

宮崎県を地域として設定した母子救急医療システム研究

分担研究者 入 山 文 郎 (宮崎県環境保健部長)
研究協力者 梶 原 昌 三 (宮崎県立宮崎病院副院長)
細 川 義一郎 (宮崎県母性保護医協会会長)
西 村 篤 乃 (宮崎県立宮崎病院産婦人科医長)
早 川 国 男 (宮崎医科大学教授)

「はじめに」

宮崎県における母子救急医療システムに関する研究も、最終段階に入ったが、宮崎県における母子救急医療システムについて論ずる前に、その研究の舞台になっている県立宮崎病院の医療実態について知っておく必要がある。本院は図1にみられる如く、県庁所在地の宮崎市にあり、宮崎市を中心としほぼ車で2時間の周辺地区をその診療圏としており、しかも総合病院としては宮崎市には本院のみであると云う事実を前提としているのである(研究報告書、昭和51年度、P、413参照)。

1. ハイリスク妊娠について

最初、低出生児の実態について、主として県立宮崎病院の所在地である宮崎市とその周辺を中心とし、次年では、宮崎県内全般にわたっての母子救急医療について調査した。53年では、ハイリスク新生児、周産期死亡にも焦点をおき、調査検討してきた。

最近、ハイリスク新生児は、ハイリスク妊娠より生ずるとの考えから、ハイリスク新生児を出生前の胎児時期より、母親とともに管理しようとする周産期医学の概念をもとに、今回は、ハイリスク妊娠について調査検討することにした。

調査方法

昭和53年1月1日より、同年12月31日までに県立宮崎病院に入院した妊産婦症例について

ハイリスク妊娠を週数別に分けると同時に、子宮外妊娠、流産、周産期異常、偶発合併症、婦人科合併症、産科合併症などの疾患症例について、検討した。

次に、宮崎県下の日母会員に、ハイリスク妊娠に関するアンケート調査をし、ハイリスクプレグナンシーについての考えを集約すると同時に、当県立宮崎病院のハイリスク妊娠の受入れ状況と対比して検討するようにした。

成績

昭和53年に、県立宮崎病院産婦人科に入院した妊産婦症例表1に示した。802症例中、15週未満の疾患が170症例(21%)、24週～36週の早期産が36例(4%)、37週以降の症例が590例であった。

妊娠15週未満の170例症例中、表2に示すように、最も頻度の高い疾患は、切迫流産、不全流産、進行流産の86例であり、この群の50%を占めた。次に子宮外妊娠、およびその疑のある症例が、43例で25%を占めた。これら子宮外妊娠、流産疾患は、その緊急性から、急患手術が要求される。

特に子宮外妊娠について、分娩数に対する割合を比較すると、43/624(6.9%)と、従来報告された数値より非常に高率であった。最近の母子衛生の統計によると、妊産婦死亡の主たる原因は、妊娠中毒症、出血、それに子宮外妊娠があげられている。このうち妊娠中毒症は、その管理によっ

て、緊急性を少なからしめることができ、緊急性という点からは出血、子宮外妊娠の方が、はるかに大きな意義を有する。

優性保護法による中絶症例では、腎炎、ネフローゼ疾患が5例、心疾患（僧帽弁閉鎖不全、心性性期外収縮など）が4例、その他甲状腺機能亢進症、再生不良性貧血、精神病など17例を占めた。

筋腫、卵巣腫瘍の合併妊娠は、7例であったが、6例が開腹手術をうけた。

16週から23週までに、子宮内胎児死亡などを含む症例が少数例みられた（表3）。この時期は比較的安定しており、異常例はわずかに802例中6例のみであった。

24週～36週までの早産群については、表4に示す通りである。前期破水、妊産中毒症が各々7例あり、この早産群の19%づつを占めた。原因不明の早産が6例で、子宮内胎児死亡、胎児ディストレス、前置胎盤が続いている。この早産群の中で、周産期にかかる28週からの症例がほとんどであり、24週から27週までの間は2症例にすぎなかった。ということは、24—27週までは、妊娠にとって、比較的安定した期間ともいえるのではないか。それに反して、この群の妊娠中毒症には、早剥2例、悪急性肝炎合併などの重症例が4例で、軽症なものは1例にすぎなかった。早産期の妊娠中毒症は、予後の悪さからも、注意さるべきであることを再認識させた。

37週の正期産でハイリスクのなかった分娩症例は25.0例であり、全妊娠症例の31%であった。当院が宮崎市周辺の公的病院であり、かつハイリスク妊娠の収容される唯一の医療機関であるので、この結果になったものと思われる。すなわち、残りの約70%が何らかのハイリスク妊娠ということであり、上記の性格をもつ医療機関の状況を反映している。

表5に37週以降の疾患症例数を示す。産科合併症が212例で、37週以降のハイリスクグループ340例中62%を占めた。

このグループで特に注目すべきは、妊娠中毒症が70例（37週以降のハイリスク中20%）を

占めることである。当県の妊娠中毒症の症例数が他県に比べ多く、周産期死亡の最大原因となることを考えると、今後尙一層管理面に注意を払わねばならない。

この妊娠中毒症について分析すると、早剥3例、重症例24例、その中IUGR5例ですべて小児科未熟児室へ転送となった。この重症例中、緊急開腹手術を要した症例が6例で25%となった。

妊娠中毒症軽症群は、43例でわずか2例のみが緊急帝切になった。

次に予定日超過が28例で、エストリール低下は1例に過ぎなかった。

骨盤位分娩は、14例で、経陰分娩を11例に、膈脱2例で、緊急手術をして助命し得たのは1例で、もう1例は死亡した。

前回周産期異常の中では、前回帝切群が44症例あり、11例が今回経陰分娩ができたが、その他の33例は、再帝切が施行された。前回帝切群の75%が再帝切をうけたことになる。

帝切以外の前回周産期異常は26例あり、3例を除くほとんどの症例が、今回経陰正常分娩をした。しかしこの中に中毒症の合併が5例認められた。

偶発合併症の症例は48症例であり、心臓病7例、呼吸器疾患5例、甲状腺機能亢進症4例、その他糖尿病、小児麻痺、血液疾患など種々の疾患が挙げられた。6例に帝切が施行されたが、その他は厳重な監視下に分娩がなされ、児の予後も3例の低体重を除いて正常であった。

婦人科合併症は、筋腫5例、卵巣腫瘍5例で、ハイリスクグループの3%に過ぎなかった。しかし、分娩前、あるいは分娩時に開腹手術をうけた症例は8例で、帝切は4例を数えた。しかし、児はすべての症例に異常を認めなかった。

県下の日母会員に表6に示すようなアンケート用紙を配布した。これによりハイリスク妊娠を自院治療とするか、公的病院に転送するかを調査し集約したのが次の表7、8である。

妊娠中毒症の中の子癇前状態、もしくは子癇に

関しては、実に80%以上の方が公的病院へ転送を希望している。次に早剥症例、そして収縮期圧が170以上あるいは拡張期圧110以上の症例と順次転送希望であった。妊娠中毒症に関して、県北、宮崎市、都城市などの地域差による転送希望の差異はないようであった。

糖尿病についても表7に示す通り、尿糖+巨大児の既往歴や、巨大児が疑われる時は、約半数以上の方が、転送を望んだことになる。

アンケート調査の主要項目を選ぶと表8にみられるように、児異常になると当然のように、ほとんどの人が公立病院へ転送を願っている。次に心疾患、HBs 妊婦、前置胎盤などの順につづく。ここで興味のあることは、子宮外妊娠について、宮崎市周辺では48%が転送を希望しているのに反し、延岡、都城などは33%と少ないことである。これは各地元の公的病院の受入れ体制とも関連しており、宮崎市以外では自院治療をよぎなくされている実情がうかがえる。最近の医学進歩と合せ、HBs 妊婦分娩を64%の人が、自院以外にて希望していることは興味あることである。

婦人科疾患の合併症流産とか、多胎妊娠とかは、転送する意志は少ないようであった。

ハイリスク妊娠のまとめ

- 1) 15週未満の疾患症例が170例(21%)を占めた。24~36週の早期産が36例(4%)、37週以降の症例が590例(74%)であった。
- 2) 15週未満の170例中、最も頻度の高い疾患は、切迫流産、不全流産、進行流産の86例、この群の50%を占めた。次に子宮外妊娠症例が43例で25%であった。
- 3) 24週~36週までの早産群36例で、その原因として妊娠中毒症が関与しており、予後の悪さからも注意すべきである。
- 4) 37週以降の正期産でハイリスクのない分娩症例は250例で、全妊娠症例の31%であった。いいかえれば、残りの70%が何らかのハイリスク妊娠ということになった。37週以降

のハイリスク妊娠中、妊娠中毒症が70例(20%)であったことは、注目すべき高い数値であった。

- 5) アンケート調査で、妊娠中毒症の子癩前状態、早剥などは、約80%が公的病院へ転送を希望している。糖尿病に関しても、巨大児、RDSなどから半数以上の方が転送希望であった。
- 6) 心疾患、喘息合併症の分娩、羊水過多症で児異常などは、ほぼ全員が公的病院へ転送する意志がみられた。
- 7) ハイリスク妊娠の公的病院への集中化が当病院の統計からも、県下の日母会員からのアンケート調査からも明らかとなった。

表7 公的病院へ転送したい症例

症例	解答者数					延岡市 白向市 高千穂
	宮崎 西部	国富 高鍋	都城市 小林市	日南市 串間市	白南市 申間市	
妊	29	25	15	6	14	14
産	25	23	13	4	11	11
中	23	18	11	5	10	10
毒	18	13	7	2	8	8
症	13	7	6	2	6	6
糖	7	6	7	2	6	6
尿	6	14	10	4	11	11
精	19	19	11	5	11	11

表8 公的病院へ転送したい症例

症例	解答者数					延岡市 白向市 高千穂
	宮崎 西部	国富 高鍋	都城市 小林市	日南市 串間市	白南市 申間市	
羊水過多症で分娩後尿の異常がある症例	29	22	15	6	14	14
心疾患、胎息合併の妊婦の分娩	22	25	14	5	14	14
子宮外妊娠の疑いのある症例	14	14	5	2	5	5
前置胎盤の疑い	14	14	8	3	7	7
HBS(+)の妊婦分娩	18	18	10	5	8	8
頸管不全症のシロウカー氏手術	16	16	7	2	7	7
Rh(-)の分娩症例	18	18	10	3	8	8
筋腫卵巣腫瘍の合併した流産						17
多胎のみの症例						17

図1 宮崎県内8市の位置と距離

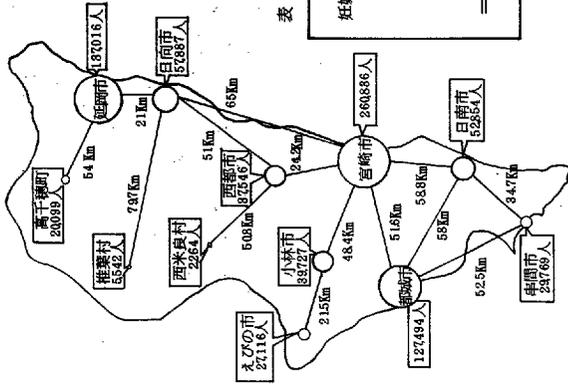


表1 週数別 妊娠症例

妊婦	例数
15週未満	170 (2.1%)
16~23週	6
24~28週	2
28~86週	34 (4%)
87~	590
計	802

表3 16~23週までの疾患別症例

甲状腺機能亢進	1
心室中隔欠損	1
前置胎盤	1
子宮内胎児死亡	3
計	6

表2 妊娠15週未満症例の疾患

流産及び切迫流産	86
切迫流産 (6.6)	
不全流産 (1.8)	
進行流産 (1.1)	
その他 (2)	
子宮外妊娠及びその疑い	4.8
慢性保護法による中絶	1.7
胎毛性腫瘍	1.0
重症妊娠悪阻	7
胎腫、卵巣腫瘍合併妊娠	7
計	170

2. 低出生体重児及びハイリスク新生児の救急医療について

昭和50年より54年に至る5年間の低出生体重児（以下低体重児）及びハイリスク新生児（28日以内、以下HR児）の医療の実態を通じて将来いかなる対策をたてるべきかを目的として本観察を試みた。

(I) 宮崎県における母子救急医療の実態。

このことについては、昭和51年度における報告書の413頁を参照して頂きたい。

(II) 宮崎市及びその周辺地域における低体重児及びHR児医療の実態。

表1の如く、低体重児の場合、5年間で492名、1年平均98.4名。HR児で485名、1年平均87名、計186名を本院未熟室で扱っている。そのうち本院で分娩されたものは、低体重児で5年間計155名、平均31名。HR児で5年間計98名、平均19.6名に対し、院外から送院されたものは、低体重児で5年間計337名、平均67.4名、HR児で5年間計357名、平均71.4名で、圧倒的に院外からの送院が多く、前に述べた医療事情からみて充分とは云えないまでも本院が母子救急の重要な担い手であることがわかる。

本院で出産し、低体重児あるいはハイリスクのために送院されたものを除き、院外から送院した医療機関の所在地を調査したところ、表2の如く、医療機関の数は、宮崎市平均186、市外平均198ヶ所とほぼ同数であるが、低体重児、HR児の数は、市内は平均456名、474名に対し、市外からは平均194名、220名とそれぞれ約半数であることがわかった。

宮崎市及びその周辺地域の低体重児出生状況は表2の如くで（本院出産を除く）、本院に収容されたものと、分娩したそれぞれの医療機関で養育されたものに分けて調査してあり産科側が希望している2000g以下の低体重児の本院での養育を実施すれば現在の約倍の低体重児を収容しなければならないことになる。

(III) 低体重児について

1. 分娩の状況と低体重児の予後との関係。
 - a. 帝切との関係については、表4の如く、帝切施行例の死亡は20.5%、帝切をしていない例では16.9%で、帝切例に死亡がない、母子共に切迫した状況にあるためと考えられる。
 - b. 羊水混濁との関係については、表5の如く、混濁例の死亡は23.8%、混濁なし例は14.3%と明らかに混濁例に多い。母よりも子の方に切迫した状態があるからであろう。
 - c. 妊娠中毒症との関係については、表6の如く、中毒症例は14.7%で、中毒症なし例は17.1%と逆に中毒症なし例に死亡がなくなっている。無事に分娩され送院しうる余裕のある新生児は中毒症の有無とは関係がないのでであろう。
 - d. APGAR との関係については、表7の如く、生存例321名中APGAR 6点以下のもの85名（26.4%）、死亡例62名中6点以下21名（33.8%）で、死亡例は仮死のあるものに多いようであるが、APGAR 不明ではあるが仮死があったものを加えると殆ど差がなくなるようである。送院しえたもの、すなわち、初期の仮死は回復しさえすれば、脳の損傷は別として生存に関しては差がないと云えるかもしれない。
 - e. 出生体重との関係については、表8の如く、1,499g以下の低体重の場合は、死亡例が多くなるのは当然であるが、1,500g以上では予後とは関係がない結果が出ている。ハイリスクの低体重児が送院されるためと考えられる。
 - f. 送院理由との関係については、表9の如く、生存例413名中単なる低体重児は257名（62.2%）に対し、死亡例は79名中29名（36.7%）で明らかに単なる低体重児は少く、チアノーゼ、無呼

吸、けいれんで入院したものに死亡例が多くなっている。

で入院したものに死亡例が多くなっている。

2. 低体児の入院から死亡までの時間。

表10の如く、ハイリスクの低体児は72時間以内の死亡が83名中58名(69.8%)で大部分を占めていることがわかる。医学の進歩につれて、早期の死亡が減少してくると、入院日数が延びてくることが想像される。

3. 死亡例と入院後の諸症状との関係。

表11の如く、無酸素症、頭蓋内出血、呼吸障害を思わせる症状、すなわち、無呼吸発作、呻吟呼吸困難、けいれん、チアノーゼ等の頻度が高くなっていることがわかる。NICUの整備で救命しうることが期待される。

(Ⅳ) HR児について。

表12、表13の如く、実に多岐にわたる疾患がみられる、小児内科のみでなく、外科、整形外科、脳外科、心外科、等々、全科を必要とすることがわかる。単独の母子救急センターを設置することは不可能であり、総合病院に併設する必要がある。()は死亡例を示しており、年々死亡例が減っていることは喜ばしい。

(Ⅴ) 母子救急センターの設置について。

このことに関してはすでに51年度に報告した通りである。すなわち、1. 所要ベット数。2. 輸送の問題。3. 所要職員数についてはすでに述べている通りである。

4. 患者搬送と勤務時間との関係。

表14の如く、低体児、HR児共に院内からの入院は、時間外が多いのに比べ、院外からの入院は時間外が遙かに少くなっている。表1にみられるように、低体児の死亡は院外が多くなっている。低体児の搬送時間が短かいためであろうか。当然のことながら、将来は、院外の時間外送院が増加するものと考えられる。

5. 平均1人当りの入院日数及び1日当りの入院患者数。

この計算法については51年度の報告書P、420及びP、421に述べてあるが、5年間の平均を出してみると、表15の如くである。

受け入れる例に10対と云う定数があるので、低体児のHR児を加えた数はほぼ一定であるわけである。すなわち、低体児の1人当りの入院期間が永くなれば、HR児の方は短かくならざるをえないわけである。1日当りの入院患者数は、昭和50年以来、12名、12名、13名、11名と常時定員をオーバーしていることがわかる。

おわりに

最近、救急救命センターの設置が叫ばれているが、どういうわけか、母子救急がふくまれていないのである。母子救急こそ、医師から送られてくる、二次、三次医療なのである。4年間、母子救急を眺めてきたが、早期の設置がなんとしても必要である。また、人件費が増加することも覚悟しなければならない。

表1 県立宮崎病院未熟児室に入院した低出生児数及びハイリスク新生児数 (死亡数)

	院内で分娩された数		院外で分娩された数		低出生体重児数(2500g未満) (死亡数)		ハイリスク新生児数 (死亡数)	
	昭和50	計	昭和50	計	昭和50	計	昭和50	計
未熟児	51	54	51	54	6	8	14	17
チアノーゼ	52	57	7	8	7	8	21	21
黄疸	9	12	14	15	1	2	21	21
哺乳不良	3	5	24	24	1	0	21	21
嘔吐	1	4	2	14	0	1	18	18
発熱	4	4	2	16	1	0	24	24
多呼吸	0	0	1	1	0	0	98	98
無呼吸	0	0	1	1	0	0	64	64
呼吸障害	1	1	5	5	0	0	69	69
呼吸困難	0	0	0	0	1	1	82	82
仮死	0	0	0	0	1	1	72	72
浮腫	0	0	1	1	0	0	70	70
けいれん	2	2	4	4	2	2	857	857
メレナ	1	2	2	5	0	0	78	78
網膜症	5	5	4	17	0	0	70	70
臍帯ヘルニア	0	1	1	2	0	0	103	103
その他の奇形	0	2	0	2	0	1	90	94
計	492	518	492	518	57	61	485	517

表9 送院理由と予後との関係 (2500g未満)

送院理由	生存例				死亡例				計
	昭和50	計	昭和50	計	昭和50	計	昭和50	計	
未熟児	51	54	51	53	5	8	5	4	29
チアノーゼ	52	57	7	8	7	8	2	2	21
黄疸	9	12	14	15	1	2	0	0	1
哺乳不良	3	5	24	24	1	0	0	0	1
嘔吐	1	4	2	14	0	1	0	1	2
発熱	4	4	2	16	1	0	2	0	8
多呼吸	0	0	1	1	0	0	0	0	0
無呼吸	0	0	1	1	0	0	0	0	0
呼吸障害	1	1	5	5	0	0	0	0	0
呼吸困難	0	0	0	0	1	1	0	0	2
仮死	0	0	0	0	1	1	0	0	1
浮腫	0	0	1	1	0	0	0	0	0
けいれん	2	2	4	4	2	2	1	1	4
メレナ	1	2	2	5	0	0	0	0	0
網膜症	5	5	4	17	0	0	0	0	0
臍帯ヘルニア	0	1	1	2	0	0	0	0	0
その他の奇形	0	2	0	2	0	1	3	0	4
計	418	518	418	518	18	21	18	17	79

表2 医療機関（本院をのぞく）を宮崎市内と市外に分けたさいの送院状況

	機関数		低出生体重児		ハイリスク新生児	
	宮崎市	市外	陽50	陽50以外	陽50	陽50以外
5年以内	51	24	45	41	42	41
5年以上	52	20	52	46	46	46
5年以内	53	16	41	51	51	51
5年以上	54	12	36	57	57	57
5年平均	53.5	15.5	43.5	51.5	51.5	51.5
5年平均	53.5	15.5	43.5	51.5	51.5	51.5

表3 低出生体重児の体重及び地域と取寄病院との関係

	県立宮崎病院				白院				取寄			
	宮崎	東諸	西諸	小計	宮崎	東諸	西諸	小計	宮崎	東諸	西諸	小計
1,001g ~ 1,500g	7	0	0	7	1	0	0	1	0	0	0	0
1,501g ~ 2,000g	41	0	0	41	5	0	0	5	0	0	0	0
2,001g ~ 2,500g	21	1	1	23	21	0	0	21	0	0	0	0
小計	70	1	1	72	27	0	0	27	0	0	0	0

注 宮崎は宮崎市と宮崎郡の合計

表4 高切と予後との関係

	高切あり				高切なし			
	生存	死亡	生存	死亡	生存	死亡	生存	死亡
陽50	17	4	67	17	18	7	56	13
61	8	3	75	11	10	5	68	9
52	9	1	64	18	11	6	62	13
53	12	5	71	13	11	8	73	14
54	12	2	75	4	17	0	70	6
計	58	15	372	68	67	21	329	55

(2,500g未満)

(2,500g未満)

表5 羊水混濁と予後との関係

	羊水混濁あり				羊水混濁なし			
	生存	死亡	生存	死亡	生存	死亡	生存	死亡
陽50	18	7	56	13	18	7	56	13
51	10	5	68	9	10	5	68	9
52	11	6	62	13	11	6	62	13
53	11	8	73	14	11	8	73	14
54	17	0	70	6	17	0	70	6
計	67	21	329	55	67	21	329	55

(2,500g未満)

表6 妊娠中毒症と予後との関係

(2,500g未満)

	妊娠中毒症あり		妊娠中毒症なし	
	生存	死亡	生存	死亡
陽50	20	5	55	16
51	10	2	63	12
52	19	1	54	13
53	24	5	60	13
54	14	2	73	4
計	87	15(14.7%)	305	68(17.1%)

表8 出生体重と予後との関係

(陽50~54年) (2,500g未満)

	生存例	死亡例
500g ~ 999g	6(1.4%)	7(8.8%)
1,000g ~ 1,499g	52(12.6%)	27(34.1%)
1,500g ~ 1,999g	200(48.6%)	25(31.6%)
2,000g ~ 2,499g	153(37.2%)	20(25.3%)
計	411(100%)	79(100%)

表7 Apgarscoreと予後との関係

(2,500g未満)

	生存例											死亡例																	
	Apgar score										Apgar不明の仮死	Apgar score										Apgar不明の死							
	0点	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	有	無	不明	0点	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	有	無	不明	
陽50	1	1	1	2	0	6	4	3	7	13	23	10	3	11	1	0	0	0	0	3	1	1	2	1	5	0	6	2	
51	0	0	0	1	2	0	4	8	10	26	13	10	2	8	0	0	0	0	0	1	1	8	3	2	2	1	1	1	
52	0	3	1	2	2	3	6	5	11	13	6	1	7	18	0	1	1	1	1	1	0	2	4	2	2	0	1	2	
53	0	1	4	3	5	7	4	8	14	17	6	1	6	8	0	1	1	1	1	2	1	1	3	8	1	0	3	0	0
54	0	0	4	3	5	1	9	8	22	16	7	1	3	8	1	0	0	0	0	1	0	0	8	0	1	0	0	0	0
計	1	5	10	11	14	17	27	32	64	85	55	28	21	48	2	2	2	2	2	8	3	7	15	8	11	1	11	5	

85名(26.4%)

321名

21名(8.8%)

62名

表14 院内と院外からの入院時間と勤務との関係

体低 重出 児生	院内からの入院				院外からの入院				計			
	昭50	51	52	53	昭50	51	52	53				
勤務 時間内	20名	10	11	14	13	68	74	46	52	53	40	265
勤務 時間外	12	27	14	17	21	91	28	17	16	17	19	92
クハ 新イ 生リ 児ス	5	9	14	11	10	49	45	48	62	51	56	262
	5	12	7	7	16	47	14	17	20	21	12	135

表15 平均1人当りの入院日数及び1日当り入院患者数

	低 出 生 体 重 児				平均
	昭50	51	52	53	
1人当り入院日数	807日	232	424	234	329
1日当り入院患者数	802名	81	109	81	78

	ハ イ リ ス ク 新 生 児				平均
	昭50	51	52	53	
1日当り入院日数	127	126	56	117	85
1日当り入院患者数	27	305	15	28	24

表10 入院から死亡までの期間

(2500名未満)

	昭50	51	52	53	54	計
12時間未満	6	8	8	4	2	18
24時間未満	5	8	2	1	4	16
48時間未満	4	2	4	8	0	18
72時間未満	8	2	2	5	0	12
72時間以上	4	4	8	5	4	25

表11 死亡例の入院後の症状

(2500名未満)

症状(重複あり)	昭50	51	52	53	54	計
無呼吸	16名	4	8	6	3	31
呻吟	6	4	5	5	8	28
呼吸困難	0	2	8	7	0	12
けいれん	7	3	1	1	1	18
チアノーゼ	0	4	6	1	2	18
心雑音	1	0	3	2	2	8
黄疸	1	1	2	0	0	4
肺出血	0	0	1	2	0	3
嘔吐	0	1	0	0	0	1
瞳孔力減退	0	1	0	0	0	1

表12 ハイリスク新生児の疾患内訳 ①

()は死亡例

	① 小児内科的疾患									
	昭50	51	52	53	54	昭50	51	52	53	54
高ビリルビン血症	28	17	17	20	36	腫瘍	0	1	0	0
内(交換輸血なし)あり	8 (15)	10 (7)	3 (14)	3 (17)	5 (31)	floppy ing けいれん	0	1(1)	0	0
呼吸障害	1	8(2)	1(1)	2(1)	2(1)	気胸	0	0	1	3
羊水吸引	1	2(1)	0	0	1(1)	I・D・M	0	0	1	0
哺乳力低下	0	2	2	0	0	テタニー	0	0	0	1
チアノーゼ	3	0	5	1	2	百日咳	0	0	1	0
出血傾向	1	0	4(1)	0	0	リンパ腺腫	0	0	0	1
先天異常	1	1	4	2	0	S S S S	0	0	1	0
発作性頻拍	0	1(1)	0	0	0	丹毒	0	0	1	0
胎盤機能不全	0	1	0	2	8(1)	腸炎	0	0	0	1
初期吐	4	7	8	16	7	トキノの瘻	0	1	0	0
メレナ	3	10	9	9	7	肝炎or肝硬変	1	0	1	0
心奇形	4(3)	2(1)	2	2	2	臍感染症	0	0	0	1
仮膜死	1	3(1)	1	0	0	無酸素脳症	0	0	0	4(1)
髄膜炎	3	1	6(2)	1	4	脳浮腫	0	0	0	2
肺炎(膜胸)	0	3(2)	2	1(1)	0	頭血腫	0	0	0	2
細菌性肺炎	0	2	1	2	0	呑気症	0	0	0	1
感冒(子明熱)	1	1	1	8	0	帽状腱膜下出血	0	0	0	2
飢餓熱	1	0	0	0	0	先天性梅毒	0	0	0	1
低血糖	0	1	0	1	0					

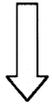
I・D・M: 髄膜母体の産児

S S S S : streptococcal scalded skin syndrome

表13 ハイリスク新生児の疾患内訳 ②

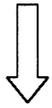
()は死亡例

	② 外科的疾患										③ 整形外科的疾患									
	昭50	51	52	53	54	昭50	51	52	53	54	昭50	51	52	53	54					
臍帯ヘルニア	4	1	1(1)	0	1(1)	腎椎裂	1	0	0	0										
歯門けいれん	0	2	1	0	0	股関節炎	1	0	0	0										
十二指腸狭窄	1(1)	0	2	0	2	④ 脳外科的疾患														
鎖肛	2	2	2	1	0	フレグモニー	0	2	2	0	0	10	9(4)	15	12	4				
腸管重複形式	1	1	0	0	0	水頭症	1	0	0	1	0	1	1	0	0					
大腸えん	1(1)	0	0	0	0	⑤ 耳鼻科的疾患														
喉門けいれん	0	1	0	0	0	副鼻腔炎	1	0	1	0	0	0	0	0	0					
歯門狭窄	0	3	3	1	0	口唇・口蓋裂	1	2	2	0	1	0	0	0						
小腸閉塞(絞窄)	1(1)	0	5(1)	0	0	小耳	0	0	0	0	1	0	0	1						
腸回転異常	1	0	0	1	1	⑥ 皮フ的疾患														
ヒルシマンゴカシク病	3	1(1)	1	1	1	総胆管拡張症	0	1	0	0	0	0	0	0	0					
胆管閉塞	0	0	0	0	0	色素失調症	1	1	0	0	0	0	0	0						
皮下膿瘍	0	0	0	2	0	皮フ真菌症	0	1	0	0	0	0	0	0						
食道閉塞	0	0	1(1)	0	0	⑦ 泌尿器科的疾患														
食道裂孔ヘルニア	0	0	1	0	0	水腎症	0	1	0	0	0	0	0	0						
横隔膜ヘルニア	0	0	1(1)	0	0	腎周囲膿瘍	0	1	0	0	0	0	0	0						
横膈膜欠損	0	0	1(1)	0	0	膝のう内出血	0	1	0	0	0	0	0	0						
股筋欠損症	0	0	0	0	1	尿路感染症	0	0	1	1	0	0	0	0						
⑧ 眼科的疾患																				
るいのう炎																				
0 0 0 0 1 0																				



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



“はじめに”

宮崎県における母子救急医療システムに関する研究も、最終段階に入ったが、宮崎県における母子救急医療システムについて論ずる前に、その研究の舞台になっている県立宮崎病院の医療実態について知っておく必要がある。本院は図1にみられる如く、県庁所在地の宮崎市にあり、宮崎市を中心としほぼ車で2時間の周辺地区をその診療圏としており、しかも総合病院としては宮崎市には本院のみであると言う事実を前提としているのである(研究報告書、昭和51年度、P、413参照)。