

生涯研修プログラム II) クリニカルカンファランス—これだけは知っておきたい— 7. 治療の限界とターミネーションをめぐる問題点

1) 双胎妊娠の至適娩出時期

東京臨海病院部長 鈴木 俊 治

双胎新生児予後の検討において、最も罹患率が低いのは在胎 35~38 週で出生した児のグループであり、単胎児における在胎 40 週前後と相違があることは以前より指摘されてきた。わが国では 1996 年に水上らとその周産期死亡率の検討から多胎妊娠を妊娠 37~38 週以後不要に継続させるべきではないと JAMA に報告し、双(多)胎妊娠の分娩至適時期の再評価の必要性が推定された。われわれの関連病院のデータにおいても、双胎児は妊娠 40 週にはすでに発育の停止を認めており、また、異常分娩率も高くなることが観察されている。一方、双胎妊娠のなかでも膜性や合併症によっ

てその予後はさまざまであり、すべての双胎妊娠を対象にして分娩至適時期を検討することには疑問が残る。カナダでは近年双胎妊娠の人工早産率が上昇しているが、むしろ双胎新生児全体の予後の改善に寄与していることが観察されている。これは、双胎妊娠のなかでもハイリスク・ローリスクを判別し、ハイリスク双胎妊娠には積極的に早期の intervention を行ったことと、新生児医療の進歩が寄与しているものと推定されている。

今回、特有の合併症も考慮した双胎妊娠分娩至適時期に関して、自験例の検討および文献的考察について報告する。

2) 児の予後からみた胎児発育異常の胎内発育限界

大阪府立母子保健総合医療センター産科部長 末 原 則 幸

子宮内発育遅延 (IUGR) は、母体、胎児、胎盤などさまざまな要因によって、子宮内での発育が障害された状態をいう。比較的定期産に近い時期では、児の体重が多少小さくても、出生後の児の生育が期待されるため、早期の分娩が試みられる。しかし児の成育が十分見込めない時期、例えば児の死亡や障害が半数以上を占める時期では、児の発育が停止したからといって、直ちに分娩し、児を新生児管理に委ねるかは十分な議論が必要である。

我々は妊娠 34 週未満の IUGR 児の予後と妊娠中の周産期要因について検討した結果、児の予後を悪くする要因として、分娩週数、出生体重、IUGR の程度、分娩前・分娩中の胎児心拍異常があった。

児の死亡と神経学的後障害 (CP と MR) が 50% 未満になるのは妊娠 26 週、児の体重は 700g 以上であった。また出生時の体重が $-2.0SD$ 未満の児の予後も悪かった。児の死亡と障害の割合が半数以下になる時期においては、児の発育が停止したり胎児の Well-being が保たれなければ、早期娩出し、児を新生児管理に委ねるメリットがある。胎児心拍異常が出現する前に児を娩出することは児の予後の改善に貢献すると考えられる。

最近、低体重で出生した児は、成育後、小児期から成人になって高血圧や冠動脈疾患、糖尿病を発症する率が高くなるという報告がなされており、さらに長期的な予後をも考慮し、IUGR の管理について検討する必要がある。