

研修医のための必修知識

C. 産科疾患の診断・治療・管理

Diagnosis, Therapy and Management of Obstetric Disease

12. 産褥異常の管理と治療

Management and Therapy of Puerperal Abnormality

産褥期とは、分娩が終了し妊娠・分娩に伴う母体の生理的変化が非妊時の状態に復するまでの状態をいい、その期間は6~8週間とされている。この時期に認められる異常としては、(1) 子宮復古不全、(2) 乳汁うっ滞、(3) 乳汁分泌不全などがある。

(1) 子宮復古不全

妊娠中に内腔が30cm以上になった子宮は、子宮収縮によって胎児および胎児付属物を娩出した後、さらに収縮を続け図1のように縮小していく。分娩直後に急激に収縮するのは、子宮の胎盤剝離面に生じた多数の血管の断端面を圧迫して止血するというきわめて合目的な生体现象であり、この子宮収縮によって分娩時出血量は500ml以下に押さえられている。分娩翌日には子宮の大きさは若干大きくなるが、その後は順調に収縮を続け当科における経腔超音波法による検討では、分娩1カ月後にはほぼ非妊時の大きさとなる(図2)。このような通常の子宮収縮が認められない場合を子宮復古不全(subinvolution of the uterus)という。

【原因】

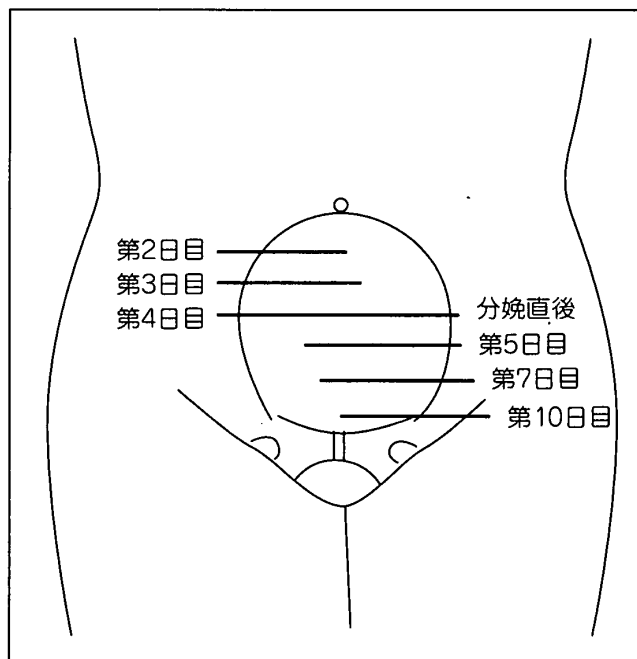
子宮復古不全の原因は子宮収縮を妨げる明らかな原因を認める器質性とこれらを認めない機能性の2種類に分類される。

a. 器質性子宮復古不全

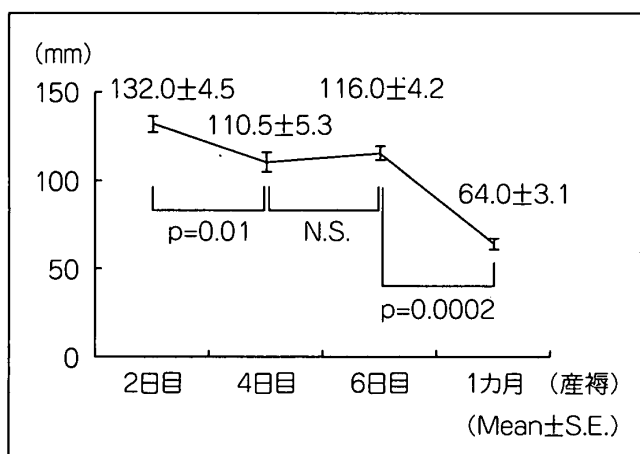
1. 胎盤や卵膜など胎児付属物の子宮腔内遺残
2. 悪露の子宮腔内滞留
3. 子宮筋腫
4. 子宮内膜炎、子宮筋層炎などの子宮内感染
など

b. 機能性子宮復古不全

1. 多胎妊娠、巨大児、羊水過多症などによる子宮筋の過度の伸展による疲労
2. 微弱陣痛
3. 塩酸リトドリンなどの子宮収縮抑制薬の長期使用
4. 授乳をしないこと
5. 母体疲労
6. 過度の安静
7. 膀胱や直腸の慢性的充満
など



(図1) 産褥期における子宮底長の変化



(図2) 分娩後2日～1カ月の経腔超音波法による子宮腔長の変化 (金沢医大産科婦人科, 2002)

【症状】

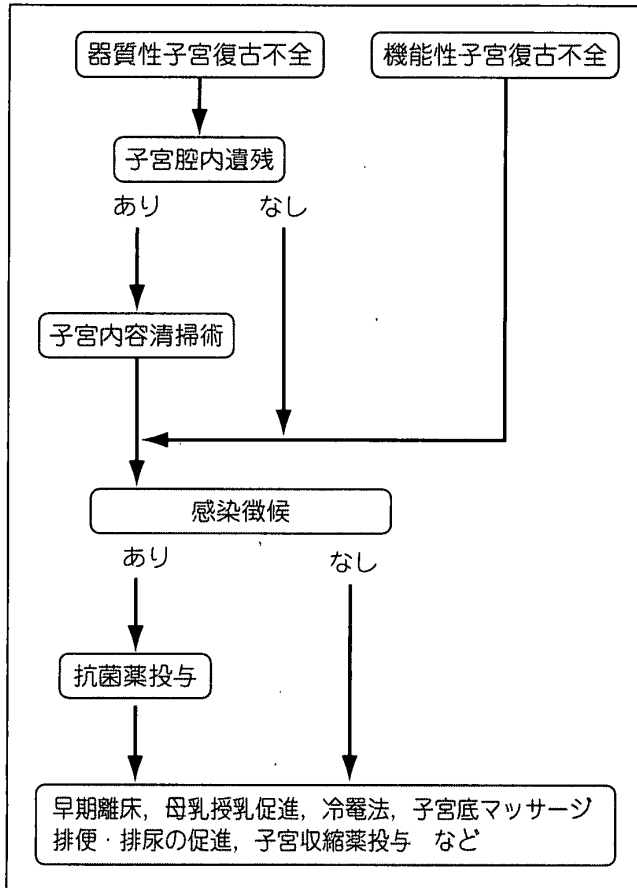
基本的には産後日数に比較して大きくかつ軟らかい子宮を触れる。子宮収縮が不良であるために止血機構が十分機能せず、また通常分娩後2～3週にはほぼ完成する子宮内膜の再構築が遅れるため悪露の量が多く、かつ血性である期間が長くなる。また、悪露は細菌にとってのいい培地にもなり、子宮内膜炎や子宮筋層炎などの子宮内感染症を併発しやすくなる。

【診断】

子宮の大きさが図1や図2に比較して大きく逸脱していれば、きわめて容易である。超音波断層法によって子宮に胎盤や卵膜などの遺残、悪露の滞留、子宮筋腫などを認めれば、原因も診断可能である。悪露の性状により、子宮内膜炎、子宮筋層炎などの子宮内感染の有無も診断する。

【治療】

治療指針 (図3) としては、まず器質性の子宮復古不全に対しては、可能であるならば原因を取り除くことを第一選択とする。次いで感染徴候の有無によって、抗菌薬の投与を考慮する。これと同時に適宜以下の各種方法を併用する。



(図3) 子宮復古不全の基本的治療指針フローチャート

- a. 一般療法
 1. 早期離床 (過度の安静回避)
 2. 母乳授乳促進
 3. 冷罨法
 4. 子宮底マッサージ
 5. 排便・排尿の促進など
- b. 薬物療法 (子宮収縮薬)
 1. 麦角アルカロイド薬
持続的強直性子宮収縮をもたらし, 子宮復古不全の子宮収縮薬としては第一選択となる.
 2. プロスタグランジン
 3. オキシトシン

(2) 乳汁うっ滞

乳汁の分泌が下垂体ホルモンであるプロラクチンによって促されているのは周知の事実であるが, 妊娠・産褥期を通じての血清中プロラクチン濃度は妊娠週数の進行に伴って上昇し, 分娩時をピークとして以後徐々に減少する (図4¹⁾). 乳汁の分泌

は分娩後に本格的に開始するが, この現象は妊娠後期にプロラクチンの作用を抑制していた胎盤から分泌されるエストロゲンやプロゲステロンが胎盤の娩出とともに急激に低下したためによると考えられる.

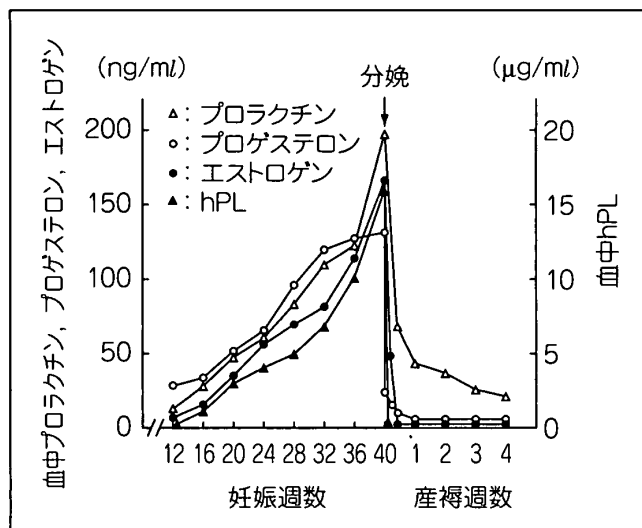
【原因】

乳汁分泌の前駆現象として, 分娩後24~48時間ごろに生理的な乳房の腫脹と疼痛を自覚する乳房うっ積が認められる. この現象は乳腺への血流増加によるうっ血や浮腫が原因と考えられる. 分娩後3~4日以降になると乳汁分泌が亢進してくるが, 乳頭亀裂や湿疹などによる乳管開口部の閉鎖, 血管およびリンパ管のうっ滞による乳管圧迫, 乳汁分解産物や脱落上皮による乳管の閉塞などで乳汁がうっ滞し, 乳汁の排出不全が原因で乳房圧が上昇するために生ずる. 特に初産婦で多く認められる.

【症状】

うっ滞局所の軽度発赤, 腫脹, 疼痛があり, 微熱を伴ったり, 局所の腫瘤として触知することもある. 乳管が開通して乳汁分泌がスムーズに行われるようになると症状は軽快する.

【診断】



(図4) 妊娠・産褥期におけるプロラクチン、プロゲステロン、エストロゲン、hPL値の変動パターン¹⁾

産褥1週間前後に概ね片側性に上記症状を呈すれば、本症であると診断される。なお、乳汁うっ滞とほぼ同義な現象としてうっ滞性乳腺炎がある。乳汁中の白血球数の多寡で、両者を区別する考えもあるが、真の炎症ではなく産褥時の生理的変化の一つであるので、あえて区別する必要はない。ただし、うっ滞した状況を放置すると細菌感染を引き起こし、高熱を伴う化膿性乳腺炎に至ることがあるので、注意が必要である。乳腺炎におけるうっ滞性と化膿性の比率は約9:1である。

【治療】

乳汁うっ滞、うっ滞性乳腺炎は生理的現象であり、分娩後に必発することから、予防が大切である。妊娠初期からの乳房管理や産後早期からのマッサージが有効であり、授乳時に清潔を保つことも重要である。授乳前後に薬物入り洗浄綿あるいは、ガーゼ、タオルで乳房・乳頭を清拭し、乳管開口部の閉塞を予防する。乳管の開口を確認してから積極的に乳頭、乳房マッサージを行い乳管の開口を促し乳汁を排出する。授乳には積極的に努める必要があり、授乳を止める必要は全くない。治療としては乳房の安静をはかりながら、搾乳による乳汁の排出がよい。乳房の緊満、疼痛が強い場合は、消炎鎮痛剤を服用し、冷湿布を併用するとよい。状況によってはプロモクリプテンなどの乳汁分泌抑制薬を用いることもある。

(3) 乳汁分泌不全・乳汁分泌促進法

母乳は新生児・乳児にとって最も理想的な栄養源であり、ごく特殊な垂直感染の可能性のある疾患をもつ妊婦などを除いては、母乳哺育を積極的に勧めるべきである。ただし、新生児・乳児の正常な発育のためには新生児期1週目後半でも1日あたり300~400gの母乳が必要であり、時として十分量の母乳を分泌できない褥婦もいる。このような褥婦に対しては、乳汁分泌を妨げる因子を除去することによって、乳汁分泌を促進することも可能である。

【原因】

a. 中枢性乳汁分泌不全

精神的ストレス、異常出血、Sheehan症候群などによって下垂体機能に障害をもたらし、プロラクチン低値によって乳汁分泌不全が生じたもの。

b. 末梢性乳汁分泌不全

乳腺組織の発育不全によって乳汁の産生が抑制されている場合や陥没・扁平乳頭などによって乳管からの乳汁排出が障害されたもの。

c. 児性乳汁分泌不全

(表1) 乳汁分泌不全の臨床的診断²⁾

1. 母乳分泌量が産褥4日目以降も100ml以下.
2. 産褥4日目以降も乳房緊満がなく、また、乳汁分泌が開始しない.
3. 授乳後3時間を経過しても乳房緊満がみられない.
4. 20分間以上哺乳しても児が泣いたり、乳頭を離さない.
5. 母乳のみの哺育で生後1週間以上経過しても出生体重に戻らない.
6. 混合栄養で人工乳の割合が多いとき.

児の吸啜力の不足や口腔の異常によって哺乳障害があり、結果的に乳汁分泌不全となったもの.

d. 社会性乳汁分泌不全

褥婦が仕事の都合などで母乳哺育への意欲がないなど社会的要因によるもの.

【症状】

乳汁分泌が確立する産褥1週間目ごろの乳汁分泌量は300~400ml

程度であり、これを下回る場合をいう。具体的には1回の哺乳量が恒常的に3日目で15g、5日目で20g以下であり、結果として児の発育が認められないこととなる。

【診断】

乳汁分泌量をすべての症例で測定することは困難であり、臨床的には西田らの表¹⁾の基準が妥当なところだと思われる。

【治療】

原因別に治療法は異なるが、先天的な問題がなく、社会的条件を克服でき、治療の可能性がある場合には、以下の2法を組み合わせる。

a. 乳房マッサージほか物理的方法

末梢性の乳汁分泌不全の治療法としてだけでなく、乳房マッサージにはプロラクチンやオキシトシンの分泌促進効果もある。

妊娠初期の健診時に必ず乳頭の形態をチェックし、陥没・扁平乳頭の場合には妊娠16週以降くらいから積極的にマッサージを行う。乳頭を伸ばし、乳頭を軟らかくし根元の硬結をほぐしていくとよい。陥没乳頭が著明な場合には、切迫早産傾向がなければ乳頭吸引器による吸引や用手的なつまみ出しによるマッサージを入浴時などに積極的に行うよう指導する。

分娩が近づいたら乳管開通法を積極的に行う。マッサージ法の基本は乳輪部を柔軟にし、授乳が可能になることであるので、最終的に乳頭の形態に期待するほどの変化がみられなくても根気よくマッサージを続けることが重要である。

分娩後は初回哺乳を30分以内に開始し、頻回に授乳を試みるのが望ましい。授乳前には面倒でも少し手で搾乳を行い、児が上手にふくませられるように乳頭を柔らかくする介助後、乳輪部を深くくわえさせ直接授乳を試みる。

b. 薬物療法

以下の薬剤にプロラクチン増加効果があり乳汁分泌不全の際に用いられるが、副作用の問題もあり、使用期間は原則として4週以内にとどめるべきである。

1. メトクロプラミド

消化管機能異常の治療薬であるメトクロプラミドの10~15mg/day投与はプロラクチン値を数倍に、乳汁分泌量を60~100%に増加させる効果がある³⁾。下痢やけいれん、うつ病などの副作用がある。

2. スルピリド

選択的ドーパミン・アンタゴニストで胃・十二指腸潰瘍, うつ病, 精神分裂病の治療薬であるスルピリドの100mg/day投与は, 乳汁分泌量を20~50%増加させる³⁾.

3. オキシトシン

米国では鼻腔内投与で用いられ児の吸啜不全や母体の射乳不全の治療に効果があるとされている。わが国では授乳開始5分前に0.5~1.0単位を筋注または皮下注で使用されている。

《参考文献》

1. 青野敏博. 乳房の変化と乳汁分泌. 荻田幸雄編. 新女性医学体系32 産褥, 東京: 中山書店, 2001; 27—38
2. 西田欣広, 吉松 淳, 宮川勇生. 乳汁分泌不全とホルモン分泌. 産と婦 2000; 67: 197—200
3. Newton ER. Physiology of lactation and breast-feeding. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. Obstetrics: Normal and problem pregnancies. Philadelphia; Churchill Livingstone 2002; 105—136

〈牧野田 知*, 富澤 英樹*〉

(4) マタニティーブルーズ, 産褥精神病

産褥女性では急激な身体生理機能の変化と分娩前後の精神的負荷, 直面する育児への不安などが相互に作用し, 「マタニティーブルーズ」と呼ばれる軽度のうつ状態が好発し, 加えていわゆる「産褥精神病」と呼ばれる精神障害の発症がみられる。また精神病既往のある女性ではこの時期に再発しやすく, 産婦人科医にとってこれらの産褥期異常を理解することは非常に重要である。

マタニティーブルーズは産褥初期に一過性にみられる生理的なもので, 一方産褥精神病は, 多くは産後1カ月以内に発症する病的なものである。産褥精神病には, 精神科疾患として取り扱うべき産後うつ病, 神経症様状態, 非定型精神状態などがあり, 本項では, これらのいわゆる産褥精神病の中でも, 特に産科においてその診断が肝要とされる, マタニティーブルーと産後うつ病を重点的に説明する。なおその他にも, 内分泌疾患, 自己免疫疾患, 脳循環不全などの器質的異常が原因となる産褥期の精神障害があり, またさらに, 疾患としては認識されていないものの, 母児相互関係の障害から乳幼児虐待に至る例なども, 広義には産褥期精神障害に含むべきと考えられている。

1. マタニティーブルーズ

分娩直後から産後7~10日以内にみられ, 主に2~4日を発症のピークとする一過性の情動障害と定義される。いわゆる「疾病」として取り扱う必要はないとされているが, 精神症状として, 涙もろさ, 不安感, 焦燥感, 緊張感, 抑うつ気分, 集中力欠如などが現れ, 身体的には易疲労感, 食欲不振, 頭痛などを訴える。通常は無治療でも発症から数日以内にはこれら症状は完全に消失する。わが国でのマタニティーブルーズに関する報告では,

*Satoru MAKINODA, *Hideki TOMIZAWA

*Department of Obstetrics and Gynecology, Kanazawa Medical University, Ishikawa

Key words: Subinvolution of the uterus · Galactostasis · Stagnation mastitis · Oligogalactia · Prolactin

(表2) マタニティブルーズの自己質問表

【産後】	日目【日時】	【名前】
今日のあなたの状態についてあてはまるものに○をつけてください。2つ以上あてはまる場合には、番号の大きな方に○をつけてください。また質問票のはじめには名前と日時をお忘れなくご記入ください。		
【質問】		
A.	0. 気分はふさいでいない。	
	1. 少し気分がふさぐ。	
	2. 気分がふさぐ。	
	3. 非常に気分がふさぐ。	
B.	0. 泣きたいとは思わない。	
	1. 泣きたい気分になるが、実際には泣かない。	
	2. 少し泣けてきた。	
	3. 数分間泣けてしまった。	
	4. 半時間以上泣けてしまった。	
C.	0. 不安や心配事はない。	
	1. ときどき不安になる。	
	2. かなり不安で心配になる。	
	3. 不安でじっとしてられない。	
D.	0. リラックスしている。	
	1. 少し緊張している。	
	2. 非常に緊張している。	
E.	0. 落ち着いている。	
	1. 少し落ち着きがない。	
	2. 非常に落ち着かず、どうしていいのかわからない。	
F.	0. 疲れていない。	
	1. 少し元気がない。	
	2. 一日中疲れている。	
G.	0. 昨晩は夢を見なかった。	
	1. 昨晩は夢を見た。	
	2. 昨晩は夢で目覚めた。	
H.	0. 普段と同じように食欲がある。	
	1. 普段に比べてやや食欲がない。	
	2. 食欲がない。	
	3. 一日中全く食欲がない。	
次の質問については、“はい”または“いいえ”で答えてください。		
I.	頭痛がある	はい いいえ
J.	イライラする	はい いいえ
K.	集中しにくい	はい いいえ
L.	物忘れしやすい	はい いいえ
M.	どうしていいのかわからない。	はい いいえ

配点方法：A～Hの症状に対する得点は各番号の数字に該当し、I～Mの症状に対する得点は「はい」と答えた場合に1点とする。

(Stein G, J Psychomatic Res, 1980²⁾)

頭痛などの身体症状が優位にみられるとされており、その頻度は10～25%といわれてきた。しかし近年の検討では、約30%という発症頻度が報告されている¹⁾。

疾病ではなく現象としてのとらえ方が一般的ではあるが、産褥期女性へのスクリーニン

(表3) マタニティーブルーズの診断基準³⁾

マタニティーブルーズの診断のためには以下のAからDまでのすべての項目を満たす。

- A. 以下の2項目の両方を呈する状態が、出産後でかつ5日までに発症し、産後2週間未満で消失する
- 1) 特別な状況との関連なく泣きたくなったり、実際に(数分間)泣くなどの涙もろさ
 - 2) 抑うつ感
- B. 以下の症状のうち少なくとも2項目を満たす
- 1) 不安(過度の心配)
 - 2) 緊張感
 - 3) 落ち着きのなさ
 - 4) 疲労感
 - 5) 食欲不振
 - 6) 集中困難
- C. RDCの定型うつ病、準定型うつ病、循環気質型人格、気分易変型人格、断続うつ病、双極性障害、恐慌性不安障害、全般性不安障害、強迫症、恐怖症、身体化症、摂食障害、精神分裂病、分裂感情障害、分類不能の機能的な精神病、のいずれの基準をも満たさない
- D. RDCの器質的疾患、精神活性物質常用障害、人格障害のいずれからも説明できない。

グ法として、Stein et al.によって表2のような自己記入式マタニティーブルーズ質問表が提唱され、現在も広く用いられている(表2)²⁾。この表を用いて出産後に連日自己記入(数分で可能)してもらい、少なくともどこかの1日に合計点が8点以上あった場合、マタニティーブルーズと判定するものである。また診断のためには、厚生省研究班からも表3に示すような診断基準も提唱されている³⁾。

発症には分娩を契機とした急激な内分泌環境の変化、特に性ステロイドホルモンの急激な低下が関与すると推測されているが、医療面で問題となることが少ないことから、マタニティーブルーズの原因究明はあまり進んでいない。また発症のリスクファクターとして、合併症妊娠、胎児あるいは新生児異常、長期入院、母児の隔離などが報告されており⁴⁾、社会心理的要因と内分泌要因の両者がかかわる、いわゆる内分泌精神症候群と考えられている⁵⁾。

マタニティーブルーズは一過性の生理的变化としてとらえられ、予防あるいは治療のために薬物投与の必要はない。産褥期女性での発症頻度が50~80%と高く精神症状が強調されている欧米でも、やはり特に治療は要さず経過観察のみで十分とされている。しかし治療を要する病態ではないものの、本人や家族には一時的にせよ大きな不安を与えるため、医療サイドの理解と妊娠女性およびその家族への啓蒙は非常に重要である。母親教室などで、マタニティーブルーズを起こりえる産褥期での生理変化の1つとして説明しておくことにより、実際に体験しても不安を減少させることができる。また最近では、夫立会い分娩では発症が低下するという報告や、児とのスキンシップ(カンガルーケア、タッチケア)、母乳育児などが症状の予防や軽減に有用という報告もみられ⁶⁾、今後はこのような視点からの検討も大切である。

このようにマタニティーブルーズと診断された場合、通常その取り扱いは、それが一過性の生理的变化である旨を説明して、周囲が援護的・支持的に対応するのみで十分であるが、長期間にわたってその症状が持続し、以下に述べる産後うつ病に移行することもあるため、一応の注意は肝要である。

(表4) エジンバラ産後うつ病調査表

ご出産おめでとうございます。ご出産から今までの間どのようにお感じになったかをおしらせください。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じられたことにもっとも近い答えにアンダーラインを引いてください。必ず10項目に答えてください。

例) 私は幸せである。…
 ・たいていそうです。
 ・いつもそうではない。
 ・全く幸せではない。

“たいていそうです”と答えた場合は過去7日間のことを言います。このような方法で質問にお答えください。

[質問]

1. 笑うことができるし、物事のおもしろい面もわかった。
 - (0) いつもと同様にできた。
 - (1) あまりできなかった。
 - (2) 明らかにできなかった。
 - (3) 全くできなかった。
2. 物事を楽しみにして待った。
 - (0) いつもと同様にできた。
 - (1) あまりできなかった。
 - (2) 明らかにできなかった。
 - (3) ほとんどできなかった。
3. 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた。
 - (3) はい、たいていそうだった。
 - (2) はい、ときどきそうだった。
 - (1) いいえ、あまりたびたびではない。
 - (0) いいえ、そうではなかった。
4. はっきりした理由もないのに不安になったり、心配した。
 - (0) いいえ、そうではなかった。
 - (1) ほとんどそうではなかった。
 - (2) はい、ときどきあった。
 - (3) はい、しょっちゅうあった。
5. はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。
 - (3) はい、しょっちゅうあった。
 - (2) はい、ときどきあった。
 - (1) いいえ、めったになかった。
 - (0) いいえ全くなかった。
6. することがたくさんあって大変だった。
 - (3) はい、たいてい対処できなかった。
 - (2) はい、いつものようにはうまく対処しなかった。
 - (1) いいえ、たいていうまく対処した。
 - (0) いいえ普段どおりに対処した。
7. 不幸せなので、眠りにくかった。
 - (3) はい、ほとんどそうだった。
 - (2) はい、ときどきそうだった。
 - (1) いいえ、あまりたびたびではなかった。
 - (0) いいえ、全くなかった。
8. 悲しくなったり、惨めになった。
 - (3) はい、たいていそうだった。
 - (2) はい、かなりしばしばそうだった。
 - (1) いいえ、あまりたびたびではなかった。
 - (0) いいえ、全くそうではなかった。

9. 不幸せで、泣けてきた。
 (3) はい、たいていそうだった。
 (2) はい、かなりしばしばそうだった。
 (1) ほんのときどきあった。
 (0) いいえ、全くそうではなかった。
10. 自分自身を傷つけるのではないかという考えが浮かんできた。
 (3) はい、かなりしばしばそうだった。
 (2) ときどきそうだった。
 (1) めったになかった。
 (0) 全くなかった。

()の数字は配点を示す

(Cox JL et al. Br J Psychiatry, 1987⁸⁾)

(表5) 産後精神障害のリスクファクター⁹⁾

- (1) 過去の精神科既往歴
 (2) 妊娠中に診断がついたうつ病
 (3) 妊娠や出産に対する不安の訴えの持続
 (4) 夫の協力がなく、夫婦関係がきわめて悪い
 (5) シングルマザーになる妊婦
 (6) 自分の家族や友人などからサポートが乏しい
 (7) 今回の妊娠前後から出産までに経験するライフイベント
 (本人や家族の重篤な病気、死別や離婚、経済的危機など)
 (8) マタニティーブルーの症状が著しい

2. 産褥精神病

発症の頻度は約3%と推定されている。多くは産後1カ月までに急激に発症し、軽いうつ状態から精神科入院を要する重症まで幅広い病態があり、その予防や早期診断、治療のためには、産科スタッフの理解が不可欠である。一般的に予後は良好で、適切な対応と薬物治療、入院治療などによって、大多数例は数カ月～1年で軽快する。

(1) 産後うつ病

最も高頻度(産褥精神病の約半数)

にみられ、基本的には妊娠以外の時期にみられるうつ病と同じく、訴えの根底には強い抑うつ感情がある。産後うつ病の多くは産科退院後に顕性化し、育児への不安、家事への不満と焦燥感、児の発達や健康についての過剰な心配、母親としての自信喪失などがその訴えとして特徴的なものである。しかしこれらは程度の差こそあれ、ほとんどの産褥期女性に内在する問題であるため、家族はもとより産科医あるいは小児科医、助産師、看護師などにも当初は異常として認識されず、診断が遅れて重症化することが問題とされている。育児ノイローゼのための母子心中や育児殺しとしてメディアなどで一般に報道されている例に、この産後うつ病が含まれている可能性は高く、産科あるいは小児科スタッフにとってその早期発見は非常に重要である。

産後うつ病を早期に診断するために、わが国でもCox et al.⁷⁾によって提唱された自己質問表(エンジンバラ産後うつ病自己質問表、表4)が用いられている。過去1週間の精神状態を自己記入してもらうか、あるいは医師や看護師がこの各項目(抑うつ感、日常生活の機能不全、自責感、不安、不眠、希死念慮など)を質問して採点することで患者の状態を点数化して評価することができる。この表を用いた検討で欧米では10～13点を区分点としているが、わが国の女性の場合には、9点以上を産後うつ病の疑いとして取り扱うのが適切とされている。

産後うつ病は従来、産後の1～3カ月が好発時期といわれていたが、実際にはより早期にその発症の兆しはあり、重症化すると軽快まで1年以上もかかる場合があることか

(表6) 向精神薬と母乳哺育の関係

抗うつ薬

一般的に三環系抗うつ薬(塩酸イミプラミン, デシプラミン, 塩酸アミトリプチリン, 塩酸ノリトリプチリン)とその代謝物は容易に母乳に移行するが, 概して乳幼児の発達に対する大きな悪影響は報告されていない。どうしても授乳中の女性に抗うつ薬を使用しなければならない場合には塩酸ノリトリプチリンとデシプラミンが比較的安全といわれている。ただし, 血漿中の抗うつ薬と代謝物に関する報告をみると, 対象数が著しく少ないことと, 乳幼児の週数, 母親の経口服薬量, 投与量の日数, 完全授乳の有無, 後期妊娠からの治療の有無という点にはばらつきが多く, コントロール研究がほとんどない。

抗不安薬

すべてのベンゾジアゼピン系は, 消化器官から十分に吸収される。シアゼパンは胎児の肝臓では代謝されないため, 母乳栄養の乳児では眠気と体重減少が報告されている。さらに薬物の蓄積が多い点で, 母乳哺育は勧められていない。

気分安定剤

母乳栄養の乳児に対する炭酸リチウム療法について議論があるが, 乳児の未発達な腎機能を考慮すれば, 母乳哺育を中止するのが妥当である。

抗精神病薬

抗精神病薬を服用していた妊婦から生まれた新生児では, 筋緊張, 振せん, 舞踏病, シストニア(強直性発作と斜頸)などの新生児錐体外路症状を引き起こすことがある。しかし経母乳による児への移行薬物量は非常に少ないため, 母乳哺育は禁忌ではない。

ら, 治療のためには, なにより早期診断が大切である。米国精神科学会の診断基準では, 産後4週以内でその初発症状が認められるものを産後うつ病としており, このことから, 前記のマタニティーブルーズが軽快・消失する産後7~10日以降, 産後2~4週の時点で前期項目の内容をチェックすることで早期兆候をとらえることができる。

産後うつ病が疑われる女性への対応は, まずゆっくり話を聞き, 訴える問題点への理解と共感を示し, 育児や家事については家族に説明して協力を得ながら, 情緒的, 身体的にサポートしてゆくことが重要である。頑張れば問題は解決できるなどと一方的に励ましたり, 皆が経験することだから心配ないと言って突き離してはならない。十分なサポートが得られる状況にあっても育児や家事の問題が解決されず, 日常生活機能の破綻とともに抑うつ状態が持続したり, または希死念慮がある場合などには, 早期から精神科医による治療を開始する必要がある。

精神科における治療は, 他の時期でのうつ病と同様で, 支持的な精神療法と抗うつ薬による薬物療法が行われ, また入院治療も, 育児ストレスから開放されて休息を得る必要がある例では非常に有効である。

(2) その他の産褥精神病

神経症様状態, 非定型精神病状態などのいわゆる症状精神病がみられるが, これらも前記の産後うつ病同様, その予後は概ね良好である。

神経症様状態では, 不安, 抑うつなどの精神症状に伴って, 不眠, 頭痛, 動悸, 易疲労感などの, 神経衰弱様の身体症状があらわれる。育児不安, 家庭内問題, 夫婦関係の悩みなどが原因となって発症するが, 元来性格的に神経質な女性にみられるという特徴がある。

一方, 非定型精神病状態とされるのは, 意識レベルが低下し, そこに幻覚, 妄想, 滅裂, 興奮などの精神症状が加わっている場合である。重症例ではさらに錯乱, 昏迷などから夢

幻様状態に陥り、症状は精神分裂病（スキゾフレニア）に類似しているが、人格が保たれていることや症状が浮動的で治療によく反応することなどから区別される。

これらの産褥精神病は、やはり産後1カ月以内が好発時期であり、その症状発現が急激であることから比較的容易に家族や医師に認識される。治療は精神科における支持的精神療法、薬物療法、入院が基本である。

(3) 産褥精神病のリスクファクター

産後の精神障害発症については、表4で示されるようなリスクファクターも報告されている⁹⁾。これらのリスクファクターを有する妊婦では、特に産褥経過の注意深い観察が必要となる。産褥精神病の特長の1つは反復することであり、次回以降の出産後にも、約1/3の例に再発が起こるといわれている。なお、マタニティーブルーズのリスクファクターとして報告されている妊娠の異常や胎児・新生児異常については、産褥精神病発症への影響は明確ではない。

3. 母乳哺育と向精神薬

治療過程で薬剤の経母乳的な児への移行が大きな問題となる。抗うつ薬をはじめとして、すべての向精神薬は母乳を通じて児へと移行するが、これを過大評価して、明確な説明や根拠を示さないままで母乳哺育を中止させることの問題も指摘されている⁹⁾。確かに、希望を無視した母乳哺育の中断は児への自責の念を助長したり、さらなる母児関係の障害原因となる可能性はあるが、一方では表6に示すように、薬物の児への影響も示唆されている。母乳哺育の継続可否については、一律的に中断するのではなく、精神科医と連携・相談しながら、投与されている薬物の種類と投与量などを個別に検討して決める必要がある。

《参考文献》

1. 中野仁雄. 妊産婦の精神面支援とその効果に関する研究. 厚生省心身障害研究報告書 1994; 7—10
2. Stein G. The pattern of maternal change and body weight change in the first postpartum week. *J Psychosom Res* 1980; 24: 165—171
3. 山下 幼. マタニティーブルーズの本邦における実態とその対策—診断基準とスクリーニングシステムの構築について—. 厚生省心身障害研究報告書 1994; 26—29
4. 工藤尚文. 妊産婦の精神面支援が妊娠・分娩に及ぼす効果. 厚生省心身障害研究報告書 1994; 50—54
5. 佐藤昌二. 妊産褥婦の精神障害. *日本産科婦人科学会誌* 2001; 53: N176—N181
6. 郷久鉦二, 佐野敬夫, 和田生穂, 高野真穂, 坂内洋子, 南部春生. マタニティーブルーとその対策. *産婦人科治療* 2001; 82: 51—56
7. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782—786
8. 吉田敬子. 周産期女性とデプレッション. *産婦人科の実際* 1999; 48: 1925—1935
(神崎 秀陽*)

*Hideharu KANZAKI

*Department of Obstetrics and Gynecology, Kansai Medical University, Osaka

Key words : Maternity blues · Postpartum depression · Postpartum psychosis