

特殊な血液疾患をもつ患者の分娩を経験して

田 井 薫¹⁾・青 木 千津子¹⁾・高 橋 文 子¹⁾
長 井 真知子¹⁾・須 貝 恵 子¹⁾

はじめに

健康婦人でも妊娠により貧血を伴うことが多く、妊婦の30~40%に妊婦貧血がみられる。再性不良性貧血は、骨髓の造血障害により赤血球系、白血球系、血小板系の減少をきたす疾患である。本症例は、妊娠初期から赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値が低値で、正色素性を示し、血小板、白血球ならびに骨髓像はほぼ正常、薬剤投与に反応しないという症例である。鉄芽球性貧血、再性不良性貧血、pure redcell aplasia にもあてはまらず、再性不良性貧血の亜型と考えられた症例(表1)である。私達は、今回このような極めて稀な疾患をもつ妊婦に遭遇し、安全分娩をもっていくことを目標にとりくんだ。その結果、母児共に無事出産できた症例を経験したのでここに報告する。

症 例

29歳の初妊婦。職業：工員。学歴：高校卒業。入院時診断：再性不良性貧血の亜型。主訴：特になし(妊娠36週6日)。患者の病識：軽い貧血であり重症なものではないから安心であると聞いており、疾患についての不安はみられない。既往歴：10年前貧血にて入院(当院内科)、ステロイド内服、輸血治療。家族構成：3人姉妹の次女で、実父母、姉、夫の5人家族。性格：温和な性格で物事に対してあまりこだわらない。最終月経：昭和57年6月19日~6日間。分娩予定日：昭和58年3月29日。月経歴：初潮14歳、25日型周期順調、6日間持続し総血量は普通であり、特に月経困難

症はない。血液型：B型Rh(+)。

1. 入院までの経過

昭和57年8月17日某病院にて妊娠の診断(SS・8W)を受ける。9月17日(SS・12W)妊健時、強度の貧血(Hb 3.8g/dl, Ht 17%, R 156万, W 3,500)を指摘され、妊娠継続は無理といわれて中絶をすすめられたが、本人は妊娠継続を強く希望。10月7日(SS・15W)妊健、Hb 2.6g/dlで貧血改善せず、翌日より入院して輸血を5日間施行。10月17日(SS・16W)当産婦人科外来受診。Hb 9.2g/dl、造血剤2週間分処方される(妊娠を継続し、分娩をもっていく方針をとる)。11月10日(SS・20W)妊健、Hb 6.0g/dl、内科復券。骨髓穿刺・肝機能・検血・検尿・U I B C・血清鉄検査施行。分娩までHb 11.0g/dl, Ht 30%維持の指示あり、以後貧血治療のため入院を4回くり返す。11月15日~27日輸血1E/日5日間。12月6日~9日輸血1E/日4日間。12月25日~27日輸血2E/日3日間。昭和58年1月22日~29日輸血2E/日7日間。2月19日(SS・35W)下肢浮腫強く、利尿剤処方。血圧124/60mm Hg, 尿蛋白(-)。3月7日(SS・36W)下肢浮腫(+), 血圧120/60mm Hg, 尿蛋白(-), 貧血治療と妊娠中毒症軽症にて入院となる。入院期間：昭和58年3月7日~4月13日。

2. 入院時の所見と治療方針

1) 現症：妊娠36週6日。身長150.0cm, 体重61.0kg(非妊時49.5kg), 子宮底31.0cm, 腹囲90.0cm, 下肢浮腫(+). 検査所見ではHPL 7μg/dl, エストロテック200倍まで(+), 血圧120/60mm/Hg, Hb 7.5g/dl, Ht 23%, GOT 12k-u, GPT 12k-u, ALP 414μ/l, LDH 266μ/l, γ-GTP 16μ/l, T-Bil 0.4mg/dl, T-C198mg/dl,

¹⁾中央総合病院 産婦人科病棟

表 I

本 症 例	鉄芽球性貧血	再性不良性貧血	pure redcell aplasia
(S 57. 11. 10 検査) 白血球 4500 赤血球 $193 \times 10^4 / \text{mm}^3$ 血小板 $34.7 \times 10^4 / \text{mm}^3$ H b 6.1 g/dl H t 17.4% C I 0.98 正色素性 出血傾向(-) 自覚症状(-) (貧血) 血清鉄 ↑ 214 $\mu\text{g}/\text{dl}$ UIBC ↓ 27 $\mu\text{g}/\text{dl}$ 骨髓像 ほぼ正常 Ery (赤芽球) Pro 0.4 Mak 0.6 Nor 23.4 } 24.4% VB ₆ 反応せず	白血球 正常ないし減少 好中球 Alp値 ↓ 低色素性 血清鉄 ↑ UIBC ↓ 骨髓像 赤芽球過形成 鉄治療に不応	白血球 2000 ↓ 好中球の ↓ リンパ球は比較的 ↑ 赤血球 $300 \sim 100 \times 10^4 / \text{mm}^3$ ↓ 血小板 $5 \times 10^4 / \text{mm}^3$ ↓ ・白血球・赤血球・血小板ともに ↓ H b 7.0 g/dl ↓ 多い (Hb 8.0 ~ 9.0 g/dl に保つ) 正色素性かわずかに高色素性 貧血症状 (+) 出血傾向 (+) 血清鉄 ↑ 180 $\mu\text{g}/\text{dl}$ ↑ のもの多い UIBC ↓ 骨髓像 有核細胞 ↓ 赤芽球 } ↓ 顆粒球 } ↓ 巨核球 } ↓ リンパ球 } ↑ 細網細胞 } ↑ 好中球 Alp 著しく高値か正常値または低値を示すものもある 血清銅 ↑ 150 $\mu\text{g}/\text{dl}$ ↑ 正常値を示すものもある	赤血球系だけの低形成 正球性または大球性 正色素性貧血で網状赤血球は消失又は著減 骨髓像 赤芽球の無形成 または著減 顆粒球系 } 正常 巨核球 }

UIBC 25 $\mu\text{g}/\text{dl}$, S-Fe 313 $\mu\text{g}/\text{dl}$ 。

2) 産科の治療方針：内科，産科的に定期的な検査を施行しながら予定日を目途に陣痛発来するのをまつ。

3) 内科の治療方針：①貧血については，Ht 20%，Hb 8.0/dl くらいにして過剰な輸血は避けた方がよい。②生化学的分析では，GOT，GPTは正常で，ALPのみ上昇している状態なのでそれほど心配はない。③血清鉄の上昇，UIBCの下降については，治療を含めて全ては分娩後にしてはどうか（除鉄剤療法etc）。

3. 入院から退院までの経過（表II参照）

4. 看護の実施経過

1) 入院時 表III参照。

2). 分娩時 (1)看護目標：安全分娩にもっていく(表IV参照) (2)分娩時の原則：産道などの裂傷及び創傷をおこさないよう十分注意する。吸引分娩は，産道裂傷発生の危険性が高いので避ける。

① 緩助な経陰分娩（産道裂傷をおこさない）。

② 輸血用の血液の準備（場合によってはスベンダー確保）。

③ 子宮収縮剤，止血剤，他薬剤の準備。

④ 分娩後24時間は，厳重な監視が必要（陰壁，会陰の血腫発生）。

表 II 入院から退院までの経過

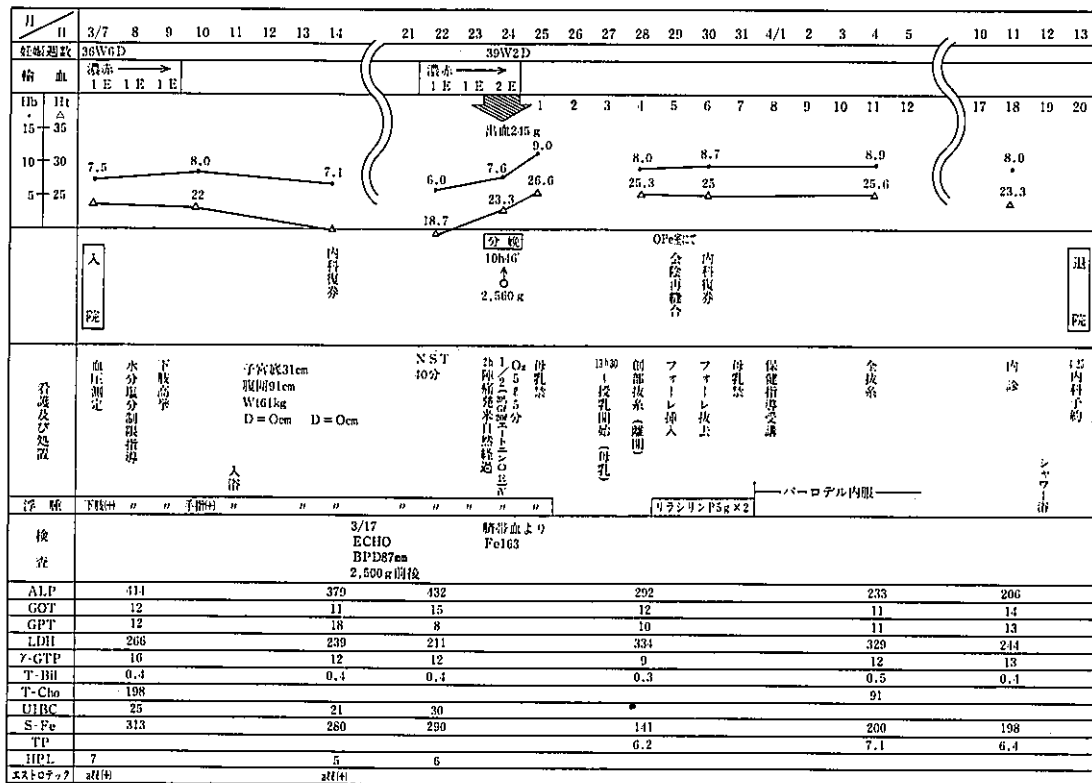


表 III

看護目標	具	体	策
<ul style="list-style-type: none"> ・ 妊娠中症毒症の予防に努める ・ 安全分娩できるように内科と連携をとりながら援助する 			
貧血に対する自覚症状がない			<ul style="list-style-type: none"> ・ 一般状態の観察を十分に行なう ・ 定期的検査を行なう
妊娠中毒症軽症がある (浮腫のみ)			<ul style="list-style-type: none"> ・ 蓄尿し尿量のチェック・体重測定 ・ 塩分・水分摂取量について指導 (本人に食事摂取量をチェックしてもらう) ・ 安静 (洗面・トイレは可) ・ 下肢高拳 (足枕使用)
胎盤機能の低下がある (HPL 7 μg/dl)			<ul style="list-style-type: none"> ・ 胎児心音に注意する (Non-stress test) ・ 胎盤機能検査を定期的に行なう

⑤ 新生児の取り扱い。頭血腫の有無、臍帯血を採取し、血清鉄のチェック (表IV参照)。

5. 結果

1) 3月22日のHPL, 血液検査の結果から3

月28日より分娩誘導する方針をとったが、3月24日、妊娠36週2日に陣痛発来し軽度の微弱陣痛はあったが、分娩第Ⅱ期遷延には至らず (第Ⅱ期26分)、分娩所要時間は8時間50分であった。

表Ⅳ 助産計画

	情報	予想される問題点	具体策	結果
分娩第Ⅰ期～第Ⅲ期	①貧血がある Hb 7.6g/dl Ht 23.3%	・微弱陣痛 ・分娩時間は遷延しやすい 一分娩第Ⅱ期遷延— ・出血量が多くなりやすい	怒責の指導 陣痛促進剤の使用 血管確保 輸血準備、薬剤の準備 (収縮剤、止血剤) 一般状態の観察 分娩後検血	そばについて指導したが陣痛は弱く有効な怒責にはならなかった 20%G120ml+アトニOIA 静注20 分娩第Ⅱ期 26分 濃厚赤血球液2E施行 出血 245g (分娩時)
		・胎児仮死 ・S F D	胎児心音に注意する ME装着 O ₂ 投与 蘇生器 救急薬品 } 準備 保育器	ME装着 O ₂ 5ℓ 5分間投与 3月24日 10時46分 男児 2,560g A P S .10点 正常分娩 保育器収容せず
	②初産婦である 母親学級受講済 ③妊娠中毒症 軽症 浮腫下肢 (+) 血 圧 134/76mmHg 尿 蛋 白 (-)	・新生児貧血 ・児頭血腫形成 ・分娩に対する不安が大きい	臍帯血採取 (血清鉄) 児の検血 緩助な分娩 そばについて励ます 怒責の指導	臍帯血血清鉄 163μ/dl 児の貧血 (-) 児の異常 (-)
	・血圧上昇 ・子痫前症	一般状態の観察 血圧測定 救急薬品 トイレの準備	娩出後 血圧138/72mmHg 子宮収縮良好	
分娩第Ⅳ期	貧 血	・産後陰血腫発生 ・出血量が多くなりやすい ・子宮収縮不良	出血、子宮収縮、血圧、ヘマトーム形成の有無の観察を1時間毎に行う (経過表作成)	出血 38g (計257g) 子宮底膣下1指収縮良好 産後陰血腫 (-)

2) 分娩時出血量 245g と正常範囲内で子宮収縮も良好であった (第Ⅳ期までの出血量合計 257g)。

3) 新生児については、特に異常はみられなかった。

4) 妊娠中毒症軽症 (浮腫のみ) はあったが、特に分娩時に大きな影響はなかった。

5) 産褥経過については、除鉄剤使用が考慮されていたため母乳禁忌について、患者を混乱させてしまった。また、会陰縫合部の離開が抜糸後みられ再縫合することになった。

考 察

(1)分娩時第Ⅱ期遷延に至らなかったこと、出血量が正常範囲だったことは、過度の陣痛誘発剤を

使用せず、自然に陣痛発生して分娩の進行したことや分娩前に内科の方針である Ht 20%, Hb 8.0g/dlに近い, Ht 23.3%, Hb 7.6g/dlで分娩できたことが大きな理由といえる。(2)本症例は、妊娠分娩を通して41単位もの多量の輸血を施行し、退院後も内科外来で時に輸血を続けている。したがって、妊娠が本疾患に与える影響は大きく、今後は妊娠は好ましくないと考えられる。(3)血清鉄上昇, UIBC 下降がみとめられ、今後除鉄剤の使用なども考慮し、母乳については一時中止したが、本人の希望と母乳栄養の利点を考えると、治療開始するまでは母乳を与えた方が良かったと思われる。(4)創部離開については、一般状態、検査結果など特に異常がみられなかったことから、本疾患が直接的な原因であるとは断定でき

ない。

分娩後、貧血の悪化もなく経過し、内科医師と連絡をとりながら、産褥20日目に無事退院に至った。多量の輸血によるヘモクロマトーシス（肝硬変症、糖尿病、皮膚の色素沈着）は、入院中にはみられなかったが、退院後も輸血を続けていることから、継続的な内科受診、ヘモクロマトーシスの早期発見が重要であろう。

おわりに

本疾患をもつ分娩報告はほとんどなく、どのように対処していったらよいかとまどう面が多くあったが、無事出産できたことは貴重な体験で、出産後5ヶ月に母児共に来院し、元気な姿をみる事ができたことは、大変嬉しいことであった。今後この体験を看護に生かしていきたいと考えている。

参 考 文 献

- 1) 岡崎 通：鉄芽球性貧血，内科シリーズ，14，81～98，1974.
- 2) 廣田 豊：再生不良性貧血，日本血液学全書，3，433～506，1980.
- 3) 橋口精範ほか：妊産婦の出血と貧血，周産期医学，8(8)，5～91，1978.
- 4) 林 基之ほか：血液疾患と妊娠，産婦人科の実際，25(8)，629～677，1976.
- 5) 鷹家美智子：血小板無力症を合併した妊産婦の管理，第11回日本看護学会（1980年）母性看護分科会シンポジウム，76～79，1980.
- 6) 岩村健一郎：妊娠と貧血と胎児保有鉄量，周産期医学，11(5)，129～135，1981.
- 7) 山田兼雄：新生児における出血傾向の診断と治療，周産期医学，13(4)，65，1983.
- 8) 池ノ上克ほか：母体の出血傾向出現例に対する治療，周産期医学，13(4)，51，1983.