

切迫流産と切迫早産

早産とは妊娠 22 週以後から妊娠 37 週未満までの分娩を言います。WHO は妊娠 37 週未満を pre-term (早産) としていますが、その下限は規定していません。日本の場合は妊娠 22 週未満を流産と定義しているために、妊娠 22 週から 37 週未満を早産と言います。総分娩数の約 5% が早産となりますが、その原因は前期破水、多胎妊娠、羊水過多症・過少症、頸管無力症など多岐にわたります。切迫早産とは「妊娠 22 週以降 37 週未満に下腹痛、性器出血、破水などの症状に加えて、規則的な子宮収縮があり、内診では、子宮口開大、子宮頸管の展退などが認められ、早産の危険性が高いと考えられる状態 (日本産科婦人科学会編、産科婦人科用語集・用語解説集より)」と定義されています。

早産の原因

早産の主要原因として最も注目されるのは前期破水です。前期破水の原因としては絨毛膜羊膜炎の関与が注目されています。従って、早産の原因を感染に求める考えが強くなっています。

早産の診断

腹部緊満感・下腹痛・腰痛、前陣痛・陣痛 (子宮収縮) などの腹部症状、破水の有無、性器出血などを参考にすると診断は比較的容易です。

(1) 子宮収縮の把握と胎児管理

子宮収縮の把握と胎児管理のためには、胎児心拍数陣痛図が必要になってきます。胎児心拍数陣痛図とは、分時心拍数 (1 分間の心拍数) と子宮収縮の有無、程度を同時に同じ記録用紙に記録したものです。胎児心拍数陣痛図によって、子宮収縮 (陣痛) の有無、程度を把握できます。子宮収縮 (陣痛) の有無によって早産の診断がなされます。

(2) 子宮口の開大度、出血、頸管の状態

子宮口の開大度、頸管の状態は早産診断の必須検査です。内診、膣鏡診、超音波診断法 (膣式) によって診断がなされます。内診によって子宮口の開大程度、開大している場合には何センチ開大しているかを判断します。膣鏡診によって、出血の有無、程度が診断できます。当然、出血がある方が早産の危険性は高くなります。また胎胞が形成されていれば肉眼的に確認できます。超音波診断法 (膣式) によって子宮頸管の長さ、すなわち短縮の程度が把握できます。頸管の長さは本来長いものであり、短いほど早産の危険性が高くなります。また内子宮口の状態が把握できます。内診によって子宮口が閉鎖していても内子宮口がくさび状に開大し、しかも頸管の短縮が認められる場合には早産の危険性があります。

切迫早産の治療

早産児は、その週数が早ければ早いほどいろいろな機能が未熟なために死亡したり、障害が残ったりする可能性があります。そのためにはたとえ1日であっても妊娠が継続するほうが児にとって好都合です。一般的な切迫早産の治療の基本は安静と薬物療法が2本の柱です。薬物療法とは、子宮収縮を抑制する目的で子宮筋弛緩剤が用いられます。切迫早産の症状が軽度の場合には子宮筋弛緩剤の内服投与が行われますが、症状がより強い場合には点滴治療が行われるために入院が必要になります。

安静；早産の危険性が高ければ高いほど安静の必要性が高くなります。つまり切迫早産の症状の強さによって安静度が決まります。入院治療によって子宮収縮などの切迫早産の症状が軽快すれば次第に安静は解除されます。安静というものは決して楽なものではありません。非常に苦痛なものです。特に長期間の安静は何が重要なかわからなくなります。いわゆる拘禁性のノイローゼになりやすいです。赤ちゃんを支えに1日1日積み重ねるしかありません。妊娠が継続できることはすばらしいことですから。そして、必ず予定日のあることですので無期限に安静が持続するわけではありません。

切迫早産治療薬；切迫早産の治療薬は子宮収縮を抑制する目的で子宮筋弛緩剤が用いられます。代表的な子宮筋弛緩剤は塩酸リトドリン（ウテメリンなど）、硫酸テルブタリン（プリカニール）が用いられますが、第一選択薬として塩酸リトドリンが用いられます。その理由として選択的に子宮筋を弛緩させるためです。また保険適応が妊娠16週以降に認められています。リトドリンで効果が不十分な場合は、リトドリンの量を増やしたりカルシウムブロッカーやMgを使用したりしますが自費になります。自費になりますが値段が安く治療効果もあまり変わらない硫酸テルブタリン（プリカニール）も用いられます。塩酸リトドリンは非常に有効な子宮収縮抑制剤です。すなわち用量が多ければ多いほど効果を発揮します。しかし上限を超えて投与してもその効果には制限があります。すなわち一定以上に強い子宮収縮（陣痛）は抑制が不可能で早産が避けられないことになります。

塩酸リトドリンの副作用；内服薬：動悸、頻脈、手指振戦、嘔気など。

注射薬：内服薬と同様に動悸、頻脈、手指振戦、嘔気などの副作用があるために多量の点滴ができない場合もあります。最大の副作用は肺水腫です。輸液量が多くなると肺水腫の危険性が高まり危険なために、投与量が多くなる場合には高濃度の塩酸リトドリンの点滴を行い輸液量自体は少なくします。しかし、上限用量以内ならばほとんど問題になりません。その他に肝障害、発疹、血管痛、尿糖変動、上室性頻拍、CPKの上昇などがあります。日常診療でほとんど経験されない極めてまれな副作用としては横紋筋融解症、無顆粒球症、新生児腸閉塞などがあります。

早産児の予後と治療目標

塩酸リトドリンは有効な早産治療薬ですが、早産を完全に防止できるわけではありません。問題となるのは早産といっても妊娠22週から36週までであるために、早産週数が児の予後に大きく関係してきます。早産児の予後の改善のために切迫早産の治療の最終目標は児の体重が2500g以上に達する妊娠36週とすべきです。