Japan Society of Obstetrics and Gynecology

P1-23-11 妊娠24週未満の前期破水例における周産期予後についての検討

大阪府立母子保健総合医療センター
岸本聡子，神谷まひる，嶋田真弓，川口晴菜，山本　亮，中山聡一朗，清水彰子，倉橋克典，林　周作，楠本裕紀，光田信明

【目的】妊娠24週未満の前期破水における周産期予後について臨床的検討を行った.【方法】1991年から19年間に24週未満で前期破水となった157例を対象とした．多胎，先天性奇形，破水後12時間以内の分娩，子宮頸管縫縮術後1週間以内に分娩に至った症例は除外した．周産期因子として破水週数・分娩週数・分娩方法を，児の予後として新生児・乳児期以降の死亡，短期予後(不良群；NICU退院時のIVH3度or4度以上，壊死性腸炎，在宅酸素療法を必要とする慢性呼吸障害)，長期予後（不良群；3歳時の精神発達遅滞，脳性麻痺）について検討を行った.【成績】中絶は40例あり以下の検討では除外した．妊娠22週未満の前期破水は44例(生産25例56.8%，流産19例43.2%)，22－23週は73例(生産66例90.4%，死産7例9.6%)であった．生産した91例の平均破水週数は22.1週，平均分娩週数は25.3週，帝王切開率は53.8%であった．22週未満では平均破水週数は20.2週，平均分娩週数は25.2週，帝王切開率は60%であった．新生児死亡は16.5%(15/91)，乳児死亡は3.5%(3/91)であった．短期予後不良群は，妊娠22週未満で48.0%（9/25），22－23週では37.9%（25/66）であった．長期予後不良群は妊娠22週未満では57.1%(8/14)，22－23週では49.0%(24/49)であった.【結論】妊娠24週未満の前期破水では26.5%が長期予後良好であった．中でも妊娠22週未満では13.6%と少なかった．これは治療方針決定の際，有効な情報になると考えられる．

P1-23-12 切迫早産，前期破水（PROM）から28週以下で早産に至った症例の検討

神戸大
谷村憲司，園山綾子，平久進也，天野真理子，森實真由美，森田宏紀，山崎峰夫，山田秀人

【目的】妊娠28週以下の早産児では，死亡例や後遺症を残す予後不良な症例も見られる．そこで当院で管理した切迫早産やPROM等から28週以下で早産に至った症例を後方視的に調べた.【方法】平成17年1月1日から平成22年8月31日までの5年8カ月間に28週6日以下で分娩した全49症例について，分娩週数毎の児の予後の相違，生存群と死亡群の2群に分けて発症・分娩週数，妊娠延長期間，出生体重，分娩前の母体体温，WBC，CRPの最高値と絨毛羊膜炎・臍帯炎のステージ等の項目について，単変量解析としてマン・ホイットニー検定，多変量解析として多重ロジスティック回帰分析を用いて児の予後規定因子を検討した.【成績】分娩週数22週では生存例はなく，23週では71.4%が生存したが，その内の80%が後遺症を残した．intact survival症例は24週で約半数となり，25週以降では約8割に達した．予後規定因子として単変量解析では発症週数，分娩週数，出生体重が抽出された．中央値，範囲（生存群vs死亡群）は，分娩週数では25週（19-24週）vs 22.5週(19-24週)(p＝0.007)，分娩週数で26週（23-28週）vs 23.5週（22-27週）(p＝0.0445)，出生体重で834g（480-1158g）vs 548g(442-858g)(p＝0.0055)であった．多変量解析では発症週数のみ(OR；0.4721，p＝0.0213)が有意な因子として抽出された．intact survival症例は，発症週数23週以下では1/3以下であり，発症週数24週以上では3/4以上に達した.【結論】胎胞形成やPROMが妊娠23週以下で発症する症例の新生児予後は依然として不良であった．今後，児の予後をさらに改善するためには，妊娠23週以下での切迫流・早産の予防が重要であることが示唆された．

P1-23-13 本県において2005年から2009年に出生した超低出生体重児の生命予後と臨床背景に関する検討

宮崎大[1]，藤元早鈴病院[2]，宮崎市郡医師会病院[3]，宮崎県立日南病院[4]，都城病院[5]，宮崎県立延岡病院[6]
金子政時[1]，鮫島　浩[1]，池ノ上克[1]，卜部浩俊[2]，甲斐克秀[3]，川越靖之[4]，西村美帆子[5]，田中博明[6]

【目的】本県の超低出生体重児（超未）の死亡率とその背景を明かにする.【方法】2005～2009年出生の超未を対象にpopulation-based studyを行った．母児背景，分娩施設，生命予後を，倫理委員会承認の下に調査した．統計は，2群の比較にMann-Whitney U-test，生存分析にKaplan-Meier法，生死の因子分析にロジスティック回帰を用いた．p＜0.05を有意差ありとした.【成績】同期間の本県出生数は50,632で，197の超未を管理した．114名が帝王切開出生，男女比は87：110，3次施設出生数115であった．2名のTrisomy18を除く週数別死亡率（%）は，22週；28.6（2/7），23週；21.7（5/23），24週；34.2（13/38），25週；6.7（2/30），26週；6.3（2/32），27週；13（3/23），≧28週；4.8（2/42），体重別死亡率（%）は＜400g；50（1/2），400-499g；9（1/11），500-599g；31（9/29），600-699g；16.7（7/42），700-799g；19.4（7/36），800-899g；7.5（3/40），900-999g；2.9(1/35)であった．週数別累積生存率は，24週が最低で，25，26，28週の児間で有意差を認めた．24週児の累積生存率は2次が有意に低かった．3次と2次の夫々の出生週数は25±2，26±2，出生体重は，681±150，806±132であり，3次が有意に早い出生週数と低体重児を取扱っていた．産科合併症は，高頻度順にIUGR(31%)，p-PROM(21%)，子宮内感染（21%），胎胞形成（18%），PIH（15%），早剥（9%）であった．出生週数，性別，出生施設，子宮内感染，IUGR，早剥で生死の寄与因子を検討した結果，出生週数（OR＝0.16，95%CI＝0.07-0.37）と出生施設（OR＝1.4，95%CI＝1.4-9.7）が有意な因子であった.【結論】超未の生命予後改善には，出生体重と在胎週数を考慮した管理施設の振分けが重要である．

NII-Electronic Library Service