

## 専攻医教育プログラム 2

## 1) 多胎妊娠の診断と管理

熊本大学 大 場 隆

多胎妊娠の診断と管理は妊娠成立とともに始まる。今回は多胎妊娠に伴う将来の危険を減らすために、一般的な産科医療機関の外来において妊娠初期までに行えることを中心に概説したい。

多胎に伴うリスクの根本的な解決法は多胎を作らないことである。排卵刺激周期では、FSH製剤投与方法の工夫が試みられてきたがクロミフェン周期における多胎が相対的に増加している傾向がある。一方、体外受精・胚移植周期では単一胚移植が標準的に行われるようになって多卵性の多胎に遭遇することは少なくなったが、かわって一卵性双胎の可能性が約2倍に上昇することが報告されている。本邦においても品胎以上の、とくに多卵性の多胎に対する減数(胎)手術例を散見するようになった。日本受精着床学会・倫理委員会は、2004年に、減数(胎)手術は母体保護法の下に容

認できるとの見解を示したが、その後の国の対応は進んでいない。

多胎妊娠は母児双方に対してハイリスク妊娠となる。概して一絨毛膜性多胎の方がリスクが高く、また双胎間輸血症候群、無心体など一絨毛膜性多胎に特有な異常についても考慮する必要があるため、妊娠初期に膜性診断を行っておくことは病診連携のうえでも重要である。妊娠の初期であるほど胎囊の数すなわち絨毛膜数の評価は容易であるが、多胎の多くはvanishing twinに終わるため、胎芽を確認する前に判断してしまうと、一方が枯死卵になった後に一絨毛膜性多胎となった場合に混乱が生じる恐れがある。頻度の低い病態ではあるが、子宮内外同時妊娠(正所異所同時妊娠)、胎児共存奇胎についても概説する。

## 2) 新生児管理

横浜市立大学附属市民総合医療センター 総合周産期母子医療センター 岩崎志穂

平成8年の周産期医療対策事業実施要綱を受け、三次医療圏に1か所の総合周産期母子医療センターと数か所の地域母子医療センターの構想のもと周産期ネットワークが進んでおり、多くの総合病院の分娩では産科医は進行中の分娩と分娩後の母親の状態に集中し、出生した新生児の管理は小児科医もしくは新生児科医にゆだねているものと思われる。しかしながら、現在でも分娩の約半数を扱う診療所では、出生直後の新生児の状態の判断に産科医が関わらざるを得ない状況がある。

受精、着床から始まる生命は出生時に生涯で最も大きな環境の変化を体験する。新生児の多くの疾患が、子宮内から子宮外への環境変化に適応できなかったことにより発生する。早産児は胎児の特徴を色濃く残したまま出生し子宮外環境に適応不全を起こす。心臓、呼吸器、その他の臓器の奇

形を伴って出生した児は子宮内で依存していた胎盤から分離されて子宮外に出たことによりその症状が顕在化する。また、子宮内で過ごしていた時期の母親の状況に影響を受けて状態の悪化が認められる疾患も存在する。

我が国の新生児死亡率は年々低下し平成26年には1,000人出生に対し0.9となった。これは世界で最も低い死亡率である。胎児から新生児へと移行する現場に居合わせ、出生直後に状態の悪化に気づくことができる産科医の存在は更なる生命予後の改善と神経学的後遺症の減少に寄与するものと思われる。今回は子宮内環境から子宮外環境への移行に伴う変化も含めて、産科医にとって必要な出生後の新生児の状態の把握、および対処について概説したい。