المجينات: وفق الجدول (2) نلاحظ ارتفاع نسبة المجينات المقعدة والمعتضة في الحمول التوأمية (16.2%) (3.8%) للأول و(24.8%) (7.6%) للثاني على التوالي مقارنة مع المفردة (4.8%) (2.9%) على التوالي وربما يعود ذلك إلى تمدد الرحم الزائد وحدث استدارة رحمية بدل الشكل البيضوي مع صغر حجم الأجنة مع ارتفاع نسبة حدوث الارتكاز المعيب والاستسقاء الأمنيوسي [2].

دراسة سير المخاض: ومن الجدول (3) نلاحظ أن هناك ازدياد واضح في معدل حدوث الاختلالات التوليدية في أثناء المخاض في الحمول التوأمية مقارنة مع الحمول المفردة خاصة في حدوث المجينات المعيبة (20%) للأول و(32.8%) للثاني وعسرة المخاض بنقص المقوية (5.7%) للأول و(5.7%) للثاني نسبةً للمحمل المفردة وقد يعود ذلك لنفس أسباب المجينات المعيبة المذكورة سابقاً. وفارق في انفكاك المشيمة الباكر (2.9%) للثاني. وقد يعود ذلك لانفراغ الرحم السريع أو نقص الحجم ضمن الرحم بعد ولادة الجنين الأول [2]. بينما لاحظنا ارتفاع نسبة عسرة المخاض بسبب عدم التناسب الحوضي الجنيني في الحمول المفردة (4.8%) مقارنة مع الحمول التوأمية

(2.9%). ويعود ذلك لازدياد حجم الأجنة في الحمول المفردة وارتفاع نسبة الخروسات. بينما في الحمول التوأمية يكون حجم الأجنة أصغر من المفردة [2].

#### **ثانياً: دراسة طريقة الولادة:**

ومن الجدول (4) نلاحظ ارتفاع نسبة القيصرية في الحمول التوأمية (43.8%) للأول و(46.7%) للثاني مقارنة مع المفردة (24.8%). ويعود ذلك لارتفاع نسبة الاختلاطات التوليدية المذكورة سابقاً بالإضافة إلى تدبير الحمول التوأمية بسوابق قيصرية واحدة بإجراء القيصرية الانتخائية [8].

دراسة استطببات العمليات القيصرية في عيني البحث: ومن الجدول (5) كانت أعلى نسبة القيصرية هي للمجينات المعيبة وسوابق القيصرية وانبثاق الأغشية الباكر (16.2%) (6.7%) (3.8%) على التوالي.

#### **ثالثاً: دراسة طور الخلاص:**

ومن الجدول (6) ارتفاع نسبة حدوث نزوف الخلاص في الحمول التوأمية (13.3%) نسبة للحمل المفرد (5.7%) ويعود ذلك لزيادة حدوث العطالة الرحمية حالات البقايا المشيمية في الحمول التوأمية [7].

#### **الدراسة الاحصائية:**

بتطبيق الاختبار الاحصائي اختبار الفرق بين نسبتي لمعرفة فيما إذا كان هناك فارق معنوي بالاختلاطات التوليدية بين مجموعتي الحمل التوأمي والمفرد. نلاحظ من الجدول (7) وجود فارق معنوي هام جداً في الولادة المبكرة (54.3%) والمجينات المعيبة (43.8%) والعملية القيصرية (46.7%) في الحمول التوأمية مقارنة مع الحمول المفردة (15%) (5.7%) (24.8%) على التوالي؛ وفارق معنوي في نزوف الخلاص وانسدال السرر وعسر المخاض بنقص المقوية وانفكاك المشيمة الباكر نسبة للمفرد وعدم وجود فارق في ارتكاز المشيمة المعيب قد يعود ذلك لقلّة الحالات في عينة الدراسة.

#### **الاستنتاجات:**

- 1- وجدنا بدراستنا ازدياد نسبة الاختلاطات التوليدية في الحمول التوأمية مقارنة مع الحمول المفردة.
- 2- أعلى معدل للاختلاطات التوليدية للحمول التوأمية في دراستنا كان للولادة المبكرة، والمجينات المعيبة، وانسدال السرر، وعسرة الولادة في نقص المقوية من حيث تواتر الحدوث.
- 3- ارتفاع واضح في نسبة العمليات القيصرية في الحمول التوأمية.
- 4- ارتفاع نسبة حدوث نزوف الخلاص في الحمول التوأمية وأهم سبب لذلك كان العطالة الرحمية.

#### **التوصيات:**

- 1- التأكيد على ضرورة ولادة الحمول التوأمية في المشافي المجهزة جيداً وبأيدي خبيرة، وذلك لكثرة حدوث الاختلاطات التوليدية.
- 2- اتخاذ تدابير أكثر جديّة في متابعة الحوامل بحمل توأمي للوقاية من الولادة المبكرة.
- 3- التأكيد على ضرورة المتابعة الدقيقة لسير المخاض وذلك لكشف الاختلاطات الكثيرة التي تعرقله.
- 4- يجب على الطبيب المولّد اتخاذ تدابير جادة من حيث توفير وحدات دم وتجهيز غرفة العمليات، وذلك في أثناء ولادة الحمول التوأمية لكثرة التداخلات الولادية والقيصرية ونزوف الخلاص.

## المراجع:

1. ARIAS, F. - *Practical Guide To High Risk Pregnancy And Delivery, Multifetal Gestation*. 2<sup>nd</sup> Edition, Mosby Year Book, Inc., USA, 1993, Pp: 131 – 149.
2. دهمان، أحمد – *السريريات في فن التوليد*، مطبعة الداوودي، دمشق، 1992، 982 صفحة.
3. CUNNINGHAM, F.G. ; MCDONALD, P.C. ; GANT, N.F. ; LEVENO, K.J. ; GILSTRAP, L.C. ; HANKINS, G.D.V. ; CLARK, S.L. – *Williams Obstetrics, Multifetal Pregnancy*. 20<sup>th</sup> Edition, Prentice – Hall International. Inc, USA, 1997, Pp: 861 – 894.
4. TUPPIN, P. ; BLONDEL, B. ; KAMINSKI, M. – *Trends in multiple deliveries and infertility treatments in France*. Br J Obstet Gynaecol 2003, 100: 383.
5. SUZUKI, S. ; OTSUBO, Y. ; SAWA, R. – *Clinical Trial Of Induction Of Labor Versus Expectant Management In Twin Pregnancy*. Gynecol Obstet Invest, 2000 – 24: 49.
6. حبيب، تمام علي – *دراسة استرجاعية وميدانية إحصائية لحالات الحمل التوأمي واختلاطاتها وتدبيرها*، خبرة مشفى الأسد الجامعي باللاذقية بين عام 1992 – 1996 – رسالة دراسات عليا في التوليد وأمراض النساء، كلية الطب. جامعة تشرين، 1996، 99 صفحة.
7. CONDE-AGUDELO, A. ; BELIZAN, J.M. ; LINDMARK, G. - *Maternal morbidity and mortality associated with multiple gestations*. Obstet Gynecol 2000, 95 – 899.
8. HOGLE, K.L. ; HUTTON, E.K. ; McBRIEN, K.A. – *Cesarean delivery for twins*. Am j Obstet Gynecol 2003, 188: 220.