

(5)産科

概要・特徴

(a)概要

周産期診療部産科部門はその設立の概念より当センターでなければ妊娠・分娩管理できない High risk 妊婦・胎児を優先的に受け入れているが、今後の我が国の理想的な妊娠分娩のガイドラインとエビデンスを作成するために、余裕のある限り Low risk 妊婦も受け入れている。しかし、分娩数は開院後飛躍的に増加しており、現状では Low risk 分娩受け入れが困難となっている。

分娩は LDR 室にて行い産科医、新生児科医、麻酔科医（硬膜外麻酔による無痛分娩）助産師が必ず立会い、周産期部門内に形成された母体・胎児モニタリングシステムの利用により、安全性の高い分娩管理を行っている。

また、近隣の産婦人科施設からの紹介あるいは全国の周産期センターからの High risk 妊娠母体搬送も状況の許す限り積極的に受け入れており、National Center としての使命を果たすとともに地域医療へも大きく貢献している。

合併症妊娠あるいは胎児疾患で他科（外科、脳外科、泌尿器科、麻酔科など）との連携が必要な場合は症例毎にチーム医療を行い、特に周産期部門の新生児科、胎児診療科、母性内科、不妊・不育科とは密な連携を行っている。

周産期管理においては最先端の検査・治療を積極的に取り入れるとともに、全国あるいは全世界に情報発信を行うことが我々に課せられた重要な役割と考えている。

(b)他科との連携、レジデント教育

毎週金曜日に周産期カンファレンスを行い、症例検討、抄読、学会予演等スタッフならびにレジデントの勉強の場としている。このカンファレンスへの参加は自由であり、多数の関連各科の先生方の参加を得ており、妊婦・胎児・新生児に関する最新の知識を得ることが可能である。

(c)妊婦教育およびアメニティー

昨年、当センター受診妊婦および褥婦を対象に育児講演ならびにマタニティーコンサートを行った。参加者の評判は良く、今後定期的に開催する予定である。

産科臨床統計

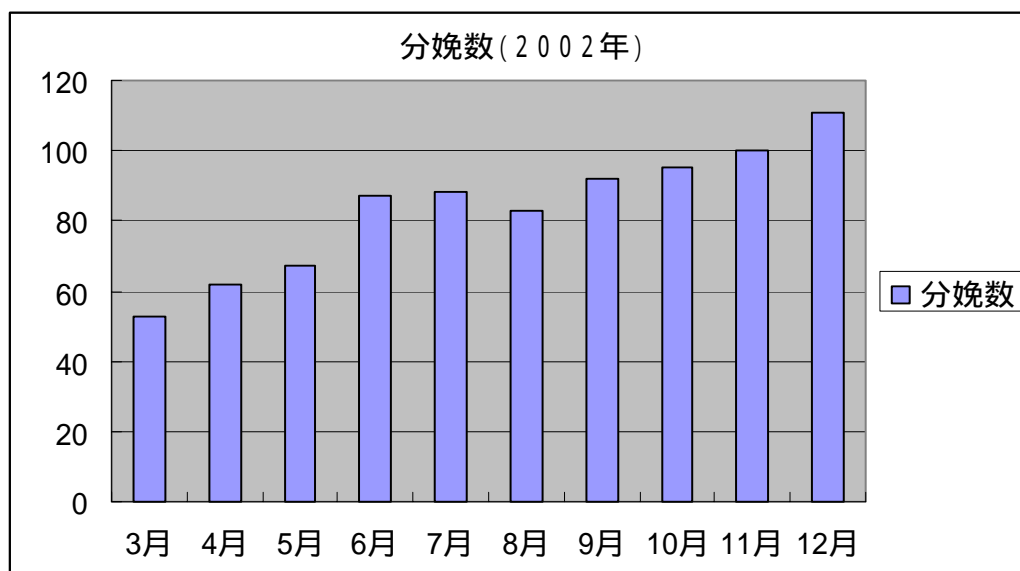
成育医療センター産科の臨床統計は WHO、厚生労働省、日本産科婦人科学会の統計に準じ 1 月から 12 月までの年統計である。したがって、2002 年は開設された 3 月から 12 月までの統計を呈示する。

(a) 月別分娩数

2002 年に開設当初は月 50-60 例であったが、漸増し、年終わり近くには 100 例を超えた。

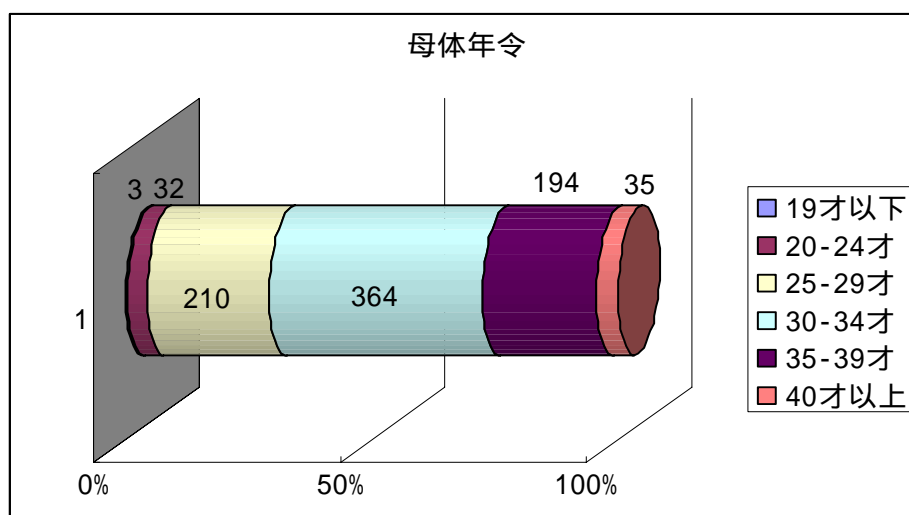
この傾向は2003年も継続しており、センターで管理可能な患者数を越えている。このうち、単胎は835例で、近年問題となっている多胎は双胎30組、品胎3組であった。

3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	計
53	62	67	87	88	83	92	95	100	111	838



(b) 母体年令

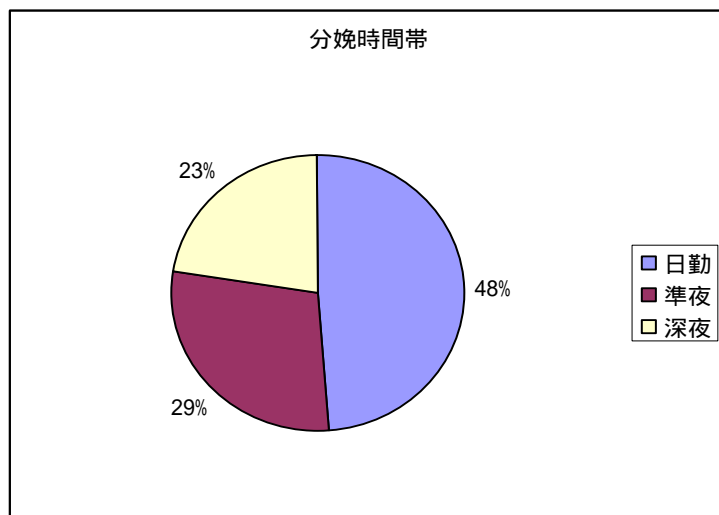
成育医療センターはハイリスク妊娠を中心として管理しているために妊婦の年齢層は高い。我が国の定義である高齢妊婦の35才以上の方は229例(27.4%)と全分娩の1/4を超え、40才以上は35例(4.2%)であった。



(c) 分娩時間帯

センターは24時間体制で分娩管理を行っている。このため、休日、準夜・深夜帯でも産

科医師は 2-4 人が勤務しており、新生児科医師、麻酔科医師も必ず複数名勤務している。しかし、高齢妊婦が多いこと、ハイリスク妊婦・胎児の分娩方法として予定帝王切開が多いことなどから、日勤帯（9 時-17 時）での分娩が半数近くを占めていた。



(d) 帝王切開率

ハイリスク妊婦・胎児の娩出方法として帝王切開を選択することが増加することが予想されていた。2002 年の帝王切開数は 238 例（28.4%）であり、1/4 強の帝王切開率であった。我が国の帝王切開率が約 7% であることから考えると、4 倍の帝王切開率といえる。また、手術分娩である吸引分娩は 89 例（10.6%）、鉗子分娩は 4 例（0.5%）であった。

(e) 児の予後

周産期診療部新生児科の医師が全ての分娩に立会い、出生直後からの管理を実施している。胎児外科、新生児外科などのハイリスク胎児を数多く対象にしているにもかかわらず、出生体重 500 g から 999 g の超低出生体重児の現時点（最低生後 5 ヶ月以上フォローアップ）での生存率は 94.1% とわが国の総合周産母子センターの NICU の数値と比較して高い数値といえる。妊娠 24 週以降あるいは 500 g 以上の児は 95% 以上生存し、500 g 未満でも半数が救命可能であった。児の予後は生命予後だけではなく、後遺症なき生存（intact survival）が評価の最大基準であり、中枢神経系の後遺症は 1 年以上のフォローアップが必要であることから、現在生存児の評価中であるので、この点は来年度に報告する。

22 週未満は全て死産であり、全例胎児疾患を有していた。22 週以降の死産（10 例）は、常位胎盤早期剥離、臍帯脱出、22 週の分娩中死亡の 2 例の合計 4 例を除き、全例胎児疾患によるものであった。尚、胎児疾患の統計は胎児診療科と共同で管理しているのでその項を参照にされたい。

新生児生存率の議論においては、乳児期に死亡した症例を生存例として含むため臨床的に有用な生存率といえないことが多い。今回の統計は少なくとも出生後 5 ヶ月以上経過しており、1 年以降の症例も多く、2003 年 5 月時点の生存率も併記した。

乳児死亡の 3 例は、中枢神経系奇形、無脾症候群の重症心奇形、退院後の事故であり、未熟児に乳児死亡を認めなかったことは特筆に値すると考えている。

分娩週数別児の予後

分娩週数	出産数	死産数	生産数	新生児死亡数	乳児死亡数	新生児生存率	2003年5月の生存率
22 週未満	17	17	0				0.0%
22 - 23 週	4	2	2	2		0.0%	0.0%
24 - 27 週	18	0	18	0	0	100.0%	100.0%
28 - 31 週	29	2	27	1	0	96.3%	96.3%
32 - 36 週	87	5	82	1	0	98.8%	98.8%
37 - 41 週	681	1	680	2	3	99.7%	99.3%
42 週以降	2	0	2	0	0	100.0%	100.0%
計	838	27	811	7	3	99.1%	98.8%

出産体重別児の予後

出産体重	出産数	死産数	生産数	新生児死亡数	乳児死亡数	新生児生存率	2003年5月の生存率
499g以下	7	3	4	2	0	50.0%	50.0%
500-999g	20	3	17	1	0	94.1%	94.1%
1000-1499g	22	2	20	1	0	95.0%	95.0%
1500-1999g	43	2	41	1	0	97.6%	97.6%
2000-2499g	96	0	96	1	2	99.0%	96.9%
2500-2999g	284	0	284	0	1	100.0%	99.6%
3000-3999g	344	0	344	1	0	99.7%	99.7%
4000g以上	5	0	5	0	0	100.0%	100.0%
計	821	10	811	7	3	99.1%	98.8%

研究活動

(a)基礎研究

(1) 母体血中胎児細胞分離

母体末梢血中には少数ながら胎児血が混入する。この細胞を分離・回収することにより胎児診断への応用が可能になると考え、NRBC を target cell として現在基礎研究中である。

- (2) **Protocadherin** の分子特性ならびに組織発現性
Cadherin の cloning 中に発見されたより分子量の大きな clone についてその組織発現性を検討するとともに、発生過程における機能について研究中である。
- (3) HIV 褥婦母乳からの HIV 除去
我が国では HIV 妊婦管理はすでに確立されつつあるが、開発途上国ではたとえ HIV 感染者であっても母乳を断乳することは困難である。我々が開発中の装置により HIV 除去が可能となれば多くの母子に貢献できる可能性がある。

(b)臨床研究

- (1) 前置胎盤における MRI 画像解析
- (2) 早産帝王切開におけるニトログリセリン製剤の効果
- (3) 妊娠糖尿病スクリーニング法の確立（多施設共同研究）
- (4) 前期破水に対するフィブリンアドヒージョン法による妊娠維持の研究
- (5) 早産予防の多施設共同研究（東京早産予防研究会）
- (6) 妊娠分娩の満足度が母子関係に及ぼす効果の研究
- (7) 我が国の妊産婦死亡防止に関する研究
- (8) 長期入院したハイリスク新生児の退院前母子同室（コアケア）による児虐待防止に関する研究
- (9) 妊婦の HIV 感染スクリーニングの普及に関する研究
- (10) 我が国の周産期データベースの確立と利用に関する研究（日本産科婦人科学会周産期委員会）
- (11) HIV 母子感染防止対策に関する臨床的研究
- (12) 若年者に蔓延する STD の抑制に関する社会的研究
- (13) クラミジア感染症の検査法に関する臨床的研究
- (14) 分娩監視装置の臨床汎用に関する研究