

専攻医教育プログラム

1. 多胎妊娠

東京大学 山下 隆 博

2つ以上の胎児が存在する場合多胎妊娠と呼ぶ。膜性により周産期予後が異なるため妊娠10週前後の超音波断層法で膜性を確定する。双胎では、独立した胎嚢(GS)を2つ認める場合は二絨毛膜二羊膜(DD)双胎, GSが1つで羊膜腔を2つ認める場合は一絨毛膜二羊膜(MD)双胎, GSと羊膜腔が1つで胎児を2つ認める場合は一絨毛膜一羊膜(MM)双胎と診断する。妊娠中期に診断する場合は、隔壁の起始部が三角形を示すラムダサインや2つの胎盤が離れて存在する場合、あるいは両児の性別が異なる場合はDD双胎と診断する。なお膜性と卵性は異なる。二卵性双胎は通常DD双胎となるが、一卵性双胎は卵割の時期などによりDD双胎となることがある。

多胎妊娠には妊娠高血圧症候群、HELLP症候群、早産等のリスクがあるが、一絨毛膜双胎ではさらに双胎間輸血症候群(TTTS)、discordant twin、一児死亡などのリスクがある。またMM

双胎では臍帯相互巻絡による胎児突然死の可能性がある。

MD双胎では胎盤における両児の血管吻合に起因するTTTSが5~15%の頻度で発生する。TTTSと診断されたらQuintero分類による重症度判定を行い、胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術の適応を検討する。

分娩様式については、第一児が非頭位の場合は帝王切開とする。第一児が頭位の場合、第二児が頭位であれば経膈分娩を試みてよい。第一児が頭位かつ第二児が非頭位であれば、単胎骨盤位の場合と同様に経膈分娩の可否を判断する。三胎以上では原則として帝王切開とする。

以上のように多胎妊娠は、妊娠初期(膜性診断)、妊娠中(母児の慎重な管理)、分娩時(第二児の胎児機能不全、弛緩出血等)のすべての期間で厳密な管理を必要とするハイリスク妊娠である。

2. 前置胎盤の管理

北海道大学 山田 崇 弘

前置胎盤や前置癒着胎盤の帝王切開は産科医にとって最もストレスを感じる手術のひとつである。前置胎盤の発症率は1.0%前後であるが、近年では妊婦の高齢化と帝王切開率の上昇もあり前置癒着胎盤の頻度が上昇している。前置癒着胎盤帝王切開は先進国においても最も危険な手術のひとつとされている。

前置胎盤の診断は、かつて内診などによってなされていたが、現在はその診断は経膈超音波断層法によって妊娠16~20週以降で31週までに成される事が望ましい。すなわち、超音波断層法で胎盤が組織学的内子宮口を覆うかその辺縁が同子宮口に掛かる状態を確認し、内子宮口を覆う程度により、1)子宮口を覆う胎盤の辺縁から同子宮口までの最短距離が2cm以上の状態を全前置胎盤、2)同距離が2cm未満の状態を部分前置胎盤、3)同距

離がほぼ0の状態を辺縁前置胎盤、に分類する。診断がついたら早産期の夜間緊急帝王切開や危機的産科出血にも対応可能なように高次施設へ紹介あるいは連携して評価・管理・帝王切開の準備を行う。癒着胎盤・前置血管の有無を評価、自己血貯血や十分な輸血の準備などを進めながら妊娠管理を行い、帝王切開の為に適切な子宮切開法の選択や子宮摘出の準備、剝離面からの出血コントロールの為に子宮内腔圧迫法やvertical compression suture, B-Lynch sutureといった子宮止血法の検討・準備、IVRなどを用いた止血法の検討、そして、それらの為に関連各科との連携体制の整備などを行う必要がある。

本プログラムにおいては、産婦人科医として妊娠分娩管理に携わる限り必ず遭遇する前置胎盤の適切な管理法について解説する。