

ふ た ご の お 話

TWIN PREGNANCY



双胎妊娠：これだけは知っておいて！

聖隷浜松病院総合周産期母子医療センター



村越 毅

e-mail: t-murakoshi@sis.seirei.or.jp



目次

はじめに	3
ふたごの妊娠おめでとうございます！	3
双胎妊娠について知っておいて欲しいこと	4
卵性診断と膜性診断	4
不妊治療だったら2卵性？	5
多胎妊娠の頻度	5
双胎の一般的なリスク（特に早産のリスク）	6
1絨毛膜双胎のリスク	6
双胎間輸血症候群	7
双胎における神経学的後遺症のリスク	8
ふたごの妊娠経過	9
早産を減らそう！	9
頸管縫縮術は必要？	10
安静にしていれば早産は予防できるの？	10
妊娠中の運動はいつからすればいいの？ どれくらいなら大丈夫？	10
子宮収縮抑制剤（はり止めのお薬）はいつから飲むの？	11

管理入院はいつから必要？	11
ふたごの分娩	12
ふたごの分娩ってみんな帝王切開なの？	12
どういう条件が整えば普通分娩（経膈分娩）できるの？	12
分娩はいつ頃？	12

はじめに

ふたごの妊娠おめでとございます！

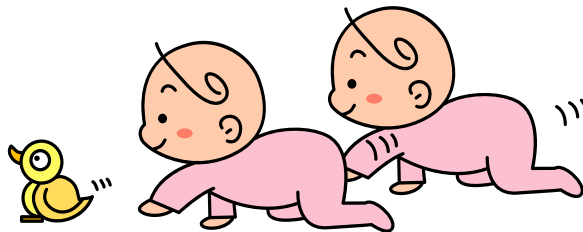
初めて、ふたご（双胎）の妊娠を担当医に告げられてどんな気持ちでしたか？ 大変だなあ、と思う気持ちと、嬉しい！ かわいい！と思う気持ちが複雑になっているのではないのでしょうか。あわてて情報を探そうとしてもほとんど手に入りませんよね。周りを見渡しても、みんな一人の妊娠出産です。マタニティー雑誌をみても、1ページ位の記事しか載っていません。でもみんなふたごを生んでいるんだし、妊娠は病気じゃないから、まあ何とかかな？ そう思っていないですか。それとも、ふたごはとっても大変だし早産も多くてどうすればいいの？ と何が大変かわからずに悩んでいませんか。

ふたごの情報はとっても少ないのが実情です。そのため、皆さんが不安になります。また、私たち医療従事者も実はふたごの経験が少ない（！？）のです。だって、全妊娠の1%しかふたごの妊婦さんがいないのですから。そう、99%の人は「ひとり」しか一回に産まないの、情報も経験も少なくなるのです。

私たちは、ふたごを妊娠した皆さんやその家族の不安を少しでも減らして、よりよいふたごの妊娠出産をお手伝いしたいと思っています。幸い私たちのセンター（聖隷浜松病院総合周産期母子医療センター）では、年間90組前後の双胎の出産を経験しています。また、双胎間輸血症候群のような特殊な双胎妊娠に対しての最先端医療（胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術）も提供できることから、静岡県内のみならず遠方（他都道府県）からもハイリスク双胎のコンサルトなどを多数手がけています。地域の双胎妊娠のリスクを少しでも減らそうとここ10年以上取り組んできた経験から、ふたごの妊婦さんに対して大切なことは「双胎妊娠の情報を正しく知ってもらう」「リスクを知れば解決方法や予防方法が理解できる」という2点にあると考えています。

ふたごの妊娠・出産に対して、みなさんの理解の手助けとなるようにこのパンフレットが役立っていただければ幸いです。

2006年8月

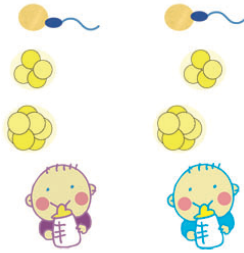


聖隷浜松病院 総合周産期母子医療センター
周産期科部長
村越 毅

双胎妊娠について知っておいて欲しいこと

卵性診断と膜性診断

ふたごの妊娠ではよく、一卵性か二卵性かが話題になります。しかし、大部分の人は「一卵性は元が一つの卵でよく似たふたご」、「二卵性は胎盤が二つで似てないふたご」くらいの認識ではないでしょうか。決して間違いではないのですが、ふたごのお母さん、お父さんはもう少し理解してくださいね。

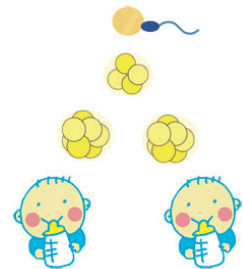


一つの卵子に一匹の精子が受精して一つの受精卵が出来上がります。受精卵が細胞分裂を繰り返し子宮の中で一人の赤ちゃんになっていきます。これは、一人でも双胎妊娠でも全く同じです。

たまたま、この受精がふたつ同時に起こり、一緒に子宮の中で大きくなり、生まれてくるのが二卵性の双胎です。つまり、一緒にお母さんの子宮の中で仲良く大きくなり同じ日に生まれた兄弟姉妹ということになります。そのため、よく似ていてもいいし（よく似た兄弟もいますよね！）、似ていなくてもOKです。また、血液型なども同じでも違ってかまいません。兄弟ですから！

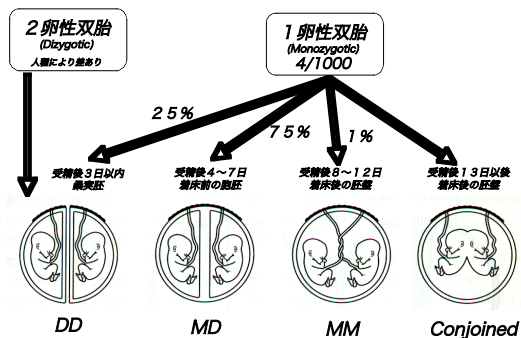
胎盤も二つのことが多いのですが、非常に近い位置にあるとくっついてしまうこともあります（しかし、吻合血管はありませんので安心してください）。

一卵性のふたごも受精は基本的に同じです。一つの卵子に一匹の精子から受精卵が作られます。この受精卵が細胞分裂を繰り返している最中に二つに分裂してしまっただけで、一卵性の双子です。（決して一つの卵子に二匹の精子が受精したわけではありません！ また、卵子は二つに分裂しません！）



一卵性のふたごは元をたどれば一つの受精卵ですから基本的な遺伝情報は同じはずですが、よく似ています（うり二つです）。血液型も同じです（全ての型が同じなので、万が一の時も、移植が可能です）。性別も同じです。でも、環境が違うと性格までは同じにはなりません。

しかし、胎盤の数は一つであるとは限りません！ 分裂の時期によって一つだったり二つだったりします。



一人の赤ちゃんは必ず2重の膜に包まれています（絨毛膜と羊膜）。二卵性双胎ではそれぞれの赤ちゃんが2枚ずつ膜を持つので、必ず2絨毛膜2羊膜双胎（DD双胎）になります。一卵性では、二人に分裂する時期により膜のパターンが異なります。受精後3日以内ならDD双胎、4~7日なら1絨毛膜2羊膜双胎（MD双胎）、8~12日なら1絨毛膜1羊膜双胎（MM双胎）となります。

つまり、MD双胎やMM双胎なら必ず一卵性ですが、DD双胎なら一卵性の可能性も二卵性の可能性もあります。

双胎のリスクは、卵性（一卵性か二卵性か）で決まるわけではなく、膜性（DDかMDかMMか）で決まりますので、妊娠初期（10週前後が一番良い）に膜性診断をきちんと行うことが大切になります。



2絨毛膜2羊膜（DD）双胎



1絨毛膜2羊膜（MD）双胎



1絨毛膜1羊膜（MM）双胎

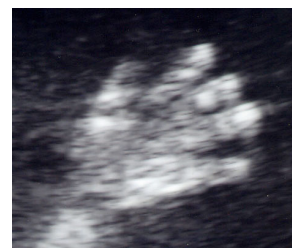
不妊治療だったら2卵性？

よく、不妊治療なら必ず2卵性ですよ。とか、私は受精卵をふたつ戻してふたごだから絶対2卵性ですよ。と聞かれることがありますが、これも、間違いです。確かに、不妊治療による双胎妊娠では2卵性のことが多いのですが、1卵性の双胎妊娠も少なからず存在します。双胎妊娠を避けるために受精卵をひとつ戻したのに「ふたご」になったり、ふたつ戻したのに「みつご」になったりということもしばしば経験します。

多胎妊娠の頻度

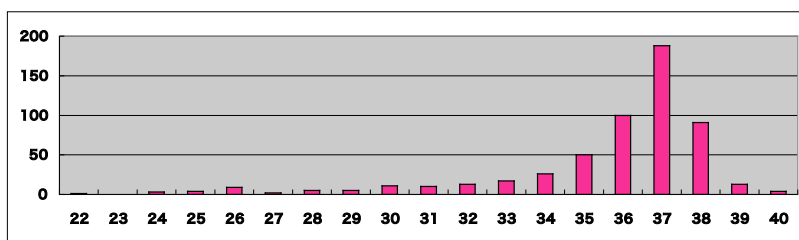
日本人は、実は世界でも最も多胎妊娠の少ない人種と考えられています。世界の平均では自然の双胎は妊娠80組に1組、品胎（みつご）は6,400組に1組の割合と推定されています。日本人では自然の双胎妊娠は150～160組に1組（0.6～0.7%）であり、自然の品胎は2万～3万組に1組と考えられています。現在は不妊治療の多胎妊娠が増えてきており、2004年の日本の統計では、双胎妊娠は80～90組に1組、品胎妊娠は3,000組に1組の割合です。静岡県では、年間約3万組の分娩がありますので、双胎妊娠は330組、品胎妊娠は10組程度が1年間で生まれています。

人種によって差があるのは、2卵性の双胎です。1卵性双胎は人種に関係なく0.3～0.4%（1,000組に3-4組の割合）と考えられていますので、日本人は世界でも2卵性のふたごの少ない人種です（自然妊娠では、日本人は1卵性と2卵性の割合はほぼ同じです）。排卵誘発剤や体外受精などで妊娠した場合の双胎妊娠の割合は10～20%前後です。実に自然妊娠の20倍以上ということになります。しかし、妊娠してしまえば自然の双胎も不妊治療後の双胎もその経過や予後（成績）に差はなく、膜性診断によるリスクが重要です。



双胎の一般的なリスク（特に早産のリスク）

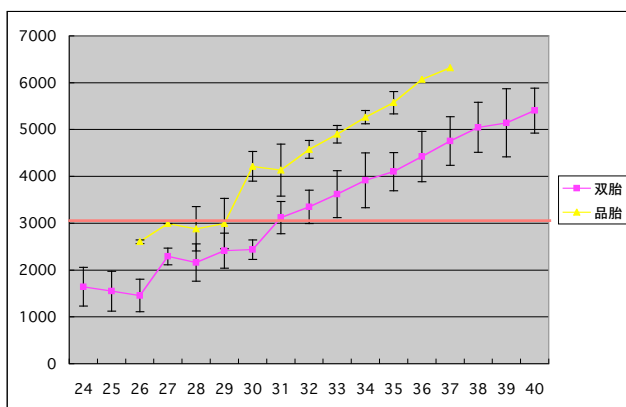
双胎妊娠ではもともと一人用にできているヒトのお腹（子宮）の中にふたりの子どもが一緒に育つわけですから、早産（未熟児の出産）となるリスクがかなり高くなります。



37週前後で分娩となることが多く、予定日（40週）近くで分娩となることは少なくなります。36週以下の早産は実に45～50%（約半分！）となります。また、人工呼吸器が必要となる32週未満の早産も11%前後存在します。

通常の妊婦さんは3Kg前後の赤ちゃんを産むわけですから、ふたりの合計体重が3Kgを超えれば子宮の中はいっぱいとなり、いつ陣痛がきてもおかしくない状態となります。実際は胎盤も羊水も二人分あるわけですから、一人1.2Kg～1.5Kg位まで大きくなれば子宮の大きさはもう臨月です！

28週から30週でふたごのお母さんの子宮の大きさは臨月とほぼ同じ大きさになります。まだまだ生むには早いですよね。十分気をつけてください。



30週を超えると、早産や破水だけでなく妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）や胎児発育遅延（赤ちゃんの発育が伸び悩んでくる）などのリスクも高くなります。妊娠初期から、特に皆さんが安定期と思っている妊娠5～6ヶ月（この時点で既に一人の妊娠の8～9ヶ月くらいの子宮の大きさです！）あたりから、赤ちゃんにあわせて“ゆったり過ごす”ことを心がけてください。

1 絨毛膜双胎のリスク

2絨毛膜双胎であれば、一卵性・二卵性にかかわらず早産予防を中心に妊娠経過をみていくことになりますが、1絨毛膜双胎には、1絨毛膜双胎にしかおきないリスクがあるので、より注意が必要です（怖がる必要はありませんが慎重にみていきましょう！）。

双胎間輸血症候群（TTTS）は1絨毛膜双胎の約10-15%に起こる可能性があります。1絨毛膜2羊膜双胎と診断されたら、最低でも2週間毎に健診を行い、赤ちゃんの大きさ、膀胱の大きさ、羊水の量、心機能（胎児血流など）をよく見ていきます。少しでも差が認め始めたら検診の間隔を短くして注意深く観察していきます。

TTTSではない（羊水過多・過少を認めない）が、二人の発育に差が出てくることもしばしばあります。正常範囲の羊水量であり、血流異常が無く、発育差はあるもののどちらの赤ちゃんもそれなりに発育していけば大きな問題となることはありません（兄弟姉妹でも完全に同じ体重で生まれてくることはありませんよね）。しかし、一人のお子さんが極端に小さい場合や体重差が25%以上となってきた場合は、より慎重な管理が必要になります。

TTTSになりかけている状態や、発育の差が著しい場合は状況に応じて入院治療が必要になることもあります。

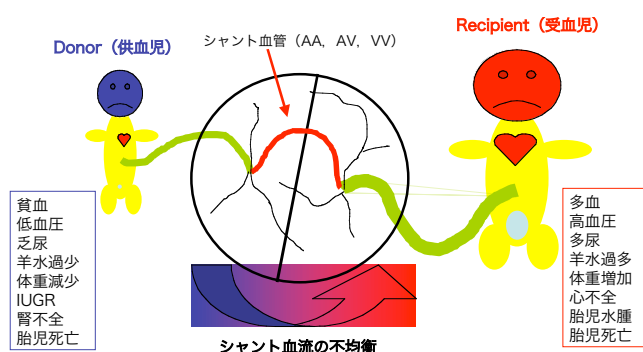
双胎間輸血症候群

双胎間輸血症候群（Twin-twin transfusion syndrome：以下TTTS）は双胎妊娠の中でも一卵性（一絨毛膜双胎）にのみ起こる特殊な病態です。1絨毛膜双胎は一つの胎盤を共有しており、必ず数本（通常は7-8本）の吻合血管（つながっている血管）が存在します。通常はふたりの間の血液の流れは吻合血管を通じてバランスをとっているため、血液がふたりの間を行ったり来たりしても問題が起きることはありません（もともとは同じ血液です）。しかし、何らかの原因でこのバランスが崩れて全体として一方通行になったときにTTTSが発症します。1絨毛膜双胎の10%程度に発症する可能性があります。

供血児（血液を送り出している赤ちゃん）は、いわゆる貧血の状態となり、全身の循環血液量不足から低血圧、乏尿（腎臓への血液量が少なくなり尿を作れなくなる）、羊水過少（羊水はほとんどは赤ちゃんの尿なので尿量が減少すれば羊水が減少する）となります。赤ちゃんの発育も制限され子宮内胎児発育遅延（IUGR：intrauterine growth restriction）となります。この状態は悪循環となり最終的には腎不全および循環不全から胎児死亡となります。一方、受血児（血液を余分にもらっている赤ちゃん）は、多血の状態で常に循環血液量が多い状態のため高血圧の状態となり心臓に負担がかかってきます。そのため、尿を多く出す（多尿）ことにより少しでも循環血液量を減少させようとどんどん多尿となり、それに応じて急激に羊水過多が進行します。この状態も赤ちゃんのホルモンの影響で悪循環が進んでいきます。また、産生される尿は薄いため受

血液は浸透圧が高く（濃い）、胎盤を通じてお母さんから水分を引き込んでくることも悪化の一因となります（母体は急激な子宮の増大と脱水傾向により非常にのどが渇くようになります）。この状態も長く続くと赤ちゃんの心臓に非常に負担がかかり最終的に心不全から胎児水腫（全身がむくんだり、胸水や腹水がたまる）となり胎児死亡となります。

TTTSはどちらか一人の赤ちゃんの病気ではなく、どちらの赤ちゃんも状態が悪くなるのが特徴です。



* 双胎間輸血症候群の進行



正常な羊水量



羊水量に差が出始める



羊水過多・過少



stuck (真空パック様)

双胎における神経学的後遺症のリスク

双胎妊娠に限らず未熟児で出産したり分娩時の低酸素症やもともと赤ちゃんの病気などで、神経学的な後遺症を残す可能性はどんな妊娠にも存在します。当然、未熟児で生まれたお子さん（特に非常に早い週数で生まれたお子さん）や分娩時の低酸素症などがあればそれだけリスクは増大します。ふたごだからといって大きく変わることはありません。ふたごの場合はひとりの妊娠の場合にくらべて早産や低出生体重児（小さく産まれること）の確率が高くなるので全体としては割合は増加します。同じ条件（同じ週数や体重など）でのリスクはほとんど変わらないと考えられています。そのため、双胎妊娠においては早産を予防すること（もしくは同じ早産でもできるだけ週数が遅く、いい状態での出産を目指す）でリスクを下げるすることができます。また、1絨毛膜双胎では、TTTSや一児死亡を防ぎ、万が一の場合でも適切な管理治療を行うことでリスクを下げるのが可能です。

付録) 分娩週数による生存率と後遺症なき生存確率（参考データ）

	～21週	22週	23週	24週	25週	26週	27週	28週
生存率	0*	10-20%	30-50%	60-80%		>95%		≒100
後遺症なし	0*	?**	?**	80%		>90%		>95%

*流産 **生存可能となつてからの歴史が浅くきちんとしたデータに乏しい

* 妊娠20週から26週前後（妊娠6ヶ月前後）は「安定期」と思っていないですか？ 上の表をみてもらえばわかるのですが、赤ちゃん（胎児）にとっては、一番「不安定で危ない時期」ですね！ お母さんにとってみると（特に一人の妊娠では）、妊娠初期の悪阻もようやく治まって楽になり、まだお腹も大きくないので自分自身が身軽な時期です。そう！ 「お母さんが楽な時期」なんですね。

* 赤ちゃんのことを考えたら、本当の安定期（赤ちゃんの安定期）はいつでしょう？ 多分、10ヶ月（36週以降）にはいつても、いつ生まれても良くなった時期なんじゃないでしょうか。

* ふたごの場合、28週から30週位でお腹の大きさが臨月を超えることを思い出してください。そう考えると、22週から26週までの赤ちゃんにとって一番不安的な時期の子宮の大きさは？ 想像してください！ 一人のお子さんの場合にちょっと早く生まれてしまうかもしれない時期、既に産休に入っている時期、そう妊娠9ヶ月（32週以降）の大きさです。この時期を一番注意してくださいね。

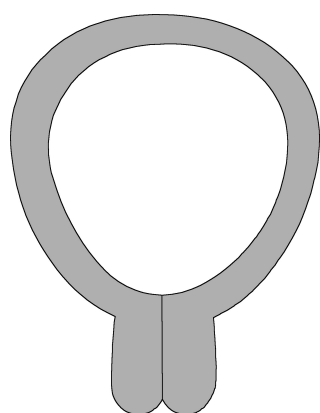


ふたごの妊娠経過

早産を減らそう！

どうして、早産となってしまうのでしょうか？ 早産の原因はまだ完全に解明されていません。しかし、正常分娩でも、早産でも、流産でも実は分娩経過や症状に差はありません。単に時期（いつ分娩となるか）だけの問題です。つまり、分娩発来（分娩発来）の症状をしっかりと理解すれば、日常生活において早産は十分注意できるはずですよ。

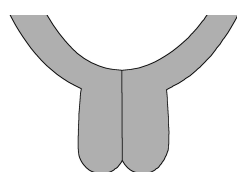
流早産、分娩の始まりの症状は以下の4つしかありません。1) 子宮口が開大する。2) 子宮収縮（陣痛）がある。3) 破水する。4) おしるし（出血）がある。破水と出血は通常は単独でくることがよりも子宮収縮や子宮口の開大にともなって引き起こされることがほとんどなので、通常は「子宮口の状態」と「子宮収縮（お腹のはり）」に注意していくことで早産を防ぐことが可能です。



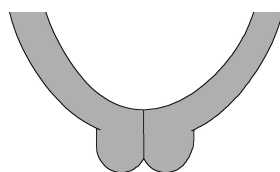
通常子宮の出口（頸管）はしっかりと閉じており、ある程度の長さ（3-4cm）を持って子宮口が開くのを防いでいます。分娩が近づいてくると、子宮が大きくなり重さに耐えきれなくなったり子宮収縮により圧力が子宮口にかかったりして、徐々に子宮口が開いてきます。また、頸管が柔らかくなることでよりスムーズなお産となるように準備します。

つまり、頸管が短くなってきたり、中（内子宮口）から開いてきたり、頸管が柔らかくなったら、それはお産の準備が始まっている証拠です！ そのため、健診の時に子宮口や頸管の状態に注目していきます。

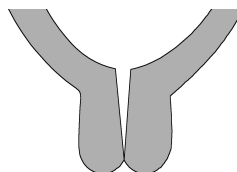
←正常な状態では内子宮口はしっかりと閉じており、頸管長は3-4cmの長さがある



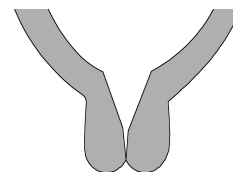
頸管長30-40mm



頸管短縮 (<25mm)



内子宮口開大



内子宮口開大進行

頸管長が25mm以下となったり、内子宮口が開大してきたら（お産の準備ができはじめている妊娠34週以降の状態）要注意！ また、頸管長が十分な長さがあっても、細菌感染や炎症があると子宮口は柔らかくなってきて子宮自体の重みや軽度の子宮収縮に耐えられなくなるので、子宮頸管や腔内の感染や炎症のチェックも大切です。おりもの（帯下）の量が極端に増えたり、色がいつもと違って黄色みを増したり、出血が混じっていたり、外陰部にかゆみがあったりしたら要注意です。

頸管縫縮術は必要？

子宮口が開いてこないように妊娠12～14週前後に子宮の出口（頸管）をしぼる（縫縮）する手術を頸管縫縮術といいます。現在この手術は双胎妊娠という理由だけで予防的に行うことによるメリット（早産予防や入院期間の短縮など）はないと考えられています。当センターでも以前は双胎妊娠に積極的に予防的頸管縫縮術を行った時代もありましたが、その後の検討により予防的に頸管縫縮術を行った群と行わなかった群を比較しても、妊娠経過や早産、入院期間などに差を認めなかったため、2000年からは産科的に治療として必要な妊婦さん（頸管無力症や頸管の手術を行った人など）を除いて予防的に頸管縫縮術を行うことを中止しました。しかし、それにより早産が増えていることはなく、それよりも妊娠中の生活の質を改善することにより早産は減ってきています。

安静にしていれば早産は予防できるの？

「ふたごは早産が多いから安静にして気をつけてね」といわれることも多いと思います。また、私たちもつい使ってしまう言葉です。では、「安静」ってなんでしょう？ たいていの人は「安静にしてね」と言われると、寝ている人がほとんどです。つまり「安静」＝「寝ている」という発想です。決して間違いではないのですが、ちょっと考えてみてください。何のために「安静」にするのでしょうか？ 早産を予防するためです。では、どうなれば早産の危険があるのでしょうか。そう、子宮収縮があるときですね。つまり、早産を防ぐためには子宮収縮ができるだけ無い状態であることが大切です。

よく、お腹が張っているのかどうかわからない、子宮収縮がよくわからないという妊婦さんから質問されます。ゆったりしたときに直接お腹を両手で触ってみてください。柔らかい子宮が触れますよね。これが、正常の子宮です。空気がパンパンに入ったビーチボールみたいに硬くなっていたら要注意です。これがいわゆる”お腹のはり（子宮収縮）”です。まして、痛みを伴ったりカチカチに石ようになっていたら大変なことです。気がつかないから大丈夫なわけではありません。お母さんが注意して感じてあげないと（さわってあげないと）知らないうちの子宮が収縮していることがあるから気をつけてください。



つまり、早産を防ぐには、安静にしているから大丈夫なのではなく、常に子宮の柔らかさを感じてあげて、子宮が収縮しないようにゆったりとした生活をするのが大切です。いくら安静にして寝ている時間を多くしても、空いた時間にまとめて色々なことをパタパタをやってしまったらかえって子宮に負担をかけていることが多いため注意が必要です。一つ一つの動作をゆっくりのんびり行い、全体に通常の6割から7割程度の気持ちで生活すれば子宮に対して十分気をつけた生活ができると思います。妊娠中からお腹の赤ちゃんにあわせた生活を送ってくださいね！

妊娠中の運動はいつからすればいいの？ どれくらいなら大丈夫？

妊娠中の運動は何のためにするのでしょうか。安産のため？ 運動不足の解消？ 太らないため？ みんな違います。そもそも、本当に妊娠中に運動が必要なのでしょうか？ 運動をするなどとは言いませんが、昔の人もどこの国の人も妊娠してから今まで以上に運動を始めたわけではないですよ。普段から、お散歩や運動の習慣のある人が、妊娠中に赤ちゃんのペースにあわせて普段よりゆったりと運動をすることは決して悪いわけではありませんが、全く何



も運動していなかった人が、妊娠したからといって、いきなりお散歩を始めたり、マタニティスイミングを始めたりすることが本当にいいのでしょうか？

妊娠中の運動は、あくまでお母さん（妊婦さん）の気分転換です。普段やっていないことを始めるときには自分のペースではなく、お腹の赤ちゃんのペースにあわせて動いてください。よちよち歩きのお子さんを連れて自分のペースで連れ回さないですよね。生まれたての赤ちゃんよりも年下の、ましてお母さんより遥かに年下のお子さん（胎児）をつれて

いるわけですから、ゆったりとお腹に負担をかけずに動くことを心がけてください。つまり、子宮が収縮しなければ特に運動の制限はしませんが、子宮が収縮したらお母さんには負担

ではなくてもお腹の赤ちゃんに負担をかけているんだと思って動いてください。

子宮収縮抑制剤（はり止めのお薬）はいつから飲むの？

子宮口がしっかりとっていて、子宮収縮も問題なければ基本的には予防的にお薬（はり止め）を飲む必要はないと考えられます。そうはいつても、ふたごでは通常の妊娠（単胎）に比べて子宮の大きくなるスピードは2倍ですから、ちょっとしたことで子宮は収縮しやすい状態になっています。状況に応じて（子宮の柔らかさ、子宮収縮の状態、子宮口の状態など）違いますが、20週前後からはり止めのお薬を飲むようになる人が多いようです。

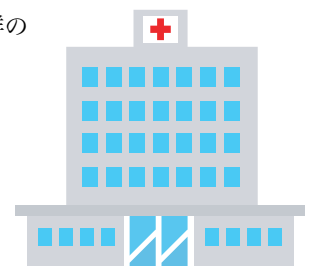


管理入院はいつから必要？

子宮口（頸管）も子宮収縮も問題なければ、子宮内の赤ちゃんはすくすく育っていきます。経過が順調であれば妊娠30週頃には、赤ちゃんの体重は二人合わせて3Kgを超えてしまいます！ 思い出してください、お母さんの子宮は一人用です。赤ちゃんの体重が合計3Kgということはもう既に臨月の子宮の大きさです（実際は胎盤や羊水があるのでもっと大きい！）。どんなに順調でも、この時期から赤ちゃんの発育は一人の時と比べてゆっくりとなっていく（子宮の大きさの限界もありますよね）。また、妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）のリスクも増えてきます。

そのため、この時期をうまく乗り越えてもらうために入院管理が必要となります（病院によって時期や期間は異なります）。聖隷浜松病院総合周産期センターでは、どんなに順調でも妊娠32週となったら入院していただき、ゆったりとした生活（つまり安静）を行いながら、妊娠高血圧症候群や肝機能腎機能異常の有無、胎児発育の状態、また、胎児の元気な状態などを日々チェックしていきます。妊婦さんによっては子宮収縮が強くなったり、子宮口が開きかけてきたり（頸管長が短くなったり）して子宮収縮抑制剤の点滴が必要となることもあります。

順調に経過した場合、妊娠35週頃に評価を行い分娩まで入院が必要か、または一時退院が可能かどうか判断させていただきます。妊娠36週となれば週数的には心配はありませんので、子宮収縮抑制剤の使用（点滴・内服共に）は終了します。早産や破水の徴候がなく、胎児発育が良好で、妊娠高血圧症候群の症状がなければ通常は外来管理となり、分娩を待つこととなります。



ふたごの分娩

ふたごの分娩ってみんな帝王切開なの？

一人のお子さんの分娩がみんな帝王切開でないのと同様に、双子だからという理由だけで全員帝王切開となることはありません。しかし、赤ちゃんが二人いるわけですから、一人の赤ちゃんに帝王切開が必要な理由があった場合は二人まとめて帝王切開となります（ひとりだけ帝王切開というわけにも行きませんよね）。そのため、通常の一人の分娩に比べて帝王切開となる頻度は増加します。また、一人のお子さんの時と同様に、お母さんの理由（妊娠高血圧症候群や母体合併症など）で帝王切開になることもあります。

どういう条件が整えば普通分娩（経膣分娩）できるの？

施設によって条件が異なりますが、一般的には十分な体重があり（推定体重1500g以上）、先進児（最初に出てくる赤ちゃん）が頭位であれば経膣分娩を試みる施設が多いようです。しかし、二人の赤ちゃんの急変に備えて双子は全例帝王切開という施設もあります。



聖隷浜松病院総合周産期センターでは、原則的には、1) 妊娠34週以降、2) 推定体重が1800g前後以上、3) 二人とも頭位、4) 前回帝王切開分娩ではない、5) 他に帝王切開を行わなければならない理由（胎児の状態、妊娠高血圧症候群など）がない、などの条件が整った場合は経膣分娩が可能ですが、それ以外の場合は帝王切開となります。

残念ながら、経膣分娩を希望されても分娩途中で赤ちゃんの状態が悪くなったり、分娩進行が悪い場合は帝王切開となることもあります（一人のお子さんと同様です）。また、非常に稀ですが（1%程度）、一人経膣分娩となった後、もう一人の状態が急に悪化し帝王切開となることもあります。

分娩はいつ頃？

双子の場合は予定日（妊娠40週）を超えることはあまりありません。また、胎盤の機能などを考えても40週を超えることのメリットもありません。90%以上の双子ちゃんは38週台までに分娩となります。また、予定の帝王切開の場合でも赤ちゃんの状態を考えながら38週台までに帝王切開を行うことがほとんどです。妊娠39週を超えた場合は、一人の赤ちゃんの予定日超過（40週以降）と同様に胎児心拍モニターなどでより慎重にみていき、予定日を余り超えないように分娩を行うこととなります（計画分娩・誘発分娩）。

