

A. 妊娠中毒症の診断基準に関する研究

鈴木 雅 洲（東北大学医学部産婦人科）
須川 侑（大阪市立大学医学部産婦人科）
関 場 香（岡山大学医学部産婦人科）
一 条 元 彦（奈良医科大学産婦人科）

前年度において妊娠中毒症の軽症・重症判定基準（案）を作成し、その経緯などについて報告したが、今年度は妊娠中毒症の診断基準をめぐる問題点について検討を行った。

すなわち須川（大阪市立大学）は、分娩時の高血圧発症について、その発症頻度や産褥期における高血圧の遺残などについて検討した。また関場（岡山大学）は、子癇と脳血管障害の鑑別のためのCTの重要性について報告した。さらに一条（奈良県立医科大学）は日本産科婦人科学会妊娠中毒症問題委員会提案の軽症・重症判定基準をスコア化し、これに有症期間を付加配点したスコアが、Gestosis Index よりも有用であることを示した。そして鈴木（東北大学）は、重症妊娠中毒症症例を対象として、純粋型と混合型中毒症発症の素因・誘因、発症時期の比較検討を行い、混合型中毒症における偶発合併症についても調査を行った。

1. 分娩時高血圧の発症に関する臨床的評価

分娩時における子宮収縮は、血液の再分配や子宮胎盤血管抵抗の上昇を招き、結果として母体血圧の上昇が認められることは理解されるが、陣痛間歇期においても数回の血圧測定により妊娠中毒症診断基準の下限界を超える症例をよく経験することから、分娩時高血圧の発症頻度や産褥期における高血圧の遺残等について統計学的な検討を行った。

① 前年度の班研究において報告した如く、一般に正常妊婦の血圧変動は、妊娠中期にやや低下し、妊娠末期分娩発来に向かって漸次上昇し、分娩第1期後半にピークを迎え、産褥期に再び元のレベルに復するものである。つまり分娩時には血圧上昇がみられやすいものである。そこで、まず妊娠時正常血圧症例における分娩時高血圧の発

症頻度について検討してみた。陣痛間歇期においても軽症高血圧と診断される血圧の上昇が持続して認められた頻度は、全体の22%であり、児体重との関係においては、体重の重い症例（LFD）ほど血圧上昇の頻度が高率であった。

なお重症高血圧の発症頻度は1%程度であった。

② 妊娠時軽症高血圧症例において、分娩時に重症高血圧の状態を示す例は20%であり、児体重との関係においては、SFDほど重症高血圧の頻度が高く、また妊娠時軽症高血圧の持続期間との関係においては、持続期間の長い（3週間以上）症例ほど分娩時重症高血圧の頻度が高いという傾向が認められた。したがって妊娠時高血圧の持続症例においては、SFDの発症と分娩時重症高血圧がみられやすい。

③ 分娩前に高血圧がみられなかったが、分娩時重症高血圧を呈した症例における産褥1カ月での高血圧の頻度は20%であり、分娩前の高血圧の持続期間の長い症例ほど産褥期においても高率に高血圧の遺残を認めた。すなわち分娩前の高血圧持続期間が3週間以上で分娩時重症高血圧を認めた症例における産褥高血圧の頻度は68%であった（表1）。

ま と め

分娩時には血圧上昇がみられやすく、産褥期においても高血圧が遺残する症例が存在することから、分娩時高血圧の診断基準について、その取り扱いも含め今後の検討が必要である。（須川）

2. 子癇様症状を示す患者の病態診断

妊娠中毒症による高血圧は高血圧性脳出血をおこす可能性が十分あり、さらに脳血管に器質的疾患を合併している場合は血圧上昇が軽度であって

も血管脆弱部の破綻をきたすことは十分考えられる。妊娠、分娩および産褥時に意識障害をきたす疾患としてはまず子癇が考えられるが、その他脳出血、脳梗塞などが鑑別診断として必要である。近年診断法の進歩によりかなりの確な診断ができるようになってきている。子癇と脳血管障害(CVD)の鑑別診断を表2に示したが、要点としては子癇は基礎疾患として妊娠中毒症を伴うことが多い。一方CVDは激しい頭痛を伴うことが多く、片麻痺や瞳孔の左右不同、反射や知覚障害の左右差が認められる。また脳脊髄液は子癇では清であり脳出血では血性のことがある。特に重要な診断法として脳CTスキャンがあり、患者に侵襲を加えずに検査を行なうことができる。子癇では異常は認められず、CVDでは異常が認められることが多い。

CVDと確定したら脳出血の場合にはまず安静にして呼吸管理を行ない、脳代謝賦活剤、降圧剤、止血剤を投与し、また脳浮腫除去のためステロイド、浸透圧利尿剤、高張ブドウ糖液などを用いる。高血圧性脳出血、クモ膜下出血に対しては出血部位や出血範囲を検査し手術適用があれば外科的治療を行なう。脳梗塞の場合には急性期の治療は脳出血と同じである。血栓除去のためヘパリン、ワーファリン、プラスミン、ウロキナーゼを使用することがある。

近年CTの発達により頭蓋内出血は速く確実に診断できるようになった。痙攣や意識障害の患者を認めた場合、まず子癇とCVDの鑑別を正確に行ない、また子癇の症例においても頭蓋内出血の有無を鑑別することが必要であり、頭蓋内出血の認められる症例に対しては、脳外科と一体化した治療を行うことが望ましい。(関場)

3. 妊娠中毒症症状のスコアリング

妊娠中毒症症状の重症度をスコア化する試みについて全日本各施設の御協力を得て検討している。これらの施設名については最終回収の後発表した。

現在集計中の1,026例の内訳をみると、妊娠中毒症の日本産科婦人科学会基準による重症E, P, Hならびに軽症e, p, hの組み合わせ別で特に少数であったのは、

EH型	6例
Ep型	8例
EP型	11例
Eh型	11例

であり、他はほぼ統計処理に必要な症例数を充たしていた。上記症例は稀有な発症型とも考えられた。

妊娠中毒症の重症度スコアがIUGR発症率、分娩後高血圧発症(遺残)率とどのように関連するかは、スコアの良否の判断材料となるが、この検定を行うと表3のように日本産科婦人科学会妊娠中毒症重症度分類をスコア化したものと、表4のように、これに有症期間を付加配点したものは、既存のGestosis Indexより有用であるように考えられる。

なおスコアに新しい因子として、Hb, Ht, 乏尿、子癇前駆症状、けいれん etcを加えることの良否には論議があり、今後しばらく研究期間を要するものと思われる。

また妊娠中毒症発症集団の生物学的、社会学的、医学的リスクの特性についての検討は既に近畿産科婦人科学会周産期研究部会で1,800症例について終えており、今回は省略した。(一条)

4. 妊娠中毒症の混合型に関する調査研究

妊娠中毒症発症の素因・誘因に関するわが国での報告も多数なされている。高血圧家系に妊娠中毒症が発症しやすいことは報告されているが、今回の検討でも重症妊娠中毒症症例の45.6%が高血圧家系であることが認められた。特に純粋型に多く認められた。これは、純粋型と今回は分類されたが、潜在している妊娠偶発合併症を発見できなかった可能性も示唆された。初産婦・経産婦における純粋型・混合型の発症頻度に差は認められなかったが、子癇では明らかに初産婦に多発した。これは今までの報告と同様な結果であった。経産婦98例中産科既往(妊娠中毒症既往)のあったものは48例(49%)に認められた。これは他の報告の頻度と同様であった。特に純粋型で22/54(40.7%)に産科既往が認められたということは、以前の妊娠中毒症もやはり純粋型であったことを裏づけるデータとして、妊娠中毒症発症機転を考える上で興味深いものと思われた。

分娩時年齢が30才以上であった症例は46.6%であった。年齢が高くなるにつれ妊娠中毒症の発症頻度が高くなることは報告されている。しかし、今回の対象では35才以上は20例のみであった。いずれにしても年齢も一つの妊娠中毒症発症の危険因子であることが示唆された。肥満妊婦に妊娠中毒症が発症しやすいことは報告されてきたが、今回も妊娠中毒症を発症した妊婦の43.6%に肥満が認められた。これは、肥満妊婦の増加が明らかである現在、妊婦管理以前の肥満の管理の重要性を示唆しているものと思われた(表5)。

妊娠中毒症発症時期が混合型では早期であると報告されているが、今回の検討でも明らかであった。混合型は28週以前に60.6%が発症しており、純粋型とは明らかに差が認められた。特に、20週以前に約40%が発症していたことは、純粋型と混合型の鑑別上重要なpointであると思われた。これは日産婦会・妊娠中毒症問題委員会・母体管理小委員会(小委員長:高木繁夫教授)の

管理指針でも強調されている。子癇は今までの報告と同様、そのほとんどが妊娠末期に妊娠中毒症を発症していた。

混合型妊娠中毒症における妊娠偶発合併症は、腎疾患・高血圧症などが高頻度であることは多数の報告があり、今回も同様な結果であった。また糖尿病・甲状腺機能亢進症などの代謝性疾患も16例(17%)に認められた。今回の検討で特徴的であったのは心・血管系疾患10例(この内心臓術後が7例)、およびSLE6例とかなり高頻度であったことである。これは当科がhigh risk pregnancyをあつめているという病院の特殊性のためと思われた。これら基本疾患をもった婦人が医療の進歩とともに、特に内科における管理下で、妊娠する頻度は増加するものと思われる。したがって、これら母体の管理と同時に胎児管理も特に混合型妊娠中毒症の場合には重要となるものと思われる(表6)。(鈴木)

表1. 分娩時重症高血圧症例における産褥1カ月での高血圧の頻度

分娩前高血圧 持 続 期 間	産褥1カ月での 軽症高血圧の頻度
3週間以上	68% ($\frac{19}{28}$)
約2週間	37% ($\frac{13}{35}$)
非高血圧群	20% ($\frac{4}{20}$)
対 照	6% ($\frac{2}{36}$)

対照:妊娠・分娩時高血圧(○)

表2.
子癇と脳出血との鑑別診断

	子癇	脳出血
発症	前駆症状を伴うことがある	急激
頭痛	ときにみられる	強い
意識障害	伴う	伴う
痙攣	伴う	伴うことがある
嘔吐	ときにみられる	しばしばみられる
血圧	高血圧	しばしば高血圧
片麻痺	伴わない	伴うことがある
項部強直	ない	クモ膜下出血ではある
瞳孔不同	ない	しばしばみられる
脳脊髄液	清	多くは血性
CTスキャン	異常を認めない	異常を認める
脳血管造影	異常を認めない	異常を認める

表3.

	0	1	2
edema	none	tibiale	generalised
proteinuria test tape (%)	— ~0.2	+ ~ # 0.3 ~ 1.9	# 2.0 ~
blood pressure systol (mmHg)	~139	140 ~ 159	160 ~
blood pressure diastol (mmHg)	~89	90 ~ 99	100 ~

表4.

	0	1	2
edema	none	tibiale	generalised
proteinuria test tape (%)	— ~0.2	+ ~ # 0.3 ~ 2.0	# 2.1 ~
blood pressure systol (mmHg)	~139	140 ~ 159	160 ~
blood pressure diastol (mmHg)	~89	90 ~ 99	100 ~
duration (weeks)	0	1 ~ 2	3 ~

表5.

妊娠中毒症発症の素因・誘因

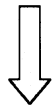
	初産婦	経産婦	30歳以上	産科既往有	高血圧家系	肥満
純粹型妊娠中毒症 (n=100)	56	54	53	22	53	56
混合型妊娠中毒症 (n=94)	53	41	38	25	34	31
子癇 (n=10)	7	3	4	1	6	2
計	115	98	95	48	93	89
全妊娠中毒症例 204例中の割合	(56.4%)	(48%)	(46.6%)	(23.5%)	(45.6%)	(43.6%)

表 6.

混合型妊娠中毒症94例における

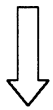
妊娠偶発合併症

腎 疾 患	41 例
本態性高血圧	17 例
心・血管系疾患	10 例
糖 尿 病	9 例
甲状腺機能亢進症	7 例
S L E	6 例
そ の 他	4 例



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



前年度において妊娠中毒症の軽症・重症判定基準(案)を作成し,その経緯などについて報告したが,今年度は妊娠中毒症の診断基準をめぐる問題点について検討を行った。

すなわち須川(大阪市立大学)は,分娩時の高血圧発症について,その発症頻度や産褥期における高血圧の遺残などについて検討した。また関場(岡山大学)は,子癇と脳血管障害の鑑別のためのCTの重要性について報告した。さらに一条(奈良県立医科大学)は日本産科婦人科学会妊娠中毒症問題委員会提案の軽症・重症判定基準をスコア化し,これに有症期間を付加配点したスコアが,Gestosis Index よりも有用であることを示した。そして鈴木(東北大学)は,重症妊娠中毒症症例を対象として,純粹型と混合型中毒症発症の素因・誘因,発症時期の比較検討を行い,混合型中毒症における偶発合併症についても調査を行った。