

# 破水後長期遷延例の検討

築地産院小児科 多田裕  
三科 潤

## 目 的

児の死亡率の高い在胎28週以前に破水が起った場合に、陣痛を抑制して分娩を遷延させる事は、在胎期間の延長により児の成熟を増す効果があるが、一方、感染の危険が増加し、また羊水漏出による羊水過少のため肺の低形成や胎児の変形を来す危険がある。

今回、我々は築地産院にて出生した胎20週以上で35週未満の症例を検討し、早産で破水した場合の取り扱いについて検討した。

## 対象および方法

1983年1月から1984年12月迄に都立築地産院で出生した胎20週以上、35週未満の158例(致死性奇形を除く)に関して、在胎週数別の生存率を求めた。また、これらの症例から、双胎と胎児水腫例を、前期破水以外の予後に影響する大きなファクターを除くために除外して、破水後の経過時間別による予後の検討を行った。死亡例については、死因の検討を行った。また、分娩前の母体の感染徴候と児の感染症出現との関連を検討した。

## 結 果

胎20週以上で35週未満の出産数は171例で、死産33例、出生158例であった。胎20週以上24週未満では出産25例中20例が死産であった。5例の出生のうち、1例のみが生存し、生存率は20%であった。胎24週以上28週未満では出産34例中死産9例で、出生25例中16例が生存しており、生存率は64%であった。胎28週以上32週未満では出産53例中、死産、1例のみであり、出生後の死亡も減少し4例のみとなった。生存率は92%であった。胎32週以上35週未満では、出産59例

中3例が死産であり、56例の出生中3例が死亡し、生存率は95%であった。(表1)

この症例より、双胎及び胎児水腫例を除いて、破水期間別に児の予後を検討した。

まず在胎期間別の生存率を求めた。胎24週以上26週未満では前期破水を認めない5例中3例が生存し、生存率は60%であるのに対し、前期破水例では4例中3例の75%が生存している。破水後1日以上遷延した3例は全例が生存している。胎26週以上28週未満では、前期破水を認めない7例中3例、43%が生存したのに対し、前期破水例は9例中7例78%が生存している。胎28週以上では、前期破水例は全例が生存しているが、前期破水を認めない例では3例が死亡している。(表2)

前期破水後の経過時間別では、破水後0~24時間の10例中9例が生存、破水後1~3日13例中12例生存、破水後3~6日15例は全例生存、破水後7日以上14例中13例が生存した。前期破水例で死亡したのは3例のみであった。(生存率94%)

前期破水例で死亡した3例の死因は、頭蓋内出血1例、壊死性腸炎1例、呼吸障害1例であり、感染症による死亡はなかった。また生存例でも敗血症等重症の感染症を合併した例はなかった。呼吸障害で死亡した1例は、胎20週3日で破水し、破水後49日で胎27週3日、948gで出生した例であるが、出生直後より呼吸障害が強く、気胸を合併して死亡した。羊水過少で四肢の変形も伴っていた為、肺低形成を疑ったが、剖検にては認められなかった。

前期破水を認めない55例では46例が生存し生存率は84%であった。死因は頭蓋内出血4例、呼吸障害3例、先天リステリア感染1例であった。

死亡率の高い胎28週以前では、破水後24

時間以上遷延させた12例中10例が生存(83%)したのに対し、破水後24時間以内に出生した13例では6例(46%)のみが生存し、生存率には有意の差が認められた。(図1)

破水後遷延させている経過中に母体発熱及び白血球増多、CRP強陽性等感染徴候を認めた例は1例あり、分娩誘発を行った。児は日令0日CRP2+を示したが、他の感染徴候は示さな

かった。(表3)

### 結 論

在胎28週未満の破水後遷延例では、生存率は高く、今回の結果では感染症による死亡は認めなかった。産科的管理を良く行い、分娩を遅らせるよう努力する事が早産で破水した場合の児の予後の改善につながると考えられた。

表1. 在胎35週未満院内出生児の予後  
(致死性奇形を除く。1983.1~1984.12築地産院)

在胎週数	出産数	死産	生産→死亡	生存
20w0d 23w6d	25	20	4 80%	1 20%
24w0d 25w6d	14	5	3 33%	6 67%
26w0d 27w6d	20	4	6 38%	10 63%
28w0d 29w6d	15	1	1 7%	13 93%
30w0d 31w6d	38	0	3 8%	35 92%
32w0d 33w6d	34	1	2 6%	31 94%
34w0d 6d	25	2	1 4%	22 96%

表2. 破水後経過時間別にみた在胎35週未満児の生存率  
 (致死性奇形, 双胎, 胎児水腫を除いた院内出生児)  
 1983. 1 ~ 1984. 12 築地産院NICU

在胎週数	前期破水 (-)	前期破水 (+)			
		0-24hrs	1-3d	3-6d	7d-
24 w0d   25 w6d	3 / 5 60%	0 / 1 0%	1 / 1 100%	(-)	2 / 2 100%
26 w0d   27 w6d	3 / 7 43%	(-)	4 / 5 80%	(-)	3 / 4 75%
28 w0d   29 w6d	4 / 5 80%	3 / 3 100%	1 / 1 100%	2 / 2 100%	1 / 1 100%
30 w0d   31 w6d	11 / 12 92%	1 / 1 100%	1 / 1 100%	4 / 4 100%	6 / 6 100%
32 w0d   33 w6d	12 / 13 92%	3 / 3 100%	2 / 2 100%	5 / 5 100%	1 / 1 100%
34 w0d   6d	13 / 13 100%	2 / 2 100%	3 / 3 100%	4 / 4 100%	(-)

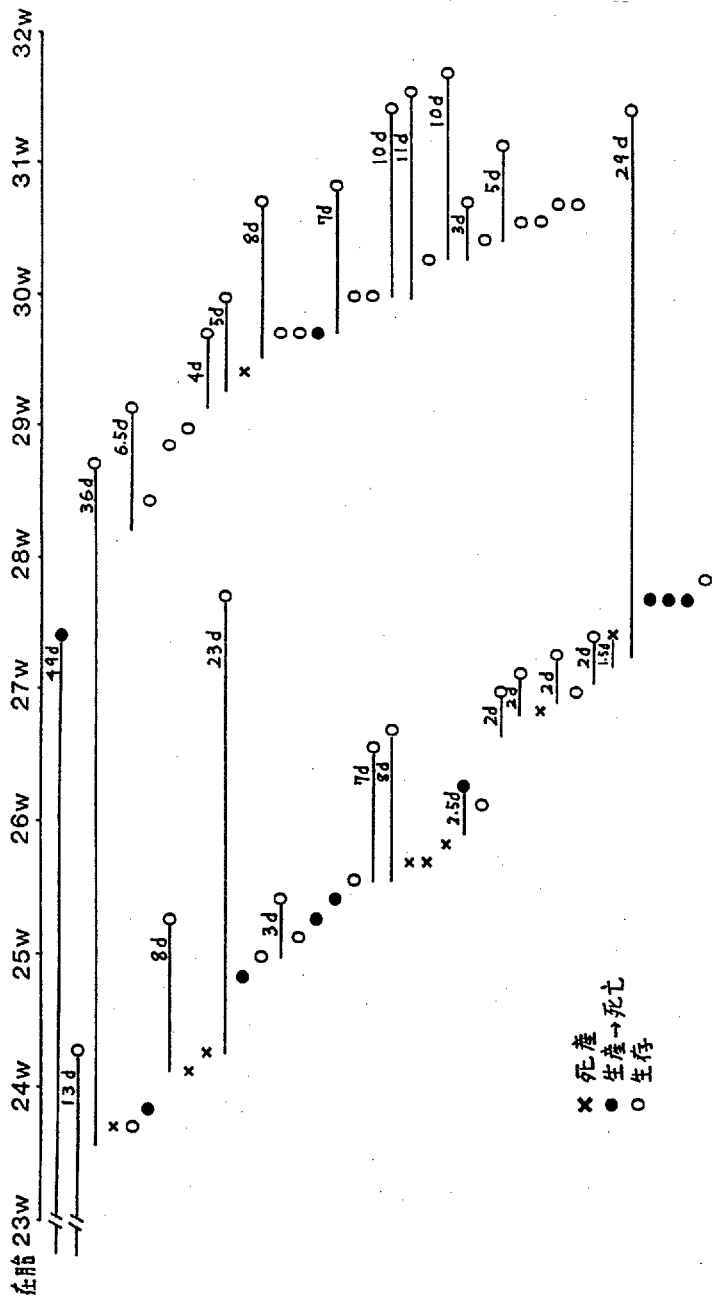


図1. 在胎23週以上32週未満院内出生児の破水後経過時間と予後  
 (致死性奇形, 双胎, 胎児水腫を除く。1983.1~1984.12 築地産院)

表3. 破水後出生までの時間と児の予後

I. 破水後 7 日 以上

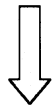
	破水日	出生日	出生体重	破水後日数	I M V	症状	予後
1. 鈴○	M 20w3d	27w3d	949g	49d	0d(死)	羊水混濁	死亡
2. 毛○	M 22w3d	24w2d	708g	13d	80d		生
3. 犬○	F 23w4d	28w5d	1158g	35d	80d		生
4. 樋○	M 24w1d	25w2d	780g	8d	64d		生
5. 小○	M 24w4d	27w5d	946g	23d	41d		生
6. 石○	M 25w4d	26w5d	1004g	8d	45d		生
7. 平○	M 25w4d	26w4d	726g	7d	86d		生
8. 柴○	M 27w2d	31w3d	1918g	29d	(-)	羊水混濁 (+)	生
鎌○	F (22w4d)	28w2d	1146g	1d			生(CP)
背○	F (24w5d)	26w0d	760g	死産			死産

II. 破水後 1 ~ 6 日

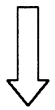
	破水日	出生日	出生体重	破水後日数	I M V	症状	予後
1. 山○	F 22w3d	23w0d	498g	4d	0d(死)		死亡
2. 山○	M 25w0d	25w3d	780g	3d	58d	臍帯脱出	生
3. 山○	F 26w5d	26w1d	960g	2d	4d	母体発熱 児CRP (2+)	難聴
4. 松○	M 27w0d	27w3d	980g	2d	75d		生
5. 高○	M 27w1d	27w3d	980g	1d	(胎内死亡)		
6. 柳○	M 26w6d	27w2d	1048g	2d	4d		生
児○	M (25w5d)	26w1d	645g	1min	(分娩時死亡)	(母体疲労)	
田○	M (26w5d)	27w2d	1180g	1h	4d(死)	母体発熱 (38.8℃)	死亡
藤○	F (26w6d)	27w6d	650g	(-) 帝切		中毒症 (子癲前症)	生

### III. 破水後 1 日未滿

	(入院日)	出生日	出生体重	破水後日数	IMV	症状	予後
1. 笹○	M (21w4d)	23w5d	568g	10min	88d	CRP 5 + WBC ↑	生
2. 酒○	M (23w6d)	23w6d	540g	49min	5d(死)	脐膜炎	死亡
3. 畑○	F (19w6d)	24w5d	639g	(-) 帝切	0d(死)	筋腫, 胎児仮死, 母体発熱	死亡
4. 藤○	F (25w0d)	25w1d	734g	0min	56d		生
5. 丸○	M (25w1d)	25w1d	784g	2min	98d		生
6. 藤○	F (25w2d)	25w2d	666g	12.5h	1d(死)		死亡
7. 小○	M (25w1d)	25w3d	459g	5min	0d(死)	児リステリア感染症	死亡
8. 黒○	M (25w3d)	25w4d	914g	1h	76d		生 (水頭症)
9. 今○	F (27w3d)	27w5d	922g	2min	0d(死)		死亡
10. 毛○	M (27w5d)	27w5d	1020g	2h(帝切)	1d(死)	前置胎盤	死亡



**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



## 目的

児の死亡率の高い在胎 28 週以前に破水が起った場合に、陣痛を抑制して分娩を遷延させる事は、在胎期間の延長により児の成熟を増す効果があるが、一方、感染の危険が増加し、また羊水漏出による羊水過少のため肺の低形成や胎児の変形を来す危険がある。

今回、我々は築地産院にて出生した在胎 20 週以上で 35 週未満の症例を検討し、早産で破水した場合の取り扱いについて検討した。