

妊産婦死亡の予防対策

大阪府立母子保健総合医療センター

竹村 喬

近年、わが国の妊産婦死亡率は減少してきたが、欧米諸国のそれに比し、今なお高率である。ここでは以前より調査してきた成績を資料に妊産婦死亡の実態を把握して、その背景を明らかにするとともに、妊産婦死亡を減少させるための具体策について述べてみよう。

1. 妊産婦死亡の原因

(1) 昭和54年における妊産婦死亡率

厚生省大臣官房統計情報部の特別なご好意とご協力を得て、昭和56年11月に昭和54年における妊産婦死亡の実態を調査した。

妊産婦死亡例は間接死を含みICD630～674に属するものは、383例あり、その妊産婦死亡率は2.2(1万比)であった。

先般、厚生省より発表されたところによると、昭和54年の妊産婦死亡数は直接死338例、間接死39例、計377例で若干異っていた。昭和53年(378例)のものは間接死が含まれておらず、昭和54年から間接死も加えられるようになったので、直接死のみをとれば、実際には僅かながら減少(昭和54年2.1、53年2.2)していた。

各都道府県別の妊産婦死亡率は、相当のバラツがあったが、広域ブロック別にみると、東北、九州がやや高率で、それ程大きな差はなかった。

(2) 全国の妊産婦死亡調査からみた死亡原因

① 産科的要因—産科救急との関連性

昭和54年妊産婦死亡383例について死亡原因を産科臨床医の立場から分析した。その結果、衛生統計とは若干趣きを異にしていた。すなわち今回の分類では出血(分娩時)が最も多く(131例34.2%)、妊娠中毒症(75例19.6%)、外妊(34例8.9%)、流産(11例2.9%)の順であった。

一方、産科医療の立場からみると、妊娠時出血(外妊・流産・胎状奇胎)を含めると、出血に関係したものは第1位で46.5%もあり、約半数近

くもあった。妊娠時出血を伴う例は47例あり出血死178例中の26.4%を占めていた。最も多いのは外妊で、流産、胎状奇胎の順であった。分娩時出血では弛緩出血が48例あり、妊娠時出血の総数に相当していた。これについて常位胎盤早期剝離、子宮破裂、DIC、前置胎盤が主なものであった。このほか、癒着胎盤、頸管裂傷、陰裂傷子宮内反症も若干みられた。

心疾患の合併、羊水栓塞、脳血管障害、産科ショックのように突然死を来すものが24.2%にみられた。これに子宮外妊娠、出血を加えると、産科救急に関連するものは妊産婦死亡例の68.3%にも達していた。

そのほか、難産、合併症、薬剤に関係したものが6.8%みられた。

② 妊産婦死亡に関連する社会的因子

a 配偶者の有無

未婚、離別など無配偶者が5.4%(未婚が3.8%、離別1.3%)あった。

b 年齢

妊産婦死亡は高齢者に多かった。30才以上が55.1%(全国分娩例では24.1%)もあった。年齢別に妊産婦死亡数と対出生数(昭和54年度)1万比をみると、20歳以上(19歳以下2.2)では年齢とともに増大(20～24歳:1.0、25～29歳:1.6、30～34歳:3.0、35～39歳:1.23、40～44歳:33.8、45～:38.6)し、とくに40歳以上になると顕著な上昇がみられた。

夫の年齢も同様、高齢者に多く、30歳以上が69.5%を占めていた。

③ 妊産婦死亡とハイリスク妊娠

妊産婦死亡の原因に関係深いものとして、上述のように高年齢、無配偶者などの因子は無視できない。今回の調査ではその他の因子を詳しくはできなかったが、かつて行った自験例(82例の分娩時死亡例)から、高年齢、頻度、前回帝切、前回産科異常、妊娠中毒症、合併症、多胎、羊水

過多症、位置異常、CPD、Rh陰性、体格、不妊歴、社会的・経済的因子などの関与することは明らかである。今改めて、これらの症例についてハイリスク因子のかかわりあいを検討したところ、74.4%までが何らかの因子を有していた。2～3因子を有するものがそれぞれ17.1%、9.8%もあり、4因子以上を有するものもあった。ハイリスク因子のなかでは、やはり年齢因子が多く、妊娠中毒症(31.7%)に次いで第2位を占め(30.5%)、CPD(12.2%)、合併症(11.0%)、社会的・経済的因子(11.0%)の順であった。

2. 妊産婦死亡減少対策

(1) 死因調査

妊産婦死亡の真の原因を診断書のみから明らかにすることは非常にむづかしい。これは診断書の記載が表面的であり、必ずしも国際分類通りとなっていないのも一因である。死亡例の多くは紆余曲折の経過をたどるのが常で、時には原因不明の場合もある。そして、その解釈をめぐる、衛生統計と産科で若干異なることもあり得ると思われる。今回の調査で出血が第1位を占め、妊娠中毒症より多く、従来の衛生統計との差異を生じたのであろう。

ともあれ妊産婦死亡を減少せしめるためには、真の原因を明らかにし、それを根拠に対策をたてるべきはいうまでもない。そのためには、やはり死因調査が必要となる。現在日母で全国的に行われているが、未だ十分満足できるものとはいえない。その実行には幾多の困難があるが、小を捨て大に生きる気持から、外国並みの死因調査を組織化すべきであろう。

(2) 救急への対応

妊産婦死亡例では過半数が出血や突発死であり救急への対応が何より重要である。とくに患者の搬送とこれをうけいれる専門医療施設を常備する産科救急システム、すなわち産科医療の地域化が大きな課題となる。そして、各施設についていうならば、産科医並びにスタッフの平素からの習練を常に行い、近隣医療機関相互間の連絡を密にして非常事態に備えることが必要である。

(3) ハイリスク妊娠とその管理

① ハイリスク妊娠とは

ハイリスク妊娠については諸家より必ずしも一致した概念が得られておらず「母児に危険の可能性ある妊娠」というのが、一般的な解釈である。

妊産婦死亡をきたすような症例では、高年齢、頻産婦、既往の産科異常、前回帝切、前回大出血、妊娠中毒症、多胎、CPD、位置異常、合併症、体格(肥満、短小)、社会的、経済的条件(貧困など)などの因子が関与することが多い。

同様に未熟児出生には体格、社会的・経済的条件(教養、労働、貧困、人種など)、妊娠中毒症既往流早産、頸管不全、合併症、双胎などがその原因にかかわる因子としてよく知られている。これらの因子をもつ妊娠がハイリスク妊娠であると解するのが、最も常識的であろう。したがって、ハイリスク妊娠は単なる異常妊娠ではない。その根底に予防医学的ニュアンスがあることを忘れてはならない。

② ハイリスク妊娠のスクリーニング

ハイリスク妊娠をスクリーニングするため、その有する因子を点数、数字で表現、評価する試みがいくつかなされている。他項に記載がないので、ここでは若干詳しく述べておく。

その1つとしてNesbitt & Aubry法はMC HC Index (Maternal Child Health Care Index, 母子保健指数)とLabor Index (分娩指数)により評価をしている。いずれも各項目ごとに減点数を決め、100点から減点数を減じた点数が70点未満のときハイリスク妊娠と判定している。

またHobel法は妊娠中51項目、分娩40項目、新生児35項目について各項目ごとに、15～10点を与え、合計が10点以上ならばハイリスクと判定する。Hobelによるとハイリスク妊娠には、対照に比し新生児罹病率5～6倍、周産期死亡率で330倍もの差があったという。

このほかPASS法(竹村晃博士の妊娠前、妊娠時、胎児・胎盤・羊水・分娩時、新生児について各項目をチェックする方法)やGoodwineらの方法(合計6点以上)、Simmonsの簡便法(合計2点以上)などがある。

これらの方法によっていずれも20%前後のハイリスク妊娠がチェックできるが、方法によって採点、評価に若干の差があり、場合によってはか

なりの相違がみられる。これは経験から割り出し
てはいるが、計数的解析が十分なさされているとは
いい難く、主観が入っているためであろう。そし
て臨床の第一線に応用するには複雑すぎるものも
あり、著者の経験からいえば、いずれの方法も一
長一短である。簡単にできる新しい評価法の開発
が待たれる次第である。

なお、スクリーニングは妊娠中1～3回行われ
るべきで、その時期は1回だけならば妊娠第5～
8月、2回ならば妊娠初期と第8月頃、3回なら
妊娠初期・中期・後期に行うのがよからう。

③ ハイリスク妊娠の管理

前述したスクリーニング法により妊娠を篩別
したあと、これを重点的に管理するには、具体的
に次のような方法が考えられる。

ハイリスク因子のうち、妊娠中毒症、切迫流早
産（特に既往歴のあるもの）、双胎、羊水過多症
骨盤位、CPD、前置胎盤、常位胎盤早期剝離、
貧血、Rh(-)、合併症（糖尿病、梅毒、結核など
内科疾患と婦人科疾患）など産科学的因子を有す
るものには、十分な観察と適切な治療を行うべき
である。

そして、年齢、身長、血液型や社会的、経済的

因子には何よりも保健指導が重要である。これら
の因子は環境や遺伝など個体固有のものなので、
保健指導も、予防医学的な視点からなさるべきで
ある。すなわち母親学級や妊婦の個人指導のみに
限らず、両親学級（夫の教育）、婚前や新婚教育
もその意義は大きい。

3. まとめ：妊産婦死亡減少をはかるために

妊産婦死亡を減少させるためには、原因の排除
につとめることが何より重要である。そのために
は、欧米のような死因調査を徹底し後日に備える
のが先決である。そしてハイリスク妊娠のスクリ
ーニングとその特別の管理、とくに妊産婦死亡と
関係深い妊娠中毒症、合併症の管理を十分に行う
べきである。そして臨床的に最も重要なものは出
血対策である。一旦緩急あるときの産科救急体制
の整備はこれらにもまして重要なことがらである。
一歩進めて周産期医療の地域化をはかるのがより
合理的である。

さらに、社会的要因も軽視できない。このため
徹底した啓蒙教育が不可欠であり、これには行政
・社会の積極的な協力が得られなければならない。

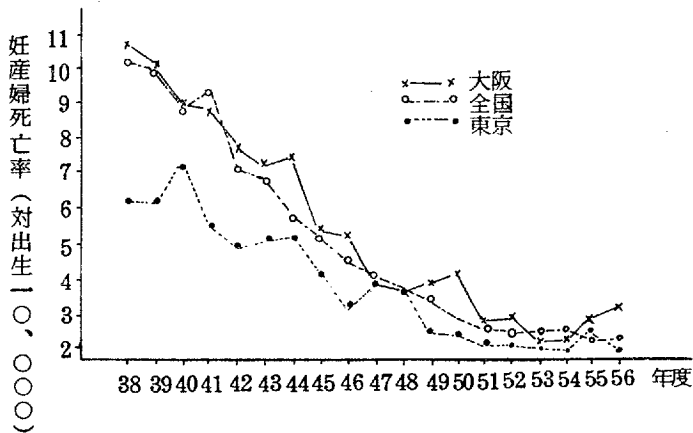


図1. 妊産婦死亡率の年次推移

表1. 産科的要因よりみた妊産婦死亡
(昭和54年全国)

		数	%
出血	妊 娠	47	12.3
	分 娩	131	34.2
	小 計	178	46.5
ショックなど	心 疾 患	46	12.0
	羊 水 栓 塞	26	6.8
	脳血管障害	14	3.7
	産科ショック	7	1.7
	小 計	93	24.2
妊 娠 中 毒 症		75	19.6
敗 血 症		11	2.9
そ の 他		26	6.8
計		383	100.0

表2. 出血による妊産婦死亡
(昭和54年全国)

		数	%
妊 娠	流 産	11	6.2
	外 妊	34	19.1
	胞 状 奇 胎	2	1.1
	小 計	47	26.4
分 娩	早 剝	22	12.4
	前 置 胎 盤	10	5.6
	子 宮 破 裂	15	8.4
	弛 緩 出 血	48	27.0
	D I C	15	8.4
	癒着胎盤など	6	3.4
	頸 管 裂 傷	3	1.7
	陰 裂 傷	2	1.1
	子 宮 内 反	1	0.5
	そ の 他	9	5.1
	小 計	131	73.6
計		178	100.0

表3. 年齢よりみた妊産婦死亡
(昭和54.全国)

年 齢	死亡数	出生数	死亡/出生1万比
～19	3	13,665	2.2
20～24	31	316,509	1.0
25～29	135	870,962	1.6
30～34	111	372,782	3.0
35～39	76	61,599	12.3
40～44	23	6,798	33.8
45～	1	259	38.6
不明	3	6	—
計	383	1,642,580	2.3

表4. 妊産婦死亡とhighrisk因子

	出現頻度(%)
妊 娠 中 毒 症	31.7
年 齢	30.5
C P D	12.2
合 併 症	11.0
社会際経済的因子	11.0
位置異常	7.3
多 胎	4.9
前回産科異常	3.7

表5. 妊産婦死亡とhigh risk pregnancy

1. 年齢30初産, 35経産
2. 頻産: 4回以上
3. 多胎・羊水過多症
4. 妊娠中毒症
5. 合 併 症
6. 前回帝切
7. 前回産科異常 (妊娠中毒症, 死産, 難産, 奇形など)
8. 位置異常
9. C P D
10. 前回第3期大出血
11. Rh(-)
12. 未 熟(反覆)
13. 不妊の前歴
14. 肥満, 短小
15. 社会的, 経済的因子

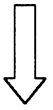
表 6. 妊産婦死亡を減少させるための具体策

1. 死因調査の実施
2. ハイリスク妊娠の管理
 - －ハイリスク妊娠のスクリーニングとその特別管理
（とくに妊娠中毒症と内科的疾患の合併）
3. 出血対策
4. 産科救急体制の整備
 - －周産期医療の地域化
5. 医療関係者のたゆまぬ研修と技術的訓練・習熟
6. 一般社会の啓蒙と行政の協力



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



3.まとめ:妊産婦死亡減少をはかるために

妊産婦死亡を減少させるためには,原因の排除につとめることが何より重要である。そのためには,欧米のような死因調査を徹底し後日に備えるのが先決である。そしてハイリスク妊娠のスクリーニングとその特別の管理,とくに妊産婦死亡と関係深い妊娠中毒症,合併症の管理を十分に行うべきである。そして臨床的に最も重要なものは出血対策である。一旦緩急あるときの産科救急体制の整備はこれらにもまして重要なことである。一歩進めて周産期医療の地域化をはかるのがより合理的である。

さらに,社会的要因も軽視できない。このため徹底した啓蒙教育が不可欠であり,これには行政・社会の積極的な協力が得られなければならない。