

平成7年度厚生省心身障害研究
「多胎妊娠の管理およびケアに関する研究」

多胎妊娠における分娩の方法とその時期決定に関する研究
(分担研究：多胎妊娠の管理に関する研究)

分担研究報告書

研究協力者 大阪府立母子保健総合医療センター産科 末原 則幸

1) 要約：多胎妊娠のより安全な分娩時期と分娩様式を検討する。昨年度、双胎の胎位の組み合わせによる分娩様式について文献的考察を加えた。本年度に行うべき調査の予備的調査を大阪にて行った。本年度は、妊娠34週未満あるいは児体重2000g未満の双胎例、および先進児が非頭位である双胎例を集め、分娩様式と児の予後について検討するため、全国の主要産科施設を対象にアンケート調査した。また、双胎妊娠の分娩様式や予後に大きく影響する絨毛膜別に児の予後を検討した。

2) Key Word : Multiple pregnancy , Breech presentation , Cesearian section , Delivery

3) 研究内容：双胎の胎位の組み合わせによる、より安全な分娩時期と分娩様式について、最も望ましい方法を選択することは、産科医にとって不可決である。そこで、胎位の組み合わせによる、より安全な分娩時期と分娩様式について昨年度文献的検討を行い、今年度は妊娠34週未満あるいは児体重2000g未満の双胎例、および先進児が非頭位である双胎例の分娩様式と児の予後について多施設にアンケート調査した。また、1987-1993年に大阪府立母子保健総合医療センターで取り扱った双胎症例につて絨毛膜別に児の予後について検討した。双胎妊娠の分娩様式や予後に大きく影響する絨毛膜別に児の予後を検討した。

4) 結果：1) 妊娠34週未満あるいは児体重2000g未満の双胎例、および先進児が非頭位である双胎例の分娩様式と児の予後について276妊娠、535人の回答があった。児の数で、妊娠22-23週5人、妊娠24-25週22人、妊娠26-27週38人、妊娠28-29週52人、妊娠30-31週64人、妊娠32-33週102人、妊娠34-35週86人、妊娠36-37週112人、妊娠38-39週50人、妊娠40週以後4人であった。うち経膈分娩は191人、帝王切開は344人であった。帝王切開率は母の数で65.2%であった。なお妊娠22-23週での帝王切開はなかった。妊娠24-25週での帝王切開率は63.6%、妊娠26-27週84.2%、妊娠28-29週85.2%、妊娠30-31週82.1%、妊娠32-33週45.1%、妊娠34-35週51.2%、妊娠36-37週71.4%、妊娠38-39週64.0%と妊娠26-31週での帝王切開率が高値であった。児の死亡率は5.4%であった。妊娠22-23週での児の死亡率は100%、妊娠24-25週では31.8%、妊娠26-27週15.8%、妊娠28-29週13.5%であった。また分娩様式別に児の死亡率をみると、経膈分娩は4.7%、帝王切開5.8%と帝王切開群で高かった。妊娠週数別、分娩様式別に児の死亡率を見ると、妊娠24-25週では経膈分娩は37.5%、帝王切開28.6%と帝王切開群の方が低かった。

なおこの調査の中に、第1児は妊娠22週で出生し、新生児死亡したが、第2児は26週で帝王切開により出生し、健康に育っている症例、および、妊娠34週で第1児は経膈分娩で出生し、第2児は帝王切開した症例各1例が含まれていた。

本年度は双胎の胎位の組み合わせと分娩時期と分娩様式別の児の予後について、差を見いだすことができなかった。

2) 1987-1993年に大阪府立母子保健総合医療センターで取り扱った双胎症例は児の数で548例あった。うち、一絨毛膜（以下MD）双胎は266人、二絨毛膜（以下DD）双胎は282人であった。DD双胎での児死亡率は2.5%であり、神経学的後遺症を持つ率は1.1%であったのに対し、MD双胎での児死亡率は5.6%神経学的後遺症を持つ率は5.3%と有意に高率であった。健康に育っている児の割合はDD双胎96.5%、MD双胎89.1%であった。週数別に見ると妊娠24-25週に出生した児で健康に育っている割合はDD双胎71.4%、MD双胎25.0%と大きな差が見られた。

週数	経膈分娩				帝王切開			新生児死亡			新生児死亡		
	母合計	帝王切開	母合計	帝王切開	経膈分娩	帝王切開	母合計	経膈分娩	帝王切開	合計	経膈分娩	帝王切開	合計
22	3	0	3	0.0%	5	0	5	5	100.0%	0		5	100.0%
24	4	7	11	63.6%	8	14	22	3	37.5%	4	28.6%	7	31.8%
26	3	16	19	84.2%	6	32	38	0		6	18.8%	6	15.8%
28	4	23	27	85.2%	8	44	52	0		7	15.9%	7	13.5%
30	7	32	39	82.1%	14	50	64	0		1	2.0%	1	
32	28	23	51	45.1%	56	46	102	0					
34	21	22	43	51.2%	42	44	86	0		2	4.5%	2	2.3%
36	16	40	56	71.4%	32	80	112	0					
38	9	16	25	64.0%	18	32	50	1	5.6%			1	2.0%
40	1	1	2	50.0%	2	2	4	0					
	96	180	276	65.2%	191	344	535	9	4.7%	20	5.8%	29	5.4%

注1 妊娠 22週で第1児経膈分娩→新生児死亡 第2児は 26週で帝王切開→健

注2 妊娠 34週で 第1児経膈分娩 第2児 帝王切開 →ともに健

考察：文献的には、頭位-頭位では経膈分娩を、頭位骨盤位の場合は、まず経膈分娩し、後続児の外回旋を行い成功しなければ、児が1500g未満であれば帝王切開をするか、最初から帝王切開をするものが多い。先進児が非頭位の場合や一絨毛膜双胎では帝王切開が勧められている。大阪での主要産科医療機関での調査でも頭位-頭位や、低体重児での先進児が非頭位の場合は、おおむね文献によるものと同様であるが、特に頭位-骨盤位での取り扱いに、非常なばらつきがみられた。

今年度、双胎の症例についてアンケート調査し、双胎の胎位の組み合わせと分娩時期と分娩様式別の児の予後について比較を試みたが、差が得られなかった。これは双胎固有の問題、例えば、Discordant twins TTTS、双胎の一児死亡など妊娠週数と双胎の胎位の組み合わせに関係なく、分娩様式が決定される症例が多く、また 胎盤早期剥離や前置胎盤や胎児仮死や既往帝王切開なども同様に双胎の胎位の組み合わせに関係なく、分娩様式が決定されるため、双胎の胎位の組み合わせと分娩時期と分娩様式別の児の予後についての検討の対象となる症例が少なかった事による。現在、解析可能な症例数を確保するため、対象病院を増やし、症例を集めている。

絨毛膜別に児の予後を検討すると明らかに大きな差が見られた。このことより双胎の胎位の組み合わせによる、より安全な分娩時期と分娩様式を検討する場合においても絨毛膜診断を考慮せずに検討することができないと考えられ、現在、調査用紙を一部改訂し症例を集めている。

今後の研究方針：

1) 妊娠34週未満あるいは児体重2000g未満の双胎例、および先進児が非頭位である双胎例の分娩様式と児の予後について分娩様式別に児の死亡率をみると、経膈分娩は4.7%、帝王切開5.8%と帝王切開群で高かった。妊娠24-25週では経膈分娩は37.5%、帝王切開28.6%と帝王切開群の方が低かった。

2) 本年度は双胎の胎位の組み合わせと分娩時期と分娩様式別の児の予後について、差を見いだすことができなかったため症例を増やして検討する。

3) 絨毛膜別に児の予後を検討すると明らかに大きな差が見られた。このことより双胎の胎位の組み合わせによる、より安全な分娩時期と分娩様式を検討する場合においても絨毛膜診断を考慮せずに検討することができない事がわかったため 絨毛膜診断が明確にできるような調査用紙に改変し調査を継続する

文献：

- 1) 末原則幸、産科からみた多胎。近畿新生児研究会雑誌 3:1-6,1994
- 2) 末原則幸、双胎間輸血症候群の管理 産科と婦人科 61(8):1089-1093,1994
- 3) 末原則幸、多胎妊娠の周産期医療に及ぼす影響。産婦人科の進歩47(6) :840-841,1995



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)要約:多胎妊娠のより安全な分娩時期と分娩様式を検討する。昨年度、双胎の胎位の組み合わせによる分娩様式について文献的考察を加えた。本年度に行うべき調査の予備的調査を大阪にて行った。本年度は、妊娠 34 週未満あるいは児体重 2000g 未満の双胎例、および先進児が非頭位である双胎例を集め、分娩様式と児の予後について検討するため、全国の主要産科施設を対象にアンケート調査した。また、双胎妊娠の分娩様式や予後に大きく影響する絨毛膜別に児の予後を検討した。