

妊娠中期の前期破水の母児管理

北里大学産婦人科 島田信宏, 新井正夫
西島正博, 巽英樹
吉田耕太郎, 源田辰雄
浅井仁司

目 的

妊娠中期の前期破水症例の母児管理は児の成熟、母児の感染の問題から、施設によって大変異なっている。妊娠各期の細菌に対する羊水の抗菌性について検討し、CRP検査などの結果から特に、妊娠中期の前期破水の管理図式の作製を試みた。

対象・方法

抗菌性に対しては、妊娠18~22週の羊水27例、28~33週の羊水14例、35、36週の羊水3例、37週以降の羊水37例を対象にした。Escherichia coli ATCC 28922を 3×10^8 に調整し 10^4 に希釈し、0.45 μ フィルターを通した羊水と1:9の割合で混合し、そのうち0.1 mlをTrypticase Soda Brothに0時間、6時間、24時間と接種し、37°Cで24時間インキュベート後に菌数を算定した。判定は24時間後に接種したものに細菌が認められないものを殺菌的、明らかに2 order以内に増菌が抑えられたものを静菌的、2 order付近のものを比較的静菌的、2 orderを明らかに逸脱するものを抗菌性なしとした。

管理については、昭和55年から60年までの妊娠35週までの前期破水症例158例について検討した。

結 果

〔抗菌性について(図1)〕

妊娠18~22週の羊水においては全例抗菌作用は認められなかったが、コントロールとして用いたTrypticase Soda プイオンに匹敵すると増菌度は低い傾向にあった。

妊娠28~33週の羊水においてはやはりコントロールよりは増菌度は低いものの抗菌作用は認められなかった。

妊娠35~36週の羊水においては2例が静菌的作用を示した。

妊娠37週以降の羊水においては、静菌的7例、比較的静菌7例あり、両者は全体の約52%を占めていた。また、抗生物質投与例(ラミナリアなどの前処置後、予防的に母体に投与されたものが主で、他は前期破水症例の母体への投与例)は、全例菌の発育を抑えた。37週以降になると有意に抗菌作用は増加するが妊娠30週付近までは抗菌作用は認められなかった。

〔管理について〕

前期破水症例158例は、総分娩数の約2%にあたり、35週までの早産の29%に相当した。RDSの頻度は19例(12%)にみられたが妊娠32週をすぎると有意に低下し、妊娠32週以降の症例はすべて破水一分娩時間が24時間未満であった。

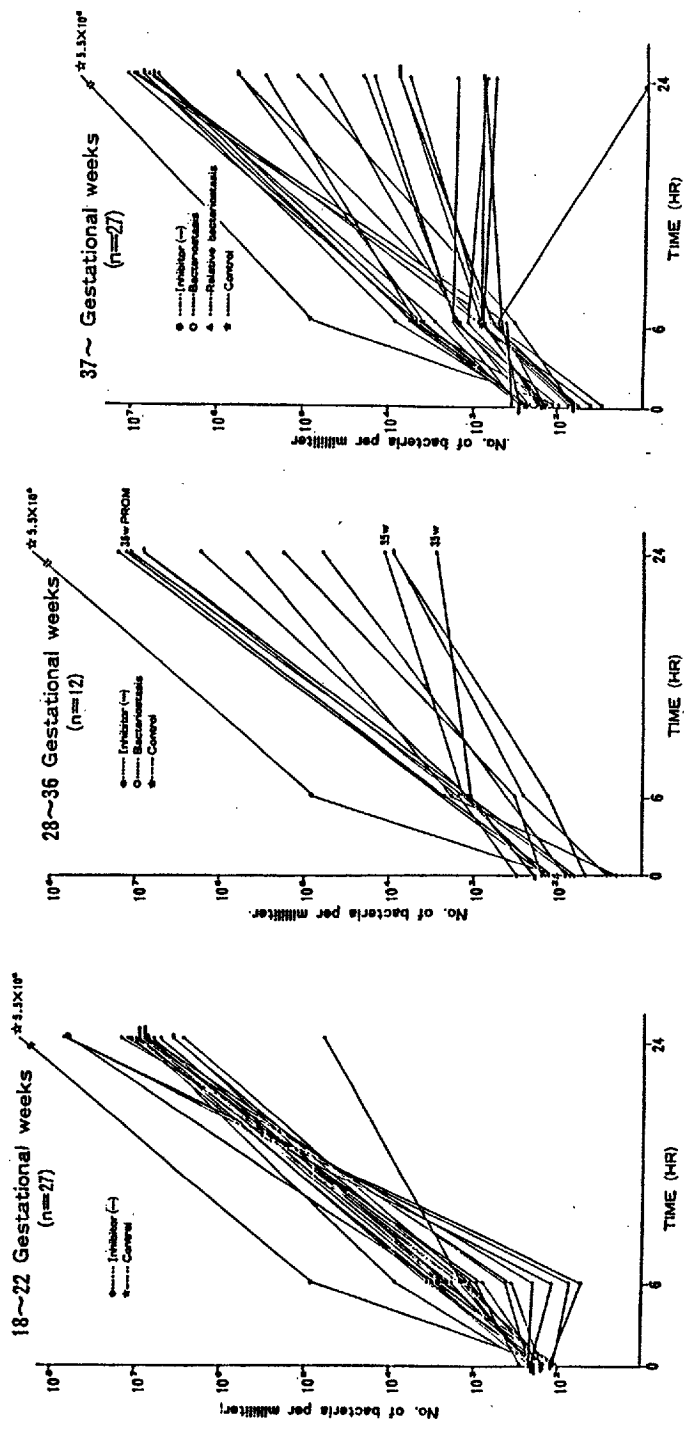
肺成熟促進を目的とした副腎ステロイド投与効果を破水後48時間以上の症例で検討してみると有意差はないものの投与群では、RDS発生が少ない傾向にあり、特に28~31週ではこの傾向がより強く、破水自体の効果も考えられるがこの時期での有効性が示唆された。またステロイド使用による羊水感染の有意な増加はみられなかった。羊水感染の診断は困難であるが、Gibbsらのクライテリアを用い検討すると約40%にみられ、破水後48時間以降に有意にみられた。羊水感染の早期発見にCRP検査が有用であることがEvansらにより報告されているが、当科で施行された症例のみについてみると、sensitivity 92%, specificity 100%と信頼性の高い結果が得られた。現在Romen、西田らの提唱するCRP定量法も利用しているが、臨床所見よりも早期に鋭敏に変化する傾向が認められた。早期新生児死亡は11例

(7%)で、妊娠28週未満が大半を占め、34週の死亡例は破水直後の臍帯脱出の転送例であった。分娩様式別の予後では新生児死亡頻度に差がなく、これは重症仮死出生頻度でも同様であった。妊娠週数別の分娩タイミングでは、32週以前には重症感染等により娩出を余儀なくされた例が多く、また陣痛抑制が不可能な症例には羊水感染の合併頻度が高かった。32週以降では、肺成熟確認後の積極的娩出などにより予後は良好であった。新生児死亡の誘因には、妊娠28週未満、重症仮死出生、児体重1500g未満、破水後48時間以上の因子が特に関与しており、羊水感染、RDSとの関連は少なかった。妊娠週数以外では、特に重症仮死出生と関係が強く、重症仮死を発生させる要因では、児体重、妊娠週数、遷延破水、娩出のタイミング、羊水感染の順で関係が得られた。

考 察

羊水の抗菌作用は、妊娠中期には期待できず羊水感染は容易におこりうる。しかし、有効な抗生物質投与は、児の成熟を期する意味で胎内生活を延長させる必要のある場合は、安全に管理できるものと考えられた。

前期破水症例、特に妊娠中期の場合の新生児予後を改善するためには、妊娠28週未満においては問題が多いが、28週以降においてはCRP定量法などによる感染徴候の早期予知、種々の検査による胎児異常の早期発見、適切な分娩時期の決定と安全分娩対策により予後改善の余地があり、近年報告されているFetal biophysical scoreなども有用と考えられる。管理図式(図2)としては、妊娠32週以降では肺成熟が確認されれば積極的娩出の方針とし、肺成熟がないか不明のものでは妊娠32、33週にかぎり、ステロイドを投与し、投与後24~47時間の比較的早期の娩出も良いと思われる。妊娠28週未満では予後不良で確立した管理は立てられないが、抗生物質投与の上、感染などに注意しつつ管理し、胎内生活の延長を期待するが、感染徴候が認められたなら早期娩出とする。妊娠28~31週では積極的にステロイドを投与し、抗生物質投与下に、必要であればTocolysisを加え管理し、肺成熟または感染徴候がみられたなら早期娩出が望ましい。分娩様式は、骨盤位の2000g未満、頭位の1500g未満は、帝王切開が選択されるのが現時点ではのぞましい。



☒ 1.

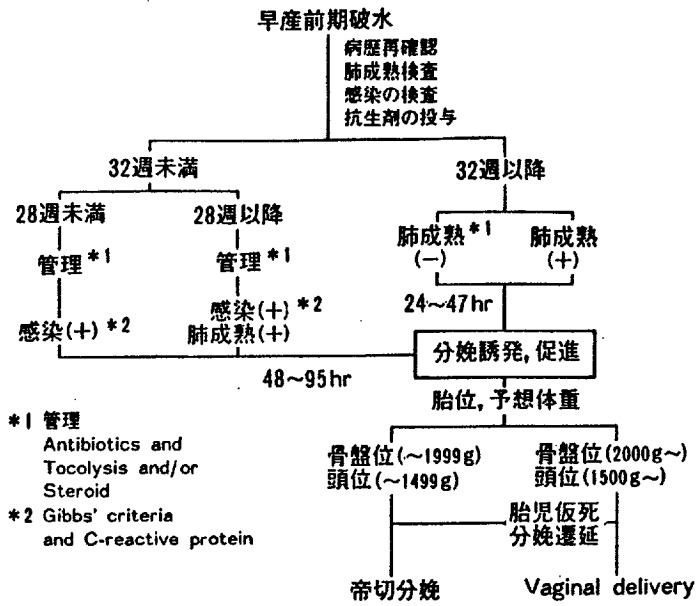


図 2.

↓ **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

妊娠中期の前期破水症例の母児管理は児の成熟,母児の感染の問題から,施設によって大変異なっている。妊娠各期の細菌に対する羊水の抗菌性について検討し,CRP 検査などの結果から特に,妊娠中期の前期破水の管理図式の作製を試みた。