

4. 透析患者の妊娠と出産—挙児希望に応えるために われわれは何をなすべきか？

—第48回日本透析医学会ワークショップより—

高津 成子*1 宮崎 雅史*1 岡 良成*1 丸山 昌伸*2

腎不全センター幸町記念病院*1

岡山大学大学院医歯学総合研究科消化器・腫瘍外科*2

はじめに

本邦の透析患者の妊娠と出産の現況について述べ、挙児希望のある透析患者に対して、透析医療者の対応の要点を考察したい。まず自験例を紹介する。

I. 症 例¹⁾

34歳、透析歴12年の主婦。

1978年22歳時、血液透析を開始後から無月経が続いていた。1988年5月に健康な男性と結婚した後は近医で無月経の治療を受けていた。夫婦ともに挙児の希望が極めて強いため、同年11月末より不妊治療を開始し、1990年5月、妊娠を確認した。妊娠5週目に切迫流産にて大学病院産婦人科に4週間入院したが、その後は当院に入院の上、透析管理を行った。

子宮内胎児発育不全を防止するため、1日1.5g/kg以上の蛋白質を摂取させた上で、BUN 60mg/dL以下を目標に週5日計22.5時間の透析を行った。不正性器出血が続いていたので透析中の抗凝固剤はメシル酸ナファモスタットを用い、止血剤としてアドクノンを用い、子宮収縮抑制剤として塩酸イソクスプリンを、高血圧には塩酸ヒドララジンを使用した。

貧血に関しては、Ht値25%以上を維持するためにrHuEPO 3,000単位(週3回)を開始し、妊娠31週に血圧の上昇がみられるまで継続した。妊娠34週3日、帝王切開にて1,580gの男児を出産した。児はApgar score 8点で、順調に発育し、2003年春、中学校に入学したが、知的発達・運動能力などに問題はない。

II. 本邦の透析患者の出産の現況

1990年は、われわれの報告も含め、透析患者の妊娠に対しrHuEPOが初めて使用されるようになった節目の年である。rHuEPOが使用されていない1989年以前の出産例25例中、出産後早期に死亡した新生児(以後死児)は8例、rHuEPOが使用されるようになった1990年以降の出産例36例中、死児は2例である。

61症例の出産週数と出生時児体重の関係をみると、1,000g未満の低体重が15例で、うち8例が1989年以前の出産例であり、8例中7例が死亡していた。一方、1,000g未満の低体重15例中7例が1990年以降の出産例で、死亡例は1例のみであった。

1989年以前の出産例25例中17例の生児と1990年以降の出産例36例中34例の生児を比較すると、出産時の児の状態および母体の条件には全く差がみられなかった。

しかし、積極的に計画妊娠を行った症例は、1989年以前では報告がないのに対し、1990年以降は人工授精を含め5例に行われており²⁾、透析患者の挙児希望に対する医療側の対応の変化がうかがえる。

III. 妊娠管理上の注意点(表1)

妊娠合併症の対策として重要なのは、高血圧・出血に対する適切な薬剤使用と流産予防である。

報告例61例中生児は51例、死児は10例で、出産週数は生児33.4±3.4週、死児27.6±4.1週、児体重は生児1,778.4±615.4g、死児は779.8±147.8gで明らかな差が認められ、出産週数30週以上、児体重1,000g以上が生児を得るための一応の目安といえよう。

表 1 妊娠管理上の注意点

- 1) 十分な栄養摂取と透析
熱量 35~40 kcal/kg/日, 蛋白 1.5 g/kg/日
BUN 60 mg/dL 以下を目標
- 2) 貧血の改善
Ht 値 30%以上を目標
- 3) 体重 (dry weight : DW) のコントロール
(中期) 300 g/週 (後期) 500 g/週の増加目安
〔参考〕血圧・浮腫の有無・IVC 径・hANP 値
- 4) 合併症対策
 - ① 高血圧
ACE 阻害剤は禁忌, β -blocker は使用注意
 - ② 出血
切迫流早産・分娩時の異常出血・胎児の頭蓋内出血・透析時の抗凝固剤
 - ③ 流早産予防
妊娠 30 週の維持が目標
羊水過多や子宮内感染の治療

表 2 維持透析患者の妊娠許容条件

- 1) 母体に妊娠継続が困難な合併症が存在しない
- 2) 患者と家族が一致して育児への希望が強い
- 3) 自己管理が良く, 妊娠・出産・育児に耐える体力と自助の精神が強い
- 4) 必要な時いつでも入院ができる
- 5) 経済的に安定していて, 患者と家族の協力で育児が担当できる

IV. 透析患者の妊娠出産の許容条件 (表 2)

母体側の合併症は羊水過多 18 例, 切迫流早産 8 例, 弛緩出血 5 例, 妊娠中毒 2 例などが報告されている。また, 胎児側では子宮内胎児発育不全が多く認められ, 新生児死亡が 10 例 (16.4%) みられており, 健常者の妊娠に比べ依然としてリスクは高い。

しかし最近 10 年あまりの間の周産期医療の進歩により低体重児の生存率が向上していることと, 母体の死亡例がないことは, 透析患者の妊娠出産を支持する要素となっている。これらの点について十分にインフォームド・コンセントを得ることは不可欠と考える。

一般に透析患者は月経不順のため妊娠の判明が遅れる場合が多く, 大部分は自然に妊娠が成立した際に, 患者の強い育児希望に応える形で妊娠が継続され, 出産に至る³⁾。東間ら⁴⁾によれば, 96 年時出産例と妊娠例の比は, 妊娠例 172 例に対し出産例 90 例 (52.3%) であり, 約半数が流産している。その原因として, 胎児形成に最も重要な妊娠初期に, BUN の高値⁵⁾や Ht 値の低下, あるいは薬剤の影響を回避できないことがあげられよう。

V. 透析医療者の対応の要点

透析患者の育児希望に応えるためにわれわれ透析医療者がすべきことは, まず, 透析患者の妊娠出産は可能であることを, 妊娠可能年齢の女性透析患者および産科医に啓蒙することだと考える。そして, 透析患者の妊娠の機会を有効に出産につなげるために, インフォームド・コンセントのもとに, いつ妊娠しても大丈夫なように催奇形作用のない, 適切な薬剤を使用することが求められる。また, 患者自身も日常の自己管理をより厳密にすることが必要である。さらに不妊治療も含め計画的に妊娠・出産できるように積極的に環境を整えることが望ましいと考える。

文献

- 1) 高津成子, 宮崎雅史, 国米欣明, 内田 晋, 岡 良成, 平松祐司, 工藤尚文: 不妊治療によって妊娠・出産を積極的に支援した透析歴 12 年の 1 症例. 透析会誌 27: 1337-1342, 1994
- 2) 小田正美, 比嘉 功, 早川正道, 秦野 直, 大澤 炯: 妊娠に伴う長期透析患者の管理. 透析会誌 24(抄録集): 1027, 1991
- 3) 小林 博, 松本ゆり子, 大坪 修, 大坪公子, 内藤達男, 堀内 清, 和田紀之: 長期透析患者の妊娠・出産. 産婦人科の世界 30: 1063-1070, 1978
- 4) 東間 紘, 小林千佳, 矢木澤隆: 腎不全患者の妊娠出産—全国アンケート集計結果から. 透析会誌 30(Suppl 1): 506, 1997
- 5) Gresham EL, Simons PS, Battaglia FC: Maternal-fetal urea concentration difference in man: Metabolic significance. J Pediatr 79: 809-811, 1971