

F. 妊娠中絶術施行基準に関する研究

高 木 繁 夫
関 場 香
中 山 道 男
鈴 木 正 彦
日 高 敦 夫

従来、妊娠中毒症の一般的治療指針は「原則的には胎児の母体外生活が可能となるまで待機療法を行い、重症の場合は母体保護を優先して急速遂娩を行う」とされてきている。しかし最近では分婭監視装置、超音波断層法などの開発によって胎児管理面が著しく進歩、充実し、それに伴い我が国でも“Fetus as a Patient”とする概念が定着しつつある。加えて新生児医療の進歩やNICUの充実の度も著しく、そのため従来は全く期待が持てず、また不可能とされてきた比較的妊娠早期の未熟児でもその生存率は飛躍的に上昇してきている。したがって、母体に様々の障害があり、また胎児に対してもその程度によってはかなり重篤な影響を及ぼす可能性がある妊娠中毒症においては、妊娠の継続可否と分婭時期、すなわちターミネーション(Termination)の時期決定をする場合、従来の観念よりむしろ、「胎児を母体障害の影響を蒙る子宮内環境から可及的速やかに娩出、救出すべきであろう」とする考え方に傾きつつあるものと思われる。

しかし問題は、妊娠中毒症の病因が未だ全く解明されておらず、しかもその病態についても症候論的な解釈を含めてなお一定の見解がなく、また分類上でも妊娠偶発合併症を伴っているなど複雑・多彩であるため、母体の病態に対してもこれを適確に把握することが依然容易でない場合が少なくない。したがって、分婭(遂娩)時期の決定、すなわち医療側からする妊娠の継続、あるいは妊娠中絶の決定を行う場合には、母体側因子に加えて胎児側因子をより一層検討したうえ、母児双方の状況からする妊娠継続の可能域を、慎重且つ適確に判断することが必要である。しかし各医療機関においてはその設備や内容が異なっているため、妊娠中毒症のターミネーション、すなわち分婭(遂

娩)時期ならびにその適応基準を一律にすることは困難であり、また運用に万全を期し、母児の死亡・障害の発生を可及的回避すべきである。

本報告は以上の状況を踏まえ、現段階では、「母体状況の許す限り胎児の母体外生活可能となるまで待機療法を行い、そのうえで胎児を可及的速やかに子宮内環境より救出する」、ことをあく迄も原則としている。

I. 母体側因子

1. 病態別にみた予後とターミネーション

従来より我が国では、妊娠中毒症を病態別に純粋型と混合型に、またその重症度により軽症型と重症型に分類しているが、近年欧米では妊娠時に高血圧を来す疾患を以下のごとくに分類している。

- 1) pregnancy induced hypertension (PIH, または preeclampsia)
- 2) chronic hypertension (primary, secondary)
- 3) superimposed toxemia (または superimposed preeclampsia)
- 4) transient hypertension

すなわち、1)が日産婦学会分類の純粋型、2、3)が同様に混合型に属すると考えられる。またこの分類は妊娠中毒症病態によってそれぞれその予後が著しく異なるためのものである。ちなみに病態別に周産期死亡率、母体死亡率をみると、1)群は比較的子後良好であるが、3)群では両死亡率ともに3~5倍増となりそれぞれ20~50%、1~13%となるため、依然その予後は極めて不良であるとされている。すなわち、混合型妊娠中毒症は母児への障害が純粋型のそれより遙かに著しいことになる。したがってより一層厳重且つ慎重な監視も必要となり、ターミネーションもまた比較

的早期より考慮することが必要になるであろう。表1に、妊娠中毒症と妊娠偶発合併症（ことに慢性高血圧疾患）との鑑別診断上参考となる項目について総括して示した。

2. 重症度とターミネーション

重症度の判定及びその増悪傾向を予知することは、ターミネーションの時期を決定するに際して極めて重要である。現在、重症度の判定法として、

- ① 日産婦学会分類
- ② Gestosis Index (OG分類)
- ③ EPH score
- ④ EPH profile score

などが挙げられている。

米国では、安静、食事療法にも拘わらず、重症、あるいは軽症から重症へと増悪する場合には必然的にターミネーションの適応となるため、この様な症例では一般に積極的な薬物療法は行わず原則的に妊娠の継続を避けるべきであるとしているが、その拠り所の一つがNICUの著しい発展と充実にあることは明らかである。我が国では重症妊娠中毒症の場合、原則として母体救命が優先である。しかし最近では、たとえ胎児が未熟であるとされても、胎児を子宮内環境におくより、ターミネーション後NICUで対応、管理をする方が児の救命率が高く、その予後もまた良好であるとされてきている。したがって、重症度の判定及び増悪傾向の予知、確認が、ターミネーションとその時期を決定するうえに不可欠の要因となろう。なお、①、②、③の重症度分類法はいずれも浮腫、蛋白尿、高血圧を主体としたものである。これに対して EPH profile score とは roll over test (ROT) による血圧の上昇、妊娠初・中・後期のそれぞれにおける平均血圧、眼底所見、膝蓋腱反射、浮腫、に加えて生化学的検査所見すなわち尿蛋白、尿酸、BUN、血清クレアチニン、血清アルブミン、尿蛋白、血小板数、血清フィブリノーゲンのそれぞれの値から、妊娠中毒症の予後を総合的に判定しようとするものである。我が国でも今後は検討の余地があるものと思われる。

妊娠中毒症ではその病態を可及的早期に識別し、その重症化を防止することこそ母児双方の予後にとって肝要であり、また重症度を明確にすることが適切な分娩時期を決定するうえに最も重要な指

標となるであろう。

3. 治療の限界とターミネーション

妊娠中毒症と妊娠偶発合併症とは、治療の目的、使用薬剤がそれぞれ異なる。前者は原則的に安静、食事療法が主体であり、改善傾向が認められずむしろ増悪傾向を示す場合に初めて薬物療法の併用が考慮されることになるであろう。ただ、妊娠中毒症はその病態の進行が通常非可逆性であり、その根本的療法がターミネーションにあるため、いたずらに長期に亘っての薬物療法は継続すべきでない。現在我が国では(日産婦学会)、以下のごとく規定されている。すなわち、投薬の効果、胎児の成熟度、後遺症などを考慮し、投薬は通常2週間以内に止めるべきであるとされている。薬物療法の目的は、①血圧のコントロールによる頭蓋内出血など臓器障害の防止(主にhydralazine, aldomet, α -, β -blockerなど)、②子癇発作の予防($MgSO_4$)、③分娩時母体負荷の回避(硬膜外麻酔)、にある。したがって、薬物療法はむしろ分娩管理を主体として用いることになるものと思われる。

一方、妊娠偶発合併症(例えば本態性高血圧症、慢性腎疾患、甲状腺機能亢進症、心血管系障害など)を有し、ことに基礎拡張期血圧が90mm Hg以上、妊娠18-22週の拡張期血圧が80mm Hg以下とならない、いわゆる“2nd trimester response”が欠如するものでは、将来、混合型妊娠中毒症へ移行する可能性があることが指摘されている。そのため、①母体リスク(頭蓋内圧亢進など)の軽減、②妊娠中毒症発症の遅延、予防、③周産期死亡率の低下、を目的とし、この場合はむしろ妊娠初期(遅くとも28週以前)よりの薬物療法が適応となる。なお妊娠前より薬物療法を行っている場合には、原則として妊娠中も同様の薬剤を使用するが、病態、妊娠経過による変化も考慮しながら使用することが必要であろう。

このような種々の治療が実施されるにも拘わらず妊娠中毒症が軽症型から重症型へ移行する場合、あるいは妊娠偶発合併症を有する妊婦が適切な治療を受けるにも拘わらず妊娠中毒症を併発して行く場合には、いずれもターミネーションが考慮されることになるであろう。

4. 母体の臓器障害とターミネーション

妊娠中毒症の病態は全身性の血管攣縮に伴う全身性浮腫や持続性高血圧が主体となるため、種々の母体臓器障害をみることもある。

下記のごとき母体臓器障害を認めた場合、あるいは増悪傾向にある場合は、いずれもターミネーションの適応となるであろう。

- ① 心・肺機能不全（心エコーによる心機能所見、胸部X-Pによる肺水腫などのチェック、また colloid osmotic pressure の測定が有用となることもある）
- ② 肝機能障害（心窩部痛や上腹部痛の出現、GOT, GPT上昇など）
- ③ 眼底所見（新規の眼底出血、血管攣縮）
- ④ 頭蓋内障害（頭蓋内出血、脳血管障害、脳浮腫など、CT所見が有用）
- ⑤ 腎機能障害：原則として、加藤らの「糸球体腎炎患者の妊娠許可条件（1981年）」に準ずる（表2）

しかし妊婦の正常上限値はBUN：15 mg/dl、クレアチニン：0.8 mg/dl、尿酸値4.5 mg/dl程度であるため、この基準を直ちに妊娠中毒症の病態と関連つけて対応することはなお問題があろう。しかし、BUN/クレアチニン比、尿量400ml/24時間、脳、視力障害などはターミネーションを考慮する場合の指標の1つとなるであろう。さらに最近では、尿細管性蛋白より分離された低分子蛋白の β_2 -microglobulinが腎糸球体及び尿細管機能を反映するものとして、主として腎皮質機能検査に用いられている。また、腎の近位尿細管のライソゾームに存在する糖蛋白分解酵素の尿中 β -N-Acetyl-D-glucosaminidase (NAG)は早期の腎障害においてはその程度を反映して腎排泄量を増加し、妊娠中毒症の重症度にも相関するともいわれている。

5. 特殊型とターミネーション

子癇：子癇発作をみた場合には、抗痙攣剤およびMgSO₄を使用して痙攣を防止するとともに、頭蓋内出血防止のため血圧調節に努める。それでもなお反復発作をみる場合には、発作後4～6時間で母体の病態が安定してから分娩誘発をする。もとより発作中は行ってはならない。また原則的には経陰分娩とし、不成功例で初めて帝王切開と

なる。

HELLP症候群：高血圧に溶血性貧血、GOT, GPTなどの上昇、血小板減少をみた場合をいう。その予後が比較的不良であるため、可及的速やかに分娩をさせることが望まれる。

II. 胎児側因子

胎児・胎盤機能検査法としては従来、E₃, hPL, 胎盤の諸酵素(HSAP, CAP, LAP)などの生化学的検査がその主流であった。しかし近年、超音波断層法、分娩監視装置の開発・普及に伴い胎児生理のあり様が次第に明らかにされつつあり、胎児の健康状態(well-being)に対する生理的検査の比重が大きくなってきている。妊娠中毒症では母体状況の許す限り胎児は母体外生活が可能となるまで待機的に取り扱われるべきであるが、胎盤機能不全、胎児仮死(fetal distress), 非対称性のIUGR, 羊水過多症, 常位胎盤早期剝離なども併発し易いため、敢重に胎児監視をすることが要望される。

1. 胎児仮死状態(fetal distress)および胎盤機能不全

これらを認める場合には、原則として可及的速やかにターミネーションすべきであろう。そのための生化学的検査としては、血中E₃値の30%低下, hPL 4-5 μ g/ml以下となるものをいわゆるfetal dangerous zone (FDZ)にあるものとして敢重に管理し、また積極的なターミネーションも考慮されることになる。また生理学的検査のうちFHRM(NST/CST)は一応日産婦ME委員会指針に準ずるが、その他胎動表(3回/30分)、超音波断層法(羊水量, 筋緊張, 呼吸様運動, IUGR, 胎盤のaging)なども参考となる。なお胎動, 羊水量, 呼吸様運動, 筋緊張およびreactivityの5つの所見をbiophysical profile score (BPS)としてスコア化し、総合的に判断するとするものもある。

2. 非対称性(asymmetric)のIUGR

胎児発育が1週間以上停止状態にある場合にも、できれば胎児の子宮内環境を考慮し対処することが望ましい。

3. 胎児の肺成熟度とターミネーション

胎児が母体外生活を営むためには、まず肺の成

熟度が問題となる。その判定法として non-invasive なそれには胎盤の aging による間接的予測, invasive には amniocentesis による shake test, FSI, phosphatidyl glycerol 測定などがある。図1, 表3-1, 2, 3に胎児・胎盤機能検査として, それぞれのパラメーターと児の分娩時状態との関連を示しておく。

Ⅲ. 母児の予後からする検討

まず, 母体症状の経過や増悪傾向から, GIスコアを上昇型, 中間型, 下降型に分け, それと母児の子後との相関性を検討すると(表4-1, 2, 3), 高血圧の後遺症, SFDあるいは周産期死亡例はGI上昇型で多く, したがって妊娠経過に伴って症状の悪化をみる場合には一般に, 母児ともにその予後が不良となる傾向がある。また眼底所見をKeith-Wagener分類から判定し, それと高血圧後遺症との関係を見ると, 分類Ⅲ, Ⅳ群で約80%に高血圧後遺症が認められる。さらにGFR 50 ml/分以下, 血中クレアチニン1.5 mg/dl以上となる場合には, 産褥期腎不全や腎機能障害をみることが多い。しかし, PSP, β_2 -microglobulin と母児予後との間に一定の関連は認めがたい。これらの成績はいずれもターミネーションの考慮に際しての有力な参考になるものと思われる。

つぎに, 産褥後遺症から妊娠中毒症病態を検討すると以下のごとくである(図2)。すなわち, 産褥1ヶ月で血圧140/90 mmHg以上あるいは妊娠前より30/15 mmHg以上の血圧上昇を認めたものを産褥期高血圧, 0.3 g/l以上の蛋白尿の遺残を認めたものを産褥蛋白尿とし, どちらかその一方をみるものをH群, 両者を認めぬものをO群とし, さらに妊娠中の病態を, I群: 妊娠の経過中異常を認めることなく分娩時重症高血圧をみるもの, II群: 軽症妊娠中毒症と分娩時の重症高血圧, III群: 純粋型重症妊娠中毒症, IV群: 混合型重症妊娠中毒症, に分類し, そのそれぞれについての相関を検討すると以下のごとくである。すなわちIV群では高血圧, 蛋白尿の両後遺症が28%となり, しかもH群ではひき続く高血圧期間が長引くことになるが, 分娩時高血圧との関連性は認めがたい。また妊娠中毒症は慢性のDICである

との見解がある。しかし今回の検討成績では, 血中フィブリノーゲン, FDP値に異常がなく各群間にも相違を認めがたいが, 血小板は重症妊娠中毒症で20万 μm^3 以下となり比較的 low 値を示している。また各群で腎機能の指標として分娩前1週間以内の血尿酸, 血中クレアチニン, BUN値を比較すると, III, IV群ではO群に比しH群でやや高値を示している。さらに重症高血圧の持続期間が2週間以上で, 血液濃縮, 線溶凝固系の異常や腎機能障害をみる症例では後遺症をみるものが多く, 3週間以上重症高血圧が持続する症例では胎児死亡の危険性が増加するようである。

Ⅳ. 妊娠中毒症のターミネーション: その適応基準(案)

全国の大学病院を対象に行った, 妊娠中毒症の問題意識と実態に関するアンケート調査成績から, 母体側, 胎児側因子よりする急速遂娩(ターミネーション)の適応基準を集約すると, 表5のごとくである。すなわち, 母体側では治療に抵抗する場合, あるいは臓器障害を認める場合におけるターミネーションは妥当であろうとするものが多い。胎児側では胎児心拍モニターを中心とした考え方が主体であるが, いずれもNST, CSTでnon-reactive/positive, あるいは持続性のlate DCCの出現をみる場合にターミネーションが妥当であろうとする機関が多い。

したがって上述した検討結果を総合すると, ターミネーションの適応基準についての指針(案)は一応以下のごとくになるものと思われる。

母体側因子

- 1) 治療に抵抗して症状が悪化, あるいは急激な増悪をみる場合(GI値の上昇を参考に, ことに重症高血圧が2週間以上持続する場合)
- 2) 子癇, 胎盤早期剝離, 新規の眼底出血, 肺水腫, 頭蓋内出血を認めるもの
- 3) 腎機能障害: GFR 50 ml/分以下, 血中クレアチニン値1.5 mg/dl以上, 尿酸値6 mg/dl以上, BUN 20 mg/dl以上となるもの
- 4) 血液所見: Hct 40%以上(増加率15%以上), 血小板10万/ml以下となるもの

胎児側因子

- 1) 胎児発育停止(妊娠28週以降, 1週間以

上)

2) 胎児仮死状態(fetal distress)の明らかなもの

3) 胎児・胎盤機能の悪化をみるもの

生化学的：連続して尿中 E_3 10 mg/日以下，随時尿中 E_3 / クレアチニン比10以下，血中 h P L 4 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 以下となるもの

生理学的：胎児心拍モニター所見でnon-reactive/positive; あるいはnon-reactive/negativeで胎児肺成熟(+), BPS 6点以下となるもの

また、ターミネーションの実際についてのプロトコール(案)は、図3に示したごとくである。

表1 妊娠中毒症と妊娠偶発合併症との鑑別

| | 妊娠中毒症 | 妊娠偶発合併症 |
|----------|---------------------------|--------------------------------------|
| ① 年 令 | 若年, 初産 | 高年, 経産婦 |
| ② 発 症 | 妊娠後半期 (20週以降) | 妊娠前半期 (20週以前) |
| ③ 体重増加 | 突然増加 | 正常~低下 |
| ④ 浮 腫 | 全 身 | 欠如~正常 |
| ⑤ 蛋白尿 | (+) 増加傾向 | 欠 如 |
| ⑥ 胎児発育 | 発症までは正常 | 正常~IUGR |
| ⑦ 胎 盤 | 新鮮な梗塞 | 正常~小さい古い梗塞 |
| ⑧ 検査成績 | 腎機能障害 肝機能障害 DIC 少ない | 正常~軽度低下 心肥大, 眼底所見 SBP 200mmg以上 |
| ⑨ 合併症 | 子 癇 IUFD | 胎盤早期剝離 IUGR, IUFD |
| ⑩ 再 発 | めったにない | しばしばある |
| ⑪ 分娩後の経過 | 6週間以内で 正常化 | やや改善されるが 高血圧を残す |
| ⑫ R O T | (+) | (-) |
| ⑬ 栄 養 | 不 良 | 良 |

表2 糸球体腎炎患者の妊娠許可条件(1981年)

- I 正常妊娠分娩を期待できる基準
- ① 急性腎炎の治癒より1年以上経過
 - ② 安定した慢性腎炎で前回分娩より1年以上経過
 - ③ 妊娠中毒症後の分娩より1年以上経過
- * 上記の症例で下記の1,2,3の条件を満たすこと
1. 妊娠前 GFR 70ml/min以上
血清クレアチニン値1.1mg/dl以下
 2. 妊娠中, 血圧を140/90mmHg以下に保つ
 3. 腎生検所見
膜性腎炎, 増殖性糸球体腎炎, IgA腎炎で
 - a. 尿細管, 間質変化が20%以下
 - b. 細小動脈硬化がない
 - c. 巣状硬化がない
- II 異常妊娠分娩をきたす可能性が大きい基準
1. 妊娠中, 安静臥床, 抗凝固療法などを行っても
GFR 50ml/min以下
血清クレアチニン値1.5mg/dl以上
血清尿酸値6.0mg/dl以上
 2. 妊娠中, 降圧剤を使用しても血圧160/110mmHg以上
 3. 腎生検所見
 - (i) 膜性増殖性糸球体腎炎, 硬化性糸球体腎炎
 - (ii) その他の糸球体腎炎で,
 - a. 尿細管, 間質変化が20%以上
 - b. 細小動脈硬化がある
 - c. 巣状硬化がある

図1. 妊娠中毒症における分娩時胎児心拍監視所見と血中E₃%低下値との相関性

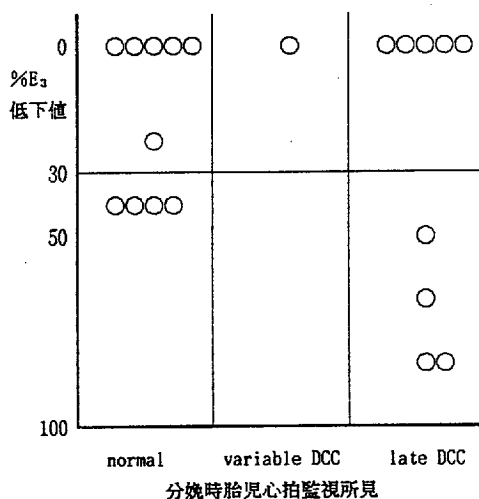


表 3

1) 妊娠中毒症におけるノンストレス・テスト (NST) と胎児呼吸様運動 (FBM)

| | アプガー・スコア 7 以下 | 分娩時胎児仮死 |
|-----------------|------------------|---------|
| 1) NST.R/FBM-P | 3.3 % | 4.1 % |
| 2) NST.R/FBM-A | 5.6 % | 12.5 % |
| 3) NST.NR/FBM-P | 2.8 % | 18.8 % |
| 4) NST.NR/FBM-A | 45.5 % | 60.0 % |

R:reactive NR:non reactive P:present A:absent

2) 妊娠中毒症における各パラメータ間の相関性

| | OCT | NST | 尿中E ₃ | 血中E ₃ | h P L |
|------------------|---------|-------|------------------|------------------|-------|
| OCT | 1.0 | | | | |
| NST | 0.047 | 1.0 | | | |
| 尿中E ₃ | 0.059 | 0.195 | 1.0 | | |
| 血中E ₃ | 0.379 * | 0.153 | 0.359 * | 1.0 | |
| h P L | 0.322 | 0.268 | 0.052 | -0.03 | 1.0 |

* p<0.05

3) 妊娠中毒症におけるlate DCCの出現率

| | | N S T | |
|-------------|----------|----------|--------------|
| | | reactive | non reactive |
| O C T | negative | 0 % | |
| | positive | 86 %* | 100 % |

* late DCC出現した症例はすべてabnormal E₃
late DCC出現しない症例はすべてnormal E₃

表 4

1) GIパターンと母体の後遺症

| 後遺症 | 上昇型 n=36 (%) | 中間型 n=49 (%) | 下降型 n=20 (%) |
|-----|-----------------|-----------------|-----------------|
| (+) | 18(50.0) | 10(22.2) | 4(20.0) |
| (-) | 18(50.0) | 35(77.8) | 16(80.0) |

2) GIパターンと児の予後

| 児の予後 | 上昇型 n=38 (%) | 中間型 n=49 (%) | 下降型 n=20 (%) |
|-------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 正常児 | 12(31.6) | 24(49.0) | 12(60.0) |
| SFD | 22(57.9) | 21(42.8) | 8(40.0) |
| 周産期死亡 | 4(10.5) | 4(8.2) | 0(0.0) |

3) 眼底病変と母体の予後

| Keith-Wagener 分類 | 例数 | 高血圧後遺症 (%) |
|------------------|----|---------------|
| I 群 | 32 | 4 (12.5) |
| II 群 | 16 | 6 (37.5) |
| III 群 | 3 | 2 |
| IV 群 | 2 | 2 } (80.0) |

図 2. 産褥後遺症ならびに胎児仮死からみた妊娠中毒症の病態

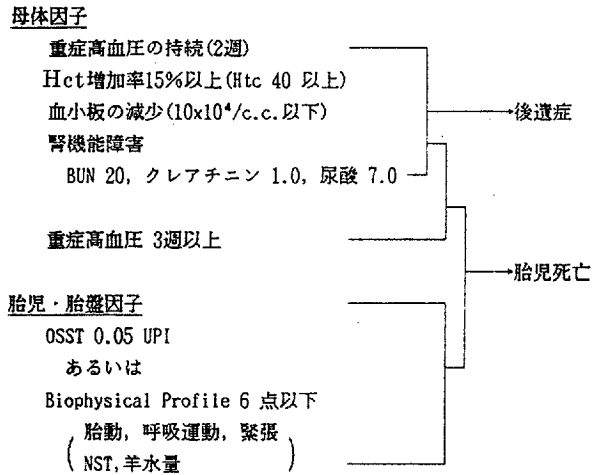


図 2. 産褥後遺症ならびに胎児仮死からみた妊娠中毒症の病態

図 3. 妊娠中毒症ターミネーションのプロトコール

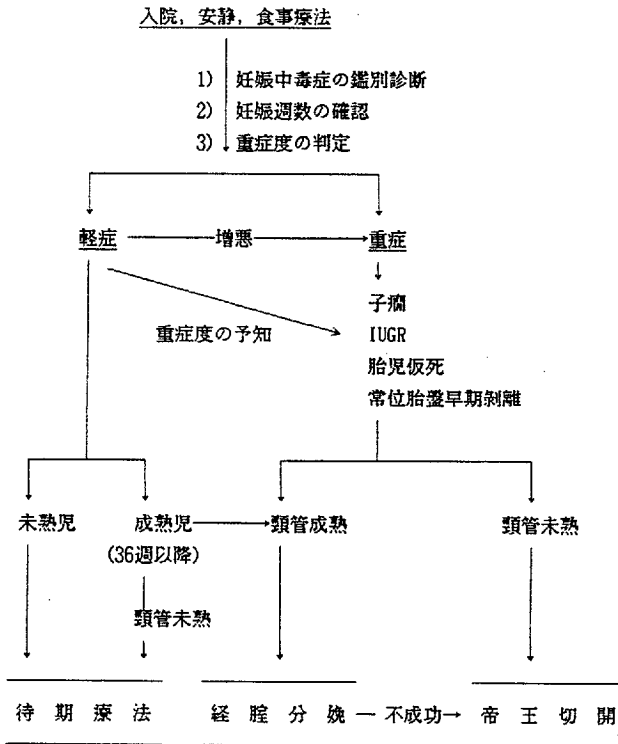


図 3. 妊娠中毒症ターミネーションのプロトコール



表5 急速遂婉（ターミネーション）の適応となる基準

—母体側—

| 症 状 そ の 他 | 妥当であると した機関(%) | これのみでは 適応とならない |
|--|-------------------|-------------------|
| 1) 各種治療によってもその効果をみる事がなく、症状不変、 あるいはむしろ悪化をみる場合 | 54 (85.7) | 9 (14.3) |
| 2) 実質臓器障害の発症 | 59 (95.2) | 3 (4.8) |
| 3) 心肺機能不全の発症 | 59 (96.7) | 2 (3.3) |
| 4) 新規の眼底出血 | 58 (93.5) | 4 (6.5) |
| 5) 子癇発作の反復 | 58 (93.5) | 4 (6.5) |
| 6) GFR 50ml/分以下、血清クレアチニン1.5mg/dl以上、尿酸 6.0mg/dl以上が 1週間以上に亘って持続する場合 | 39 (63.9) | 22 (36.1) |
| 7) 110mmHg 以上の拡張期圧が 1週間以上に亘って持続する場合 | 17 (27.9) | 44 (72.1) |

—胎児側—

| 検 査 値 そ の 他 | 妥当であると した機関(%) | これのみでは 適応とならない |
|--|-------------------|-------------------|
| 1) 尿中エストリオール値が30%以上の急速下降をみた場合 | 13 (21.0) | 49 (79.0) |
| 2) 尿中エストリオール値が 4日間連続して-1SD以下となる場合 | 23 (37.1) | 39 (62.9) |
| 3) NST 異常がありさらにCST 陽性となる場合 | 53 (86.9) | 8 (13.1) |
| | 妥当である | 否 |
| 4) CST 陽性でも羊水中L/S 比が2.0 以上である場合 | 17 (30.9) | 38 (69.1) |
| 5) 羊水中L/S 比が1.5 以上なら構わない | 28 (51.9) | 26 (48.1) |
| 6) 1), 2), 3)を認めればL/S 比にそれ程こだわらない | 42 (71.2) | 17 (28.8) |
| 7) 羊水にメコニウム着色を認めた場合は無条件とする | 27 (44.8) | 34 (55.7) |
| 8) 大横径が 2週間以上不変であり、然も羊水中L/S 比が1.5 以上である場合 | 31 (51.7) | 29 (48.3) |
| 9) 胎児に持続性、遅発性徐脈が出現した場合は無条件とする | 61 (98.4) | 1 (1.6) |

 **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

従来、妊娠中毒症の一般的治療指針は「原則的には胎児の母体外生活が可能となるまで待機療法を行い、重症の場合は母体保護を優先して急速遂娩を行う」とされてきている。しかし最近では分婄監視装置、超音波断層法などの開発によって胎児管理面が著しく進歩、充実し、それに伴い我が国でも“Fetus as a Patient”とする概念が定着しつつある。加えて新生児医療の進歩やNICUの充実の度合も著しく、そのため従来は全く期待が持てず、また不可能とされてきた比較的妊娠早期の未熟児でもその生存率は飛躍的に上昇してきている。したがって、母体に様々な障害があり、また胎児に対してもその程度によってはかなり重篤な影響を及ぼす可能性がある妊娠中毒症においては、妊娠の継続可否と分婄時期、すなわちターミネーション(Termination)の時期決定をする場合、従来の観念よりむしろ、「胎児を母体障害の影響を蒙る子宮内環境から可及的速やかに娩出、救出すべきであろう」とする考え方に傾きつつあるものと思われる。

しかし問題は、妊娠中毒症の病因が未だ全く解明されておらず、しかもその病態についても症候論的な解釈を含めてなお一定の見解がなく、また分類上でも妊娠偶発合併症を伴っているなど複雑・多彩であるため、母体の病態に対してもこれを適確に把握することが依然容易でない場合が少なくない。したがって、分婄(遂娩)時期の決定、すなわち医療側からする妊娠の継続、あるいは妊娠中絶の決定を行う場合には、母体側因子に加えて胎児側因子をより一層検討したうえ、母児双方の状況からする妊娠継続の可能域を、慎重且つ適確に判断することが必要である。しかし各医療機関においてはその設備や内容が異なっているため、妊娠中毒症のターミネーション、すなわち分婄(遂娩)時期ならびにその適応基準を一律にすることは困難であり、また運用に万全を期し、母児の死亡・障害の発生を可及的回避すべきである。

本報告は以上の状況を踏まえたうえ、現段階では、「母体状況の許す限り胎児の母体外生活可能となるまで待機療法を行い、そのうえで胎児を可及的速やかに子宮内環境より救出する」、ことをあく迄も原則としている。