

精神疾患合併妊娠の問題点と周産期管理に関する臨床的検討

—14年間の教室例に対する考察—

大阪医科大学産科婦人科学教室

後山 尚久 坪倉 省吾 岡本 吉明 杉本 修

Clinical Study of Pregnant Women with Psychotic Disorders during Last 14 Years in Osaka Medical College

Takahisa USHIROYAMA, Shogo TSUBOKURA, Yoshiaki OKAMOTO
and Osamu SUGIMOTO

Department of Obstetrics and Gynecology, Osaka Medical College, Osaka

概要 大阪医科大学付属病院産科婦人科で過去14年間に経験した、各種精神疾患合併妊娠の妊娠、分娩、産褥経過を検討し、以下の成績を得た。

1. 精神疾患合併妊娠例の分娩数は51であり、総分娩数6,481の0.79%を占めた。精神分裂病7例、非定型精神病8例、躁うつ病・うつ病6例、てんかん25例、不安神経症4例、性格異常1例であり、分娩年齢は、精神分裂病、非定型精神病、不安神経症では高く(30歳以上)、発症年齢から7~10年を経過していた。

2. 精神分裂病合併例は、妊娠中毒症が比較的多くみられたが、臨床経過は安定していた。非定型精神病合併例は切迫早産が多くみられ、8例中6例(75.0%)が妊娠、分娩により悪化した。躁うつ病・うつ病合併例は分娩週数が平均35.5週で、6例中3例(50.0%)が早期産であり、生下時体重も平均2,221gであつた。産褥期に悪化がみられ、その率は66.7%(4/6)であつた。てんかん合併例の妊娠、分娩経過は比較的安定していた。40.0%(10/25)の症例で、発作がみられたり、非妊娠時に比べ発作回数が増加した。しかし、新生児への影響はなかつた。不安神経症合併例は75.0%(3/4)が帝王切開による分娩となつたが、これらはすべて産科的適応によるものであつた。悪化率は50.0%(2/4)であつた。

3. 妊娠中の薬剤服用による奇形の発生はなかつたが、授乳による新生児のリチウム中毒が1例認められた。

4. 医療サイドへの協力度は精神分裂病で71.4%、不安神経症で75%であつたが、その他の疾患ではかなり良好であつた。

以上より、精神疾患合併妊娠は、比較的産科合併症も多く、妊娠、分娩による悪化の頻度も高かつた。したがって精神科医と産婦人科医の協力はもちろんのこと、患者のことをよく知る key person の存在と、精神的支持を与えられる環境調整が強く望まれた。

Synopsis The clinical features and outcomes of 51 pregnancies (47 patients) complicated by psychotic disorders were studied. These patients were diagnosed as having the following psychotic disorders: 7 schizophrenias, 8 atypical psychoses, 6 mood disorders, 25 epilepsies, 4 anxiety disorders, and 1 personality disorder. The mean delivery age of women suffering from schizophrenia, atypical psychosis, and anxiety disorder was over 30 with deliveries 7~10 years after the onset of their psychoses. The predominant obstetrical complications for schizophrenias, atypical psychoses, and mood disorders were gestational toxicosis, threatend premature birth, and premature birth, respectively. Six out of eight (75.0%) patients with atypical psychosis, 4 out of 6 (66.7%) patients with mood disorder, and 2 of 4 patients with anxiety disorder became worse during pregnancy and/or postpartum. The rate of deterioration of the patients with schizophrenia was 14.3% (1/7) during pregnancy. An increasing rate of epileptic attack during pregnancy and/or postpartum were observed in 40.0% (10/25) of patients. Nine cases underwent cesarean section not due to their mental disorders but for obstetrical reasons.

The present study suggests that the cooperation between obstetrician and psychiatrist, and the existence of a key person who knows the patient very well is required for a desirable outcome of the treatment.

Key words: Pregnancy • Psychotic disorder

緒 言

最近、精神疾患患者の一般社会での受け入れ環境が整うにつれ、軽症例を含めて種々の精神疾患の合併妊娠を取り扱う機会が増加している。妊娠、分娩、出産という事項は女性にとって精神的、身体的にストレスが大きく、一種の「危機状況」であるとされ¹⁾、精神疾患が出現しやすいともいわれている²⁾。また、疾患の中には分娩を契機に再発、増悪する傾向があるものもみられる³⁾。そこで進本ら⁴⁾は、精神疾患合併妊婦の管理は分娩後の状況を想定して行うべきであると論じている。

精神疾患患者の分娩数は施設により多少異なるが、わが国では全分娩数に対して、0.95～1.07%程度であり⁴⁾⁵⁾、心疾患合併妊婦の頻度⁶⁾をやや下回る。よくみられる精神疾患としては、精神分裂病、躁うつ病、てんかん、各種の神経症などである。これらの合併妊娠を取り扱う場合、妊娠、分娩、産褥の管理とともに、病状や胎児の催奇性を考慮しての薬剤の投与継続の有無の決定など、いくつかの問題点が考えられる。

われわれは、過去14年間に教室で経験した47例(51分娩)の精神疾患合併妊婦の妊娠、分娩、産褥の経過につき臨床検討を行い、その周産期管理につき考察したので報告する。

対象および方法

1978～1991年に大阪医科大学付属病院産科婦人科で分娩した6,481症例中、各種の精神疾患を合併していた47例(産褥精神病を除く)を対象とした。47例のうち2回分娩をしたのは4例で、これら51分娩について検討した。初産婦35例、経産婦12例であった。精神疾患の内訳は、精神分裂病7例、非定型精神病10例、躁うつ病・うつ病6例、てんかん26例、不安神経症4例、性格異常および精神発達遅滞がそれぞれ1例であった(表1)。精神疾患の治療上やむなく妊娠中絶術に至った症例は、精神分裂病1例、非定型精神病2例、てんかん2例および精神発達遅滞1例であり、躁うつ病およびてんかんのそれぞれ1例が妊娠9週および6週で流産した。そこで分娩に至った精神分裂病7分娩、非定型精神病8分娩、躁うつ病・うつ病6分娩、てんかん25分娩、不安神経症4分娩、性格異

表1 当科で取り扱った精神疾患合併妊娠(1978～1991年)

疾 患	症例数	分娩数	人工妊娠中絶数	流産数
精神分裂病	7	7*	1	—
非定型精神病	10	8	2	—
躁うつ病・うつ病	6	6*	—	1
てんかん	26	25**	2	1
不安神経症	4	4	—	—
性格異常	1	1	—	—
精神発達遅滞	1	—	1	—
合 計	55	51	6	2

*：2回分娩した症例が1例あり

**：2回分娩した症例が2例あり

常1分娩の合計51分娩(47例)につき臨床的検討を行つた。

精神疾患の診断は、当院精神神経科においてWHOのICD-9を基本とした伝統的診断法によつてすべてなされた。非定型精神病の診断は満田の概念に基づくToyoda et al.のCriteriaによりなされた⁷⁾。

成 績

1. 精神疾患合併妊娠の患者背景と分娩様式(表2)

それぞれの精神疾患の発症年齢の平均は、てんかんが 16.0 ± 6.6 歳であるのに対し、精神分裂病、非定型精神病、躁うつ病・うつ病、および不安神経症では $23.5 \sim 25.2$ 歳であつた。分娩年齢の平均は、30歳未満であつたのが、躁うつ病・うつ病(27.8 ± 1.6 歳)およびてんかん(29.8 ± 3.9 歳)であり、精神分裂病、非定型精神病、不安神経症では30歳以上であつた。性格異常と診断された例は、27歳での初回妊娠の際発症したものであつた。

分娩週数の平均をみると、精神分裂病、てんかんおよび不安神経症の妊婦では37週以降の正期産であるが、性格異常例は32週、躁うつ病・うつ病では 35.3 ± 5.0 週の早期産であり、非定型精神病では、その平均は 36.3 ± 3.7 歳であつた。また産褥精神病でも 36.7 ± 3.7 歳であつた。分娩形式では、帝王切開によるものが不安神経症の妊婦では75.0%(3/4)もみられたが、これらは胎児切迫仮死、児頭下降不全、狭骨盤などすべて産科的適応によるものであつた。また、てんかんでも16.0%(4/25)が帝王切開術による分娩であつたが、これらも前

表 2 分娩に至った精神疾患合併妊娠の患者背景と分娩様式

疾 患	分娩数	発症年齢	分娩年齢	分娩週数	分娩形式	
					経腔	帝切
精神分裂病	7	24.2±7.0	34.8±3.8	39.2±2.4	6	0
非定型精神病	8	24.9±6.4	32.5±5.8	36.3±3.7	7	1
躁うつ病・うつ病	6	25.2±4.0	27.8±1.6	35.3±5.0	6	0
てんかん	25	16.0±6.6	29.8±3.9	38.4±1.9	21	4
不安神経症	4	23.5±13.8	30.0±6.7	37.8±4.1	1	3
性格異常	1	27	27	32	1	0

表 3 精神疾患合併妊娠例の分娩経過と新生児の状況

疾 患	分娩数	分娩時間(h)	出血量(ml)	生下児体重(g)	アプガースコア
精神分裂病	7	9.4±8.0	267.1±160.4	2,809±808.7	7.4±3.8
非定型精神病	8	11.4±9.2	254.4±193.7	2,429±687.4	8.3±2.5
躁うつ病・うつ病	6	5.4±0.1	183.3±124.7	2,221±777.0	6.6±3.8
てんかん	25	10.6±6.9	335.7±167.1	3,017±418.8	8.5±2.2
不安神経症	4	7.5±0.9	372.5±266.6	3,128±241.3	9.8±0.4
性格異常	1	8.4	150	2,190	0

表 4 分娩症例における妊娠・分娩による精神疾患の悪化

疾 患 名	分娩数	悪化した 例数(率)	妊娠中	分娩中	分娩後
精神分裂病	7	1(14.3%)	1		
非定型精神病	8	6(75.0%)	3*	1	2
躁うつ病・うつ病	6	4(66.7%)			4
てんかん	25	10(40.0%)	7*		3
不安神経症	4	2(50.0%)	1		1
性格異常	1	1(100.0%)	1		

*：これらのうち2例は分娩後にさらに悪化

置胎盤，胎児切迫仮死などの産科的適応によるものであった。これに対し，精神分裂病と躁うつ病・うつ病では，全例が経腔分娩であった。

2. 精神疾患合併妊娠例の分娩経過と新生児の状況（表3）

分娩時間の平均は5.4～11.4時間で比較的短かった。出血量は性格異常症例では150ml，躁うつ病・うつ病では183.3±124.7mlと少量で，その他の疾患でも254.4～372.5mlの平均値を示した。一方，生下児体重は性格異常例(2,190g)，非定型精神病(2,429±687.4g)および躁うつ病・うつ病で2,500gに満たない平均値を示した。アプガースコアでは，躁うつ病・うつ病(6.6±3.8点)，精神

分裂病(7.4±3.8点)で8点未満であった。性格異常例は妊娠32週での死産であった。

3. 分娩症例における妊娠・分娩による精神疾患の悪化（表4）

分娩に至った症例中，妊娠前に薬剤を服用していたのは，精神分裂病で71.4% (5/7)，非定型精神病で87.5% (7/8)，躁うつ病・うつ病で66.7% (4/6)，てんかんで88% (22/25)，不安神経症で75% (3/4)であった。ほとんどの例では妊娠中，分娩後も服薬を精神科医の指示どおり継続した。精神分裂病，躁うつ病，不安神経症のそれぞれ1例は，妊娠が判明した時点で医師の指示で服薬を中止した。てんかん症例のうち2例のみが分娩後自らの

表5 分娩症例における精神疾患合併妊娠の産科合併症の検討

産科合併症	精神分裂病	非定型精神病	躁うつ病・うつ病	てんかん	不安神経症	性格異常
切迫流産	0/7(0%)	1/8(12.5%)	1/6(16.7%)	3/25(12%)	1/4(25%)	0/1(0%)
切迫早産	1/7(14.3%)	3/8(37.5%)	1/6(16.7%)	4/25(16%)	1/4(25%)	0/1(0%)
貧血症	1/7(14.3%)	1/8(12.5%)	0/6(0%)	0/25(0%)	0/4(0%)	1/1(100%)
胎児発育不全症	2/7(28.6%)	0/8(0%)	1/6(16.7%)	4/25(16%)	0/4(0%)	0/1(0%)
妊娠中毒症	2/7(28.6%)	2/8(25%)	0/6(0%)	6/25(24%)	1/4(25%)	0/1(0%)
前期破水	1/7(14.3%)	2/8(25%)	2/6(33.3%)	5/25(20%)	1/4(25%)	0/1(0%)
胎児切迫仮死	1/7(14.3%)	2/8(25%)	1/6(16.7%)	3/25(12%)	1/4(25%)	0/1(0%)
常位胎盤早期剥離	1/7(14.3%)	0/8(0%)	0/6(0%)	0/25(0%)	0/4(0%)	0/1(0%)
前置胎盤	0/7(0%)	0/8(0%)	0/6(0%)	1/25(4%)	0/4(0%)	0/1(0%)
DIC	0/7(0%)	0/8(0%)	0/6(0%)	0/25(0%)	0/4(0%)	1/1(100%)
頸管裂傷	0/7(0%)	1/8(12.5%)	0/6(0%)	0/25(0%)	0/4(0%)	0/1(0%)
早期産	1/7(14.3%)	1/8(12.5%)	3/6(50%)	3/25(12%)	1/4(25%)	1/1(100%)
子宮内胎児死亡	1/7(14.3%)	0/8(0%)	0/6(0%)	0/25(0%)	0/4(0%)	1/1(100%)

表6 妊娠, 分娩中の薬剤服用状況と胎児および新生児への影響

疾患	分娩数	薬剤服用例数		授乳例数	薬剤による胎児および新生児への影響
		妊娠中	産褥期		
精神分裂病	7	4(57.1%)	3(42.9%)	2(28.6%)*	認められず
非定型精神病	8	7(87.5%)	7(87.5%)	0(0%)	認められず
躁うつ病・うつ病	6	3(50.0%)	3(50.0%)	3(50.0%)	リチウム中毒症候群の発症あり
てんかん	25	22(88.0%)	23(92.0%)+	13(52.0%)**	認められず
不安神経症	4	2(50.0%)	2(50.0%)	3(75.0%)	認められず
性格異常	1	1(100%)	1(100%)	—***	認められず

+ : 2例は分娩直後に一時抗てんかん薬の服用を中止し, その後再開。

* : 1例は分娩後向精神薬の服用を中止。

** : 1例は産褥3日目より抗てんかん薬を服用したため授乳を中止。

*** : 本例は子宮内胎児死亡。

意思で服薬を中止した。

妊娠, 分娩により最も精神疾患の増悪, 悪化をみたのは非定型精神病であつた (75.0% : 6/8)。妊娠中に精神症状が増悪した3例中2例は分娩後さらに悪化し, 産科病棟での管理が困難となつたため精神科へ転科となつた。躁うつ病・うつ病でも悪化率は高く (66.7% : 4/6), これらの精神状態は妊娠中は安定していたもののすべて分娩後に不安定となつた。不安神経症でも半数 (2/4) が妊娠, 分娩を契機に精神症状が悪化し, てんかん症例では40% (10/25) の例で, 数年間何ら症状もなく過ごしていたにもかかわらず, 妊娠中あるいは分娩後に発作がみられた。また妊娠前にてんかん発作を起こしていた例では妊娠後にその回数が増加した。分娩後に発作を起こした3例のうち2例は前述したごとく, 分娩直後から自ら服薬を中止

していた。この2例は, 発作後服薬を再開した。

4. 分娩症例における産科合併症の検討 (表5)

精神分裂病の妊婦では, 胎児発育不全や妊娠中毒症の頻度が高かつた (28.6% : 2/7)。非定型精神病では, 切迫早産の比率が高く (37.5% : 3/8), また妊娠中毒症, 前期破水, 胎児切迫仮死などの頻度も比較的高かつた (25% : 2/8)。躁うつ病・うつ病では, 6例のうち3例が28, 31, 33週での早期産であつた。前期破水も33.3% (2/6) にみられた。てんかんの妊婦では, 妊娠中毒症 (24% : 6/25), 前期破水 (20% : 5/25), 胎児発育不全 (16% : 4/25) などの産科合併症が多くみられた。不安神経症では, 切迫流産, 妊娠中毒症, 前期破水, 胎児切迫仮死がそれぞれ1例にみられた。

5. 妊娠, 分娩中の薬剤投与状況と胎児および新生児への影響 (表6)

表 7 妊娠, 分娩中の患者の医療サイドへの協力度

疾 患	分娩数	意思の疎通性がみられた例	医療サイドに協力的だった例
精神分裂病	7	4(57.1%)	5(71.4%)
非定型精神病	8	6(75.0%)	7(87.5%)
躁うつ病・うつ病	6	6(100%)	5(83.3%)
てんかん	25	25(100%)	25(100%)
不安神経症	4	3(75.0%)	3(75.0%)
性格異常	1	0(0%)	0(0%)

精神分裂病の妊婦では, 妊娠中および産褥期にそれぞれ57.1% (4/7), 42.9% (3/7) がハロペリドール, クロカプラミンなどの治療薬を服用していた。2例が授乳をしたが, 1例は妊娠前から薬剤を服用しておらず, 1例は授乳のため分娩後薬剤服用を中止した。非定型精神病は妊娠中, 産褥期を通じて87.5% (7/8) の高い薬剤服用率であった。ハロペリドール, プロペルチアジンなどが主な治療薬であったが, 授乳例はなかった。躁うつ病・うつ病では半数が妊娠中, 産褥期を通じて薬剤を服用していた。授乳例は3例であり, そのうち2例は妊娠に伴い服用を中止していた。1例が産褥3日目より躁状態となり, 精神科医の観察のもとに炭酸リチウム製剤 (600mg/day) を服用しながら授乳をしていたが, 新生児にリチウム中毒症候群の発症を認めた。てんかんの妊婦では妊娠中に88.0% (22/25), 分娩後も92.0% (23/25) の高率でフェニトイン, カルバマゼピンなどの抗てんかん薬を服用していた。授乳例 (52.0%) のうち11例 (44.0%) は薬剤を服用し, 母乳中の抗てんかん薬の濃度を測定しながら授乳を行つたが, 新生児にその影響はみられなかった。不安神経症は半数が薬剤服用をしながら分娩し, その後も服用を続けた。授乳をした3例のうち, 1例はメダゼパム (20mg/day; benzodiazepine 系) を服用しながら授乳を行つたが, 新生児への影響はみられなかった。また妊娠中に薬剤を服用していた39例の新生児に奇形の発生はなかった。

6. 妊娠, 分娩中の患者の医療サイドへの協力状況 (表7)

躁うつ病・うつ病およびてんかんの妊婦では医療サイドとの意思の疎通性が全例良好であった。

非定型精神病および不安神経症でも75.0%に良好な意思疎通性が得られた。これに対し精神分裂病では7例中3例は意思の疎通がなく, そのうち2例は医療サイドの指示に全く従わなかった。最も協力的だったのはてんかんの妊婦 (100%) で, 非定型精神病 (87.5%), 躁うつ病・うつ病 (83.3%) でも高い協力度を得た。不安神経症の1例および性格異常例は, 意思の疎通を欠き, 医療サイドに心を開かず協力が得られなかった。

考 察

軽症の精神疾患を含めると, 産科医が取り扱う精神疾患合併妊娠は決して少ないとはいえない。最近, 向精神薬の進歩などにより, 精神分裂病でも通常の社会生活をおくる患者が増加し, それに伴い妊娠, 分娩希望者も増えている⁸⁾。

平均分娩年齢は精神分裂病, 非定型精神病, 不安神経症では30歳を超えていた。平均発症年齢から分娩までは, てんかんと精神分裂病ではそれぞれ13.8, 10.6年で10年以上であった。また非定型精神病, 不安神経症では7.6, 6.5年であった。このことから精神疾患合併妊婦では, 精神疾患を発症し, 一定の治療期間を経た後, 精神科医の同意および本人の出産, 育児に対する心構えが十分にできてから妊娠している傾向が想像される。

妊娠および周産期経過は, 精神分裂病では出生児のアプガースコアの平均がやや低いものの分娩週数, 生下時体重, 分娩時間, 分娩時出血量などに特記すべきことなく, すべて経腔分娩であった。精神分裂病の分娩管理に関する諸家の報告では, 医療サイドと患者との疎通性不良のため帝王切開率が高いとするものや⁴⁾⁵⁾, 分娩介助には非協力的であったものの, 経腔分娩が可能であるとするものがある⁸⁾⁹⁾。われわれの取り扱った症例では, 7例中4例 (57.1%) が向精神薬を服用しながら分娩に臨んでおり, 十分な意思の疎通がなかった例が3例, 医療サイドに協力的でなかった例が2例あったが経腔分娩は可能であった。

非定型精神病では, やや早期産の傾向がみられ, それに伴い生下時体重の平均値も2,500g以下 (2,429±687.4g) であった。これは産科合併症として切迫早産が37.5% (3/8), 前期破水が25% (2/

8)にみられることがその理由と思われる。したがって妊娠後期の管理が重要であろうと思われる。

躁うつ病・うつ病でも同様に早期産が多く(50%:3/6), 分娩週数は平均 35.3 ± 5.0 週でそれに伴い出生時体重の平均値は全精神疾患の中で最低の $2,221 \pm 777$ gであつた。またアプガースコアの平均値も6.6点で全精神疾患中最低であつた。これは産科合併症として前期破水が33.3%(2/6)にみられ、胎児が未成熟で早期産に至つたためと思われる。非定型精神病合併妊娠とともに妊娠後期の管理に留意すべき疾患であると思われる。

てんかん症例では、分娩週数や生下時体重などに特記すべきことはないが、産科合併症として妊娠中毒症(24%:6/25), 前期破水(20%:5/25), 切迫早産(16%:4/25)などが多くみられた。進本らも6例のてんかん合併妊娠の検討で、産科合併症としては妊娠中毒症と前期破水がそれぞれ1例ずつみられた(17%:1/6)ことを報告している⁴⁾。分娩形式はわれわれの検討では経膈分娩が84%(21/25)であり、産科的適応で16%(4/25)に帝王切開術を施行した。進本ら(6例の検討)⁴⁾および原(8例の検討)⁵⁾の報告では、てんかん合併妊娠はすべて経膈分娩である。このことは、てんかん症例では分娩時に妊婦の十分な協力が得られていることを意味すると思われる。

不安神経症例では、妊娠経過、新生児の状態には特記すべき事項はないが、分娩形式において全精神疾患中、最も帝王切開率が高かつた(75%:3/4)。しかし、てんかん症例と同様にすべて産科的適応で行つたものであつた。これらから、精神疾患合併妊娠患者の産科的管理としては、妊娠中毒症や前期破水、それに続く早期産を予防するため、患者本人と医療サイドの連係を密にしておくことが重要である。またできれば患者の精神状態をよく把握し、妊娠、分娩に伴う疾患を理解できるkey personの存在と、患者およびkey personと一緒に指導できる医療体制作りが望まれる。

今回検討した精神疾患合併妊娠における妊娠、分娩による精神疾患の悪化率は、非定型精神病で75%(6/8), 躁うつ病・うつ病で66.7%(4/6), 全体では47.1%(24/51)であり、かなりの高率で

あつた。妊娠中から悪化をみたのは13例で、分娩後は妊娠中からさらに悪化した例を含めると14例であつた。精神疾患の妊娠、分娩による悪化率はかなり高いとされ、精神分裂病では85.7%⁴⁾, 51.7%¹⁰⁾, 50%¹¹⁾, 躁うつ病や神経症では分娩後に、それぞれ50%³⁾, 46.2%³⁾とする報告がみられる。てんかんの病態自体は妊娠による影響は少ないとされるが⁵⁾¹²⁾, Bardy¹³⁾は発作頻度は妊娠が進むにつれて、次第に増加し、大発作は分娩後減少するものの、複雑部分発作では産褥期にさらに増加する傾向があることを報告している。

われわれの成績では非定型精神病では妊娠中、分娩中、および分娩後も悪化がみられた。これは、これらの患者の性格的な未熟さから妊娠における自己の立場や家庭内での人間関係の変化などへの心理的対応ができず、不安恐怖状態に陥ることによると思われる。また分娩後は母親になつたことへの心の準備、育児に対する自発性の確保への心理的な動揺などから精神症状の悪化をきたす例が多いと考えられる。躁うつ病・うつ病では、全例が分娩後に精神症状の悪化をきたした。Saks et al.¹⁴⁾は産褥期、特に3カ月以内は感情が不安定になりやすく、すべての褥婦が感情病のリスクを有していると考えられ、その素因を持つものはcriticalな時期であると述べている。うつ病患者は出産後は正常な褥婦と同様の健康な印象を与え、育児で疲れても、精神的、身体的な不調を隠して真面目に家事に取り組むことが多い。そのため周囲が気付く時期には重症化していることも少なくない。したがって日常から最も患者に接している夫をkey personとして医療サイドとの連絡を欠かさないように努力すべきであると思われる。てんかん症例では、妊娠中の発作の予測は困難であるが、コンプライアンスの低下や睡眠不足がその引金になつていることが多いともいわれている。今回の検討例中、分娩後に発作を起こした3例のうち、2例が母乳中への抗てんかん薬の移行による新生児への影響を心配し、服用を控えていた。

分娩に至つた精神疾患合併妊婦47例の51分娩において2例の子宮内胎児死亡を除く49例の新生児には奇形の発生はなかつた。また、非定型精神病

以外の妊婦では分娩後、薬剤服用を続けながら授乳を行つた例があつたが、躁うつ病の新生児にみられたリチウム中毒症候群の1例を除き、薬剤の影響はみられなかつた。精神分裂病や非定型精神病に用いられるクロルプロマジン、ハロペリドールの催奇性是否定的である¹⁵⁾が、新生児の呼吸障害や錐体外路症状を引き起こすことがあるとされ、妊娠末期に薬剤量を減量することが望ましいとされる⁵⁾。神経症の治療の主薬剤である benzodiazepine 系の抗不安薬の催奇性についてはいまだ解決不十分であるが、母乳中にかなり移行し、新生児に嗜眠や体重減少を引き起こすとされるので¹⁶⁾、産褥期の投薬量を十分に調節する必要があると思われる。抗うつ薬は明確な催奇性は報告されておらず妊娠中でも投与すべきとの意見がある⁵⁾。躁状態に用いられる炭酸リチウムは、母乳への移行が非常によく、今回の検討例でもみられたように新生児が中毒症状を呈することがあるので、産褥期に使用せざるを得ない場合は授乳を控える方がよいと思われる。今回の検討例で、最も妊娠中に薬剤服用率が高かつたのが抗てんかん薬であつた。一般的には母乳中に移行した抗てんかん薬により新生児に何らかの臨床症状が出現することはほとんどないとされる。したがつててんかん症例では、抗てんかん薬の血中濃度を測定し、適正な服薬指導をすることにより妊娠、産褥期の発作を予防できると思われる。

精神疾患合併妊娠には産科合併症として妊娠中毒症、早期産、あるいは子宮内胎児発育不全などがやや高率にみられる。これは何らかの症状が発現した場合に、患者本人の自覚が少ないこと、妊娠に伴う疾患をよく理解していないこと、周囲に患者の十分な世話をする協力者が必ずしも存在しないことなどで、医師への報告や対応が遅れていることが考えられる。また必ずしも医師—患者間の信頼関係が十分に築かれているとはいえない例もあり、妊娠中の日常生活での注意点などの医師の説明が伝わらず、産科合併症の発生につながっているのかも知れない。

精神疾患合併妊娠の管理（特に精神疾患の悪化と産科合併症発生の予防）は、産科医と精神科医

の関係のもとで行うことはもちろんのこと¹⁷⁾、患者をよく知る key person や家族の理解と協力が大切である¹⁸⁾。Nurnberg¹⁹⁾は薬物療法と心理療法の両立が必要で、夫の協力の必要性を、管理のガイドラインに論じている。今回の検討例における退院後の詳細な育児状況については現在調査中であるが、精神分裂病症例のうち2例は分娩直後より育児に全く関心がなく、夫と実母が行つていた。また不安神経症の1例は不潔恐怖症であつたため、児に全く触れることができず、その後すべての育児は実母が行つた。非定型精神病、うつ病でも、産後の精神疾患の急速な悪化のため長期の入院が必要となり、育児ができなくなつた例が1例ずつみられた。精神分裂病では、育児は一応可能であるが、家族の協力がほぼ必須であり、特に夫や実母が中心となつているとの報告がなされている⁴⁾。

過去14年間に当科で分娩した47例（51分娩）の精神疾患合併妊娠患者の妊娠、分娩経過などを retrospective に検討した。その結果いわゆる産科合併症に対しては、妊娠中毒症の発生の予防ならびに早期産を極力回避すべく、患者や key person との連絡を十分に行うことが重要であると思われる。また妊娠中、分娩後の精神疾患の悪化を防ぐために妊娠中、産褥期を通じ一貫した精神的な支持を与えられる環境調整を含めた対応が強く望まれる。

本研究に際し、協力と終始貴重な助言および御指導をいただいた藍野看護短期大学豊田勝弘教授に深く感謝致します。

文 献

1. 松岡 恵, 宮原 忍. 若年・高年の妊娠・分娩—教育, 保健指導の面から—. 産婦世界 1988; 40: 421—424
2. 本多 裕, 岡崎裕士. 妊娠・出産と精神障害—分裂病の出産後再発に対する予防的働きかけの経験—. 臨床精神医学 1977; 6: 483—491
3. 本多 裕, 田中光芳. 妊娠・産褥期の精神障害. 臨床精神医学 1981; 10: 21—28
4. 進本正浩, 瓦林達比古, 杉森 甫, 松島道人, 尾中祐二, 山田久美子. 精神疾患合併妊婦の産科的予後に関する検討. 日産婦誌 1989; 41: 1965—1971
5. 原 量宏. 精神神経疾患（合併症妊娠における胎

- 児・新生児管理), 日産婦誌 1990; 42: 847—853
6. 後山尚久, 春原伸行, 岡本吉明, 杉本 修. 教室における心伝導系障害合併妊娠の臨床的検討. 産婦の進歩 1992; 44: 361—367
 7. Toyoda K, Yoneda H, Asaba H, Sakai T. Subclassification of atypical psychosis. Bull Osaka Med Coll 1988; 34: 49—60
 8. 中村幸夫, 佐藤秀平, 浜田晶子, 田中誠也, 斎藤良治, 天保英明. 精神分裂病合併妊婦の周産期管理. 産婦実録 1990; 39: 597—602
 9. 山内 宏, 伊藤俊一, 斎藤正博. 精神分裂病合併妊娠についての考察. 周産期医学 1991; 21: 135—138
 10. 岡崎祐士, 宮内 勝. 精神障害者の妊娠と出産—分裂病について—. 周産期医学 1988; 4: 921—934
 11. 吉田光典, 六川俊一, 福田正樹, 伊吹令人, 五十嵐正雄. 精神分裂病患者の妊娠・分娩・産褥管理. 助産婦雑誌 1988; 42: 234—240
 12. Schmidt D. The effect of pregnancy on the natural history of epilepsy. In: Janz D, et al. eds. Epilepsy Pregnancy and the Child. New York: Raven Press, 1982; 3—14
 13. Bardy AH. Incidence of seizures during pregnancy, labor, and puerperium in epileptic women. A prospective study. Acta Neurol Scand 1987; 75: 356—360
 14. Saks BR, Frank JB, Lowe TL, Berman W, Naftolin F, Cohen DJ. Depressed mood during pregnancy and puerperium: Clinical recognition and implications for clinical practice. Am J Psychiat 1985; 142: 728—731
 15. 岡崎祐士, 宮内 勝. 精神障害者の妊娠と出産—分裂病について—. 周産期医学 1974; 4: 921—934
 16. 渡辺昌祐, 光信克甫. うつ病診療 Q & A. 東京: 金原出版, 1988; 447—448
 17. 相良洋子, 水野正彦. 精神障害と産後の指導. 産と婦 1990; 57: 1149—1155
 18. Fisher-LY. Nursing management of the pregnant psychotic patient during labor and delivery. J Obst Gynec Neonat Nurs 1988; 17: 25—28
 19. Nurnberg HG. An overview of somatic treatment of psychosis during pregnancy and postpartum. Gen Hosp Psychiatry 1989; 11: 328—338

(No. 7323 平4・12・18受付)