

นิพนธ์ต้นฉบับ

ORIGINAL ARTICLE

การคลอดครรภ์แฝดสองที่โรงพยาบาลระยอง

Twin Deliveries at Rayong Hospital

พีระ แสงเพชรสอง พบ.

Peera Sangpethsong M.D.

รักษาการหัวหน้ากลุ่มงาน สูติ - นารีเวชกรรม

Obstetrics and Gynecology Section

โรงพยาบาลระยอง

Rayong Hospital

บทคัดย่อ

รายงานเรื่องนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับการคลอดครรภ์แฝดสองในโรงพยาบาลระยอง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2530 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2534 รวมเวลา 4 ปี พบว่ามีผู้คลอดครรภ์แฝดทั้งหมด 138 ราย และเป็นเด็กแฝด 276 ราย (อุบัติการณ์ 7.7 ต่อ 1,000 ของการคลอด) ส่วนใหญ่ของผู้คลอดแฝดสองมีอายุช่วง 20-29 ปี (88 ราย 63.76%) มีจำนวนบุตรที่เคยคลอดมาแล้ว 0-1 คน (104 ราย 75.36%) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์แฝดสองก่อนเจ็บครรภ์คลอด จำนวน 66 ราย (47.82%) มีอายุครรภ์ตอนคลอด 28 - 37 สัปดาห์ 104 ราย (75.37%) น้ำหนักของเด็กแฝดเมื่อแรกคลอด 1,000 - 2,499 กรัม 204 ราย (73.91%) มีเด็กแฝดเป็นเพศชาย 149 ราย (51.45%) มีเด็กแฝดทั้งคู่อยู่ในท่าศีรษะเป็นส่วนนำ 144 ราย (52.17%) ภาวะแทรกซ้อนของการคลอดครรภ์แฝดสองส่วนใหญ่ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด มีอัตราตายปริกำเนิด 54.34 ต่อการคลอด 1,000

ABSTRACT

A four-year retrospective study of twin deliveries at Rayong Hospital (from October 1987 to September 1991) revealed that there

were 138 patients with twin delivery and 276 twin fetuses. The incidence was 7.7 per 1,000 deliveries. Most of the patients with twin delivery had the age between 20 - 29 years (88 patients, 63.76%). Most of the patients were not diagnosed as twin pregnancies before the labour pain begun (72 patients or 52.18%), and were delivered between 28 - 37 weeks of gestation (104 cases, 75.37%). Most of the twin fetuses had the birth weight between 1,000 - 2,499 grams (204 twin fetuses = 73.91%), were delivered normally (142 twin fetuses, 51.45%) and were male (149 twin fetuses, 53.99%). There were 144 patients with twin delivery (52.17%), who had both twin fetuses in vertex presentation. The complications of twin deliveries mostly were pre-term deliveries and low birth weight fetuses. The perinatal mortality rate was 54.34:1,000 births.

บทนำ

การตั้งครรภ์แฝดสองมีภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างมาก จึงทำให้มีอัตราการบาดเจ็บและอัตราตายทั้งในแม่และทารกสูงกว่าการตั้งครรภ์เดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญ จึงทำให้สูติแพทย์ต้องใช้ความรู้และความสามารถมากกว่าปกติ ทั้งยังต้องอาศัยเครื่องมือที่ทันสมัยเพื่อช่วยการวินิจฉัยครรภ์แฝดตั้งครรภ์อ่อนๆ เพื่อลดอัตราการบาดเจ็บและตายปริกำเนิดของเด็กได้

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์คือ ต้องการทราบอุบัติการณ์ ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก อัตราตายปริกำเนิด เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขการดูแลการตั้งครรภ์ตั้งแต่ในคลินิกฝากครรภ์ และการคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ทำการศึกษาแบบย้อนหลังในรายการคลอดครรภ์แฝดสองภายในโรงพยาบาลระยอง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2530 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2534 (รวม 4 ปี) โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอายุของมารดา จำนวนบุตรที่เคยคลอดมาแล้ว ช่วงระยะเวลาที่สามารถวินิจฉัยการตั้งครรภ์แฝดได้ อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักเด็กแฝดที่คลอด ทารกของเด็กแฝดในครรภ์ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์แฝด จำนวนเด็กตายปริกำเนิด

ผลการศึกษา

1. อุบัติการณ์ ในช่วงที่ทำการศึกษา มีผู้ป่วยคลอดทั้งหมด 17,745 ราย และมีผู้คลอด

ครรภ์แฝดสอง 138 ราย (คลอดเด็กแฝด 276 ราย) คิดเป็นร้อยละ 0.77 หรือ 7.7 ต่อ 1,000 ของการคลอด

2. อายุของแม่

พบว่าส่วนใหญ่แม่ที่ตั้งครรภ์แฝดสอง จะอยู่

ในช่วงอายุ 20 - 29 ปี จำนวน 88 ราย เท่ากับร้อยละ 63.76 และพบว่าแม่ที่ตั้งครรภ์แฝดที่มีอายุเกิน 40 ปี หรือมากกว่ามีเพียง 3 ราย เท่ากับร้อยละ 2.17 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อายุของแม่

อายุ (ปี)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
15 - 19	16	11.59
20 - 24	40	28.98
25 - 29	48	34.78
30 - 34	27	19.56
35 - 39	4	2.39
40 ปี หรือมากกว่า	3	2.17

3. จำนวนบุตรที่เคยคลอดมาแล้ว (Parity) พบว่าส่วนใหญ่แม่ที่มีบุตร 0 - 1 คนจำนวน 104 ราย เท่ากับร้อยละ 75.36 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนบุตรที่เคยคลอดมาแล้ว

จำนวนบุตร (คน)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
0	63	45.65
1	41	29.71
2	24	17.39
3	5	3.62
4	5	3.62

4. ช่วงระยะเวลาที่สามารถวินิจฉัยการตั้งครรภ์แฝดสองได้ พบว่ามีผู้คลอดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นครรภ์แฝดสอง ในระยะก่อนเจ็บครรภ์คลอด 66 ราย เท่ากับร้อยละ 47.82 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ช่วงระยะเวลาที่สามารถวินิจฉัยการตั้งครรภ์แฝดสองได้

ช่วงระยะเวลา	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
1. วินิจฉัยได้ก่อนเจ็บครรภ์คลอด	66	47.82
2. วินิจฉัยได้เมื่อเจ็บครรภ์	72	52.18

5. อายุครรภ์ที่คลอด พบว่ามีผู้คลอดที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ 28 - 37 6/7 สัปดาห์ จำนวน 104 ราย เท่ากับร้อยละ 75.37 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 อายุครรภ์ที่คลอด

อายุครรภ์ (สัปดาห์)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
28 - 29 6/7	7	5.08
30 - 31 6/7	2	1.44
32 - 33 6/7	17	12.32
34 - 35 6/7	36	26.09
36 - 37 6/7	42	30.44
38 - 39 6/7	32	23.19
40 - 41 6/7	2	1.44

6. น้ำหนักของเด็กแฝดเมื่อแรกคลอด พบ ว่าเด็กแฝดที่มีน้ำหนักเมื่อแรกคลอด 1,000 - 2,499 กรัม มีจำนวน 204 ราย (ร้อยละ 73.9) แต่เด็กที่น้ำหนักเกิน 3,000 กรัม มีเพียง 9 ราย (ร้อยละ 3.26) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 น้ำหนักของเด็กแฝดเมื่อแรกคลอด

น้ำหนัก (กรัม)	จำนวนเด็ก (ราย)	ร้อยละ
1,000 - 1,499	14	5.07
1,500 - 1,999	77	27.89
2,000 - 2,499	113	40.95
2,500 - 2,999	63	22.83
3,000 - 3,499	9	3.26

7. วิธีการคลอดของเด็กแฝด พบว่ามีเด็กแฝดคลอดปกติมากที่สุด 142 ราย เท่ากับร้อยละ 51.45 เด็กแฝดคลอดผิดปกติ 134 ราย (ร้อยละ 48.55) คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 76 ราย (ร้อยละ 27.53) และคลอดทางช่องคลอด 200 ราย (ร้อยละ 72.47) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 วิธีการคลอด

วิธีการคลอด	จำนวนเด็ก	ร้อยละ
1. คลอดปกติ	142	51.45
2. ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	76	27.53
3. คลอดท่าก้น	50	18.12
4. ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	6	2.17
5. ใช้คีม	2	0.73

8. เพศของเด็กแฝด พบว่าเด็กแฝดที่โรงพยาบาลระยอง เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (1.17 ต่อ 1) และพบว่าเพศของเด็กในครรภ์เดียวกัน ส่วนใหญ่จะเป็นเพศเดียวกัน จำนวน 254 ราย เท่ากับร้อยละ 92.02 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 เพศของเด็กแฝด

เพศของเด็ก	จำนวนเด็ก (ราย)	ร้อยละ
1. เพศชาย (รวมทั้งหมด)	149	53.98
2. เพศหญิง (รวมทั้งหมด)	127	46.02
3. เพศของเด็กแฝดในครรภ์เดียวกัน		
(1) เพศเดียวกัน	254	92.02
1.1 ชายทั้งคู่	138	50.00
1.2 หญิงทั้งคู่	116	42.02
(2) ต่างเพศกัน	22	7.98

9. ทำของเด็กแฝดในครรภ์ พบว่าเด็กแฝดส่วนใหญ่ทั้งสองคนเป็นทำครีษะ จำนวน 144 ราย เท่ากับร้อยละ 52.17 เด็กแฝดคนแรกไม่ใช่ทำครีษะมีเพียง 48 ราย เท่ากับร้อยละ 17.40 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ทำของเด็กแฝดในครรภ์

ทำของเด็กแฝดในครรภ์	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
1. เด็กแฝดทั้ง 2 คนเป็นค่าครีษะ	144	52.17
2. แฝดแรกทำครีษะแต่อีกคนไม่ใช่ทำครีษะ	84	30.43
3. เด็กแฝดคนแรกไม่ใช่ทำครีษะ	48	17.40

10. ภาวะแทรกซ้อนของการคลอดแฝดสอง พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดของการคลอดครรภ์แฝดที่สองได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด โดยมีมารดาคลอดเมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่า 38 สัปดาห์จำนวน 208 ราย (เท่ากับร้อยละ 75.36) และมีเด็กแฝดน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัมจำนวน 204 ราย (เท่ากับร้อยละ 73.91) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ภาวะแทรกซ้อนของการคลอดครรภ์แฝดที่สอง

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
1. คลอดก่อนกำหนด	-	-
ก. คลอดเมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่า 38 สัปดาห์	208	75.36
ข. เด็กแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม	204	73.91
2. คลอดผิดปกติ	134	48.55
3. แม่ที่มีเด็กในครรภ์อยู่ในท่าผิดปกติ	66	47.82
4. ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์	7	5.07
5. ตกเลือดหลังคลอด	1	0.72
6. สายสะดือข้อย่อย	1	0.72
7. ลำตัวติดกัน	1	0.72

1.1 เด็กตายปริกำเนิด พบว่ามีอัตราตายปริกำเนิด 15 ราย เท่ากับร้อยละ 5.43 (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 เด็กตายปริกำเนิด

การตาย	จำนวนเด็ก (ราย)	ร้อยละ
1. ตายเกิด	5	1.82
2. ตายในระยะแรกคลอด	6	2.17
3. ตายปริกำเนิด	15	5.43

วิจารณ์

เนื่องจากครรภ์แฝดสองพบบ่อยที่สุดในครรภ์แฝดเด็ก ผู้เขียนจึงได้รวบรวมข้อมูลครรภ์แฝดสองของโรงพยาบาลระยอง รวมระยะ 4 ปี (ระหว่าง 1 ตุลาคม 2530 - 30 กันยายน 2534) พบว่าอุบัติการณ์คลอดแฝดสองเท่ากับ 7.7 ต่อ 1,000 ของการคลอดซึ่งต่ำกว่าที่ Benirshke รายงานไว้ (12 ต่อ 1,000 ของการคลอด⁽¹⁾) ทั้งนี้เนื่องจากการแตกต่างกันทางเชื้อชาติ อายุ กรรมพันธุ์ และจำนวนครรภ์ การได้รับยาฮอร์โมนบางชนิด นอกจากนี้ การตั้งครรภ์แฝดมักจะแท้งได้บ่อยกว่าครรภ์เดี่ยว⁽²⁻⁵⁾ จึงทำให้การหาอุบัติการณ์ที่แน่นอนของครรภ์แฝดทำได้ยาก

ปกติการตั้งครรภ์แฝดจะพบมากขึ้นถ้าอายุแม่มากขึ้น และเป็นครรภ์หลัง^(1,6) แต่จากการรวบรวมครั้งนี้ กลับพบส่วนใหญ่มารดาที่ตั้งครรภ์แฝดมีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี (จำนวน 88 ราย หรือร้อยละ 63.76) และจำนวนบุตรที่เคยคลอดมาแล้วระหว่าง 0 - 1 คน (จำนวน 104 ราย เท่ากับร้อยละ 75.36) (ตารางที่ 2) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจุบัน คู่สมรสนิยมแต่งงานและมีบุตรเมื่ออายุยังน้อย และยังมีการใช้ยาฮอร์โมนรักษาผู้ป่วยที่มีบุตรยากมากขึ้น

การมีครรภ์แฝด ถ้าจะให้ได้ผลดีต้องมีการวินิจฉัยการตั้งครรภ์แฝดตั้งแต่เนิ่นๆ⁽⁶⁻⁹⁾ แต่จากการรวบรวมพบว่า ผู้ตั้งครรภ์แฝดสองได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์แฝดเมื่อเจ็บครรภ์คลอดถึง

72 ราย (ร้อยละ 52.18) และวินิจฉัยได้ก่อนเจ็บครรภ์คลอด 66 ราย (ร้อยละ 47.82) (ตารางที่ 3) นับว่าวินิจฉัยได้ต่ำกว่ารายงานต่างๆ ไป (ร้อยละ 20.40)^(1,6) จึงควรจะมีการปรับปรุงตั้งแต่คลินิกฝากครรภ์และบุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อเน้นการวินิจฉัยแฝดได้แต่เนิ่นๆ

ในปัจจุบัน มีการใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงช่วยในการวินิจฉัย ซึ่งช่วยให้ดูจำนวนเด็กที่แน่นอนในครรภ์ ดูอายุเด็กในครรภ์ ดูท่าของเด็กเพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจการคลอด ดูชนิดของเด็กแฝด โดยเฉพาะแฝดติดกัน (แฝดสยาม)^(6,10)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดและเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บและการตายของเด็กแฝดมากที่สุด ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด⁽⁴⁾ Ghai ได้รายงานการคลอดก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์แฝด ร้อยละ 22 - 45 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ 20 - 37 สัปดาห์ จำนวน 104 ราย เท่ากับร้อยละ 75.37 (ตารางที่ 4) ซึ่งค่อนข้างสูง Gelstrap แนะนำว่าควรรับผู้ป่วยให้นอนพักในโรงพยาบาลเมื่ออายุครรภ์ 23 - 28 สัปดาห์ เพื่อลดภาวะการคลอดก่อนกำหนด⁽¹¹⁾ ซึ่งมีข้อดีคือ ผู้ป่วยได้พักผ่อนเต็มที่ เพราะไม่ต้องทำงานบ้าน ไม่ต้องดูแลบุตร และงดการร่วมเพศได้แน่นอน แต่ก็ยังมีข้อเสียคือ ห่างจากครอบครัว ขาดรายได้ ขาดคนทำงานในครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เด็กแฝดที่มี

น้ำหนักแรกคลอด 1,000 - 2,499 กรัม จำนวน 204 ราย เท่ากับร้อยละ 73.91 (ตารางที่ 5) ซึ่งเป็นอัตราค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับรายงานทั่วไป (ร้อยละ 40 - 50)⁽⁴⁾

การที่เด็กแฝดมีน้ำหนักแรกคลอดน้อย อาจจะมีสาเหตุมาจากการคลอดก่อนกำหนด หรือภาวะเจริญเติบโตช้าภายในครรภ์ก็ได้ 12 ปัจจุบันมีการใช้ Duplex Doppler Ultrasound ช่วยในการประเมินภาวะการเจริญเติบโตของทารกแฝดในครรภ์ ซึ่งได้ผลแม่นยำดี⁽¹³⁾ จากการศึกษาครั้งนี้ พบภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยรองจากการคลอดก่อนกำหนดคือ การคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดเด็กทางหน้าท้อง 76 ราย เท่ากับร้อยละ 27.53 (ตารางที่ 6) เด็กในครรภ์อยู่ในท่าผิดปกติ 66 ราย เท่ากับร้อยละ 47.82 (ตารางที่ 9) โดยส่วนใหญ่ เด็กแฝดทั้งสองเป็นทาสรีระ 144 ราย เท่ากับร้อยละ 52.17 (ตารางที่ 8) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เด็กแฝดเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (1.17 ต่อ 1) (ตารางที่ 7) และเพศของเด็กแฝดในครรภ์เดียวกันส่วนใหญ่จะเป็นเพศเดียวกัน 254 ราย เท่ากับร้อยละ 92.02 สำหรับอันตรายตายจากการศึกษาครั้งนี้พบร้อยละ 5.43 (ตารางที่ 10) ซึ่งเมื่อเทียบกับที่ Ghai รายงานไว้ (52 ต่อ

1,000 ของการคลอด)⁽⁴⁾ นับว่าใกล้เคียงกัน การที่เด็กแฝดมีอัตราตายปริกำเนิดสูงมีสาเหตุจากการคลอดก่อนกำหนด เด็กพิการ รกเสื่อมสภาพและอันตรายจากการคลอด^(2,4)

กลุ่มอาการที่มีการถ่ายเลือดจากเด็กแฝดคนหนึ่งไปยังเด็กแฝดอีกคนหนึ่ง เป็นสาเหตุหนึ่งของการตายของเด็กแฝด ซึ่งพบได้ในกรณีที่เป็นการตั้งครรภ์แฝดชนิดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน โดยผู้ป่วยมักจะมีอาการของภาวะครรภ์แฝดน้ำเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 20 - 30 สัปดาห์^(14,15)

สาเหตุหนึ่งของการบาดเจ็บและการตายของเด็กแฝดได้แก่ การได้รับอันตรายจากการคลอด ซึ่งปัจจุบัน การนำเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงมาใช้ตรวจสภาพรตและเด็กในครรภ์มาช่วยทำให้เด็กแฝดคลอดทางช่องคลอดได้ปลอดภัยขึ้น^(16,17)

บทสรุป

ได้ทำการศึกษารวบรวมการคลอดครรภ์แฝดสองที่โรงพยาบาลระยองรวมระยะเวลา 4 ปี พบว่ามีคลอดแฝดสองทั้งหมด 138 ราย (เด็ก 276 ราย) ส่วนใหญ่มารดามีอายุน้อย จำนวนบุตรที่เคยคลอดมาแล้วน้อย และคลอดปกติมากกว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ การคลอดกำหนด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาโรจน์ คงประศาสน์ ของผู้ป่วย และนำเรื่องนี้ตีพิมพ์เผยแพร่

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่อนุญาตให้เสนอข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Benirshke K. Multiple Gestation: incidence, etiology and inheritance. In: Creasy R, Resnik R, eds. Maternal fetal medicine: principle and practices. Philadelphia: W.B. Saunders, 1989:565.
2. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF. Williams obstetrics, 18th Ed. Norwalk: Appleton - Lange, 1989:629- 52.
3. Parsons M. Effects of twins maternal, fetal and labor. Clin Perinatol 1988; 15:41.
4. Ghai V, Vidyasagar D. Morbidity and mortality factors in twins: an epidemiologic approach. Clin perinatol 1988; 15:123.
5. Spellacy WN. Antepartum complications in twin pregnancies. Clin Perinatol 1988; 15:79.
6. Wenstrom KD, Gall SA. Incidence, Morbidity and mortality, and diagnosis of twin gestations. Clin Perinatol 1988; 15:1.
7. Ahn MO, Phelan JP. Multiple pregnancy: antepartun management. Clin Perinatol 1988; 15:55.
8. Storlazzi E, Vintzileos AM, Campbell WA, Nochimson DJ, Weinbaum PJ. Ultrasonic diagnosis of discordant fetal growth in twin gestations. Obstet Gynecol 1987; 69:363.
9. Hays PM, Smeltrier JS. Multiple gestation. Clin Obstet Gynecol 1986; 29:264.
10. Newton ER. Antepartum care in multiple gestation. Semin Perinatol 1986; 10:19.
11. Gelstrap LC, Hauth JC, Hawkins GDV. Twins prophylactic hospitalization and ward rest at early gestation. Obstet Gynecol 1987; 69:578.
12. Hastic SJ, Danskin F, Neilson JP. Prediction of small for gestational age twin fetus by Doppler umbilical artery waveform analysis. Obstet Gynecol 1989; 74:370.
13. Gerson AG, Wallace DM. Duplex Doppler ultrasound in the evaluation of growth in twins pregnancies. Obstet Gynecol 1987; 70:419.
14. Wittmann BK, Farquharson DF, Thomas WDS, Balwin VJ, Wadsworth LD. The role of feticide in the management of severe twin transfusion syndrome. Am J Obstet Gynecol 1986; 155:1023.
15. Cheschire NC, Seeds JW. Polyhydramnios and oligohydramnios in twin gestations. Obstet Gynecol 1988; 71:882.
16. Chervanek FA. The controversy of delivery of twins: The intrapartum management of twin gestation. Semin Perinatol 1986; 10:44.
17. Loeiro JG, Vintzileos AM, Feinstein SJ. Fetal biophysical profile in twin gestation. Obstet Gynecol 1986; 67:824.