

当院における超多胎妊娠の検討

鹿児島市立病院周産期医療センター

外 西 寿 彦・池ノ上 克
鮫 島 浩

一般に多胎妊娠は早産におわることが多く、その結果、未熟児出生に起因する周産期の mortality や morbidity も高い。さらに三胎以上の超多胎妊娠になるとその周産期管理も一段と困難であり、その予後はいっそう悪くなることが予想される。

そこで今回、われわれの施設で取り扱った三胎以上の超多胎妊娠の予後について臨床的検討を加えてみたので報告する。

〈研究の対象と方法〉

調査した対象は、昭和51年1月1日から昭和56年12月31日までの6年間に、鹿児島市立病院周産期医療センターで取り扱った総分娩数9,029例中三胎以上の超多胎妊娠8例である(表1)。この期間における双胎妊娠は129例(1.43%)で、従来報告されている80~100例に1例の割合よりは、高い数である。これは当施設が周産期センターとして、一般開業医から high risk 妊娠の搬送を積極的にうけつけているための増加と思われる。超多胎妊娠については、3胎5例、4胎1例、5胎2例の計8例であった。表2はこれら超多胎妊娠を取り扱い、年代別にあげたものである。

8組の超多胎妊娠のうち、排卵誘発剤投与後に妊娠したものは5例であった。また妊娠中の入院期間は卵巣過剰刺激症状のために、妊娠初期から入院し25週で分娩に至った例(日高4胎)と、妊娠22週にて5胎妊娠診断後入院し、33週にて出生した例(上木5胎)を除くと、ほとんどの症例が妊娠30週前後に入院しており、そのまま分娩まで切迫早産の治療を受けている。

またこれらの症例のうち、頸管縫縮術を受けているものは3例であり、このうち1例は25週に破水を引き起こしそのまま分娩に至っている。8組すべての症例に陣痛抑制の目的で β -1刺激剤が投与されている。投与の方法は静脈内投与および経口投与、さらに初期の段階では筋肉内注射にて投与されているが、その投与方法と予後との間には特に関係はみいだされなかった。

また一方早産のため、RDS 発生予防を目的としたステロイドの投与は2例に行なわれており、これらの

症例ではいずれも RDS は発生していない。表3はこれら超多胎妊娠の新生児予後をまとめたものである。昭和53年に経験した日高4胎は、妊娠して7週にて4胎診断後、長期にわたり入院管理していたにもかかわらず、在胎25週で分娩に至ったもので、児はいずれも540gから800gの超未熟児で重症のRDSを呈し、それぞれ気縦隔(2例)、脳室内出血(1例)、肺血症(1例)を併発して死亡した。

一方、昭和56年に経験した黒葛原3胎では、切迫早産のため妊娠30週より入院、管理中であったが、3胎中の1児に prolonged bradycardia が出現し胎児死亡となり、翌日には他の児にも同様に prolonged bradycardia が出現したため緊急帝王切開を行ったが、結局2児とも死産となってしまったものであり、1,700gの1児のみを救命し得ただけであった。帝王切開後の胎盤所見をみると、死亡した2児の臍帯はいずれも卵膜付着をしており、急激に起った臍帯血行障害による胎内死亡であったと推測された。このことは、多胎妊娠における胎児管理上注目すべきことである。われわれの施設で、同一期間に行った双胎妊娠を含む総多胎児数287例の検討によれば、266例が生存し、15例が新生児死亡、6例が胎児死亡を起している。胎児死亡は34週以上で起っており、1例が先天奇形による死亡の他は、実にすべてが臍帯異常であり、うち卵膜付着が4例、辺縁付着が1例であった。このことは、今後の多胎妊娠管理上、特に胎児死亡を減少させるためには、これらの cord accident の早期発見が重要な努力目標の一つになると思われる。具体的には頻回に胎児心拍の Non Stress Test (NST) を行うことにより、ある程度は早期に診断し得るものと思われる。われわれの症例でも NST を行い、bradycardia を発見しながら対応に時間的なおくれが生じ、結局2児を失ってしまったものと考えている。これら2組以外の症例については follow up 中であるが特に異常を認めず、現時点では intact survival していると考えている。

最後にわれわれが経験した第2例目の5胎妊娠(昭和55年の上木5胎)について、新生児以降の体重および頭

冊の発達をグラフに表した。5児とも順調に發育しており、2才11ヶ月の現在、特に異常は認めていない。

表1 三胎以上の多胎
(昭和51年～56年)

総分娩数	9,029	
多胎児数	137	(1.52%)
{ 双胎 三胎 四胎 五胎	129	(1.43%)
	5	(0.055%)
	1	(0.011%)
	2	(0.022%)

表2

		排卵誘発剤	頸管縫縮術	入院	β -刺激剤	steroid
昭和51年	山下 5胎	+	-	34~38	+	-
昭和53年	日高 4胎	+	+	初~25	+	-
昭和54年	松元 3胎	+	-	31~37	+	-
昭和55年	上木 5胎	+	+	22~33	+	+
	湯元 3胎	-	-	30~37	+	-
	下川 3胎	-	-	32~35	+	-
昭和56年	黒葛原 3胎	-	-	30~33	+	-
	高山 3胎	+	+	27~33	+	+

表 3 三胎以上の多児

妊婦週数	出生体重	性別	分娩様式	Apgar Score	予後
昭和 51年 ※ 山下	I 1,400g	M	V	9	
	II 1,800g	F	V	7	
	III 1,130g	M	B	6	all alive
	IV 1,300g	F	B	9	
	V 990g	F	B	9	
昭和 53年 ※ 日高	I 780g	M	V	2	D, RDS + Pneumomediastinum (26hr)
	II 800g	M	B		D, RDS + Pneumomediastinum (51hr)
	III 540g	F	V		D, RDS + IVH (15hr)
	IV 620g	F	B	4	D, RDS, Sepsis (19days)
昭和 54年 ※ 松元	I 2,030g	F	V	9-9	
	II 2,540g	F	B	9-9	all alive
	III 1,930g	M	V	9-9	
昭和 55年 ※ 上木	I 1,400g	F	C/S	8-9	
	II 1,880g	M		6-9	
	III 1,975g	F		8-9	all alive
	IV 1,740g	M		7-9	
	V 1,520g	F		7-9	
松元	I 2,700g	M	V	8-9	
	II 2,372g	F	B	6-8	all alive
	III 2,852g	F	V	8-9	
下川	I 2,830g	F	V	9-9	
	II 2,194g	F	V	9-9	all alive
	III 2,346g	F	B	8-9	
昭和 56年 黒暮原	I 1,700g	F	C/S	9-9	alive
	II 1,400g	F		0	Stillbirth 胎帯卵付着
	III 1,126g	F		0	Stillbirth 胎帯卵付着
※ 高山	I 1,760g	F	C/S	8-9	
	II 2,040g	M		8-9	alive
	III 1,480g	M		6-8	

※排胎誘発剤使用 V: 頭位 B: 骨盤位 C/S: 帝王切開 D: 死亡

图1

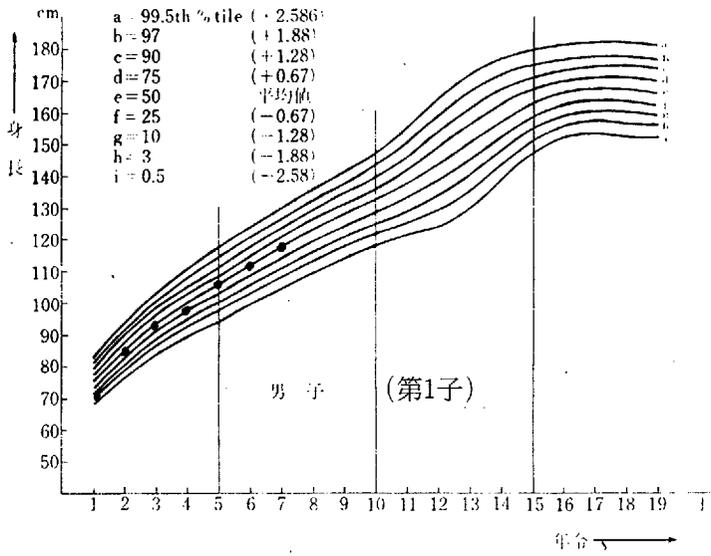


图2

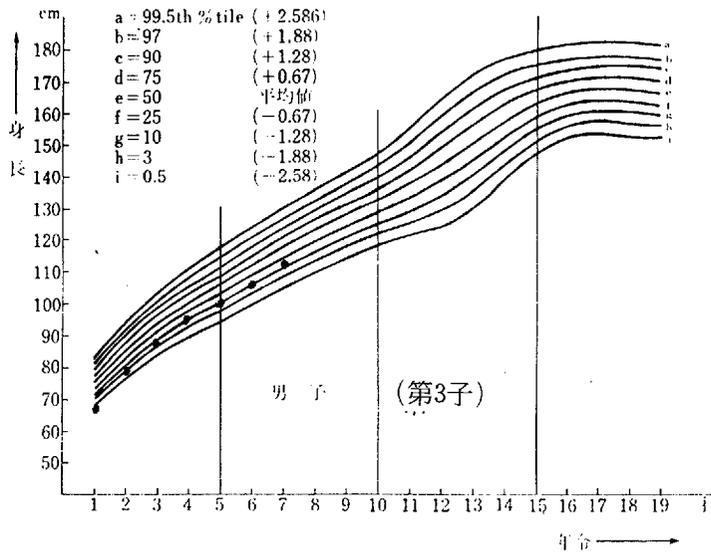


图-3

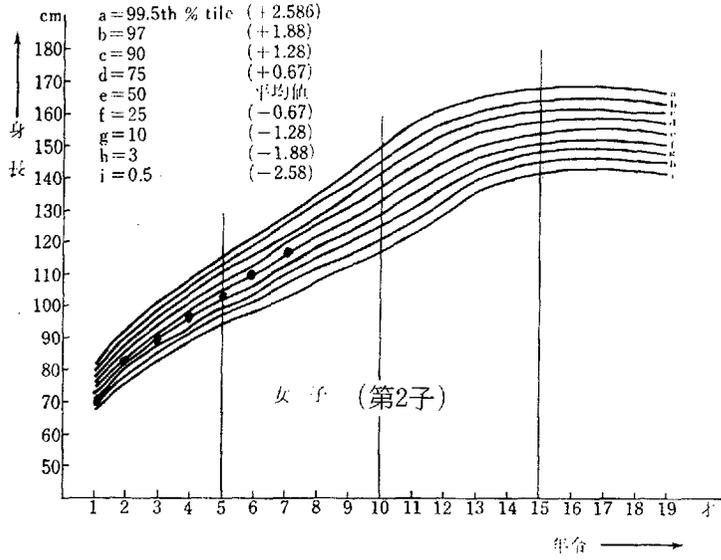
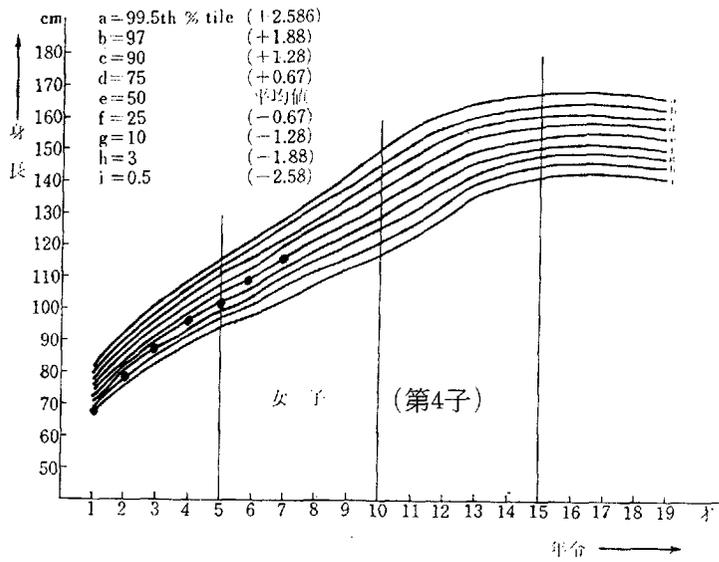
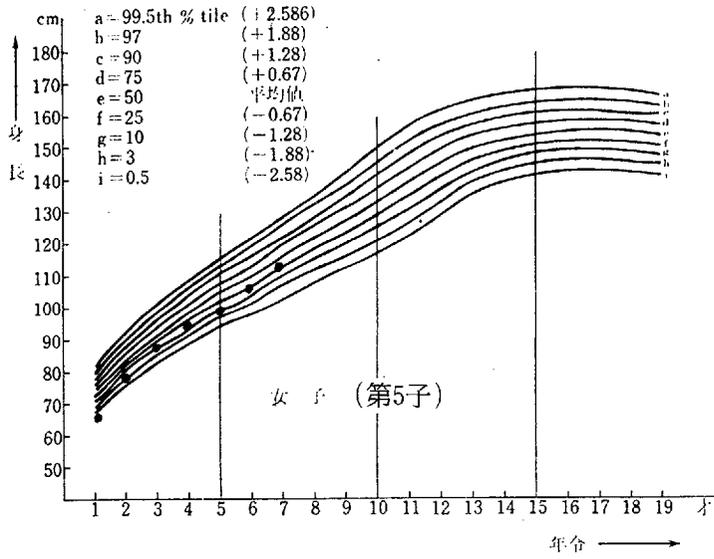
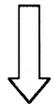


图-4



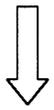
☒—5





検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



一般に多胎妊娠は早産におわることが多く、その結果、未熟児出生に起因する周産期の mortality や morbidity も高い。さらに三胎以上の超多胎妊娠になるとその周産期管理も一段と困難であり、その予後はいっそう悪くなることが予想される。

そこで今回、われわれの施設で取り扱った三胎以上の超多胎妊娠の予後について臨床的検討を加えてみたので報告する。