

生涯研修プログラム クリニカルカンファレンス9 ハイリスク妊娠の分娩管理

1) 胎児発育不全の分娩のタイミングと分娩管理

宮崎大学 鮫 島 浩

胎児発育不全は、超音波計測に基づく推定体重の誤差と、在胎週数の誤差という不確定要因があり、その胎内診断精度は低い。

一方、宮崎県の周産期医療に関する population-based study から、胎児発育不全の臨床的問題点を過去10年間の約11万分娩を対象として検討すると、第一に、原因不明の胎内死亡の約50%に胎児発育不全が関連していた。第二に、神経学的後遺症ハイリスク群217症例をみると、その約10%に胎児発育不全が合併していた。このように胎児発育不全は現在の周産期医療に残された解決すべき重要な課題である。

胎児発育不全の妊娠中の管理は、致死性の奇形の有無、子宮内における発育の程度、未熟性などによって異なり、出生後の中枢神経発達に及ぼす影響と発育や代謝に及ぼす長期的な影響を考慮する必要がある。したがって、現在、致死的な合併奇

形のない胎児発育不全の分娩のタイミングは、主に、在胎週数(NICU管理の現状)、胎児心拍数モニタリングをはじめとする胎児 well-being の評価、胎児頭囲の発育、母体の基礎疾患の重症化、を考慮して決定されている。

われわれが行った過去10年間の前方視的検討では、胎児発育不全の約半数は near-term の適応で児娩出が決定された。約30%がモニタリング異常、約10%が頭囲発育停止、約10%が妊娠高血圧症候群などの母体適応、さらに前期破水や早産が約4%を占めていた。死亡は2.5%でいずれも500g未満であった。CP, MR, 学習障害などは4.5%に認め、在胎25~32週、370~930gの超低出生体重児であった。予後不良に関連する因子の自験例の解析と文献とから、分娩のタイミングに関して考察する。

2) 多胎の分娩時期と分娩管理

大阪府立母子保健総合医療センター 末 原 則 幸

多胎では単胎に比べ、死産率や新生児死亡率が高いことが知られている。多胎では新生児死亡率が最も低いのは妊娠37週で、早期新生児死亡率から見ると妊娠36~39週での分娩が望まれる。単胎・多胎別、週数別に早期新生児死亡率を比較すると妊娠36週未満では多胎の方が低い、妊娠36週以後、児の体重2,500g以上では多胎の方が高い。このことは、この週数で出生する児に先天異常児が含まれる等の理由もあるが、分娩時の管理と関係することも少なくない。多胎の分娩では、一児出生後に臍帯脱出や胎盤早期剝離、胎児心拍低下などが少なくなく、それらを想定した分娩管理が望まれる。多胎における分娩方法の選択は、

児の予後に大きく影響する。先進児が非頭位の場合は帝王切開が推奨されている。先進児、後続児ともに頭位の場合は、経膣分娩がトライされることが多い。先進児が頭位で、後続児が非頭位の場合は、必ずしも一定していなくて、施設での分娩管理体制や立ち会う産科医の技術等によって決められることが多い。多胎では、陣痛微弱、回旋異常が多く、一児出生後に臍帯脱出や胎盤早期剝離、胎児心拍低下などが起こりやすい。また分娩後の弛緩出血も多いので、それらを想定した分娩管理体制が望まれる。これらの病態とその対応は一刻を争うことがあるので、妊婦、家族にあらかじめ情報提供し、同意を得ておくことが大切である。