

多胎妊娠の方へ

大阪府立母子保健総合医療センター

はじめに

ふたご、みつごの妊娠おめでとうございます。
多胎外来としてみなさんをサポートしていきますので、よろしくお願ひします。まず、多胎妊娠(主に双胎妊娠)について知っておいていただきたいこと、リスクや注意点について、はじめにお話させていただきます。

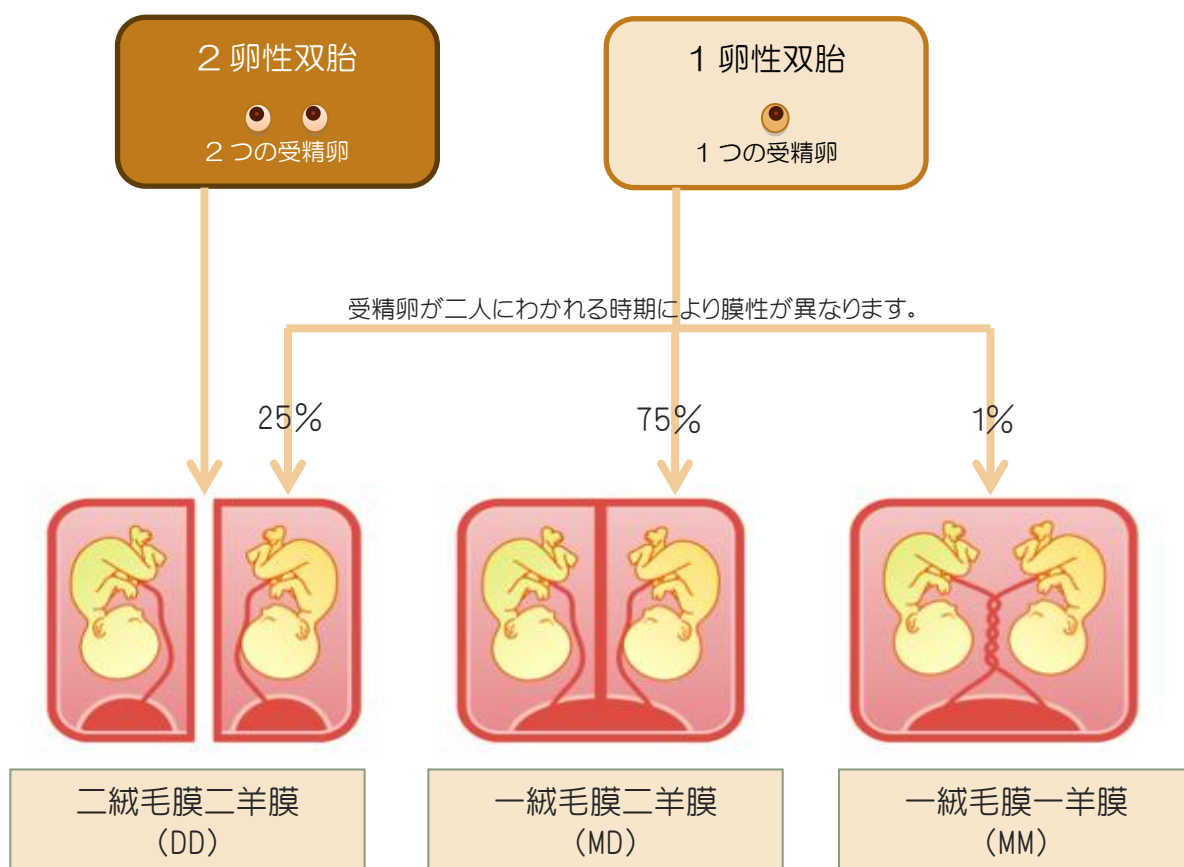


膜性について

- 二絨毛膜二羊膜双胎 [DD 双胎]
→二人は別々の胎盤を持っており、お互いの血流が影響しあうことはありません。
- 一絨毛膜二羊膜双胎 [MD 双胎]
→二人はひとつの胎盤を共有し、お互いの血管は吻合しています。血液は胎盤を通じて二人の間を行ったり来たりします。
ただし、二人の間には膜があり、それぞれは独立した部屋で暮らしています。
- 一絨毛膜一羊膜双胎 [MM 双胎]
→二人はひとつの胎盤を共有し、お互いのあいだに膜はなく、ひとつの部屋の中で暮らしています。
双胎の中でも珍しいタイプです。

・膜性によって、妊娠中のリスクは大きく異なります。自分がどのタイプか知っておいてください。

・MM(一絨毛膜一羊膜)双胎などはまれですので、該当される方には個別に説明します。



一絨毛膜双胎(MD)特有の注意点

一絨毛膜双胎は、胎盤の中でお互いの血管が吻合し、血流が行ったり来たりしています。これが一絨毛膜双胎特有の注意点につながります。二人の血流のバランスが崩れると、ときに注意を要する状態になります。

■ 双胎間輸血症候群(TTTS)

一児は羊水過多(羊水が多い)、もう一児は羊水過少(羊水が少ない)となっている状態によって診断されます。MD 双胎の約1割に発症します。一方の児(供血児)から、もう一方の児(受血児)に、胎盤の吻合血管を通じて血液が移動していることが原因です。供血児は血液が足りないため循環不全となり、尿を作ることができず羊水過少になります。受血児は全身をめぐる血液が多すぎるため、尿量が過剰になり羊水過多になります。供血児は発育不全、低酸素状態に至り、受血児は心不全や胎児水腫に至ります。放置した場合には、二人とも死亡や後遺症のリスクが高い状態です。また羊水過多が進んだ場合には流産、早産の原因となります。自覚症状としては、急に羊水の量が増えるためにおなかが大きくなり、おなかが張りやすくなります。吻合血管を凝固して血流を遮断することで病状を改善させる胎児鏡下吻合血管レーザー凝固術が有効と言われており、当センターでは積極的にを行っています。

[胎児鏡下吻合血管レーザー凝固術へのリンク](#)

■ Selective IUGR (一児の胎児発育不全)

双胎間輸血症候群ではないものの、一方の胎児が標準より小さい状態です。特に、小さい胎児の血流異常や羊水過少がある場合にはリスクが高くなります。二人の胎盤のわけあいかたが不均等であることが関係していると考えられています。臍帯(へその緒)中の血液の流れ方が重要です。

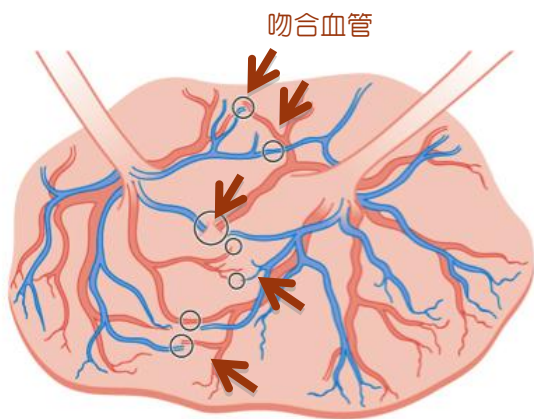
■ 一児死亡

いずれかの胎児が子宮の中で亡くなる(胎児死亡)と、もう一人も大きな影響を受けます。亡くなった児に向かって急激に血液が移動するため、生存している児は重篤な貧血になることがあります。その結果として、もう一児も死亡したり神経学的後遺症が残ったりすることがあります。

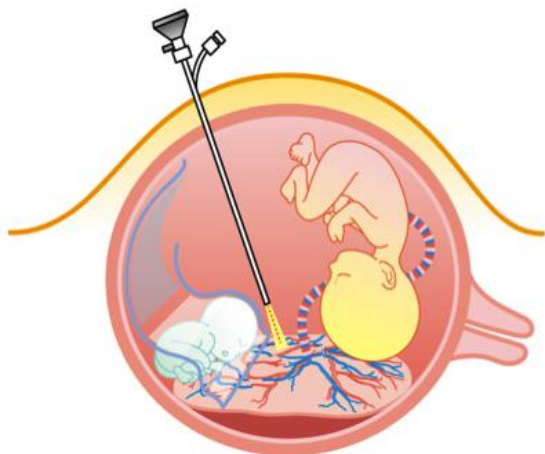
■ 無心体 (TRAP sequence)

「無心体」という心臓のない構造物と、健康な胎児(ポンプ児)が、胎盤の吻合血管を通じてつながっています。ポンプ児の心臓は自分自身と「無心体」の両方に血液を送っています。その結果、ポンプ児の心臓に負担がかかることがあり、心不全、羊水過多などの症状がでることがあります。当センターでは、無心体への血流を遮断するラジオ波血流遮断術(RFA)をおこなっています。

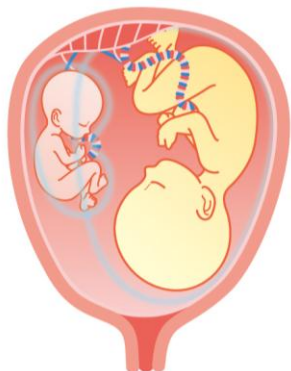
[ラジオ波血流遮断術\(RFA\)へのリンク](#)



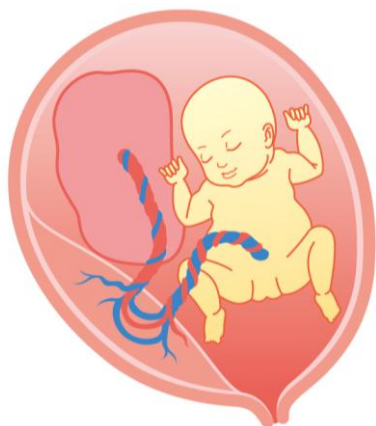
一絨毛膜双胎の吻合血管



胎児鏡下レーザー凝固術



Selective IUGR



無心体双胎

多胎の注意点(MDでもDDでも！)



〔赤ちゃん(胎児、新生児)に関して〕

■ 流産・早産

多胎は単胎にくらべて流産・早産の割合が高いです。双胎妊娠での早産率は約50%、つまり約半分の方は早産になります。妊娠28週未満の超早産となる方も1割程度いらっしゃいます。早産で生まれた赤ちゃんは、NICU(新生児の集中治療室)に入院となり、さまざまなサポートを必要とします。多胎妊娠では流産・早産対策が重要となります。

■ 子宮内胎児発育不全

胎児のうち一人、もしくは二人とも発育が標準より小さい場合があります。そのほとんどは胎盤や臍帯の状態が原因であると言われています。重症例では胎児の状態が悪化することもあります。

■ 胎児異常

軽度のもので含めると、双胎妊娠では約6%といわれています。超音波検査で見られるケースがあります。

〔お母さんに関して〕

■ 妊娠高血圧症候群

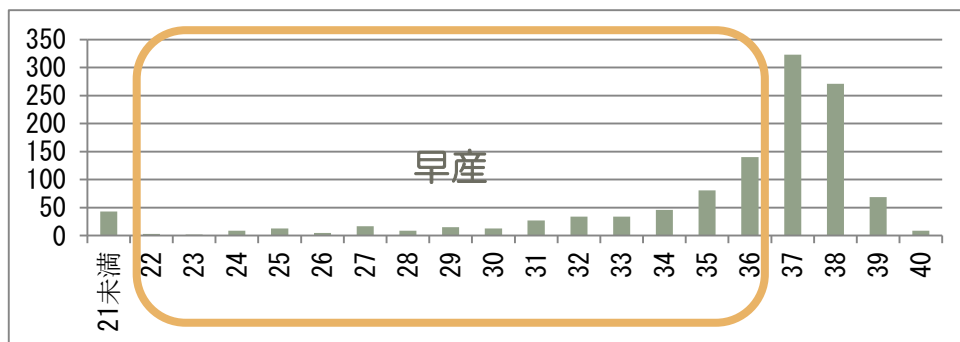
高血圧、蛋白尿を認める状態です。双胎での頻度は単胎の3倍程度です。重症化すると、子癇発作(けいれん)、常位胎盤早期剥離などをおこし、母児ともに危険な状態になることがあります。

■ 弛緩出血

分娩後に大出血をおこすことがあります。二人の赤ちゃんを抱えて伸びきった子宮は、産後に収縮する力が弱くなってしまいます。ときに輸血を必要とする場合もあります。

■ その他

悪阻、妊娠糖尿病、貧血、血栓症など、いろいろなトラブルの頻度が全体的に単胎に比べて多いです。



〔参考〕
2001-2010年
当センターでの
双胎妊娠の
分娩週数

当センターにおける双胎の妊娠管理

- 多胎は様々な注意点があるため、妊婦健診の頻度を多くしています。妊娠初期から妊娠31週頃までは[2週間ごと]、それ以降は[毎週]健診をおこないます。
- 超音波検査も2週間ごとに行います。(そのための費用が追加されます。)
- 病状によって、より多くの受診をお勧めすることがあります。
- 帝王切開や早産が多いため、経膈分娩を予定している方も含めて全員に術前検査・麻酔科受診を行い、帝王切開に備えます。
- 順調な方は管理入院の必要はありません。ただし、切迫早産、羊水量の異常や胎児発育不全、妊娠高血圧症候群など、慎重な管理が必要な方は入院をお勧めします。(入院の頻度は単胎より高いです。)
- みつご以上、MM双胎では、早めの管理入院を行っています。
- 多胎の赤ちゃんは、NICU(新生児の集中治療室)への入院が必要な割合が高いです。万一、当院のNICUが満床である場合には、他の病院に転院(母体搬送、もしくは新生児搬送)となる場合があります。

妊娠週数	受診間隔	イベント
13週まで	2週間ごと	予定日決定・初期採血
14~17週		
18~19週		内診(頸管長) 胎児スクリーニング(医師)
20~23週		
24~25週		採血(血糖検査)
26~27週		内診(頸管長) 胎児スクリーニング(技師)
28~29週		
30~31週	毎週	術前検査 (採血・レントゲン・心電図)
32~33週		麻酔科受診
34~35週		内診(GBS検査) 分娩方法決定
36週		採血・内診
37週		NST・内診
38週		採血・分娩

当センターにおける双胎の分娩方法

■ 分娩の時期

順調であれば、経膈分娩でも帝王切開でも妊娠 38 週前後を目標にします。双胎妊娠では妊娠後期の母体または胎児のコンディションの悪化が単胎妊娠よりも早くみられることがあるため、予定日よりも早めの出産が一般的です。原則的に、選択的帝王切開は妊娠 38 週に予定し、経膈分娩予定の方も 38 週まで自然陣発がない場合には誘発分娩を提案しています。

■ 経膈分娩

双胎だからというだけで全員帝王切開になることはありません。第一子が頭位の場合には、経膈分娩でも帝王切開でも児への安全性は変わらないとされています。以下の基準を満たす場合には、基本的には経膈分娩をお勧めしています。(みつご以上は帝王切開としています。)

- *第一子が頭位であること。
- *妊娠 34 週以降であること。
- *児がふたりとも推定体重 1800g 以上であること。
- *母児のコンディションが良好であること。
- *前回帝王切開や、子宮手術の既往がないこと。

分娩途中で児の状態が悪くなったときや、分娩進行が悪いときには帝王切開に切り替えます(単胎の場合と同じです)。まれですが、第一子が分娩したのちに第二子のみ帝王切開となることがあります。

■ 帝王切開

上の基準を満たさない方は帝王切開分娩としています。双胎の場合は希望での帝王切開もおこなっています。帝王切開のリスク(出血、血栓症、次回妊娠時への影響など)をご理解いただいたうえで、ご夫婦で相談してください。



分娩が近づく時期に改めて、分娩方法についての相談、帝王切開の説明をします。