

**CONTENTS**

**B. 問診と診療**

1. 産婦人科の問診方法および医療面接 .....(617)  
 亀田メディカルセンター部長 清水 幸子

**D. 産科疾患の診断・治療・管理**

**8. 合併症妊娠の管理と治療**

- 8) 感染症合併妊娠 .....(625)  
 9) 呼吸器疾患合併妊娠 .....(627)  
 10) 消化器疾患合併妊娠 .....(627)  
 11) 精神・神経疾患合併妊娠 .....(629)

獨協医科大学教授 渡辺 博  
 獨協医科大学講師 大島 教子  
 獨協医科大学教授 稲葉 憲之

**13. 産褥異常の管理と治療**

- 1) 子宮復古不全 .....(632)  
 2) 乳汁うっ滞 .....(634)  
 3) 乳汁分泌不全・乳汁分泌促進法 .....(635)

金沢医科大学教授 牧野田 知  
 金沢医科大学講師 富澤 英樹

**E. 婦人科疾患の診断・治療・管理**

**8. 腫瘍と類腫瘍**

4) 卵巣・卵管の腫瘍・類腫瘍

- (3) 卵巣悪性腫瘍の化学療法 .....(637)

東京慈恵会医科大学教授 落合 和徳

**9.**

- 9) 小児・思春期婦人科(小児・思春期学校保健) .....(643)  
 愛育病院部長 安達 知子

- 11) 月経前症候群 .....(657)

昭和大学准教授 長塚 正晃

**10.**

- 5) 卵巣癌の手術 .....(664)

岩手医科大学教授 杉山 徹

**1月号(予告)**

**E. 婦人科疾患の診断・治療・管理**

**3. 内分泌疾患**

- (4) 早期卵巣不全, (5) 副腎性器症候群,

- (6) 甲状腺疾患に伴う月経異常

**11. 乳がん検診**

楢原 久司  
 鎌田 正晴

## B. 問診と診療

### 1. 産婦人科の問診方法および医療面接

#### How to Take Medical History of the Patient with Gynecologic and Obstetric Complaints

##### 1) 問診(医療面接)

医療面接という言葉がよく使われるようになった。今までの問診と何が違うのか。問診とは医師側から質問することがメインであり、医療者中心の医師—患者関係を想定するものであった。近年、患者中心の医師—患者関係が求められるようになり、問いたずらではなく、対面して会話をを行うということで、面接という言葉が用いられるようになった。

医療面接の意義は、診断の手がかりを得るための情報収集のみならず、そこで行われた会話を通して良好な医師—患者間のコミュニケーションを築く出発点となる。まず、会話をすることが大切という考え方である。

そのためには、質問するときだけでなく、聴くときにも患者さんと適切なアイコンタクトを保ち、うなずきやあいづちを適切に使って積極的な傾聴を心がけるなど、人間としてのコミュニケーションスキルの習得が必要となる。電子カルテの導入が進み、コンピュータばかりみていて、ちっとも患者側を向かないような状況では、患者の不安に配慮するどころか、こちらの話をちっとも聞いてくれない。親身でないなど不満を持たれる場合すらあることは想像に難くない。

具体的には、導入部分で言えば、明確な発音で呼び入れることを心がけ、「次の方どうぞ」など、あいまいな表現は避ける。同じ目の高さで患者さんに対して挨拶をし、自己紹介をする。患者確認のため、患者さんの名前をフルネームで確認する。患者さんに名乗ってもらう場合は、確認のためにという目的を告げる。また、面接を行うことの手前を告げる。症状が強い場合は面接が可能かどうか患者さん自身に確認し、可能な場合でも楽な姿勢で面接が行えるように配慮する。などである。ときには諸先輩方を参考にしつつ、ときには反面教師にして、自分がもしこの患者の立場だったらと、想像力を働かせて面接を行うことが必要である。

医療者の態度や言葉遣いも大切だが、信頼を得るためには、その患者にとって最も適切な対応を選択することも重要であろう。

初めて産婦人科を受診する女性はもちろんのこと、妊娠分娩の既往があって産婦人科受診歴がある場合でも、大部分の患者は不安がいっぱいの状態で産婦人科を訪れる。医療面接は、患者の状況を把握する第一歩であると同時に、すでに治療の第一歩である。清潔で明るい笑顔、患者の目線を理解したうえでの的確な対応、守秘義務の徹底、安心感を与える態度などが、患者に信頼感を与え、その後の診断・治療に対する患者と医療者とのより良いコミュニケーションを築くのである。

##### 2) 質の高い診療の基本となる問診・病歴の取り方

診療の合理的な継続、チーム医療の円滑な遂行、診療情報の開示と透明性などの信頼性のある質の高い医療の基盤として、近年とみに診療録の重要性が注目され、わかりやすく

信頼性のある診療録作成のために、POMR(problem-oriented medical records)、SOAP(subjective, objective, assessment, plan)など標準的記載様式が推奨されている。わかりやすく信頼性のある診療録を作成することは、科学的思考のプロセスによって診療そのもののやり方や考え方を学ぶこととなるが、その基本はまずは系統的そして重点的な問診・病歴の取り方であろう。

診断・治療という診療のプロセスのまず第一歩である問診・病歴の取り方がスムーズにそして的確に行われなければ、決して質の高い診療には繋がらない。患者と医師の間のコミュニケーションの出発点である問診(医療面接)は、患者からの情報収集の内容を左右するばかりか、その後の検査や治療に対する患者の理解と協力を得るための必要不可欠な第一歩である。

「いかがされましたか」を英語では「What can I do for you?」とも表現するように、人間としてのコミュニケーションスキルを磨き、常に患者サイドの心理や心の機微、プライバシーに配慮して、誠実でやさしい態度や会話で、患者の不安を取り除くように配慮しながら、医療従事者としてのプロ意識を持って、患者の訴えをよく聴き、必要と考える事柄を確認したり尋ねたりしながら医療面接を行っていく。特に産婦人科を受診することをためらう女性は多く、患者の不安と緊張を理解したうえで医療面接にあたらなければ、その後の診察にも支障をきたす場合がある。また、産婦人科を受診する患者の症状によっては羞恥心からうまく言葉で表現できないことも多いので、待ち時間にあらかじめ外来問診票を記載してもらい、その内容を確認しながら医療面接を進めていくことは有用である。近年増加している諸外国出身の女性患者には、あらかじめ英文等の問診票を作成しておいて活用すると円滑に医療面接が行える。

### 3) 産婦人科における問診・病歴の取り方

女性の健康は女性ホルモンの分泌と密接に関係し、月経のある女性の身体が1カ月のうちにまるで月の満ち欠けのように周期的に変動するだけではなく、女性の一生それ自体が幼児期から思春期、性成熟期、更年期そして老年期というダイナミックなホルモン分泌の変動に伴って形成され、それぞれのライフステージに応じた疾患がある。それぞれのライフステージでの女性特有の生理機能、形態的ならびに精神的特徴を踏まえていくことが産婦人科における問診・病歴の取り方での重要な点である。

#### (1) 主訴および現病歴

主訴(chief complaints)とは、患者が医療機関を訪れようとした直接の理由で、一般には患者の愁訴(自覚症状；symptoms)や身体所見(他覚症状；signs)が主訴になる。

現病歴(history of present illness)は、患者の主訴が、いつ、どのようにして始まり、現在はどのような状態なのかという、病気の発症と時間的経過である。主訴は1つだけとは限らないが、最も重要なものは何なのかをよく判断し、現病歴を詳しく聞きながら、科学的思考プロセスを組み立てていき、必要な内容を補足、確認していく。婦人科受診の主訴で頻度が高い不正出血などの場合、以下に述べる月経歴の問診のごとく、患者自身が月経なのか不正出血なのか解らなかったり、反対に思い込んでいたりする場合や、性器出血なのかそれとも肛門や泌尿器系からの出血なのか患者本人では判断できていない場合も多い。産婦人科医師は、患者の訴えから適切な疾患を思い浮かべながら医療面接を行っていくが、患者の思い違いや表現の不備も十分に念頭において、系統的な問診を心がけるべきであろう。

また、思春期女子を対象とした場合、本人からのみでは十分に聴取されない場合も多く、家族より生活環境から生後の発育状況に至るまで詳しく聞くことが大切である。しかし、家族からの間接的情報は必ずしも客観的なものではなく、かなり修飾されたものであるこ

とを考慮にいれなくてはならない。年長の女子で自分から婦人科的症状などを説明できても、本人の言葉をささぎって母親のみが話す場合もある。特に妊娠や性感染症(STD; Sexually transmitted disease)との関連性が考えられるような例では、家族同伴ではなく本人のみから聴取することにより事実が明らかになる場合が多い。いずれにせよ思春期の女子は感受性も高くまた精神的にも不安定な時期であり、受診は患者および家族の不安を和らげ、症状のみならずその背景にある状況をも把握するよう心がけ丁寧な問診を行うことが特に重要であろう。

## (2) 月経歴

月経に関する問診は産婦人科において大変に重要な項目であり、必ずかつ詳細に聴く必要がある。初経年齢、閉経年齢、最終月経、月経周期、持続期間、経血量(凝血の有無)、不正出血の有無、月経困難症状の有無は必須項目である。ここで気をつける点は、女性だから月経についての正しい知識をすべての人が持っているとは限らないという点である。

まず月経周期の正しい計算方法を知らない女性も実際は多い。月経は性周期を有する女性にとっては、体の大切なバロメーターでありながら、体のリズムを正しく把握していない女性も結構いることを医療サイドとしては、その意識の中にとめておくことが必要である。

事前の問診票で月経周期が21日型と記載している場合、頻発月経かと考えて確認してみると、月経終了後から出血のない期間だけ計算していることもままある。最終月経が1月27日でありその前が1月1日からなら26日型の正常月経周期であっても「月経不順で、月に2回月経があるが…」と表現してくる場合なども実際の日常診療ではよくみかけることである。場合によっては「月経周期とは、月経が始まった日から数えて、次の月経開始前日までの日数で計算し、正常月経周期は25~38日ですから、月経期間が5日間あれば出血のない21日間を合わせて21+5=26で、月経周期は26日型で正常です。」というように確認しながら問診を行い、女性自身の今後の意識の向上を促すのも産婦人科医の大切な役割であろう。

月経については、少なくとも2カ月前までさかのぼって確認し、その内容も「いつもの月経と比べて、持続期間、量や色、痛みの状態などが異なっていたか」などを聴取することは極めて重要である。

また、45~55歳の更年期時期の女性では、月経なのか、閉経後の不正出血なのかなど自分自身では判断できないことがままあるので注意深く上手に聞き出すことが必要である。

## (3) 結婚・妊娠および分娩歴について

結婚年齢、離婚、再婚歴、性経験の有無、妊娠・分娩歴、人工流産歴などの問診は、産婦人科にとっては、他科以上に疾患の想定や内診などの産婦人科的診察方法の選択のために重要な項目である。性成熟期にある女性で性経験があれば、妊娠の可能性や妊娠に関する疾患、STDなどを常に意識して医療面接や診察を行うこととなる。

また、産婦人科診療にとっては、ごく日常的に行われる内診ではあるが、その前に十分なインフォームド・コンセントが必要であり、内診は患者の同意なしに行ってはならない。

月経不順などの主訴で来院した思春期や性交経験のない女性の場合は、性急に診察をスタートさせることなく、問診で十分にコミュニケーションをとって後、腹部エコーや内診・直腸診が必要であれば、どうしてそれらの診察や検査が必要なのかを納得してもらった後に行うべきである。問診での良好なコミュニケーションがないままに内診を受けさせられ、その時の経験がトラウマとなって、その後重大な問題点が新たに発生しても産婦人科受診をためらい受診の時期を遅らせてしまうケースもある。反対に、問診からスタートした患者と医師のコミュニケーションがうまくいけば、的確な診断・加療が行われ、その結果、

Pre-consultation Interview Sheet  
Obstetrics/Gynecology

(1) Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ cm Weight: \_\_\_\_\_ kg

(2) What is your problem?

1. Stomachache (Cramps)
2. I was told I have hysteromyoma (uterine fibroids).
3. I want to have an advice about contraception.
4. Vaginal bleeding
5. Vaginal itching or pain (Please circle either.)
6. Menopausal symptoms (insomnia, stiff shoulders, hot flashes, nervousness, vaginal dryness)
7. Cancer checkup
8. To know if I am pregnant or not.

In case of pregnancy, I wish to deliver / have abortion. (Please circle either.)

9. Pain on my lower back
10. I was told my ovary is swollen.
11. Irregular menstruation
12. Vaginal discharge
13. Infertility
14. Regular postoperative checkup
15. I want to have a reference letter to deliver in my home country.
16. Other \_\_\_\_\_

(3) Regarding your menstruation:

1. How old were you when you had your first period? \_\_\_\_\_
2. Those who have had menopause:  
How old were you when you had your last period? \_\_\_\_\_
3. Most recent menstruation started on \_\_\_\_\_ (yy) \_\_\_\_\_ (mm) \_\_\_\_\_ (dd) and lasted for \_\_\_\_\_ days.  
Previous menstruation started on \_\_\_\_\_ (yy) \_\_\_\_\_ (mm) \_\_\_\_\_ (dd) and lasted for \_\_\_\_\_ days.
4. Menstrual cycle (From the first day until the first day of the next period)  
Approximately \_\_\_\_\_ days in average  
When long: \_\_\_\_\_ days. When short: \_\_\_\_\_ days.
5. How long does it last? For \_\_\_\_\_ days
6. Menstrual blood loss: Little / Ordinary / Much (with blood clots)
7. Do you have any difficulties at menstruation (cramps, etc.)? Yes No

(4) Have you ever had sexual intercourse? Yes No

(5) Are you married? Yes → since when I was \_\_\_\_\_ years old. No

Divorced → When? \_\_\_\_\_ (yy) \_\_\_\_\_ (mm)

(6) How many times have you been pregnant? \_\_\_\_\_

Among them, how many times have you delivered, miscarried or had abortions?

Delivery \_\_\_\_\_ Miscarriage \_\_\_\_\_ Abortion \_\_\_\_\_

Please leave this paper in the basket on the table and wait until your name is called.  
Thank you.

# 産婦人科問診票

これは私どもが皆さまの診療をより良いものにするために大変参考になります。診療時には主治医が再度詳しくお話を伺いますが、待ち時間などをご利用になって、ご自分で大切と思われるところに、おわかりになる範囲でご記入くださればありがたく存じます。

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢(満) \_\_\_\_\_ 歳 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1) 今日は何のようなことでおいでになりましたか。(あてはまる項目に○をつけて下さい)

- |                           |                   |              |
|---------------------------|-------------------|--------------|
| 1. おなかが痛い                 | 7. 癌検診            | 11. 月経不順     |
| 2. 子宮筋腫といわれた              | 8. 妊娠しているかどうか     | 12. おりものが多い  |
| 3. 避妊の相談                  | *妊娠の場合(分娩希望・中絶希望) | 13. 子供ができない  |
| 4. 出血があった                 | 9. 腰が痛い           | 14. 手術後の定期検診 |
| 5. 陰部が(かゆい・痛い)            | 10. 卵巣がはれているといわれた | 15. 里帰り出産    |
| 6. 更年期障害(不眠・肩こり・のぼせ・いろいろ) |                   | 16. その他 ( )  |

2) いつ頃からお気づきになりましたか。

(      日前,      月前,      年前)

3) 月経について

- (1) 初めての月経は \_\_\_\_\_ 歳
- (2) 月経周期 — 月経が始まった日から次の月経が始まるまで  
 順調・ほぼ順調 (      日間)  
 不順 (短い時      日間, 長い時      日間)
- (3) 月経期間 — 月経が始まった日から終わるまで (      日間)
- (4) 月経の量は      多い・普通・少ない
- (5) 月経に伴って以下の症状がありますか      頭痛・下腹部痛・腰痛・その他(      )
- (6) 最近の月経は      年      月      日より      日間
- (7) その前の月経は      年      月      日より      日間
- (8) 閉経の年齢は      歳

4) 結婚・妊娠について

- (1) 結婚していますか      はい(当時      歳)・いいえ
- (2) 離婚なさいましたか      はい(当時      歳)・いいえ
- (3) セックスの経験はありますか      はい・いいえ
- (4) 妊娠されたことがありますか      はい・いいえ
- |   |   |            |    |       |    |
|---|---|------------|----|-------|----|
| ① | 歳 | (中絶・流産・分娩) | ヶ月 | (男・女) | g) |
| ② | 歳 | (中絶・流産・分娩) | ヶ月 | (男・女) | g) |
| ③ | 歳 | (中絶・流産・分娩) | ヶ月 | (男・女) | g) |

**裏面もご記入ください**

5) 他の病院で診てもらったことがありますか。 ある ない

●「ある」の場合、その病院でどのような説明を受けましたか。

.....  
.....  
..... ( 病院 科)

6) 現在、何か薬を飲んでいらっしゃいますか。 いる いない

●「いる」の場合、薬の名前がわかりますか。

.....  
.....  
.....

7) これまでに薬などでアレルギー等の副作用を経験したことがありますか。 ある ・ ない

●「ある」の場合、どのような症状でしたか。

.....  
.....  
.....

8) 今までに大きな病気をしたことや、手術を受けたことがありますか。 ある ない

●「ある」の場合、いつ頃どんな病気や手術でしたか。

.....  
.....  
.....

9) ご家族やご親戚で、次のような病気にかかったことのある方がいらっしゃいますか。  
それはどなたですか。

心臓病( ) 糖尿病( ) 高血圧( ) 脳卒中( )  
結核( ) 喘息・アレルギー( ) 癌( ) その他( )

10) お酒を飲みますか。 はい ・ いいえ ・ やめた ( 年前)

●「はい」の場合……\*( ) 年前から飲んでいる

\*最近、平均して一日(ビール・日本酒・ウイスキー)を  
( ) 本・合・杯ほど飲んでいる。

11) 煙草は吸いますか。 はい ・ いいえ ・ やめた ( 年前)

●「はい」の場合……\*( ) 年前から吸っている

\*最近、平均して一日( ) 本吸っている。

**(別表) 医療面接においてとくに重要な事項**

- 1) 最初に自己紹介をしたか。
- 2) 最初に、これから何の話をするか説明したか。
- 3) 医師らしい態度で説明したか。
- 4) アイコンタクトを保ちながら説明したか。
- 5) 理解しやすいような言葉を選んで説明したか。
- 6) 疾患についての説明と診断の告知は適切であったか。
- 7) 検査データや病態の説明は適切であったか。
- 8) 治療法の選択ならびに治療計画の説明は適切であったか。
- 9) 患者に対する思いやりの態度が示されたか。
- 10) 全体として必要かつ十分な説明であったか。
- 11) 話の内容が良くわかるかどうか尋ねたか。
- 12) 患者または家族の質問に対して適切に答えていたか。
- 13) 患者および家族の意見を十分に聞く態度をとっていたか。
- 14) 患者および家族の立場を尊重する態度をとっていたか。
- 15) 説明した後に同意を求めるような配慮は十分であったか。

今回の主訴が解決した後も「女性のライフパートナーとしての産婦人科」として、婦人科検診などの必要性が女性患者に認識されることとなろう。

既往妊娠・分娩歴は、産婦人科の問診として、各年代の女性に必要なが、特に性成熟期の女性の今回の妊娠・分娩が対象となる場合や不妊症の主訴の場合は、詳細に聴取する必要がある。正常妊娠・分娩であったのか、子宮外妊娠や流産の既往はどうか、帝王切開術や他の産科的処置が行われたのか、出生時の児の性別や体重、状態をも知っておく必要がある。また、ケースによっては、初診時の問診の際に夫や本人あるいは夫の親族がその妊娠・分娩既往歴に関してどこまで知っているかを確認しておく必要がある。

**(4) 既往歴とくに手術歴**

既往歴(past history)は、出生してから現在まで、患者がどのような疾患に罹患したことがあるかの医療面接で、患者の健康状態の歴史である。主訴や考えられる疾患によっては、患者の出生時の状況や幼児期の健康状態まで確認が必要なこともある。一般的には過去に罹患したり現在加療中の疾患は詳細に聴取し、特に高血圧、糖尿病、心疾患、腎臓病、肝臓病などの慢性疾患では、いつ頃からどこの医療機関でどのような治療を受けているのか、薬物治療を受けている場合はその処方内容を確認する。特に手術歴は産婦人科以外の手術歴でも、いつ何の病気に対してどこの医療機関でどのような手術を受けたのかをできるだけ詳しく聴取する。乳癌などの悪性腫瘍疾患の既往などは、現在の状況や後療法の有無などにも特に注意する。アレルギーの有無、輸血や血液凝固因子製剤の投与の既往なども重要である。また、喫煙や飲酒の有無等の嗜好品の状況を聴取する。これらは、外来問診票の記載を活用して、系統的にすすめることが有用である。

**(5) 家族歴**

家族歴(family history)は、家族や親族について、現存していればその健康状態、もしなんらかの疾患に罹患していればその病名、死亡している場合はその死因などを聴取し、特に家系内の高血圧、糖尿病、遺伝性疾患、肝炎ウイルス・キャリア、アレルギー性疾患、悪性腫瘍などに注意する。また、患者の年齢や疾患によっては、患者の今後の検査や治療の方針について医療サイドとのキーパーソンを確認しておくことも必要であろう。

**最後に**

医療面接においてとくに重要な事項を別表に示す。医療面接の自己研鑽ならびに指導に



お役立ていただければ幸いです。

《参考文献》

1. 酒巻哲夫, 安部好文編. 診療録の記載の仕方とプレゼンテーションのコツ. 基礎臨床技能シリーズ2. 東京: メディカルビュー社, 2004; 46—58
2. 橋本信也. 外来患者の問診から診断まで. 産婦人科治療 2000; 80: 1—7
3. 舘野政也. 産婦人科外来患者診療時の心得. 産婦人科治療 2000; 80: 13—15  
〈清水 幸子\*〉

---

\*Yukiko SHIMIZU

\**Department of Obstetrics and Gynecology, Kameda Medical Center, Chiba*

**Key words**: Chief complaints · History of present illness · Past history · Family history · Problem-oriented Medical Records (POMR)

## D. 産科疾患の診断・治療・管理

### Diagnosis, Therapy and Management of Obstetrics Disease

## 8. 合併症妊娠の管理と治療

### Management and Treatment of Pregnancy with Medical and Surgical Complications

#### 8) 感染症合併妊娠

妊婦の感染症では、胎児・新生児への影響を考慮しなければならない。母子感染の感染経路は胎内感染、産道感染、母乳感染が主である。その病原体は細菌、真菌、ウイルス、原虫と多岐にわたり(表 D-8-8)-1)<sup>1)</sup>、症状もさまざまである。近年分子生物学的手法を用いた胎内診断の方法も確立されつつあるが、現在のところ予防・治療が不可能な母子感染も多い。産科感染症のうち、STD・HIV、B型肝炎・C型肝炎、TORCH症候群、ATLについては他稿に譲り、B群溶連菌、パルボウイルス、水痘、麻疹の感染について述べる。

##### (1) B群溶連菌(group B streptococcus, GBS)

B群溶連菌(GBS)は妊婦の直腸・膣から10~30%の頻度で検出される。GBSは健康成人には病原性をほとんど示さないが、新生児、高齢者、免疫能低下者などには重篤な感染症状を引き起こす。GBSは分娩時の経産道感染により感染する場合と、出生後水平感染で感染する場合がある。発症時期から早発型(early onset type, 生後7日未満)と遅発型(late onset type, 7日以降)に分けられる。早発型は生後6時間以内の発症が約半数を占めており、児死亡や重篤な後遺症の原因となることが多く、保菌妊婦からの垂直感染予防が重要である。産婦人科診療ガイドライン産科編2008で示された妊娠33~37週でのスクリーニングによる早発型の発症予防方法を示す(図 D-8-8)-1)<sup>2)</sup>。分娩中の抗生剤投与方法は ampicillin を初回2g 静注、以後4時間ごとに1g 静注である。ペニシリンアレルギーには cephazolin か clindamycin を選択する。原則として妊娠中には除菌を目的とした抗生剤投与は行わない。

##### (2) パルボウイルス B19(伝染性紅斑)

パルボウイルス感染は小児では伝染性紅斑(りんご病)の、妊婦では非免疫性胎児水腫による流死産の原因となる。ウイルスが胎児の赤芽球系細胞に感染し破壊することにより、高度の貧血を生じ胎児水腫が発症する。妊婦のB19抗体保有率は30~40%程度であり、妊娠初期(妊娠20週未満)に母体が感染した場合、約30%に胎内感染が成立し、その1/3(母体感染例の10%程度)が胎児水腫に進行する。妊娠20週以降の感染では胎児水腫となることはないとされている。成人のB19感染では発熱、関節痛など非特異的な症状が強く、典型的な皮疹は出現しないことが多く、臨床症状による診断は難しい。したがって伝染性紅斑患者との接触機会のあった妊婦ではB19-IgM抗体を確認し、最近の感染が疑われた場合には最低週1回超音波検査を実施して、胎児の状態を確認する。胎児水腫が発症するのは感染後2~17週(平均10週)であり、発症した場合には子宮内胎児死亡となる可能性が高いが、自然治癒あるいは積極的な胎児輸血による治癒例も増加している。

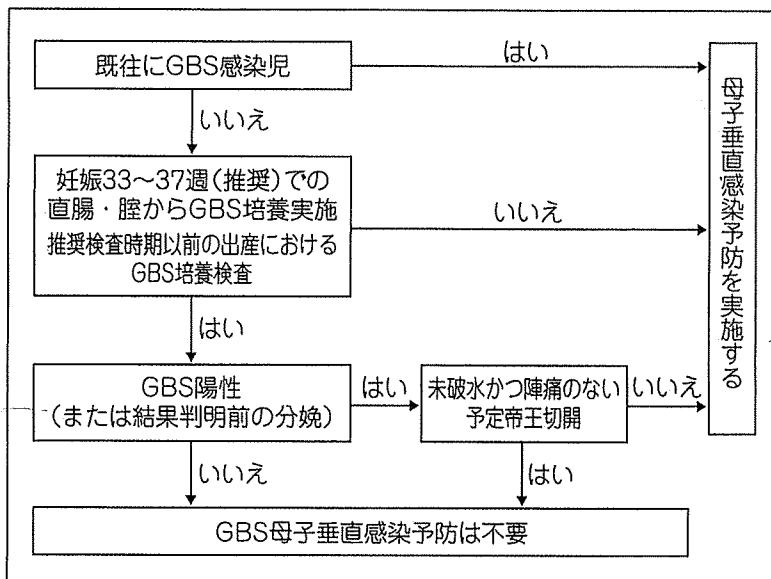
##### (3) 水痘

妊婦が水痘に罹患すると、妊娠初期の感染では先天性水痘症候群(Congenital varicella syndrome, CVS)を、出産前後の感染では新生児水痘を発症する可能性がある。CVSの

(表 D-8-8)-1) わが国で問題となる母子感染症の病原体

1. 原虫	トキソプラズマ, トリコモナス
2. 真菌	カンジダ
3. 細菌	B 群溶連菌(GBS), 結核菌, 淋菌, リステリア菌, クラミジア, 梅毒
4. ウイルス	
DNA ウイルス	1 本鎖: ヒトパルボウイルス B19 2 本鎖: 単純ヘルペスウイルス, サイトメガロウイルス, 水痘-帯状疱疹ウイルス, ヒトヘルペスウイルス-6, B 型肝炎ウイルス, ヒトパピローマウイルス
RNA ウイルス	1 本鎖: ポリオウイルス, コクサッキーウイルス, 風疹ウイルス, ムンプスウイルス, 麻疹ウイルス, A 型肝炎ウイルス, C 型肝炎ウイルス 2 本鎖: ロタウイルス
特殊 RNA ウイルス	ヒト免疫不全ウイルス, ヒト T 細胞白血病ウイルス, インフルエンザウイルス

(新女性大系 11 リプロダクティブヘルス 母子感染, 2001, 257-272 稲葉憲之ほか より改変)



(図 D-8-8)-1) GBS の取り扱い(産婦人科診療ガイドライン産科編 2008)<sup>2)</sup>より改変)

発症率は妊娠20週以前の初感染で2%未満, 妊娠21週以降の初感染と妊娠中の帯状疱疹からは発症しない。分娩の4日前から2日後までの期間に母親が水痘を発症した場合, 重篤な新生児水痘を発症する可能性がある。したがって妊婦が水痘患者に接触した場合, ただちに血中水痘抗体価を測定する。ELASA 法で IgG 抗体陰性の場合には, 発症予防として抗水痘ウイルス抗体価の高い免疫グロブリンを投与することも考慮する。水痘を発症した妊婦は入院隔離のうえアシクロピルを投与する。妊娠20週以前では CVS の発症頻度とその転帰を説明する。出産直前に発症した場合, 可能であれば発症5日以降に分娩になるようにする。新生児水痘を発症した児には, アシクロピルと免疫グロブリンによる集中治療を行う。未発症の新生児は胎内感染の潜伏期間9~15日の間は母親から隔離して厳重に監視する。

#### (4) 麻疹

妊婦が麻疹に罹患することは稀とされていたが、近年ワクチン接種率の低下などにより、成人麻疹が増加傾向にあり、妊娠中の発症報告も増えている。麻疹の診断は臨床症状の経過によるが、発疹出現後の血中麻疹 IgG、IgM 抗体測定により確定する。麻疹罹患により先天異常が増加することは否定されているが、流早産、胎児死亡の増加が報告されている。麻疹に対する治療は対症療法のみであり、母親の肺炎や二次感染などの合併症対策と、胎児心拍モニタリングや超音波検査による児の well-being の確認が必要である。母親が分娩直前または分娩後に発症したときには、児の先天性麻疹に留意する。先天性麻疹は発疹出現後5日以内に発症することが多く、7日以降の分娩では発症しないとされているため、可能であれば発疹出現後7日以降に分娩を延長させる。新生児の発症予防として  $\gamma$ -グロブリン製剤も使用されている。

### 9) 呼吸器疾患合併妊娠

#### (1) 気管支喘息

わが国の気管支喘息の累積有病率は成人では3.2%(ただし15~30歳では6.2%)であり、近年増加傾向にあり、それとともに喘息合併妊婦は増加している。喘息患者が妊娠すると、症状が悪化するもの、変わらないもの、軽快するものがそれぞれ1/3程度とされている。妊娠前のコントロール不良例は悪化することが多いが、適切に治療されれば胎児・新生児や母親の転帰は良好とされている。

##### 治療方針

非妊時と同様、薬物治療により喘息発作を抑えることが原則である。

##### 薬物治療の基本

吸入ステロイド薬と吸入  $\beta$ 2刺激薬を主体とし、内服のテオフィリン薬、 $\beta$ 2刺激薬、さらに必要であれば経口ならびに点滴でのステロイド薬、抗アレルギー薬であるクロモグリク酸ナトリウムなどを使用する(表 D-8-9)-1)<sup>3)</sup>。

##### 留意すべき産科的治療薬

子宮収縮剤：オキシトシンを選択する。プロスタグランジン系、エルゴタミン系の薬剤は気管支収縮作用で発作誘発の危険性があるため使用しない。

鎮痛剤：非ステロイド系消炎鎮痛剤はアスピリン喘息には禁忌であり、その他の喘息妊婦にも投与は避ける。アセトアミノフェン製剤は使用できる。

#### (2) 肺結核

近年結核患者の増加が指摘されており、妊婦の結核の報告も増加しつつある。全身倦怠感、寝汗、食思不振、咳、発熱などの症状が3週間以上持続する場合や、結核患者との接触、結核好発地域への海外渡航歴、副腎皮質ホルモン使用、HIV 感染など結核のハイリスクと考えられる妊婦に対しては、積極的に胸部 X 線撮影を行い、異常所見が認められれば胸部 CT 写真、ツベルクリン反応を実施する。さらに喀痰・胃液の塗抹・培養・核酸増幅法により抗酸菌が検出された場合には、DNA 検査により結核菌の同定を行う。結核を診断した場合には、ただちに保健所へ届けるとともに治療を開始する。ストレプトマイシン以外の抗結核剤では明らかな胎児毒性や催奇形性は認められず、妊娠中の治療薬として INH+RFP+EB の3剤併用療法が推奨されている。通常結核とその治療のために人工妊娠中絶を行う医学的適応はない。

### 10) 消化器疾患合併妊娠

妊娠すると消化器の解剖学的、機能的変化が生じること、また症状がつわりや切迫流早産と紛らわしいため、妊娠中に発症する消化器疾患の診断は遅れることが少なくない。ま

(表 D-8-9)-1) 妊娠中の喘息患者に使用できると考えられている薬剤と注意点

吸入薬
1. 吸入ステロイド薬 <sup>a)</sup>
2. 吸入 $\beta$ 2 刺激薬 <sup>b)</sup>
3. クロモグリク酸ナトリウム (DSCG)
4. 吸入コリン薬 <sup>c)</sup>
経口薬
1. テオフィリン徐放薬剤
2. 経口 $\beta$ 2 刺激薬
3. 経口ステロイド薬 <sup>d)</sup>
4. ロイコトリエン受容体拮抗薬 <sup>e)</sup> 古い世代の抗アレルギー薬 <sup>e)</sup>
5. 抗ヒスタミン薬 <sup>e)</sup>
注射薬 <sup>f)</sup>
1. ステロイド薬 <sup>d)</sup>
2. アミノフィリン
その他
貼付 $\beta$ 2 刺激薬: ツロプテロール <sup>g)</sup>

<sup>a)</sup> ヒトに対する安全性のエビデンスはブデソニドが最も豊富である。

<sup>b)</sup> 短時間作用性吸入 $\beta$ 2 刺激薬 (SABA) に較べると長時間作用性吸入 $\beta$ 2 刺激薬 (LABA) 安全性に関するエビデンスはまだ少ないが、妊娠中の安全性はほぼ同等と考えられている。

<sup>c)</sup> 長期管理薬として用いた場合の妊娠に対する安全性のエビデンスはなく、発作治療薬としてのみ安全性が認められている。

<sup>d)</sup> プレドニゾン、メチルプレドニゾンは胎盤通過性が低いことが知られている。

<sup>e)</sup> 妊娠中の投与は有益性が上回る場合のみに限定するべきであるが、妊娠を知らずに服用していたとしても危険性は少ないと考えられている。

<sup>f)</sup> エピネフリンの皮下注射はやむを得ないときのみに限られ、一般的に妊婦に対しては避けた方がよいとされている。

<sup>g)</sup> 吸入薬・経口薬に準じて安全と考えられているが、今後のエビデンス集積が必要である。

ニタリングを実施しつつ、嚴重に経過管理を行うとともに、早急に外科的手術を考慮する。妊娠後期では帝王切開を先に実施することも考慮する。

予後: 虫垂穿孔や汎発性腹膜炎を併発すると、流産や母体敗血症などが増加する。

### (3) クローン病

口腔から肛門までの全消化管を侵す慢性炎症性腸疾患。全層性炎症で線維化を伴う肉芽腫性炎症。消化器以外(特に皮膚)にも転移性病変を来すことがある。

好発年齢: 10歳代後半から20歳代に多い。女性では15~19歳に発病のピークがある。

た消化器疾患合併患者の妊娠中の対応も重要である。

### (1) 消化性潰瘍(胃・十二指腸潰瘍)

頻度: 稀, 妊娠中に既存の潰瘍は80%軽快するが, 産褥には再発する。

原因: *Helicobacter pylori* 感染, 薬剤性 (NSAIDs) など。

症状: 心窩部痛, 腹部膨満感, 疼痛, 胸焼け, 悪心・嘔吐, 食欲不振, 吐血, 下血など。

診断: 上部消化管内視鏡検査, 消化管穿孔が疑われる場合には胸腹部単純 X 線検査。

治療: 制酸剤, H<sub>2</sub>受容体遮断薬(シメチン・塩酸ラニチジン), プロトンポンプインヒビター。出血・穿孔には手術。

プロスタグランジン製剤(ミソプロストール)は子宮収縮作用があり禁忌。

予後: 多くは投薬で自覚症状が消失する。潰瘍再発歴がある女性では妊娠前の除菌療法も考慮する。

### (2) 急性虫垂炎

頻度: 0.02~0.05% (非妊時と頻度に差はない)。妊娠中に外科的治療を必要とする急性腹症のうち, 最も多い疾患。

症状: 上腹部から右下腹部に移動する腹痛, 発熱, 悪心・嘔吐, 下痢, 便秘など。

診断: 虫垂の位置に最強点をもつ腹膜刺激症状, 筋性防御。妊婦では妊娠子宮の増大に伴い, 虫垂の位置が右外側上方に転位する。また虫垂が妊娠子宮の背側に位置していると腹膜刺激症状や筋性防御は捉えがたくなる。

白血球増多は正常妊娠における生理的増多との鑑別が困難。経時的変化と核の左方移動, 好中球分画の増加(80%以上)。超音波検査で腫大した虫垂や虫垂内糞石の描出が可能な場合もあるが, 確認できない場合には MRI や CT 検査も躊躇しない。

治療: 急性虫垂炎と診断されたら, ペニシリン・セフェム系抗菌薬を投与し胎児心拍モ

妊孕性：影響しないとの報告が多いが、骨盤内臓器の炎症性変化などのため、不妊率が高くなるとの報告もある。

原因：不明、遺伝要因および環境要因の関与が推定されている。

症状：腹痛、発熱、慢性下痢、貧血、関節炎、体重減少など。

診断：X線検査、内視鏡、生検など。

治療：内科的治療、栄養療法を基本として補助的に薬物療法。栄養療法は完全静脈栄養法や成分経腸栄養療法。薬物療法として副腎皮質ステロイド、Sulfasalazine(サラゾピリン®)、Mesalazine(ペンタサ®)、Metronidazole(フラジール®)、免疫抑制薬(イムラン®)など。内科的治療に反応しない場合、手術療法。

予後：クローン病患者が妊娠すると25%が軽快、47%は不変、29%が増悪するとされている。活動期に妊娠した場合には増悪する頻度が高く、妊娠希望であれば1年以上の寛解期を確認して妊娠することを勧める。クローン病合併妊娠では早産、低出生体重児、子宮内胎児発育遅延の頻度が上昇するという報告が多い。

#### (4) 潰瘍性大腸炎

大腸の粘膜および粘膜下層がびまん性、連続性に侵される非特異性炎症性疾患。30歳以下の成人に多く、25～29歳女性に発病のピークがある。

妊孕性：影響しない。

原因：不明、免疫病理学的機序や心理学的要因の関与、遺伝要因および環境要因の関与が推定されている。

症状：慢性の粘液・血便、発熱、貧血、全身倦怠感。

診断：感染性大腸炎を否定。直腸鏡検査、生検。

治療：内科的治療。Sulfasalazine(サラゾピリン®)、Mesalazine(ペンタサ®)、副腎皮質ステロイド。絶飲食、中心静脈栄養、内科的治療に反応せず、中毒性巨大結腸症や穿孔、大量出血を来したり、大腸癌合併例では手術適応。

予後：重症例を除き母児の周産期転帰は良好であるが、クローン病同様寛解期の妊娠を勧める。

## 11) 精神・神経疾患合併妊娠

### (1) てんかん

【妊娠】妊娠前からけいれん発作がコントロールされていれば母児の予後は良好。5～25%で妊娠中に悪化する。計画妊娠が理想であるが、妊娠後に初めて産婦人科を訪れる場合も多い。

【胎児】FDAによる抗てんかん薬、抗精神病薬のカテゴリー分類を示す(表D-8-11)-1)<sup>4)</sup>。抗てんかん薬による催奇形性は、一般人口の4.8%に比べ、父親もしくは母親がてんかんの場合それぞれ8.4%と5.7%、母親服薬群では11.1%とされる。一方、単剤投与での催奇形性は7.9%、2剤で9.2%、3剤では10.1%と増加する。奇形の種類は口唇裂、口蓋裂、心奇形が多く報告されている。抗てんかん薬内服妊婦では葉酸吸収低下による児の神経管欠損症も増加するため、妊娠前から葉酸を補給することが望ましい。

【産褥】一般に母乳哺育は可能である。

【新生児】生後1～3日目に20～66%に withdrawal syndrome をみる。ビタミンK依存性凝固因子の低下による出血傾向をみることがあるため、分娩前に母体へのビタミンK投与(ビタミンK1、20～30mg/日)や、新生児にもビタミンK2シロップの投与を行う。

### (2) 統合失調症

【妊娠】セルフケアができない、陣痛や破水に対して認識できない場合などが問題となる。妊娠中に再燃・増悪した場合は早急に薬物療法を開始する。

(表 D-8-11)-1) 抗てんかん薬・抗精神病薬における妊婦への投与のカテゴリ分類(米国食品医薬品局(FDA)による；文献4より抜粋)

一般名	商品名	FDA のカテゴリー分類
1. 抗てんかん薬		
バルピタール系		
フェノバルピタール	フェノバル	D
メフォバルピタール	プロミナール	D
メタルピタール	ゲモニール	D
プリミドン	マイソリン	D
ヒダントイン系		
フェニトイン	アレピアチン	D
オキサゾリジン系		
トリメタジオン	ミノアレピアチン	D
スルフォンアミド系		
アセタゾラミド	ダイアモックス	C
スキサミド系		
エトスキサミド	ザロンチン	C
ベンゾジアゼピン系		
ジアゼパム	セルシン	D
クロナゼパム	リボトリール	D
イミノスチベン系		
カルバマゼピン	テグレトール	Cm
バルプロ酸	デパケン	D
2. 抗精神病薬		
フェノチアジン系		
クロールプロマジン	ウィンタミン, コントミン	C
チオリダジン	メレルル	C
ペルフェナジン	PZC	C
ブチロフェノン系		
ハロペリドール	セレネース, プロトボン, リントン	Cm
抗不安薬		
アルプラソラム	コンスタン, ソラナックス	Dm
ロラゼパム	ワイパックス	Dm
ジアゼパム	セルシン, ホリゾン	D
抗うつ薬		
選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)		
フルボキサミン	デプロメール	C
パロキセチン	パキシル	D
三環系抗うつ薬		
イミプラミン	トフラニール	D
アミトリプチリン	トリプタノール	D
クロミプラミン	アナフラニール	Cm
アモキサピン	アモキサ	Cm
四環系抗うつ薬		
マプロチリン	ルジオミール	Bm
炭酸リチウム		
炭酸リチウム	リーマス	D
ベンゾジアゼピン系		
	ハルシオン	X
	ドロレプタン	C
	ユーロジン	X

A：比較臨床試験において危険性が示されない。

B：人での危険性を示すエビデンスなし。

C：危険性を除外することができない。

D：危険性の確かな証拠。

X：妊婦への禁忌。

m は製薬会社による分類

【胎児】抗精神病薬、抗うつ薬や抗不安薬と催奇形性の関連は低いが、リチウム服用例にEbstein 奇形の報告がある。

【産褥】再燃のない限り母乳哺育は可能である。

【新生児】発病危険率は一般人口の0.73～0.85%に対し、両親のいずれかが患者の場合10%、両親とも患者の場合30～70%の児が将来統合失調症を発症する。薬剤に胎盤移行性がある場合、錐体外路症状や floppy infant syndrome に注意。

### (3) 筋強直性ジストロフィー

myotonin-protein kinase の CTG 反復配列の増大による常染色体優性遺伝疾患。母親が患者の場合、世代を経るごとに重症化する(表現促進)。

【妊娠】妊娠により筋力低下は悪化する。罹患胎児は、嚥下障害により羊水過多を呈し、切迫流産の原因となる。塩酸リトドリンによる横紋筋融解症が診断のきっかけとなることも少なくない。

【胎児】遺伝子診断による出生前診断も可能ではあるが、遺伝子診断の実施は遺伝カウンセリングが前提となる。

【分娩】帝王切開は産科的適応で行う。微弱陣痛のため、陣痛促進や吸引・鉗子分娩が必要となることも多い。

【新生児】患児(50%)は floppy infant となる。

### 《参考文献》

1. 稲葉憲之, 大島教子, 稲葉不知之, 深澤一雄. 母子感染. 新女性医学大系11リプロダクティブヘルス. 武谷雄二(編), 東京: 中山書店, 2001; 257—272
2. CQ603 B 群溶血性連鎖球菌(GBS)保菌診断と取り扱いは? 産婦人科診療ガイドライン産科編2008. 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会(編), 東京: 日本産科婦人科学会, 2008; 148—149
3. 社団法人日本アレルギー学会喘息ガイドライン専門部会. 喘息予防・管理ガイドライン2006. 東京: 協和企画, 2006; 170
4. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Drugs in pregnancy and lactation: A reference guide to fetal and neonatal risk. -8<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2008

〈渡辺 博\*, 大島 教子\*, 稲葉 憲之\*〉

\*Hiroshi WATANABE, \*Kyoko OSHIMA, \*Noriyuki INABA

\*Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Graduate School, Dokkyo Medical University, Tochigi

**Key words:** Pregnancy complications · Infectious disease · Pulmonary disease · Gastro-intestinal disease · Neurologic complications

**索引語:** 感染症合併妊娠, 呼吸器疾患合併妊娠, 消化器疾患合併妊娠, 精神・神経疾患合併妊娠, 合併症妊娠



## D. 産科疾患の診断・治療・管理

### Diagnosis, Therapy and Management of Obstetrics Disease

## 13. 産褥異常の管理と治療

### Management and Therapy of Puerperal Abnormality

産褥期とは、分娩が終了し妊娠・分娩に伴う母体の生理的変化が非妊時の状態に復するまでの状態をいい、その期間は6～8週間とされている。この時期に認められる異常としては、1) 子宮復古不全、2) 乳汁うっ滞、3) 乳汁分泌不全などがある。

#### 1) 子宮復古不全

妊娠中に内腔が30cm以上になった子宮は、子宮収縮によって胎児および胎児付属物を娩出した後、さらに収縮を続け図D-13-1のように縮小していく。分娩直後に急激に収縮するのは、子宮の胎盤剝離面に生じた多数の血管の断端面を圧迫して止血するというきわめて合目的な生体现象であり、この子宮収縮によって分娩時出血量は500mL以下に押さえられている。分娩翌日には子宮の大きさは若干大きくなるが、その後は順調に収縮を続け、経膈超音波法による検討では、分娩1カ月後にはほぼ非妊時の大きさとなる(図D-13-2)。このような通常の子宮収縮が認められない場合を子宮復古不全(subinvolution of the uterus)という。

##### (1) 原因

子宮復古不全の原因は子宮収縮を妨げる明らかな原因を認める器質性とこれらを認めない機能性の2種類に分類される。

##### ①器質性子宮復古不全

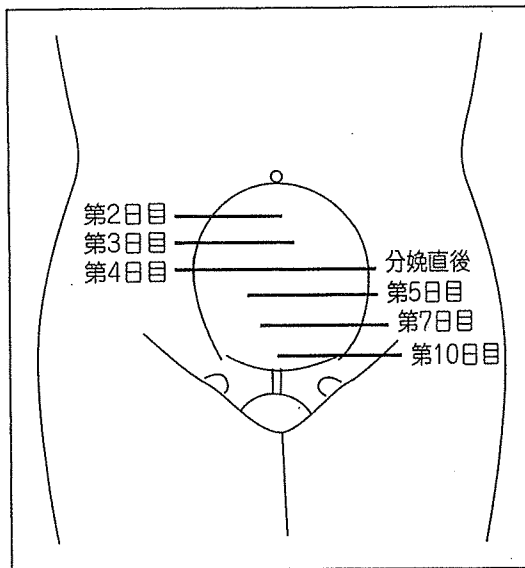
- a. 胎盤や卵膜など胎児付属物の子宮腔内遺残
- b. 悪露の子宮腔内滞留
- c. 子宮筋腫
- d. 子宮内膜炎、子宮筋層炎などの子宮内感染など

##### ②機能性子宮復古不全

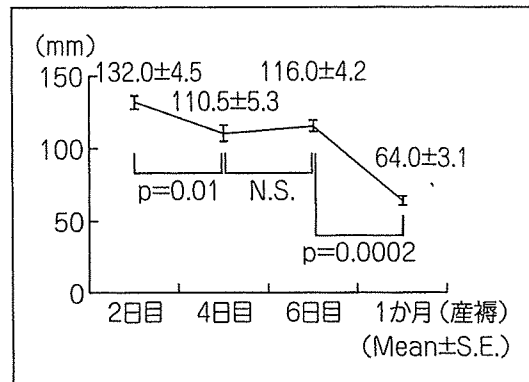
- a. 多胎妊娠、巨大児、羊水過多症などによる子宮筋の過度の伸展による疲労
- b. 微弱陣痛
- c. 塩酸リトドリンなどの子宮収縮抑制薬の長期使用
- d. 授乳をしないこと
- e. 母体疲労
- f. 過度の安静
- g. 膀胱や直腸の慢性的充満など

##### (2) 症状

基本的には産後日数に比較して大きくかつ軟らかい子宮を触れる。子宮収縮が不良であるために止血機構が十分機能せず、また通常分娩後2～3週にはほぼ完成する子宮内膜の再構築が遅れるため悪露の量が多く、かつ血性である期間が長くなる。また、悪露は細菌にとってのいい培地にもなり、子宮内膜炎や子宮筋層炎などの子宮内感染症を併発しやすい。



(図 D-13-1) 産褥期における子宮底長の変化



(図 D-13-2) 分娩後2日～1か月の経腔超音波法による子宮腔長の変化(金沢医大産科婦人科, 2002)

くなる。

(3) 診断

子宮の大きさが図 D-13-1や図 D-13-2に比較して大きく逸脱していれば、きわめて容易である。超音波断層法によって子宮に胎盤や卵膜などの遺残、悪露の滞留、子宮筋腫などを認めれば、原因も診断可能である。悪露の性状により、子宮内膜炎、子宮筋層炎などの子宮内感染の有無も診断できる。

(4) 治療

治療指針(図 D-13-3)としては、まず器質性の子宮復古不全に対しては、可能であるならば原因を取り除くことを第一選択とする。次いで感染徴候の有無によって、抗菌薬の投与を考慮する。これと同時に適宜以下の各種方法を併用する。

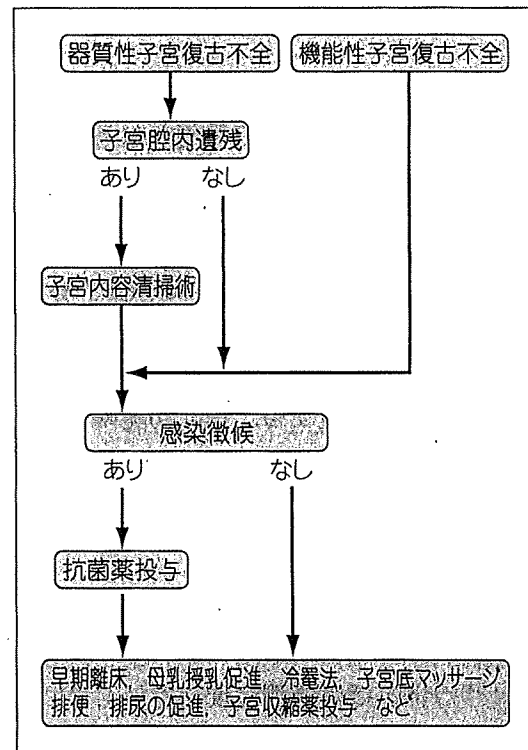
①一般療法

- a. 早期離床(過度の安静回避)
  - b. 母乳授乳促進
  - c. 冷電法
  - d. 子宮底マッサージ
  - e. 排便・排尿の促進
- など

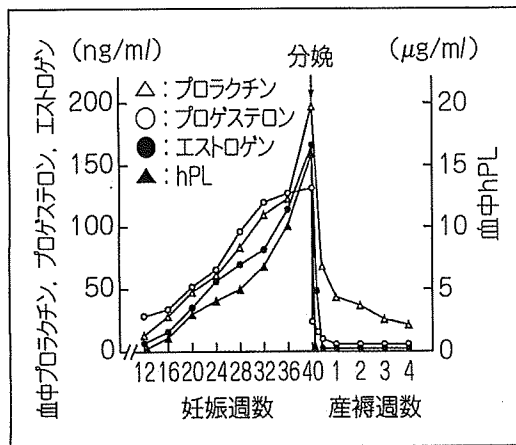
②薬物療法(子宮収縮薬)

- a. 麦角アルカロイド薬

持続的強直性子宮収縮をもたらす、子宮復古不全の子宮収縮薬としては第一選択となる。



(図 D-13-3) 子宮復古不全の基本的治療指針フローチャート



(図 D-13-4) 妊娠・産褥期におけるプロラクチン(基礎値), プロゲステロン, エストロゲン, hPL 値の変動パターン<sup>1)</sup>

が, 哺乳刺激によって拍動性に高値を示し, その値は分娩時以上の値となることもあるが, 産褥日数の経過とともに低値となる。

#### (1) 原因

乳汁分泌の前駆現象として, 分娩後24~48時間ごろに生理的な乳房の腫脹と疼痛を自覚する乳房うっ積が認められる。この現象は乳腺への血流増加によるうっ血や浮腫が原因と考えられる。分娩後3~4日以降になると乳汁分泌が亢進してくるが, 乳頭亀裂や湿疹などによる乳管開口部の閉鎖, 血管およびリンパ管のうっ滞による乳管圧迫, 乳汁分解産物や脱落上皮による乳管の閉塞などで乳汁がうっ滞し, 乳汁の排出不全が原因で乳房圧が上昇するため生ずる。特に初産婦で多く認められる。

#### (2) 症状

うっ滞局所の軽度発赤, 腫脹, 疼痛があり, 微熱を伴ったり, 局所の腫瘤として触知することもある。乳管が開通して乳汁分泌がスムーズに行われるようになると症状は軽快する。

#### (3) 診断

産褥1週間前後に概ね片側性に上記症状を呈すれば, 本症であると診断される。なお, 乳汁うっ滞とほぼ同義な現象としてうっ滞性乳腺炎がある。乳汁中の白血球数の多寡で, 両者を区別する考えもあるが, 真の炎症ではなく産褥期の生理的変化のひとつであるので, あえて区別する必要はない。ただし, うっ滞した状況を放置すると細菌感染を引き起こし, 高熱を伴う化膿性乳腺炎に至ることがあるので, 注意が必要である。乳腺炎におけるうっ滞性と化膿性の比率は約9:1である。

#### (4) 治療

乳汁うっ滞, うっ滞性乳腺炎は生理的現象であり, 分娩後に必発することから, 予防が大切である。妊娠初期からの乳房管理や産後早期からのマッサージが有効であり, 授乳時に清潔を保つことも重要である。授乳前後に薬物入り洗浄綿あるいは, ガーゼ, タオルで乳房・乳頭を清拭し, 乳管開口部の閉塞を予防する。乳管の開口を確認してから積極的に乳頭, 乳房マッサージを行い乳管の開口を促し乳汁を排出する。授乳には積極的に努める必要があり, 授乳を止める必要は全くない。治療としては乳房の安静をはかりながら, 搾乳による乳汁の排出がよい。乳房の緊満, 疼痛が強い場合は, 消炎鎮痛剤を服用し, 冷湿布を併用するとよい。状況によってはプロモクリプチンなどの乳汁分泌抑制薬を用いるこ

b. プロスタグランジン

c. オキシトシン

## 2) 乳汁うっ滞

乳汁の分泌が下垂体ホルモンであるプロラクチンによって促されているのは周知の事実であるが, 妊娠・産褥期を通じての血清中プロラクチン濃度の基礎値は妊娠週数の進行に伴って上昇し, 分娩時をピークとして以後徐々に減少する(図 D-13-4<sup>1)</sup>)。乳汁の分泌は分娩後に本格的に開始するが, この現象は妊娠後期にプロラクチンの作用を抑制していた胎盤から分泌されるエストロゲンやプロゲステロンが胎盤の娩出とともに急激に低下したためによると考えられる。なおプロラクチン濃度の基礎値は上述の通りの変動を示す

(表 D-13-1) 乳汁分泌不全の臨床的診断<sup>2)</sup>

1. 母乳分泌量が産褥4日目以降も100mL以下.
2. 産褥4日目以降も乳房緊満がなく、また、乳汁分泌が開始しない.
3. 授乳後3時間を経過しても乳房緊満がみられない.
4. 20分間以上哺乳しても児が泣いたり、乳頭を離さない.
5. 母乳のみの哺育で生後1週間以上経過しても出生体重に戻らない.
6. 混合栄養で人工乳の割合が多い時.

ともある.

### 3) 乳汁分泌不全・乳汁分泌促進法

母乳は新生児・乳児にとって最も理想的な栄養源であり、ごく特殊な垂直感染の可能性のある疾患をもつ妊婦などを除いては、母乳哺育を積極的に勧めるべきである。ただし、新生児・乳児の正常な発育のためには新生児期1週目後半でも1日あたり300~400gの母乳が必要であり、ときとして十分量の母乳を分泌できない褥婦もいる。このような褥婦に対しては、乳汁分泌を妨げる因子を除去することによって、乳汁分泌を促進することも可能である。

#### (1) 原因

##### ①中枢性乳汁分泌不全

精神的ストレス、異常出血、Sheehan症候群などによって下垂体機能に障害をもたらし、プロラクチン低値によって乳汁分泌不全が生じたもの。

##### ②末梢性乳汁分泌不全

乳腺組織の発育不全によって乳汁の産生が抑制されている場合や陥没・扁平乳頭などによって乳管からの乳汁排出が障害されたもの。

##### ③児性乳汁分泌不全

児の吸啜力の不足や口腔の異常によって哺乳障害があり、結果的に乳汁分泌不全となったもの。

##### ④社会性乳汁分泌不全

褥婦が仕事の都合などで母乳哺育への意欲がないなど社会的要因によるもの。

#### (2) 症状

乳汁分泌が確立する産褥1週間目頃の乳汁分泌量は300~400mL程度であり、これを下回る場合を乳汁分泌不全という。具体的には1回の哺乳量が恒常的に3日目で15g、5日目で20g以下であり、結果として児の発育が認められないこととなる。

#### (3) 診断

乳汁分泌量をすべての症例で測定することは困難であり、臨床的には西田らの基準(表D-13-1<sup>2)</sup>)が妥当なところだと思われる。

#### (4) 治療

原因別に治療法は異なるが、先天的な問題がなく、社会的条件を克服でき、治療の可能性がある場合には、以下の二法を組み合わせで行う。

##### ①乳房マッサージほか物理的方法

末梢性の乳汁分泌不全の治療法としてだけでなく、乳房マッサージにはプロラクチンやオキシトシンの分泌促進効果もある。

妊娠初期の健診時に必ず乳頭の形態をチェックし、陥没・扁平乳頭の場合には妊娠16週以降くらいから積極的にマッサージを行う。乳頭を伸ばし、乳頭を軟らかくし根元の硬結をほぐしていくとよい。陥没乳頭が顕著な場合には、切迫早産傾向がなければ乳頭吸引器による吸引や用手的なつまみ出しによるマッサージを入浴時などに積極的に行うよう指導する。

分娩が近づいたら乳管開通法を積極的に行う。マッサージ法の基本は乳輪部を柔軟にし、