

# ハイリスク・異常妊娠の アセスメントと支援

水戸済生会総合病院 総合周産期母子医療センター

大内 明香

# 周産期とは

妊娠満22週～出産後7日未満

## 総合周産期母子医療センター

母体・胎児集中治療管理室(MFICU)を含む産科病棟および

新生児集中治療管理室(NICU)、継続保育室(GCU)を含む

新生児科病棟、麻酔科、その他の関係診療科目を備え、**常時**母体

および新生児**搬送を受け入れる態勢を有し**ハイリスク妊娠・分娩

に対応できる医療機関

# 茨城県の周産期医療提供体制



# ハイリスク妊娠とは

妊娠期間中あるいは分娩後まもなくに母児のいずれか、  
または両者に重大な予後が予測される妊娠

**予防: 保健指導 ⇨ 生活の改善**

**早期発見: 早期治療、高次医療機関への搬送**

**早期治療: 母子の予後の改善**

# 援助の要点

1. 妊産褥婦のニーズに沿った助産ケアの提供
2. 妊産褥婦や家族の認識と妊産褥婦に対する  
家族の協力の促進
3. 妊産褥婦や家族への心理面に対する支援
4. 妊産褥婦や家族のセルフケア能力を高める支援

# 妊娠が診断されると

- 妊娠証明書が産婦人科医師から発行
- 市役所・保健センター等で母子手帳の交付を受ける
- 母子手帳を持って、産婦人科を受診する
- 妊娠9～10週より妊婦健診が始まる  
正常経過の方で14回前後の健診

# 茨城県に住んでいる方

**妊婦健康診査受診票**がある

- 1回の妊婦健診で5000円～18500円の補助が受けられる
- 補助があっても数千円の自己負担となることが多い

## 出産育児一時金

こども1人につき**50万円**

社会保険、国民保険より被保険者へ支払われる制度

## 出産一時金直接支払制度

50万円が**出産した病院へ直接**支払われる

退院時は一時金50万円を超えた分の支払いとなる

## 【緊急母体搬送】

切迫早産、前期破水、胎児発育不全(FGR)  
妊娠高血圧症候群(HDP)  
前置胎盤、常位胎盤早期剥離、子癇  
産褥出血 など

## 【外来母体搬送】

合併妊娠(心疾患、腎疾患、糖尿病など)  
胎児発育不全、胎児疾患、多胎  
前置胎盤、癒着胎盤疑い、高度肥満  
社会的ハイリスク など

## 緊急母体搬送の特徴

- ▶ 外来受診直後、又は入院中であっても、  
**突然の搬送**となることが多い
- ▶ 搬送元の病院で詳しい説明がされていないことも多い

# 緊急母体搬送される妊婦の不安

- ▶ 知らない病院へ救急車で向かう不安
- ▶ これから自分がどうなるのかわからない不安
- ▶ 妊娠継続への不安
- ▶ 早産、児の健康状態への不安
- ▶ 家族、特に上の子の世話に対しての不安
- ▶ 慣れない病院で、一人で過ごす不安  
(自宅から遠い、夫の面会が時間内にできない)
- ▶ 経済的不安
- ▶ 原因について

## 緊急母体搬送時の援助

- ▶ 治療や処置の際は、**簡単な言葉で丁寧に説明**
- ▶ **不安や動揺**を受け止め共感する
- ▶ 家族の不安や動揺を受け止め、妊婦の様子や面会できるまでの時間と待機場所を説明する
- ▶ 医師の説明に同席
- ▶ **今後**の入院生活と必要な準備品について説明

# ハイリスク妊婦の看護

## 1) 妊娠悪阻

つわり(悪心・嘔吐などの消化器症状を主徴)

が重症化したもの

5～6週頃から発症し12～16週頃までには軽快

## 👉 症状

- 頻回の嘔吐、飲水困難
- 脱水
- **5%**を超える体重減少
- **尿中ケトン体陽性**



# 重症合併症

- Wernicke脳症  
**ビタミンB1**の欠乏により、眼球運動障害、失調歩行、意識障害などの神経症状を呈する疾患
- 静脈血栓症  
脱水症状や長期臥床により下肢深部静脈に血栓を生じる  
下肢の浮腫、発赤・発熱に注意！

# 治療

## ① 食事療法

- ・ 食べられるものの摂取、分割食
- ・ ゼリー、ジュース何でもOK

## ② 補液療法

- ・ 補液量は1000～3000ml/日程度
- ・ 絶食期間が長いときは中心静脈栄養も考慮

## ③ ビタミン投与

- ・ Wernicke脳症予防のためビタミンB1の投与

# 👉 アセスメントの視点

- 水分、食事摂取量と内容
- 悪心、嘔吐の頻度
- 体重減少の程度
- 尿量、尿中ケトン体
- 採血上Ht値↑、Na・K・Cl↓、ALT・AST↑
- 家族構成  
上の子の有無、年齢、夫や周囲の理解、援助
- 就業の有無  
通勤方法、就業時間、仕事内容、職場の理解
- 性格、不安やストレスの有無

# 援助

- 食事・水分摂取の方法、内容の指導
- 体位や服装の工夫
- 精神的援助
- 家庭環境の調整
- 仕事の調整(母性健康管理指導事項連絡カード)

# 入院となったら・・・

- ・ 水分・食事摂取量と尿量をチェック
- ・ 輸液管理(輸液量)と尿量をチェック inoutバランス
- ・ 嘔吐時のケア
- ・ 日常生活の援助(清潔ケア)
- ・ においへの配慮
- ・ 神経症状、下肢の違和感や疼痛の有無
- ・ 血液データ(Htの上昇、電解質・肝機能異常)

## 2) 切迫流・早産

流産: 妊娠22週未満の妊娠の中断

早産: 妊娠22週以降37週未満に分娩に至るもの

### 切迫流産とは

妊娠22週未満で出血や腹痛、頸管長短縮などの症状があり、  
流産へ進行する可能性があるもの

妊娠12週未満の早期流産の50～70%は染色体異常

妊娠12週以降22週未満の後期流産では感染、頸管無力症、自己免疫異常  
(抗リン脂質抗体)、原因不明

### 切迫早産とは

子宮収縮や子宮頸管の開大と展退が進行し、早産となる可能性がある状態



子宮頸管 2cm 以下

↓  
絶対安静



妊娠28週未満は頸管長35~40mmが正常

# 原因

- **子宮内感染症** (絨毛膜羊膜炎など)
- 前期破水
- **子宮頸管無力症**
- 多胎や羊水過多に伴う**子宮の過伸展**
- 子宮形態異常
- 抗リン脂質抗体症候群合併

# 治療

妊娠12週未満：安静

妊娠12週以降：安静

子宮収縮抑制剤の投与

抗生物質投与(破水時など)

副腎皮質ステロイド（リンデロン）

# 流産となってしまった場合

## ▶ 待機的管理

原則2週間程度

## ▶ 外科的治療(子宮内容除去術)

子宮内膜搔爬術、手動真空吸引法(MVA)

妊娠12週未満: 静脈麻酔科で子宮内容除去術

妊娠12週以降~22週未満: 子宮収縮剤を使用し、

誘発して分娩する

**妊娠12週以降の流産は医師の「死亡証書」が必要**

## 👉 アセスメントの視点

- 妊娠週数、子宮収縮の有無・程度
- 出血の有無・程度、子宮頸管長、子宮口開大、破水の有無、胎児の健康状態
- 子宮収縮抑制剤の使用状況
- 排便コントロール状況
- 日常生活状況、勤労の有無

## 援助

- 日常生活の見直しと安静にできる環境を考える  
(家庭環境、勤務状況)
- 子宮収縮抑制剤の内服について
- 性生活の指導
- 精神的な支援

## 👉入院

- バイタルサイン
- 子宮収縮抑制剤の副作用

リトドリン塩酸塩：動悸、頻脈、手指振戦、肺水腫、高血糖  
肝機能障害、横紋筋融解

硫酸マグネシウム：熱感、口渇、倦怠感、マグネシウム中毒（眼瞼下垂、  
膝蓋腱反射消失）

- 入院期間と入院中の家事、育児代行者

- 子宮収縮抑制剤の内服・点滴管理

- 安静に対する援助(清潔ケア、移送)

- 排便コントロールへの援助

- 精神的支援

胎児の健康状態・早産への不安、

安静によるストレス、社会的役割が果たせない不安

- ・経済的不安への援助

(妊婦福祉受給者証、高額医療請求手続きなど)

- ・緊急時の対応(早産への対応)

- ・分娩にむけた支援

→分娩教育、ペリネイタルビジット

- ・安静による筋力低下への援助

リハビリが介入することも…

## 3) 前期破水

分娩開始以前に卵膜の破綻をきたしたものの

原因：子宮内感染、子宮内出血・絨毛膜下血種  
子宮内圧上昇(羊水過多・多胎・至急奇形)  
医原性(羊水穿刺後、胎児鏡)など

診断：BTB試験紙、癌胎児性フィブリネクチンなど

破水すると

臍帯下垂、四肢の脱出、上行感染、

胎児機能不全(NRFS)等の

異常を起こしやすい



妊娠37週以降の場合：陣痛発来を待つか分婭誘発

妊娠34週以前の場合：感染徴候、胎児の状態により

## 妊娠の継続

GBS陽性、未検の妊婦には予防として」抗菌剤投与

治療方針に応じ経時的に母子の状態をアセスメント

感染や分婭異常の予防と早期発見

## 👉 アセスメントの視点

破水の日時

羊水流出の量・色・におい・混濁の有無

**感染徴候** (バイタルサイン、採血結果)

**妊娠週数** と胎児の成長発達の程度、健康状態

**胎児先進部** の確認と下降の程度

子宮収縮の有無と程度

外陰部の清潔状態とセルフケア能力

## 援助

- 感染予防
- 安静への援助
- 日常生活への援助
- 精神的ケア
- 社会的役割に対する援助

## 4) 妊娠高血圧症候群

HDP: Hypertensive Disorders of Pregnancy

妊娠20週以降、分娩後12週までの期間に、高血圧または高血圧に蛋白尿を伴い、かつこれらの症状が単なる偶発合併症によるものではないもの

危険因子: HDP既往、高血圧、腎疾患、家族歴、糖尿病、

初産、高齢、多胎、肥満、抗リン脂質抗体症候群など

## 病型分類

### 妊娠高血圧腎症

妊娠20週以降初めて高血圧が発症し、かつ尿蛋白を伴うもので分娩後12週までに正常に復するもの

### 妊娠高血圧

妊娠20週以降初めてが発症し、分娩後12週までに正常に復するもの高血圧

## 加重型妊娠高血圧腎症

- ・ 高血圧症が妊娠前あるいは妊娠20週までに存在し、妊娠20週以降に**尿蛋白**を伴うもの
- ・ **高血圧**と**尿蛋白**が妊娠前あるいは妊娠20週までに存在し、妊娠20週以降にいずれかあるいは両症状が増悪するもの
- ・ **尿蛋白**のみを呈する腎疾患が妊娠前あるいは妊娠20週までに存在し、妊娠20週以降に**高血圧**が発症するもの

## 高血圧合併妊娠

高血圧が妊娠前あるいは妊娠20週まで存在し、加重型妊娠高血圧腎症を発症していない場合

## 【軽症】

### 血压

収縮期：140～160mmHg未満

拡張期： 90～110mmHg未満

### 蛋白尿

原則として24時間尿を用いた定量法で判定

300～2000mg未満/日

## 【重症】

### 血压

収縮期: 160mmHg以上

拡張期: 110mmHg以上

### 蛋白尿

2g/日以上

## 👉 合併症

胎児発育不全

常位胎盤早期剥離

HELLP症候群 Hemolysis:溶血,

Elevated Liver enzyme:肝酵素上昇

Low Platelet:血小板減少

肺水腫

子癇発作

など

## 治療

- 安静
- 食事療法：塩分7～8g/日
- 薬物療法：降圧剤、硫酸マグネシウム



- ターミネーション(妊娠の中)

## 👉 アセスメントの視点

発症の素因の有無

バイタルサイン（**血圧**の変化）

**尿蛋白**      尿量      体重増加      **浮腫**

食事・水分摂取内容

**頭痛**・頭重感・視覚障害の有無（**眼華閃発**）

**悪心**・嘔吐の有無・程度

検査データ

## 予防

- 妊婦健診の適切な受診
- 適切な体重増加(BMI)
- 適切な食生活(塩分7～8g/日程度)
- 規則正しい日常生活
- 適切な水分摂取(1.5～2L/日)

## 援助

- 安静
- 血圧測定
- 降圧剤の内服
- 生活・食事指導(家族も含めて)
- 精神的ケア
- 血圧上昇と自覚症状

(浮腫、尿量減少、頭痛、頭重感、眼華閃発など)出現時の対応

## 入院

- 安静、食事への援助
- **血圧**測定
- 体重測定
- **蓄尿**方法の説明、尿量、尿蛋白測定
- **降圧剤**の内服・点滴管理
- **胎児状態**の観察(胎児心拍確認・NST)
- 自覚症状の早期発見

- 精神的支援

胎児の健康状態、早産への不安、安静によるストレス、  
上の子の心配、社会的役割が果たせない不安

- 家族への援助

- 子癇発作予防

- 分娩に向けての準備

# HELLP症候群

上腸間膜動脈や肝動脈の**攣縮**と網内系の**血管内皮障害**が主な病態と考えられている

☞ 症状

**上腹部痛**や**心窩部痛**

疲労感や倦怠感

嘔気・嘔吐や食欲不振

# 子癇

脳血管攣縮による一過性脳虚血や脳血流量の自動調節機能破綻に伴う脳血流増加によって生じるとされる

## 危険因子

初産婦、若年妊娠(10代)、子癇既往妊婦、妊娠高血圧症候群

HELLP症候群、妊娠蛋白尿、双胎妊娠、極端な体重増加

## 👉 症状

意識消失、瞳孔散大、眼球上転

→ 全身性の強直性痙攣

(腕を曲げ、拳を握り、全身は弓なりに曲がる)

→ 間代性痙攣

(口角に泡を吹く、舌を噛む、全身振動、

チアノーゼ、呼吸停止を併発)

→ 昏睡 (痙攣は1~2分で軽減)

## 治療

痙攣抑制(ジアゼパム)

硫酸マグネシウム投与

降圧剤投与(高血圧時)

分娩子癇 → 急速遂娩

DICに対する治療

👉 予防

部屋を暗くし静かな環境を作る

発作時

人を集める

ベッドからの転落防止

バイタルサインの管理と気道の確保

酸素投与

静脈ルート確保

胎児心音のモニタリング

部屋を暗くする

急速遂娩の準備

これらを同時に行う！

## 5) 妊娠性貧血

### 定義

妊娠に起因する貧血

WHO: Hb < 11.0g/dl Ht < 33%

妊娠中、循環血液量は増加し、**妊娠32週ごろ**にピークになる。

血漿量が血球量よりも増加するので、血液が水っぽくサラサラになる。

## 👉 アセスメントの視点

**血液検査**: Hb、Ht、赤血球数、血清鉄(Fe)の推移

**自覚症状**: 身体のだるさ、疲労感、寒気、めまい

立ちくらみ、動悸、息切れ

心悸亢進の有無・程度

**全身状態**: 疲労、倦怠感、食欲不振、頻脈、微熱

**薬物療法**: 鉄剤の点滴投与

鉄剤の効果的な服用と副作用の有無

**胎児の状態**: 発育遅延の有無、健康状態

**食生活**: 食事内容、偏食、嗜好品

## 援助

- **食事療法**(献立例など具体的に)

タンパク質 ビタミンB6 ビタミンB12 ビタミンC 銅  
鉄葉酸などのバランスを考えたもの

- **薬物療法**

内服薬の副作用（食欲不振、悪心、嘔吐、便秘、  
下痢、便の黒色化）について観察、指導

タンニン含有物の飲用の注意点について説明

- 貧血の影響（微弱陣痛、分娩遷延、弛緩出血など）  
について説明

## 6) 妊娠糖尿病

**GDM**: gestational diabetes mellitus

糖尿病の診断を受けていない女性で、妊娠中に75gOGTT  
(75g経口ブドウ糖負荷試験)にて静脈血の血糖値が

空腹時値  $\geq 92$  mg/dl

1時間値  $\geq 180$  mg/dl

2時間値  $\geq 153$  mg/dl

のうち1項目以上を満たすとき

- すでに糖尿病の診断を受けている女性が妊娠した時は  
糖尿病合併妊娠と診断する

## ☞スクリーニング法

24週～26週で50gGCT(ブドウ糖負荷試験)を行い

1時間後に静脈血を採取

血糖値140mg/dl以上の場合を陽性とする

→陽性の妊婦に75gOGTTを行う

## 👉 妊娠経過、胎児への影響

流産・早産

妊娠高血圧症候群リスク

糖尿病合併症の悪化

(糖尿病網膜症、糖尿病腎症など)

羊水過多、**巨大児、新生児低血糖**

**呼吸窮迫症候群**など

# 👉 アセスメントの視点

## 自己管理の確認

体重推移と至適I礼キ” -

制限食実行の可否、献立の工夫など

日常生活行動

血糖測定(指示通りの回数、手技)

**血糖値**：指示通りのインスリン量でコントロール

**低血糖症状**の有無

冷汗、めまい、イライラ、不穏、倦怠感、悪心など

**胎児**の状態

B P S、N S T、羊水過多・過少、胎児奇形の有無

**眼科症状**の有無

# 血糖管理の方法

血糖管理 目標	血糖値	食前値	70~100mg/dl
		食後2時間値	120mg/dl以下
	HbA1c		4.7~6.2% (正常範囲) (4.3~5.8%[JDS])
血糖自己測定		毎食前30分,毎食後2時間,就寝前の1日7回測定を標準とする	
食事療法		適正な栄養を摂取する 非妊時標準体重 (Kg)×30kcal+ 付加量(妊婦200kcal 授乳婦500kcal)	

## 援助

- 診断後の精神的支援
- 内科との併診
- 妊娠中の治療について
  - 血糖値自己測定の必要性と測定回数
  - インスリン療法の必要性と使用量、回数
- 食事指導(栄養士)後のフォロー

- 運動療法の指導(散歩、妊婦体操など)
- **低血糖症状**について  
(空腹感、冷汗、脱力感、震え)
- 低血糖時の対応(ブドウ糖、飴の携帯)
- 分娩時、分娩後の治療について
- 治療の頑張りを認める

## 7) 前置胎盤

胎盤が性狀より低い部位の子宮壁に付着し、子宮口を覆うか、その辺縁が同子宮口にかかる状態

危険因子⇒ 高年妊娠、喫煙習慣、経産、  
既往帝王切開、人工妊娠中絶歴、  
子宮筋腫核出術、多胎妊娠

# 前置胎盤の分類



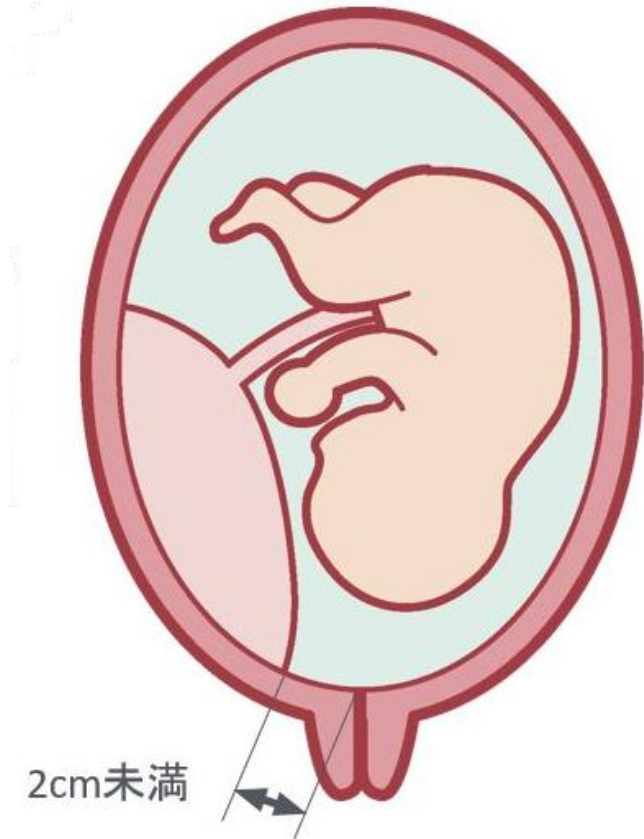
全前置胎盤



部分前置胎盤



辺縁前置胎盤



低置胎盤

## 👉 目標

大量出血を起こすことなく、児が胎外生活可能な時期まで**妊娠を継続**できる。

**帝王切開**を受けることについて妊婦と家族が納得できる

症状：**突然の性器出血**「警告出血」

## 👉 アセスメントの視点

妊娠週数(胎児の予後に影響)

腹部緊張感・腹痛の有無、程度(治療の方針)

出血の量、性状(分娩時期の判断)

胎児の健康状態(分娩時期の判断や予後)

母親の心理状態(児の健康状態、早産への不安)

## 援助

- **子宮収縮抑制剤**

塩酸リトドリン、硫酸マグネシウム)の内服・点滴管理

- **安静**に対する援助

- **精神的**ケア

妊娠継続・胎児の健康状態・早産の不安、安静による  
ストレス、社会的役割が果たせないことの不安、  
上の子の心配、経済的不安

- 排便コントロールへの援助

- 清潔保持への援助

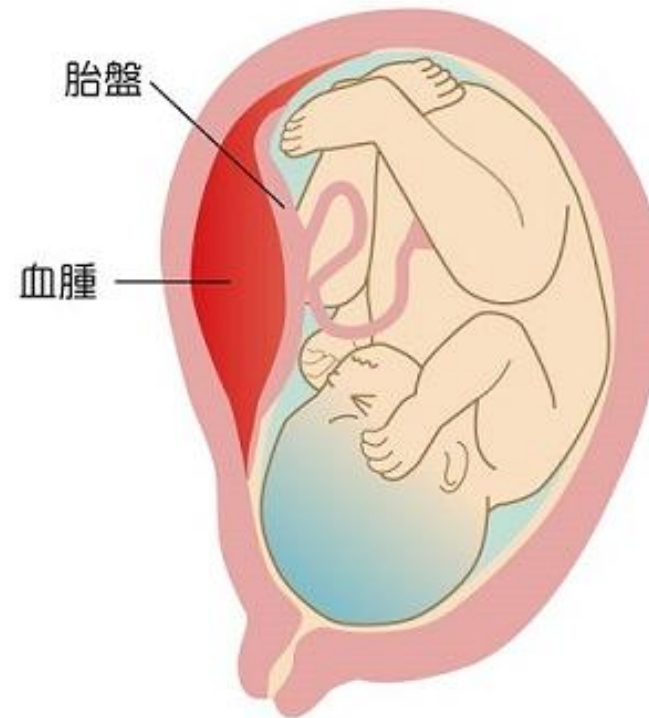
## 多量出血時の援助

- 人員の確保、ドクターコール
- 母体バイタルサイン測定、胎児心拍数の確認
- 緊急帝王切開術と児の蘇生の準備
- 輸血の準備
- 家族への連絡
- 精神的援助

## 8) 常位胎盤早期剥離

正常位置(子宮体部)に付着している胎盤が、  
妊娠中または分娩経過中の胎児娩出前に  
子宮壁から剥離した状態

突然に起こる！！



## 👉 リスク因子

妊娠高血圧症候群 高血圧合併妊娠 高年妊娠

常位胎盤早期剥離の既往 喫煙

切迫早産(前期破水) 外傷(交通事故)

など

発症頻度は1000分娩あたり3~10件

## 👉 症状

腹痛(64%)  
性器出血(54%)  
胎動減少(4%)  
子宮板状硬  
ショック  
DIC



※子宮内胎児死亡、新生児重症仮死、新生児死亡も多い

## 目標

- **ハイリスク因子**を持つ妊婦は注意深く管理し、**早期発見**と重症化予防に務める
- 発症後は**妊婦および胎児の救命**のために急速な緊急処置を行う
- 妊婦の苦痛を緩和し不安の除去に務める

## 👉 アセスメントの視点

**腹部の状態**(持続的な子宮収縮と痛み、板状硬、子宮の圧痛、子宮底の上昇)

**出血状態**(血性羊水、外出血)

**胎児モニタリング**、胎動の自覚

**出血性ショック**の症状(顔面蒼白、冷汗、チアノーゼ、四肢冷感、血圧低下、苦悶様顔貌)

## 9) 多胎妊娠

—絨毛膜—羊膜双胎

(monochorionic monoamniotic)

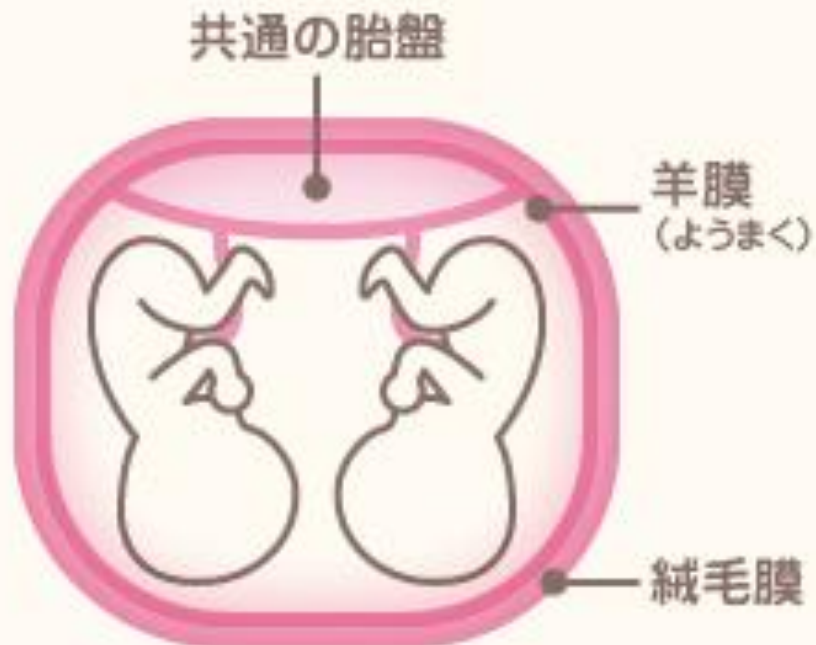
—絨毛膜二羊膜双胎(monochorionic diamniotic)

二絨毛膜二羊膜双胎(dichorionic diamniotic)

## 一絨毛膜性

### 一絨毛膜一羊膜

二人で一つの胎盤を共有し、膜はない



### 一絨毛膜二羊膜

二人で一つの胎盤を共有し、膜がある



## 二絨毛膜性

### 二絨毛膜二羊膜

二人で別々の胎盤を持ち、膜がある



## 目標

母子ともに順調に経過する

妊婦の**身体的苦痛が最小限**で日常生活を支障なく  
過ごせる

妊婦および家族のストレスを軽減し**複数の児の分  
娩や育児**に向けた準備ができる

## 合併症

**母体:** 流・早産、貧血、妊娠高血圧症候群、  
妊娠糖尿病、微弱陣痛、弛緩出血

**胎児:** 双胎間輸血症候群、双胎一児死亡、  
胎位異常、子宮内胎児発育遅延

## アセスメントの視点

妊娠の方法（自然妊娠、不妊治療）

膜性診断 胎児のリスク

胎児の健康状態（双胎間輸血症候群、成長差）

身体的・心理的・社会的リスクの有無

切迫流早産の症状

適切な体重・食事管理

## セルフケア能力

身体的苦痛(腰痛、腹部増大による苦痛、  
下肢の浮腫、静脈瘤、痔など)の有無

多胎妊娠の受容

家族の形態

育児経験

育児相談者の存在の有無

## 妊娠初期の援助

- ・不妊治療後：治療へのねぎらいと祝福
- ・多胎妊娠の受容
- ・双胎妊娠の妊娠経過・妊婦健診について
- ・身体的苦痛(悪阻)の援助
- ・日常生活の見直しと改善について
- ・精神的不安への援助
- ・サークルやサポートに対する情報提供

## 👉 妊娠中期の援助

27週頃、子宮底長30～32cm

- 異常の早期発見(切迫症状、合併症)
- 身体的苦痛(腰痛、腹部増大による苦痛、下肢の浮腫)の援助、転倒回避への指導
- 食生活と体重コントロールについて
- 家族内での出産に向けた話し合いへの援助  
(出産用品、育児用品、出産後の生活場所、  
支援者と支援内容、緊急入院時の役割分担)

## 👉 妊娠後期の援助 35～36週頃、子宮底長約40cm

- 身体的苦痛(動悸、胸やけ、腰痛、恥骨痛、背部痛  
不眠、浮腫)の援助
- 異常の早期発見(切迫症状、合併症)
- **分娩方法と分娩教育**
- 出産後の身体的変化と入院経過、育児について
- 家族の協力体制への助言

# 10) 骨盤位

起こりやすい異常

- 破水時の**臍帯下垂**、**臍帯脱出**
- 経膣分娩時：先進部の異常（膝や踵）、胎児仮死
- 緊急帝王切開



単殿位



複殿位



全足位



膝位

## 👉 目標

前期破水、臍帯脱出、四肢脱出を起こさない

選択した分娩方法が母子にとって安全で最良であると納得できる

## 👉 アセスメントの視点

妊娠分娩歴・妊娠週数

母体の体格

日常生活・食生活

体の冷えの有無、程度

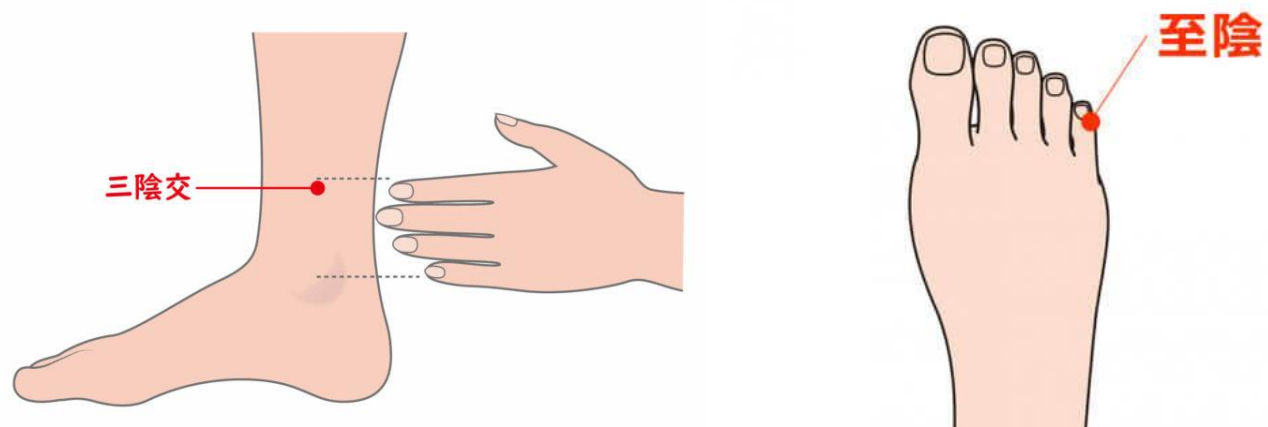
子宮収縮の有無、程度

## 援助

- 妊娠中期であれば、気にしないように説明
- 体を温める方法(食生活、日常生活など)について説明
- 骨盤位の体操について説明(胸膝位)



- お灸
- 骨盤位の分娩方法について説明
- 精神的援助  
(経膈分娩への思い、帝王切開への不安)
- 破水時は臍帯下垂に注意



# 11) 子宮内胎児死亡

intrauterine fetal death; IUFD

妊娠期間を問わず、子宮内で生存が確認された胎児の発育が停止し、心拍が消失し死亡したものの

## 原因

- 胎児因子(25-40%)

染色体および遺伝子異常、先天奇形、  
胎内感染症 など

- **胎盤・臍帯因子(25-30%)**  
前置胎盤、常位胎盤早期剥離、臍帯異常  
双胎間輸血症候群 など
  - **母体因子(5-10%)**  
抗リン脂質抗体症候群、糖尿病、妊娠高血圧  
症候群 など
  - **原因不明(25-35%)**
- 👉 **母親やその家族にとって突然の出来事であり、  
大きなショックと深い悲しみである**

## 目標

- 妊婦および家族が胎児の死亡を現実として受け止め、悲しみを表出できる
- 母体に最小の負荷で分娩を終了できる

# 👉 子を亡くした母・家族への援助

(グリーンフ＝悲嘆ケア)

- 我慢しないで**気持ちを表出**してほしいと伝える
- 一緒に悲しむ
- 何かしよう、してあげようと思わなくていい
- なぐさめは傷つけてしまうことが多い
- **入院中の経過、援助内容を説明**

- 分娩時の援助
- 赤ちゃんに対してできることを伝える  
手形・足型、へその緒、髪の毛や爪を残す、  
家族で写真を撮る、ベッドネーム・ネームバンド、  
沐浴、母乳をあげるなど
- 児に対し、元気に産まれた児と同じように接する

- **面会や同室**で過ごせるよう援助
- 家族へ手続きについて説明
- 児の退院時、**準備するもの**を説明
- サポートグループについて情報提供
- 家族との橋渡しをする

⇒ 周産期の死は、家族と共有できる赤ちゃんの思い出が少ないため母親が孤立してしまうことある

## 染色体異常 ※先天性疾患3-5%のうち、25%

### 21トリソミー

知的・運動発達の遅れ、先天性心疾患など

### 18トリソミー

重度の子宮内胎児発育遅延、先天性心疾患(90%)  
生存率:半年後50%、1年後10%

### 13トリソミー

複数の内臓疾患、先天性心疾患(80%)  
生存率:1年後10%

# 出生前検査

## 【非確定検査】

- ・ 超音波マーカー検査
- ・ クアトロ検査
- ・ 母体血胎児染色体検査(NIPT)
  - 【対象】 高齡妊娠(予定日が35歳以上)
  - 染色体疾患を持つ見の出産歴
  - 胎児が染色体疾患である可能性を指摘
  - 感度:99%

## 【確定検査】

- ・ 絨毛検査
- ・ 羊水検査

15～16週に実施

腹部に穿刺

副作用：流産（約0.3%）、破水、出血、

母体損傷など

## 12)若年妊娠

日本産婦人科学会では思春期妊娠は**20歳未満**

### なぜハイリスク？

- ・ 年齢や婚姻・家庭状況・就学状況によって異なる
- ・ **15歳以下**:生殖器の機能が未熟  
→妊娠・分娩中に異常をきたしやすい

- 予定外の妊娠である
- 自己同一性の獲得過程にあり、自我が未熟
  - 母親役割獲得過程が遅延しやすい
- 親の保護下にある時期
  - 生活能力やセルフケア能力が低い
- 産婦人科受診の遅れ、未受診
  - 個人病院からの紹介が多い
  - 陣痛開始後に両親へ妊娠を告げるケースも多い
- 性行動パターン→性感染症
- 未婚、DVの割合が高い

- ・ 家族関係に変化(各々の役割の変化)
  - 祖父・祖母→曾祖父・曾祖母
  - 父・母→祖父・祖母
  - 兄弟姉妹→叔父、叔母
- ・ 父親・パートナーも若い傾向→父親としての準備不足

## 目標

- 母子の健康状態が問題なく経過する
- 出産後の養育環境を整えることができる
- 育児に関する知識・技術の獲得に向けた準備とサポート資源の確保ができる

## 援助

- 女性の体、妊娠による体の変化について説明
- **母性役割獲得過程**を促進するような援助
- **父性役割獲得過程**を促進するような援助

両親学級への参加や個別指導

- 家族に対する支援
- 家族からのサポートを得られるよう調整

- ソーシャルワーカーとの連携
- 学業や経済的不安への援助
- 育児支援者について
- 出産後の育児を望まない、生活能力や生活環境に問題がある場合
  - ⇒ 乳児院などの施設・制度の活用も考える
  - 本人と赤ちゃんが幸せになれる方法
- 市町村の連携

# 13)帝王切開既往妊婦

## 👉リスク

- ・ 子宮破裂
- ・ **前置胎盤、癒着胎盤**
- ・ 出産回数の制限

⇒帝王切開既往妊婦は次の出産もほぼ帝王切開  
帝王切開は3回までが望ましいといわれている

## 目標

妊婦とその家族が医師の説明を理解し、  
医学的に危険の低い**分娩方法を選択**できる

↑ 帝王切開既往妊婦が経膈分娩を試行すること(TOLAC)もできるが**子宮破裂**や緊急帝王切開などリスクが大きい

## アセスメントの視点

妊娠分娩歴と分娩方法

前回出産から妊娠までの期間

子宮切開創の状態

胎盤の付着部位

帝王切開になった経過

## 援助

- 定期的な**妊婦健診**の必要性の説明
- **前回出産時の思い**や、**不安**を傾聴する
- **帝王切開分娩の準備**や**経過**について説明する
- 入院中の**育児代行者**、**家族間の調整**について

# 14) 母子感染症

感染経路	細分類	主な病原微生物	主な病原微生物
胎内感染	経胎盤感染	母体血中の微生物が胎盤を介し、胎児血液中に移行	HBV、HIV、HTLV-1、パルボウイルスB19、VZV、リステリア
	上行感染	母体血液中の微生物が胎盤で増殖し、胎児血液中に移行	トキソプラズマ、風疹ウイルス、梅毒、CMV、HSV、ムンプスウイルス、インフルエンザウイルス、結核菌
経産道感染		産道内に感染する微生物が胎児に移行	GBS、淋菌、クラミジア、CMV、HSV、HPV、リステリア、梅毒
		産道内の母体血中の微生物が胎児に移行	HIV、HBV、HCV、VZV
経母乳感染		母乳中から傾向的に新生児・乳児に移行	HTLV-1、HIV、CMV

## ①TORCH症候群

- トキソプラズマ症 Toxoplasma

猫の糞便で汚染された食物や生の食肉の  
摂取による経口感染が主

先天性トキソプラズマ症を起こす

- 梅毒 Oter

性感染症

流産、死産早産や児に先天梅毒

- 風疹 Rubella

先天性風疹症候群(白内障、高度難聴、  
心疾患など)

- サイトメガロウイルス Cytomegalovirus

ヒトヘルペスウイルス5による

感染児はFGR、水頭症、精神発達遅滞など

- 単純ヘルペスウイルス Herpes

口唇、性器に感染

主に経産道感染

## ②クラミジア感染症

- 性感染症
- 垂直感染20－30%
  - 新生児は結膜炎、咽頭炎、間質性肺炎
- 30週までに全例スクリーニング検査
  - 陽性：マクロライド系抗菌薬で治療し  
3週間後に治癒判定  
パートナーへの検査・治療を勧める
- 絨毛膜羊膜炎で流産・早産リスクになる

### ③淋病

- 性感染症
- 絨毛膜羊膜炎による流早産、FGRの原因
- 経産道感染
  - 新生児結膜炎、膿漏眼
- 抗生剤投与

## ④尖圭コンジローマ

- ヒトパピローマウイルス感染
- いぼ状で尖形の小隆起性の腫瘤を外陰部や膣などに形成
- 32－35週頃治療  
CO2レーザー蒸散法、凍結療法など
- 経産道感染  
→児に咽頭乳頭腫

## ⑤膣カンジダ症

- 常在菌
- 白色酒粕様の帯下
- 外陰部の発赤、腫脹、小膿疱、掻痒感など
- 経産道感染
  - 児は鵝口瘡
- 膣錠や軟膏で治療

## ⑥B型肝炎

- B型肝炎ウイルス(HBV)キャリアは**母子感染**が原因
- キャリアから生まれた児の20-30%に感染
- **約90%が分娩時感染(産道)**
- 1985年度から予防対策実施
- 1995年度からHBVを持つ母親から生まれた児は全て予防処置を行うことになった

→**抗原抗体検査実施**

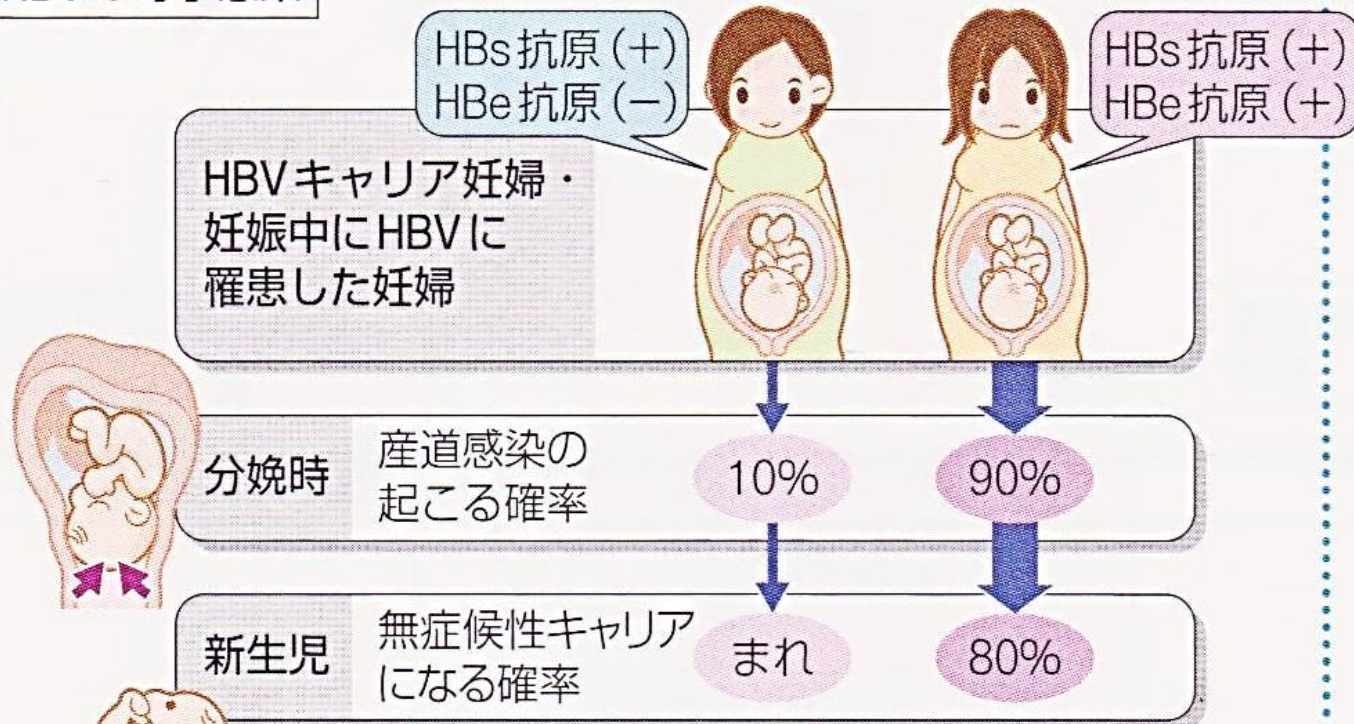
**抗ヒト免疫グロブリン(出生12時間内)やHBワクチン投与**

感染経路は産道感染が最も多い

## B型肝炎ウイルス (HBV) の感染と経過

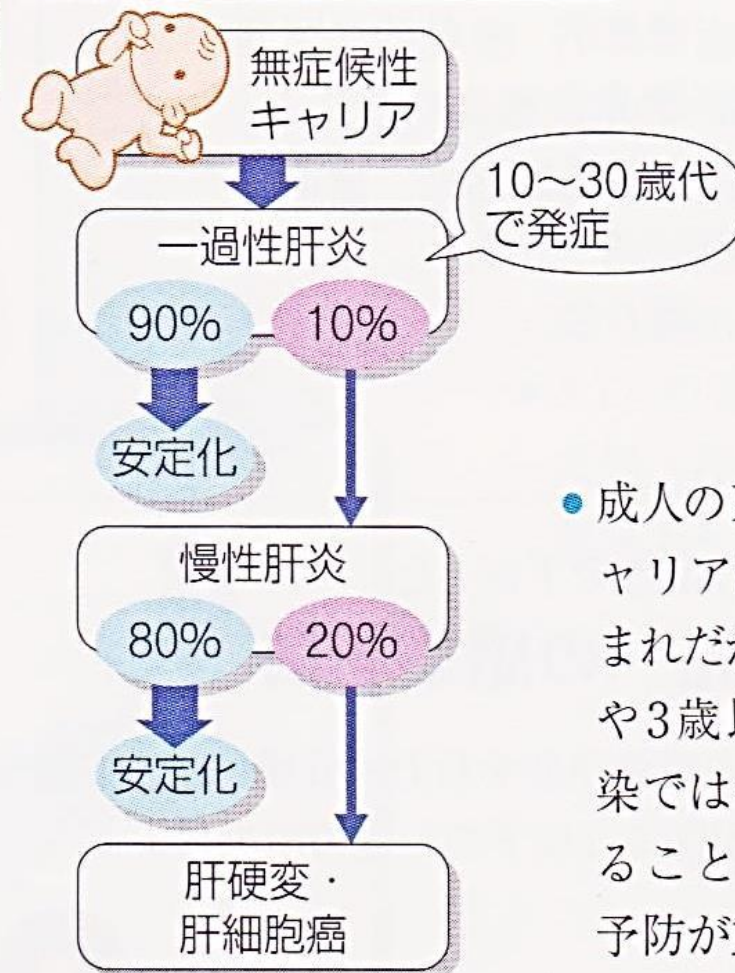
● HBV 母子感染様式の約90%が産道感染である。

### HBVの母子感染



児の免疫系は未発達であり、感染したHBVに対して応答せずキャリアとなる

### 無症候性キャリアの児の経過

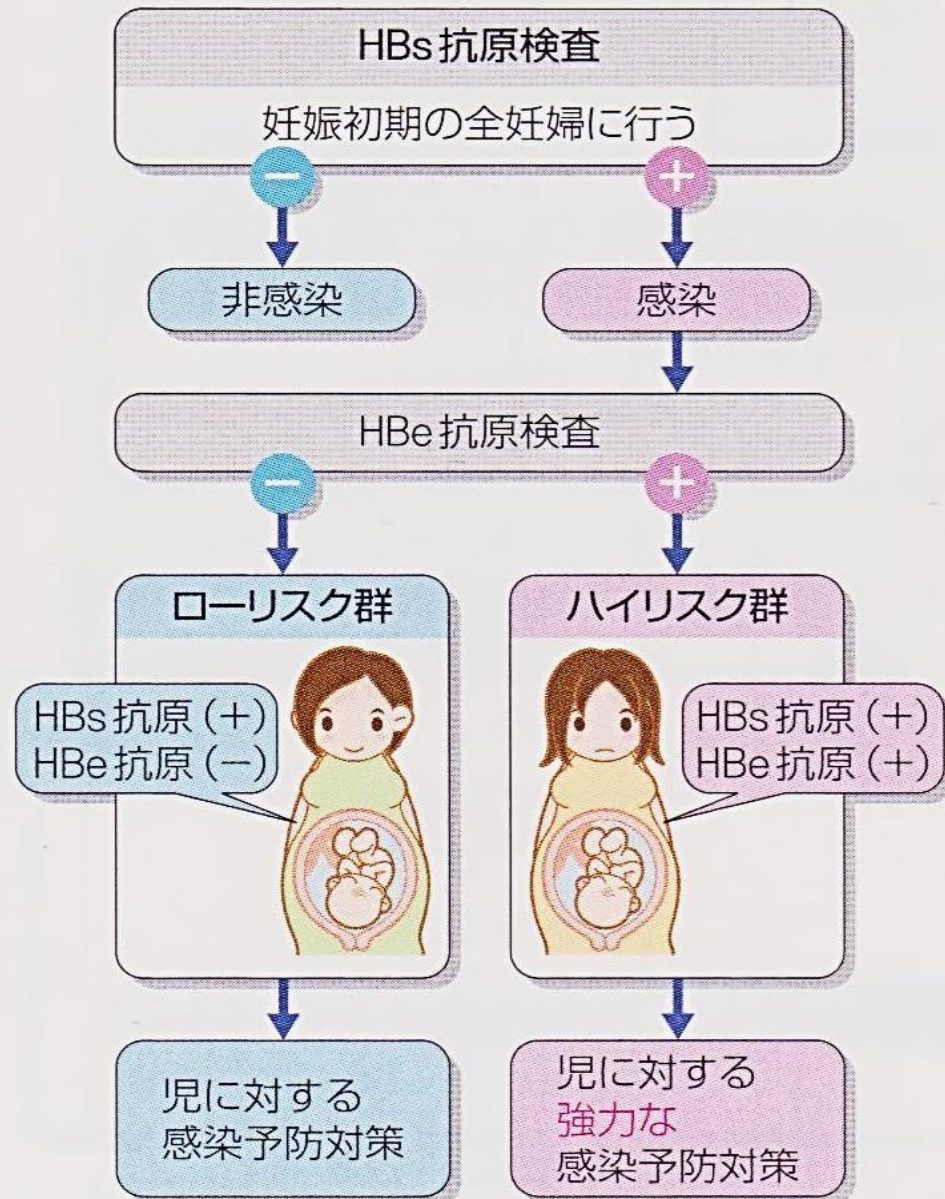


● 成人のHBV感染でキャリアになることはまれだが、母子感染や3歳以下の水平感染ではキャリアとなることがあるため、予防が重要となる。

HBV 母子感染を激減させた

## B型肝炎母子感染防止事業

- 「B型肝炎母子感染防止事業」(1985年～)は、妊婦のスクリーニングを行って児の感染リスクを測り、リスクに応じた感染予防対策をとるものである。



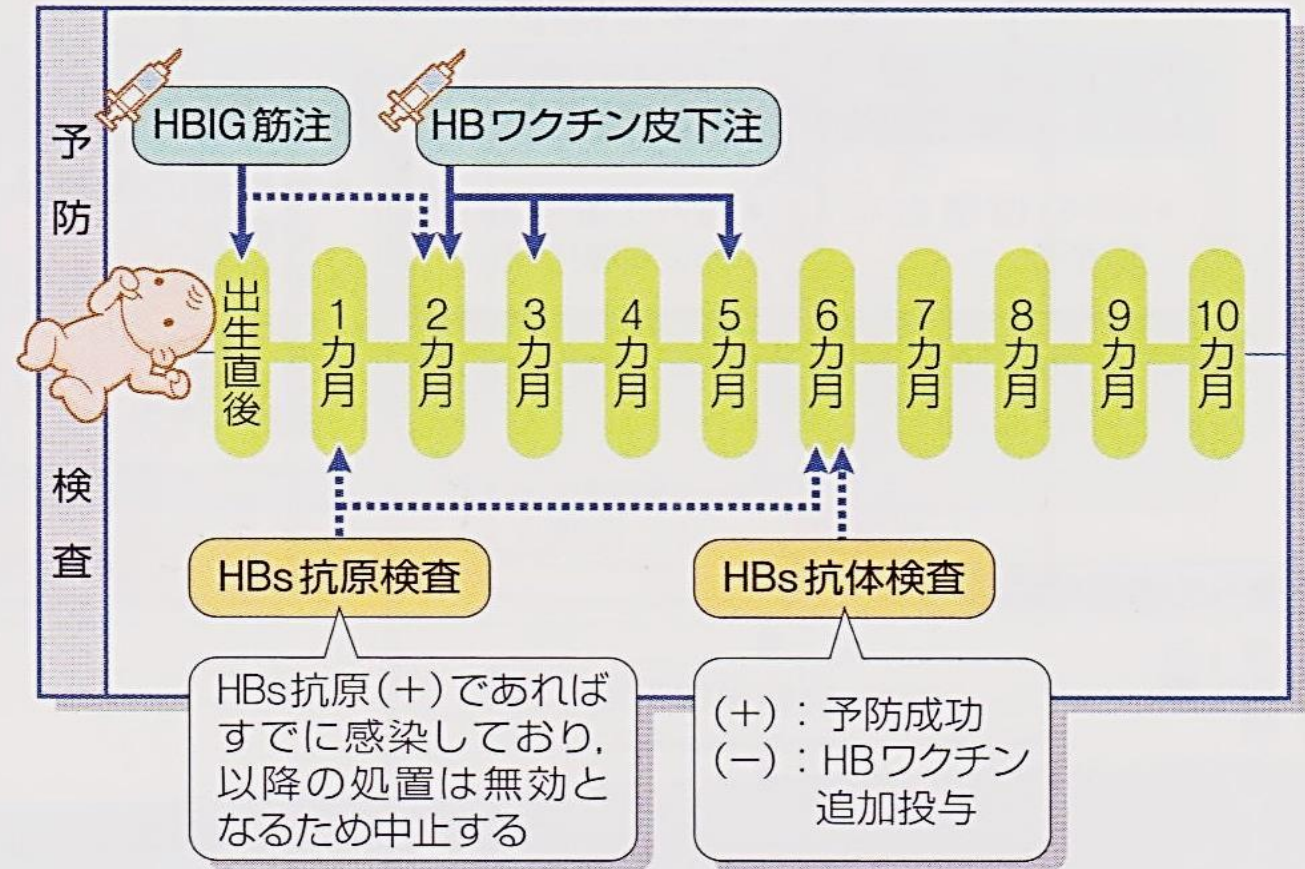
ハイリスク群では児の大半がキャリア化

## 感染予防対策

- ハイリスク群では高率に感染・キャリア化するため、下記のようにローリスク群に比べ強力な予防策を講じる必要がある。

### 児の感染予防措置と検査

- ← : ハイリスク群・ローリスク群ともに行う
- ←... : ハイリスク群で必ず行い、ローリスク群では省略可能



- HBVの母乳感染はかなりまれであると考えられるため、基本的に授乳の禁止は行わない。

## 👉 ケア・指導

- 母乳栄養は禁止されていない
- 分娩後の褥婦の肝機能(ALT、AST上昇)、自覚症状に注意していく
- 褥婦に健康管理の方法指導
- 児のキャリア化、予防方法について情報提供

## ⑦成人T細胞白血病(ATL)

- 殆どが**母乳**を介した母子感染
- 感染細胞が他のT細胞に接触することが必要で、  
母乳以外の感染経路は、血液の移入(輸血、臓器移植、  
注射)と性交に限定
- 性交による感染は、結婚後2年で20%程度に、男性から  
女性に感染する
- キャリアの場合、**ATLの発症を予防する方法はない**

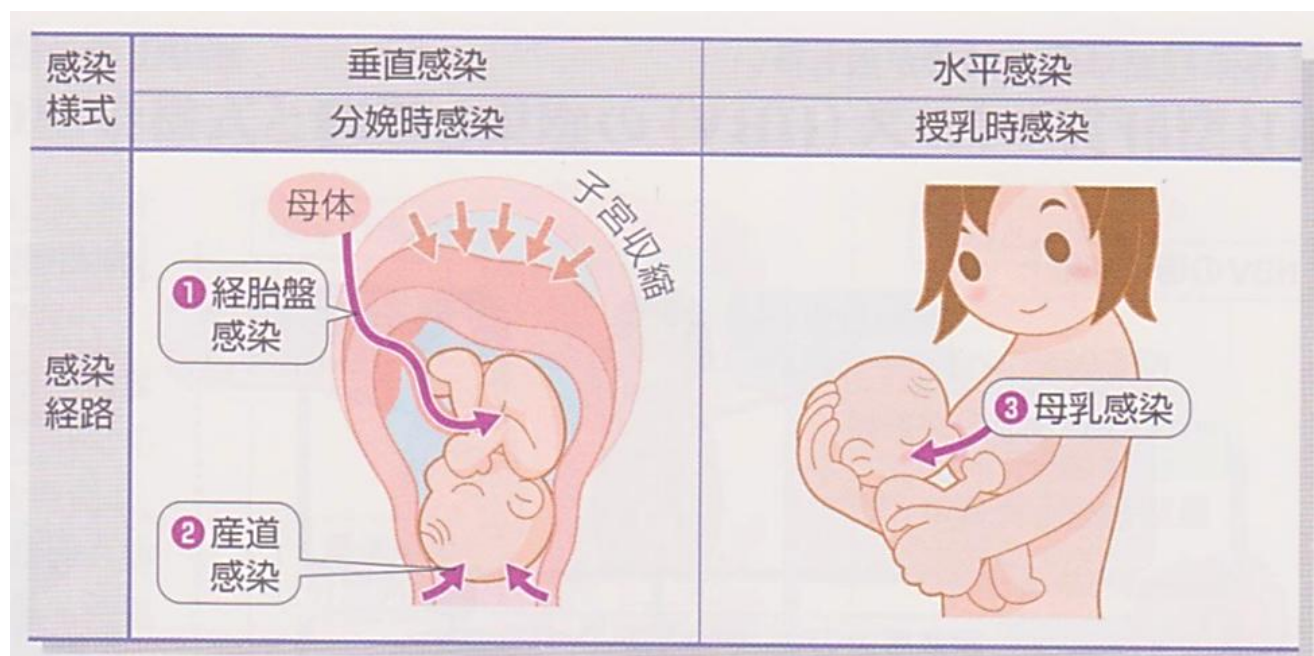
## 👉 ケア・指導

- ・ 児への感染リスクを含め、人工栄養と母乳栄養の利点と欠点など説明
  - ・ 強く母乳育児を希望する場合には、搾乳する
    - 👉 HTLV-1感染細胞は、56 °C30分の加熱又は凍結(24H)で処理できる
  - ・ 授乳方法について母親や家族とよく話し合う
  - ・ 母親の気持ちを受け止める
  - ・ 進行性変化を抑制するための援助
- (乳房の冷罨法、乳頭刺激を避ける、乳汁分泌を抑制する薬剤)

## ⑧後天性免疫不全症候群(エイズ)

- ・ 経胎盤、経産道、経母乳感染  
このうち産道感染が最も多く、  
帝王切開分娩を選択することが多い

後天性免疫不全症候群(エイズ)



- ・ 母乳による児への感染経路を防ぐため、  
**人工栄養**とする
- ・ 他者への感染も防止する必要があるため、  
血液や体液の管理を厳重に行う

母子感染を防止するためには、

- (1) 妊娠初期のHIV検査実施による感染診断
- (2) 妊娠中の抗HIV療法
- (3) 陣痛発来前の選択的帝王切開術
- (4) 帝王切開時のAZT点滴投与
- (5) 出生児へのAZTシロップ予防投与
- (6) 出生児への人工乳哺育

適切な母子感染予防対策実施により、

現在では母子感染率を0.5%未満にまで低下できている

母体に対する治療



母 体

妊娠 14～34 週

妊娠 35～36 週

CD4 陽性細胞数,  
HIV-RNA 量が一定の基準を

超えていない

超えている

アジドチミジン  
(AZT)\*の単剤療法

- HIVの増殖を抑制する.

HAART 療法  
(多剤併用療法)

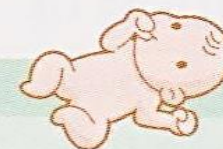
- HIVの増殖を強力に抑制する.

帝王切開

- 分娩時の産道感染を防ぐ.
- 子宮収縮開始前(35～36週)に行うことで、経胎盤感染を防ぐ.

新生児に対する治療

新生児



分娩後 8 時間  
～生後 6 週まで

授乳時

AZTのドライ  
シロップ投与

- 継続的に投与してHIVの増殖を抑制する.

授乳の禁止  
(人工栄養)

- 母乳感染を防ぐ.

児への垂直感染率

未治療  
治療  
20  
~  
40  
%

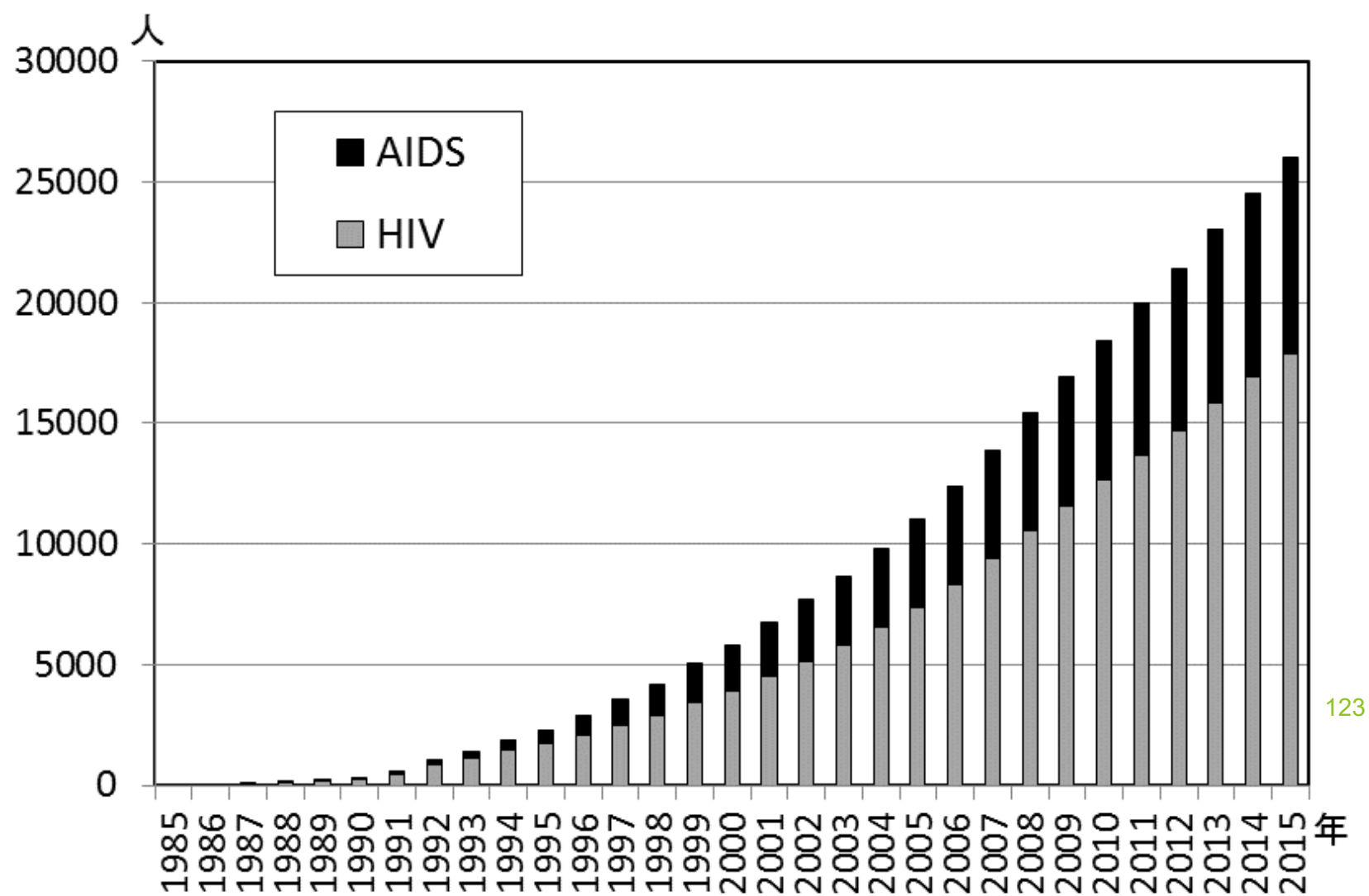
一連の治療により感染率を低下させている

2%以下

\*アジドチミジン (AZT) = ジドブジン

# 2015年までのAIDS、HIV感染者累計報告数

(厚生労働省)



## 👉 ケア・指導

- ・ 入院中はできるだけ**個室**とする
- ・ リネンやナプキンの処理方法を指導する
- ・ ほかの入院患者や面会者に対する**プライバシーの保護**に十分配慮する
- ・ **退院後**も継続した健康管理と育児のサポート体制を整える

## ⑨B群溶血性連鎖球菌感染症(GBS)

- 常在菌(10-30%)
- 経産道感染  
→ 児の1-2%がGBS感染症発症  
(敗血症、肺炎、髄膜炎で後遺症や死亡)
- 妊婦全例35-37週で検査
- 陽性: 陣発・破水時ペニシリン抗菌薬点滴投与

## ⑩ヒトパルボウイルスB19感染症

- ・ 飛沫・接触感染
- ・ 伝染性紅斑(リンゴ病)を起こす
- ・ 経胎盤感染  
→胎児貧血、胎児水腫

### 指導

- ・ 周囲に感染者がいる妊婦にはマスク着用や手洗いを勧める。
- ・ 感染の疑いがあるときはかかりつけの医療機関へ相談するように指導する。

## ⑪水痘

- 水痘・带状疱疹ウィルス感染
- 飛沫感染・空気感染
- 抗体のない妊婦に保健指導
- 妊娠20週以前の約2%で経胎盤感染
  - 児は皮膚瘢痕、発育障害、神経系異常など
- 分娩前5日～分娩後2日の発病
  - 児は重症化(30%が死亡)
- 濃厚接触した場合はガンマグロブリン  
発症した場合はアシクロビルを投与

## ⑫麻疹

- ・麻疹ウィルス
- ・**空気感染**(暴露した90%が感染)
- ・流早産のリスク、**妊婦自身が重症化**しやすい
- ・**経胎盤感染**  
→先天性麻疹
- ・濃厚接触者にはガンマグロブリン投与