

# 大阪大学における要胎3例の妊娠分娩経過

大阪大学医学部産婦人科

倉智敬一・青野敏博

田坂慶一

## I はじめに

HMG—HCG療法の普及により、我々産婦人科医は多胎妊娠をより多く経験するようになり、特に品胎以上の場合妊娠中の管理、分娩方法の選択、新生児の取り扱い等についてとまどいを覚えることが多い。ここでは当院において経験した要胎3例について妊娠経過、分娩、新生児についての要点をまとめ報告する。

## II 妊娠中の管理

症例は、年齢27～30才の第2度無月経婦人で過去の治療歴ではすべて clomiphene (clomid®) 無効で、うち2例は HMG—HCG 療法による妊娠経験(14週および22週にて流産)を有する。要胎妊娠に至った最終治療は、clomid—HMG—HCG 療法または HMG—HCG 療法であった。

要胎の診断時期は11～22週であった。超音波断層装置のプロベ幅からみて妊娠の胎児数は8～9週にて確認するのが望ましいと考えられ、我々は誘発排卵妊娠に対して最近は8～10週に超音波検査により診断し、妊娠全期間を通しての対策をたてるよう努めている。妊娠初期異常としては1例悪阻にて入院加療を要したのみで、切迫流産徴候を示したものはなかった。頸管縫縮術はそれぞれ14週、13週、22週にてシロッカー手術を行なった。現在は品胎以上の症例に対して12週以後の早い時期にシロッカー手術を行なうようにしている。妊娠中期異常としては、視力低下、貧血、軽度中毒症を示す例があった。3例とも23～30週にて切迫流産徴候を示し、それぞれ30週、24週、23週に入院させ安静の上、子宮収縮がおこった場合はβ2刺激剤(ブリーカニール®)にて収縮抑制に努めた。症例1に中毒症(蛋白尿)、症例2に軽度浮腫および出血傾向を認め加療した。分娩前の各種計測において、体重増加19.6±6.4kg(単胎妊娠の正常値8～10kg)、子宮底50.3±1.2cm(同32cm)、腹囲106.8±2.8cm(同87cm)といずれも単胎正常値を大きく上まわっており、妊婦にとってかなりの物理的負担になっていると考えられる(表1)。

## III 分娩、新生児

分娩時期は平均34週4日で3例とも早産であった。分娩はオキシトシンにより陣痛をコントロールできる状態で経膈分娩を行い、分娩中は胎児数と同数の監視装置により児心音のモニターを行なった。分娩所要時間は13.1±2.1時間と、ほぼ初産婦の分娩所要時間で完了した。これは分娩に至る前に3者とも子宮口開大がすすんでいたためと思われる。第1児より第4児までの娩出時間は平均22分、出血量は平均400±180mlと比較的少なく抑えることができた。

新生児の男女比は1:1、平均体重は1,855±207g、10パーセントイル以下のSGAは2例であった(図1)。平均身長は43.8±1.7cm、1分後のアプガースコアは6.9±1.4点、5分後は8.0±1.5点、第1児より第4児までの1分後のアプガースコアの平均は、8.0±1.0、6.7±1.2、7.0±1.7、6.0±1.7点と娩出児の順にアプガースコアが悪くなる傾向がみられた。胎位は3例とも第1児が頭位で、2児以降に足位が4例あった。新生児異常としては、低血糖、低Ca血症、高ビリルビン血症、クル病、貧血症がみられた。(表2)。

## IV 考案

品胎以上の分娩に関して、経膈分娩で良いのか帝王切開を行なうべきなのかは議論のわかれるところである。我々の大学で分娩した品胎以上の分娩は品胎7例、要胎3例計10例で、そのうち帝切を行なったのは2例であった。帝切例の適応は、早産未熟児であることと第3児のIUGRがあり位置的にモニターが不可能である為であった。我々の品胎以上の分娩で周産期死亡は1例もなかった。一方 Izkowic の品胎59例の報告では周産期死亡23.1%であり、特に第3児予後が悪いと報告している。品胎以上の分娩において児の予後に重大な影響を与えるのは胎児の未熟性と、第1児から第4児に至る娩出時間であり、一般に異常は第2児以降にこり得る胎位異常、臍帯脱出、胎児衝突、さらには胎盤血流の低下、胎盤剝離出血によることも考えられる。

したがって品胎以上には帝王切開を行なうべきであるという考え方もでてくる。我々の要胎3例のうち2例は比較的短時間で分娩を完了しているが残る1例は38分も要しており第3児および第4児のアプガースコアはやや低かった。我々は分娩中全胎児の心音モニターを行なっているが、異常発見から帝王切開に至る時間を考えても最近では、最初から帝王切開を行なう方がよいという意見に傾きつつある。

また多胎児は単胎児と比較して呼吸障害、低血糖、

低Ca血症、低体温の頻度が高く各種奇形も多いとされている。我々の症例では低Ca血症、低蛋白血症、貧血、高ビリルビン血症、クル病が高頻度に認められた。低蛋白血症に対しては黄疸に注意しながらalbumin投与を行ない、低Ca血症、クル病に対してはCa剤及び1.25(OH)<sub>2</sub>D<sub>3</sub>投与を試みている。今後はさらに多胎児における精神、身体発育について生直後よりmedical social workerを含めたチームでfollow up する必要がある。

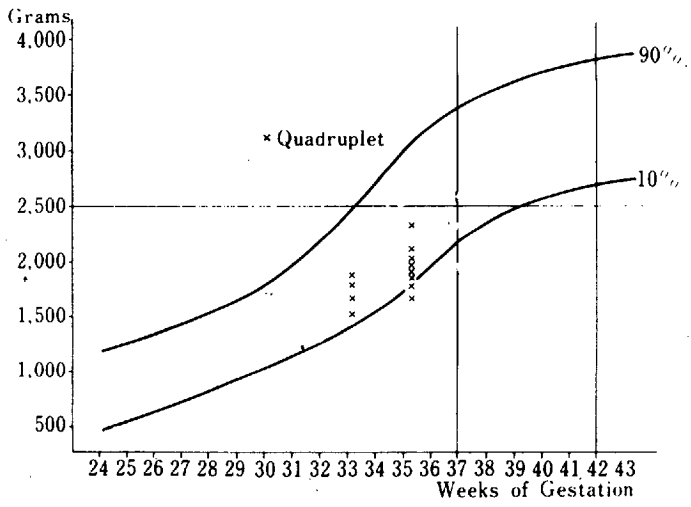
表1 要胎3例の妊娠経過

症例	年齢	診断	排卵誘発法	多胎診断週数	妊娠初期	妊娠中後期	頸管縫縮術	分娩直前		
								体重増加	子宮底	腹囲
1	28	第2度無月経	Clomid -HMG -HCG	12週	悪阻	視力低下 中毒症(蛋白尿) 切迫早産	13週 シロッカー手術	23 kg	51 cm	110 cm
2	30	第2度無月経	HMG -HCG	11週	特になし	貧血 中毒症 切迫早産	14週 シロッカー手術	22.4 kg	49 cm	104.5 cm
3	27	第2度無月経	HMG -HCG	9週(品胎) 22週(要胎)	特になし	低蛋白血症 出血傾向 切迫早産	23週 シロッカー手術	11.6 kg	51 cm	106 cm

表2 要胎3例の分娩経過および新生児所見

症例	分娩週数	分娩方法	分娩時間	1児~4児娩出時間	出血量	胎盤重量	新生児	胎位	性	体重	Aアール	新生児合併症
1	35週0日	経膈促進吸引	14時間5分	19分	350 ml	1.440 g	第1児	頭位	♀	1.900 g	8/8	低血糖、低Ca、高ビリルビン、くる病、貧血
							第2児	足位	♂	1.770 g	8/9	低Ca、高ビリルビン、くる病
							第3児	頭位	♀	2.100 g	8/10	低Ca、低Na、アントーシス、高ビリルビン、貧血
							第4児	頭位	♂	1.800 g	7/9	無呼吸発作、高ビリルビン、くる病
2	35週2日	経膈吸引	10時間10分	9分	250 ml	1.960 g	第1児	頭位	♂	1.840 g	7/9	高ビリルビン、アントーシス
							第2児	足位	♀	2.332 g	6/7	
							第3児	頭位	♂	1.940 g	8/10	
							第4児	足位	♂	1.840 g	4/6	高ビリルビン
3	33週4日	経膈吸引	15時間7分	38分	600 ml	1.875 g	第1児	頭位	♀	1.760 g	9/9	低蛋白、低Ca、高ビリルビン
							第2児	頭位	♀	1.520 g	6/8	低蛋白、低Ca、高ビリルビン
							第3児	足位	♀	1.650 g	5/6	低蛋白、高ビリルビン、貧血
							第4児	頭位	♂	1.810 g	7/6	低蛋白、低Ca、高ビリルビン、貧血

☒1



Birth weight and gestational age  
(Lubchenco, et al.)



## 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



### 1 はじめに

HMG-HCG 療法の普及により,我々産婦人科医は多胎妊娠をより多く経験するようになり,特に品胎以上の場合妊娠中の管理,分娩方法の選択,新生児の取り扱い等についてとまどいを覚えることが多い。ここでは当院において経験した要胎3例について妊娠経過,分娩,新生児についての要点をまとめ報告する。