

ハイリスク児の出生前管理システムに関する研究

愛育病院産婦人科

堀口 貞夫

ハイリスク児の出生前管理は、周産期死亡、後障害の両方からみて、新生児医療システムと同様あるいはそれ以上に大切な問題である。しかしハイリスク妊娠の数は多く、システム化は必ずしも容易ではない。

今年度は出生前管理のあり方の検討に必要な資料収集を行ない、次年度以降の研究の基礎とする。

1) ハイリスク児の種類とそのような児を生む可能性のある妊娠・分娩の異常

NICUに収容する必要があるハイリスク児の基準については種々の報告があるが、凡そ以下のように考えられる。①出生時体重が2000gr未満のものか4000gr以上のもの。②妊娠期間が34週未満または43週以上のもの。③妊娠期間に比し出生時体重が過大のものまたは過小のもの。④出生後1分のApgar scoreが4以下または5分後7以下の新生児仮死の症例。⑤奇形あるいは先天異常。⑥分娩損傷、⑦呼吸障害 ⑧中心性チアノーゼ。⑨中枢神経系の異常。⑩早発黄疸または高ビリルビン血症。⑪出血・貧血のあるもの。⑫感染のあるもの。

このようなハイリスク児を生む可能性のある妊婦(ハイリスク妊婦)の種類と頻度を、分娩開始前にチェック可能なものと、分娩開始後に発生するものに分けると表1のごとくである。これは1975年から1979年までの5年間に都立築地産院で生れた妊娠28週以後の8704例についての集計であり、施設によりかなり差があることに注意する必要がある。例えば、42週以上の過期妊娠は1.90%であるが、これは築地産院においては約40%の症例に陣痛誘発を行っているからであり、また図1のごとく紹介患者の増加による切迫流早産の増加もその例である。

2) ハイリスク要因を持つものの頻度と新生児仮死

以上のごときハイリスク要因を一つでも持つものは8704例中6569例75.47%に達する。これは軽度の羊水混濁、各種徐脈を示したもの全

例、出血多量などもハイリスク要因に含まれているためであるが、それでもこれらハイリスク要因を持つ6569例中Apgar Scoreが6点以下の新生児仮死の頻度は8.27%であるのに対して、このようなリスク因子を持たない2135例中Apgar Score6点以下の頻度は1.08%と有意に少くなっている。

従ってこのようなリスク因子を有する症例を拾い出して、集中管理を行うことはきわめて意義のあることである。

しかし予想に反して、全分娩例の75%にも達するため、拾い出すべきリスク因子をどの範囲にすべきかは更に検討する必要がある。

3) NICU開設に伴う、産科診療の変化について。

都立築地産院においては1974年暮に分娩室・新生児室・病児室部分の増築が完成し、NICUを持った周産期センターの性格を持った施設として新たにスタートをした。そこでその後における主要なハイリスク要因の頻度の年次変化をみると図1のごとくであり、①既往妊娠分娩の異常のあるもの。②高年初産婦。③妊娠中毒症重症。④切迫流早産の頻度が漸時増加しつつあることがわかる。これは、紹介患者の中でハイリスク患者が占める割合が年と共に増加するのでもわかるように、ハイリスク児を生む可能性のある①～④の妊婦が地域医療機関から紹介されるものの数が増加していることによると思われる。そしてこのようなハイリスク例の増加にもかかわらず、周産期死亡率は、1979年の全国の周産期死亡率12.5をはるかに下まわる水準となっている。

4) 終りに

以上のごとく周産期医療のシステム化は、大きな効果をあげ得るものであるが、現在NICUが次々と誕生しつつあるにもかかわらず、総合的な周産期医療のシステム化には困難な問題があるように思われる。

図1) 主要ハイリスク要因の年次変化
 (都立築地産院1975~1979)

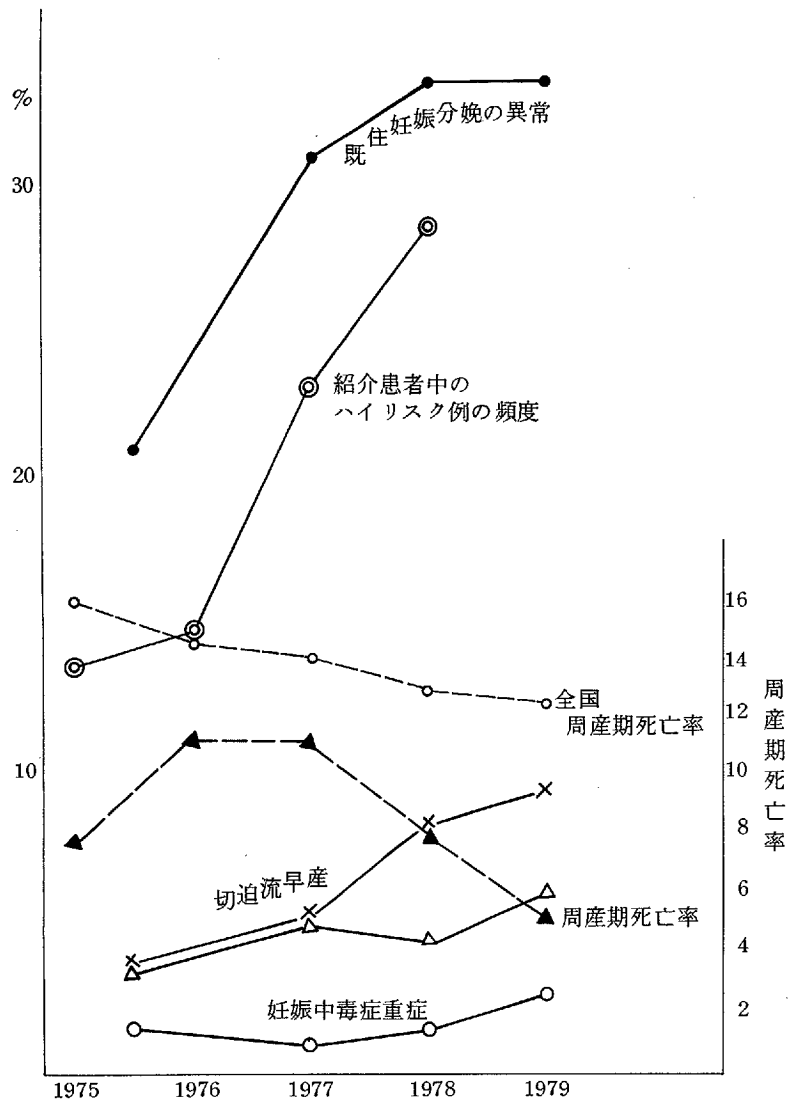


表1 分娩開始前にチェック可能なリスク因子とその頻度

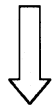
	例数	%	備考
①環境要因 経済状態, 人間関係の不良, 居住環境	192	2.21	措置入院例のみ
②一般合併症など 高血圧・腎疾患・心疾患・精神神経疾患 内分泌代謝疾患 肥満, 喫煙, アルコール中毒	379	4.35	
③婦人科的要因 不妊症, 性器奇形, 性器腫瘍	—	—	
④産科的要因			
既往妊娠分娩の異常	1235	14.19	
高年初産(30才以上)	400	4.60	31才以上
高年妊婦(40才以上)	51	0.59	41才以上
若年妊婦(16才未満)	44	0.51	19才以下
多胎妊娠	55	0.66	
切迫早産(34週未満)	538	6.18	切迫流産も含む
胎位・胎勢の異常	710	8.15	
妊娠末期の出血	79	0.91	前置胎盤のみ
羊水量の異常(過多・過少)	82	0.94	過多のみ
妊娠中毒症重症	146	1.68	
過期妊娠(42週以上)	165	1.90	誘発率40%における頻度
胎児発育障害	—	—	スクリーニングを行っていないため頻度不明
胎盤機能不全	—	—	
児頭骨盤不均衡	270	3.10	
破水後遷延(24時間以上)	381	4.38	
Rh(-)	53	0.61	
HBs 抗原陽性	160	1.84	

(都立築地産院1975~1979年)

表 2 分娩開始後にチェック可能なハイリスク因子とその頻度

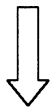
	例 数	%	備 考
破水後遷延(24時間以上)	381	4.38	
分娩第1期遷延	459	5.27	初産24時間以上 経産12時間以上
分娩第2期遷延	363	4.17	2時間以上
胎児仮死	664	7.63	
常位胎盤早期剝離	85	0.98	部分剝離を含む
帝王切開手術	474	5.45	
吸引鉗子手術	1078	12.39	無痛分娩によるものを含む
臍帯異常	92	1.06	下垂・脱出・真結節
新生児仮死(Apgar 6以下)	564	6.51	

(都立築地産院1975~1979年)



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



ハイリスク児の出生前管理は、周産期死亡、後障害の両方からみて、新生児医療システムと同様あるいはそれ以上に大切な問題である。しかしハイリスク妊娠の数は多く、システム化は必ずしも容易ではない。

今年度は出生前管理のあり方の検討に必要な資料収集を行ない、次年度以降の研究の基礎とする。