

#### (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γ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症率は成人では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β2刺激薬を主体とし、内服のテオフィリン薬、β2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、機能的变化が生じること、また症状がつわりや切迫流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>f)</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：ツロブテロール<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、流早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、H2受容体遮断薬(シメチジン・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<sup>®</sup>)、Mesalazine(ペンタサ<sup>®</sup>)、Metronidazole(フラジール<sup>®</sup>)、免疫抑制薬(イムラン<sup>®</sup>)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：慢性の粘血・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<sup>®</sup>)、Mesalazine(ペンタサ<sup>®</sup>)、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>9)</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。

.....