

〔A. 帝王切開術を考える〕

3. 骨盤位と多胎妊娠

順天堂大学医学部
産婦人科講師
吉田 幸洋

座長：三重大学医学部
産科婦人科教授
豊田 長康

はじめに

骨盤位と多胎妊娠における帝王切開率は近年大幅に上昇し、これでよいのかという疑問は多くの産科医が感じているところと思われる。分娩の最終目標は母児ともに安全に妊娠を終了することにあり、児にとって安全であれば、帝王切開よりも経膣分娩が望ましいことはいままでもない。近年の産科医療をとりまく社会情勢は大きく変貌をとげ、妊婦の高齢化・少産少子の状況は、産婦ととくに児に対する安全性が過剰強調される傾向を助長し、また、補助生殖医療の進歩により近年増加の傾向にある多胎妊娠については一層その感が強い。骨盤位や多胎妊娠には、それぞれ固有のリスク因子が存在し、分娩方針の決定がその予後を大きく左右する。帝王切開は多くの場合、経膣分娩よりも、少なくとも児にとっては安全であると思われるが、必ずしもそのようなことはなく、順調に経過した経膣分娩が母児にとって最も望ましいことは論を待たない。重要なことは、ハイリスクであるから帝王切開を選択するのではなく、ハイリスクであるからこそ、厳重な評価を行い、安全に経膣分娩を遂行する可能性を追求する点にある。

骨盤位

骨盤位の分娩に際し、いかに母児ともに安全に分娩を完遂せしめるかは世界的な問題とされ、FIGOのCommittee on perinatal healthは、単胎骨盤位分娩を取り扱うためのガイドラインを作成した。これによれば、骨盤位経膣分娩にともなうリスクを充分理解したうえで骨盤位経膣分娩が可能であると思われる症例を選別し、そのような症例のみ経膣分娩とし、そのほかの例は原則的に帝王切開とするという、いわば、選択的経膣分娩というべき考え方が示されている。

順天堂大学産婦人科では1993年以来、独自のガイドラインを作成し、骨盤位分娩については選択的経膣分娩を実施している。ここでは当教室のガイドラインを、1994年における当教室の骨盤位分娩の転帰とともに示してみたい。

〔I. 胎児因子〕

1. 胎児成熟度

原則として妊娠34週以上であるか、推定児体重2,500g以上を経膣分娩可能な条件としている。しかし、推定児体重が2,500g未満であっても、他の条件に問題がなければ経膣分娩は可能であると考え。一方、骨盤位では巨大児が疑われる場合も経膣分娩は避けるべきであり、推定児体重が3,500g以上の場合は帝王切開とする。

2. 骨盤位の分類

骨盤位の分類には単殿位、複殿位、足位、などがある。これらのうち、早産例では足位であることが多く、正期産例では殿位が多い。分娩機転から考えると、後続児頭娩出前に十分に頸管が開大していることが必要であり、経膣分娩を行うには殿位であることが望ましく、複殿位の場合は、メト口を併用するなどして臍帯脱出を予防しつつ経膣分

娩を行う。一方、分娩開始時に足位の場合は、臍帯脱出の頻度が高いこともあり帝王切開とする。

3. 児の頸部過伸展 (hyper extension, star gazing fetus)

骨盤位の児が子宮内で反屈位の胎勢をとっている場合をいい、骨盤位の児の約5%に認められる。診断はX線撮影および超音波検査により可能である。頸部過伸展が認められる児に対し経膈分娩を強行した場合には、高率に神経学的障害を引き起こすとされており、頸部過伸展が認められる場合は帝王切開とする。

4. 児の形態異常

ある種の形態異常児や染色体異常児では骨盤位になりやすいことが知られている。出生前に超音波で形態異常が発見された場合は、その形態異常の取り扱いに応じた個別の適応により分娩方針を決定する。

(Ⅱ. 母体因子)

1. 骨盤内腫瘍や胎盤の位置異常の診断

子宮頸部筋腫や前置胎盤の場合は骨盤位となることが多く、このような場合は帝王切開の適応である。

2. 骨産道因子の評価

骨産道の評価法として世界的に統一された方法はない。わが国では、グートマン法およびマルチウス法が広く用いられている。経膈分娩の条件としては、骨産道に十分な広さがあり、適正な形態であることが必要である。

3. 軟産道因子の評価

骨盤位経膈分娩の予後を決定するうえで最も重要であるのは軟産道因子であると思われる。軟産道因子を客観的に評価するのは非常に難しいが、分娩開始前に頸管が熟化していること、および、膈・会陰の伸展性がよいことを経膈分娩実施の条件とする。

(Ⅲ. 分娩経過の因子)

骨盤位経膈分娩の方針を決定し分娩が開始した場合は、分娩進行の厳重な監視と胎児モニタリングが必要である。分娩経過に異常がみられたり、少しでも胎児仮死の徴候が認められた場合には躊躇なく帝王切開に切り替えることが必要であり、そのための準備は常に行っておく。

(Ⅳ. 施設因子)

たんに骨盤位分娩介助のためだけでなく、骨盤位経膈分娩を実施・遂行するための判断や分娩経過に即したすみやかな対応を行うため、骨盤位経膈分娩に十分な経験をもつ産科医が常に分娩に立ち合うことが必要であり、また、それが可能であるような勤務体制が望ましい。

また、一旦分娩経過に異常が生じ、帝王切開が必要とされた場合には、ただちに帝王切開が可能でなければならない。また、骨盤位の分娩時は新生児の蘇生が必要であることが多く、そのための準備も当然ながらなされていなければならない。

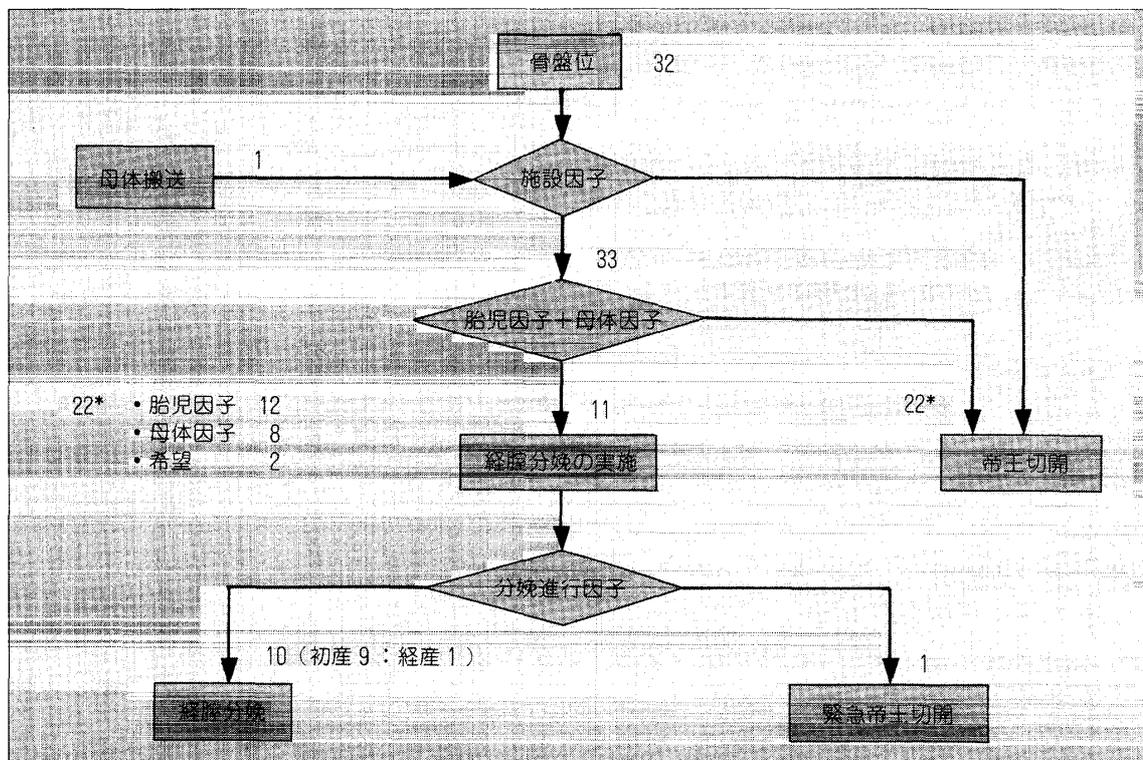
(Ⅴ. その他方針を決定するうえで考慮すべきこと)

骨盤位分娩は全分娩の約3~5%であり、それほど頻度の高いものではないが、それ自体ハイリスクである。さらに、分娩方針の決定が児の予後を大きく左右する可能性が高い。したがって、分娩方針の決定に際しては、患者および夫に対し十分な説明を行い同意を得ることが必要であると考えられる。

(Ⅵ. 当科における骨盤位分娩の転帰)

図1は当科における骨盤位分娩の取扱い方針をフローチャートにまとめたものであるが、

数字で示したように、33例の骨盤位のうち、22例が分娩開始前に帝王切開となったが、経腔分娩を行った11例のうち、臍帯脱出で緊急帝王切開となった1例を除き10例（初産9例、経産1例）で経腔分娩が可能であった。



(図1) 骨盤位の分娩方針 (順天堂大産婦人科)

〔Ⅶ. まとめ〕

今日、わが国で骨盤位の帝王切開率が上昇している大きな理由の一つに、施設因子で述べたことがあると思われる。つまり、わが国の産科医療施設においては、一施設に勤務する産科医が少ないことに加え、当直体制などの問題により、骨盤位分娩に経験の深い医師が常時分娩に立ち合うということが非常に困難であるために、骨盤位はどうしても予定帝王切開とされる率が高いように思われる。このような傾向は研修医が骨盤位経腔分娩を経験する機会を減少させ、骨盤位経腔分娩に経験のある医師が将来ますます少なくなり、その結果、骨盤位の帝王切開率は一層上昇するといった悪循環を生み出すのではないかとということが危惧されている。少なくとも、医療機関では選択的な経腔分娩の実施が望まれる。

多胎妊娠

多胎妊娠のなかでも三胎妊娠以上については(1)早産の頻度が高いこと、(2)低体重出生児の頻度が高いこと、(3)第2子以降で分娩開始前の胎位と分娩時の胎位が異なる可能性が高いこと、(4)自然妊娠の割合は三胎においても20%以下であり、ほとんどが不妊症治療後の妊娠であり、反復帝王切開の可能性について考慮する必要性が少ないことなどの理由により原則的に帝王切開としている。したがって、ここでは双胎の場合の分娩様式の決定について当科の方針を示してみたい。

〔Ⅰ. 多胎妊娠における問題点〕

多胎妊娠は妊娠した時点からハイリスクであり、妊娠中の管理が分娩方針の決定以上に

重要であるという点で骨盤位とは異なる。

双胎においても、早産予防が重要であり、また、一絨毛膜性双胎では双胎間輸血症候群発症の問題があるため、妊娠初期における膜性の診断が必須であり、一絨毛膜性双胎と診断された場合は、両児間の発育差や羊水過多・過少といったことを妊娠中の全期間を通じて注意する必要がある。さらに、高齢妊婦が多いことに加え、妊娠中毒症の発症といった母体合併症の対策も必要とされる。また、分娩時の問題としても、微弱陣痛・遷延分娩に加え、とくに、第2子において胎位異常、回旋異常、臍帯脱出といったリスクが高く、双胎分娩独特の管理が要求される。

〔Ⅱ. 多胎妊娠における帝王切開の適応〕

1. 三胎以上

2. 早産双胎・子宮内胎児発育遅延例

原則的に帝王切開とするが、頭位・頭位であり、軟産道の熟化や会陰の伸展性も良好であり、胎児仮死徴候がなければ経腔分娩も可能と考える。

3. 双胎間輸血症候群の発症が疑われる例

一絨毛膜性双胎であって、両児間の発育差の著しいものや、羊水過多・過少のあるものでは双胎間輸血症候群発症の可能性があり、出生後の管理のうえからも帝王切開適応とする。

4. 第1子が骨盤位

第1子が骨盤位の場合は、第2子の胎位にかかわらず帝王切開とする。文献的には、第1子が頭位であっても、第2子が骨盤位の場合は帝王切開とすべしとするものや、第2子が骨盤位の場合は第1子娩出後に外回転を行い、頭位に矯正できた場合にかぎり経腔分娩を行うとするものがあるが、当科では第1子が頭位の場合は第2子の胎位にかかわらず経腔分娩とし、第2子における骨盤位は先に述べた骨盤位経腔分娩の条件に則って対処することとしている。

おわりに

妊娠・分娩管理の基本は母児双方に対し、いかに安全に分娩を行うかということにあり、少しでもリスクがあると思えば、リスクの少ない方法を選択すべきである。母児双方にとって最も安全な分娩は順調に経過した経腔分娩であり、安易な帝王切開は母体ばかりではなく児にとっても好ましくない場合もあるということを理解すべきである。骨盤位や多胎といったハイリスク分娩を取り扱うに際しては、これまでの経験や技量に加え、超音波断層法や分娩監視装置といったツールを駆使し、安全な経腔分娩が可能かどうかの判断を行うことが産科医の勤めであると考えられる。