

治療は線維素溶解剤(ウロキナーゼ)投与により血栓の溶解をはかると共に抗凝固剤(ヘパリン, ワーファリン)投与により新たな血栓の形成を防止する。ワーファリンは胎盤を通過し、催奇作用があるため妊娠中は使用しない。抗生物質投与により感染を予防する。薬物療法で効果がない場合は外科的に血栓摘除術を行うが、肺塞栓症を予防するため術前に下大静脈にフィルターを留置する。

(3) 血液疾患合併妊娠

a. 貧血 anemia

正常妊娠でも赤血球の増加率(20~30%)に比べて循環血液量の増加量(40~50%)が高いため妊娠28~32週をピークに水血症となり、WHOの妊娠貧血基準値のHb11.0g/dl以下、Ht33.0%以下になる場合が多い。また妊娠時には胎児発育に伴いFe必要量が増えるため、鉄欠乏性貧血に傾きやすく、小球性低色素性貧血を呈してくる。妊婦貧血の90%以上は鉄欠乏性貧血によるものであるが、稀に正球性正色素性貧血(再生不良性貧血、溶血性貧血)、大球性正色素性貧血(悪性貧血)を合併することもあるので鑑別が必要である。

母体の貧血は胎児に影響して胎児貧血やIUGRの原因となり、また分娩時には出血性ショックを起こしやすいために積極的な治療が推奨されてきたが、最近では妊娠時の血液希釈によるHt値の低下は血液粘度を低下させ血液循環を改善し、妊娠による凝固亢進状態を是正して血栓・塞栓症の発生を予防する効果のあることが強調されている。したがってHb9~11g/dl、平均赤血球容積(MCV)85~100 μm^3 の場合は生理的な血液希釈によるものとみなして積極的なFe剤の投与は行わず、鉄、VB₁₂、葉酸などが豊富な食事療法を行う。Hb11g/dl以下、MCV85 μm^3 以下の場合は鉄欠乏性貧血とみなして食事療法に加えて経口Fe製剤の投与を行う。経口投与が困難な場合はFe剤の静注投与を行うが、過剰投与とならないように血清鉄(正常値100~200 $\mu\text{g/dl}$)の測定が必要である。

悪性貧血(巨赤芽球性貧血)はVB₁₂または葉酸の欠乏によるものでそれぞれの欠乏症に対して補充療法が必要である。再生不良性貧血では赤血球数の減少に加えて、白血球、血小板の減少をきたし感染、出血傾向を呈してくる為、本症の原因となっている服用薬物を中止すると共に全血輸血、血小板輸血、抗生物質、ステロイドの投与が必要となる。溶血性貧血は赤血球が壊れやすくなって起こる貧血の総称で、間接ビリルビンと網状赤血球の増加が特徴的である。原因は多岐に渡り治療法もそれぞれの原因により異なるが、対症的に輸血、ステロイド療法、摘脾術などが行われている。

b. 血小板減少症 thrombocytopenia

血小板数の減少(通常10万/ μl 以下)を来す原因に血小板抗原に対する自己抗体が産生されて起こる突発性血小板減少性紫斑病(ITP)と再生不良性貧血、急性白血病、抗リン脂質抗体症候群、妊娠中毒症(HELLP)などによる症候性血小板減少症がある。原因のいかんを問わず血小板数が10万/ μl 以下になると出血時間が延長し、5万/ μl 以下では出血傾向が出現し、2万/ μl 以下では大出血や致命的な出血を起こすことが多い。

ITPでは母体の出血傾向だけでなく、抗血小板抗体(IgG)が胎児に移行し胎児にも血小板減少を来す可能性があり、出産に際して臍帯血穿刺又は分娩時であれば児頭採血により血小板数を算定し、5万/ μl 以下であれば頭蓋内出血を予防するため分娩様式は帝王切開術とする。

妊娠中は出血傾向がなければ血小板10万/ μl 以下であっても特別な治療を要さないが、

分娩に際しては血小板数を5万/ μ l以上を保っておく必要がある。分娩2~3週間前からステロイド大量療法(40~60mg/日)を行い、これが無効な場合は大量免疫グロブリン療法(400mg/kg/日, 5日間静注)を行う。グロブリン療法では治療開始後5~7日目に血小板数が最高となることが多いので、この時期に分娩を計画する。母児共に血小板5万/ μ l以上であれば原則として経膈分娩でよい。極力産道損傷を避け、児娩出後は麦角剤などの子宮収縮剤を投与し出血量の軽減を図る。

(4) 腎疾患合併妊娠

妊娠中は子宮の増大による腎・尿路系の圧迫、循環血液量の増加に伴う腎血液量の増加、糸球体濾過率(GFR)の亢進などにより腎臓に大きな負担が加わる為、慢性腎疾患合併妊婦では早期に妊娠中毒症を起こして母児共に予後が悪い。したがって妊娠前に十分に腎機能検査を行いGFR 50ml/分以下、血清クレアチニン1.5mg/dl以上、血清尿酸値6.0mg/ml以上、降圧剤投与下での血圧160/110mmHg以上、あるいは腎生検にて活動性病変のある者には妊娠を許可すべきでない。万一妊娠した場合にも早期人工妊娠中絶が望ましい。

妊娠継続が決まった妊婦では生活指導、食事指導と共に2週間ごとに体重、浮腫、血圧、尿検査、血清BUN、尿酸、クレアチニン測定を行い、児の発育に注意しながら妊娠中毒症の早期発見に努める。必要があれば薬物療法として利尿剤(ラシックス40~120mg/日)、降圧剤(アプレゾリン30~60mg/日)、抗蛋白尿薬(ペルサンチン300mg/日)、抗凝固剤(ヘパリン)などの投与を行い、治療効果がない場合には早期に妊娠中絶を考慮する。

《参考文献》

1. Cunningham FG et al., eds. Medical and surgical complications in Williams Obstetrics(21st edition), McGraw-Hill, 2001 ; 1141—1513
2. Wallach EE and Kempers RD, eds. Postgraduate Obstetrics and Gynecology. The University of Pennsylvania School of Medicine, 1995—2001

〈香山 浩二*〉

(5) 糖尿病合併妊娠・妊娠糖尿病

はじめに

最近の我が国の糖尿病患者は急増しており、産婦人科医が糖尿病合併妊娠や妊娠糖尿病などの糖代謝異常妊娠に遭遇する機会が増えるものと考えられる。

1. 定義・診断・スクリーニング

1) 妊娠時耐糖能低下の分類

妊娠時の胎糖能低下は、妊娠前から診断されている糖尿病の合併妊娠(pregestational diabetes mellitus : 妊娠前糖尿病)と妊娠時に発生したかまたは初めて認識された耐糖能低下(gestational diabetes mellitus : GDM : 妊娠糖尿病)の2種類に分類される。

*Koji KOYAMA

*Department of Obstetrics and Gynecology, Hyogo College of Medicine, Hyogo

Key words : Complications in pregnancy · Neoplastic diseases ·
Cardiovascular diseases · Hematological disorders ·
Renal disorders