

第 8 回 関 東 胎 児 心 工 コ ー 勉 強 会
抄 録 集

2019 年 6 月 9 日(日)

自治医科大学付属病院

第8回関東胎児心エコー勉強会 開催要項

日時：2019年6月9日(日) 10:00～16:00

会場：自治医科大学附属病院 新南棟5F J-sky

会長：自治医科大学とちぎ子ども医療センター小児手術・集中治療部 片岡功一

テーマ：重症疾患児の周産期・新生児期医療に関するトピックス

参加者へ：まず、参加記録書に諸事項を記入の上、受付をしてください。

参加費は3,000円（事前登録・当日参加いずれも同金額、事前登録者はお弁当無料）
受付でお支払いをお願いします。産科医はeカードを持参してください。

単位認定：本会に参加した者に、日本小児循環器学会・日本産婦人科学会の専門医単位及び
日本産婦人科医会研修参加証を交付します。（産科医はeカードで）

また、特別教育講演を受講した者には日本専門医機構単位を交付します。

交付される単位は以下のとおりです。

日本小児循環器学会専門医 3単位
日本産婦人科学会専門医 5単位
日本産婦人科医会 研修参加証1枚
* 日本専門医機構(産婦人科)必須共通講習 1単位
* * 日本専門医機構小児科領域講習 iii 1単位

* * 午後教育講演会開始前12:50に受付において機構単位配布を行います。

(* 産科医はeカードスキャン) 一旦会場外に退出してお並びください。

発表者へ：一般演題は発表7分・討論5分の予定です。事前にスライド試写をお済ませ下さい。

昼食弁当：事前登録者には、名札にお弁当交換券が添付しています。午前の部終了時に、受付に
おいてお弁当をお渡ししますので、券を切り取ってご持参ください。

当日参加者でお弁当を購入希望の方は(数に限りがありますが)受付において1,000円
で販売いたします。支払い時に引換券をお受け取り下さい。

懇親会：学術集会終了後、この会場でささやかな懇親会を用意しております。

参加費は無料です。

時刻表：電車(自治医大発 上り・下り) バス(病院-駅間3分 160円)

時	自治医大⇒上野経由、新宿経由	自治医大⇒宇都宮	バス：病院⇒自治医大駅
15	06、21、50 快速	11、22、32、51	03、13、32、43
16	10、30、42 [±] 、52 快速	11、31、51	02、19、44、54
17	13、31、38 [±] 、56	12、32	
18	10、21、41、57 [±] 快速	03、27、41	
19	20、29、45、59 [±] 快速	00、24、41	

新幹線	なすの							なすの			なすの
宇都宮	16:16	16:33	16:56	17:16	17:33	17:45	17:57	18:16	18:35	18:58	19:16
小山	16:31	↓	↓	17:31	↓	↓	↓	18:31	↓	↓	19:33
東京	17:16	17:24	17:48	18:16	18:24	18:36	18:48	19:16	19:28	19:48	20:20

プログラム

時間	内容・演者	司会・座長
10:00～ 10:05	開会挨拶	片岡功一 竹田津未生
10:05～ 10:55	一般演題 1 小澤克典：国立成育医療研究センター 2 杉山隆朗：神奈川県立こども医療センター 3 石井久美子：千葉大学 4 松井彦郎：東京大学	尾本暁子
11:00～ 11:30	教育講演Ⅰ（産科） 高橋宏典：自治医科大学 「無侵襲的出生前遺伝学的検査（NIPT）について」	松原茂樹
11:30～ 12:00	教育講演Ⅱ（助産師） 山口順子：自治医科大学 「重症疾患児の家族支援」	松原茂樹
12:00～ 13:00	昼食休憩・監事会 12:50～専門医機構講習単位配布	
13:00～ 14:00	特別教育講演Ⅲ（新生児科） 高橋尚人：東京大学 「周産期/新生児医療の生命倫理」	片岡功一
14:00～ 14:30	教育講演Ⅳ（循環器外科） 河田政明：自治医科大学 「13/18トリソミー児に対する心臓血管手術」	片岡功一
14:30～ 14:40	休憩	
14:40～ 15:50	症例提示 5 権守礼美：榊原記念病院 6 堀江健司：自治医科大学 討論	片岡功一
15:50～ 15:55	閉会挨拶	片岡功一 尾本暁子
16:00～	懇親会	

教育講演

「無侵襲的出生前遺伝学的検査 (NIPT) について」

自治医科大学産科婦人科学教室
高橋宏典

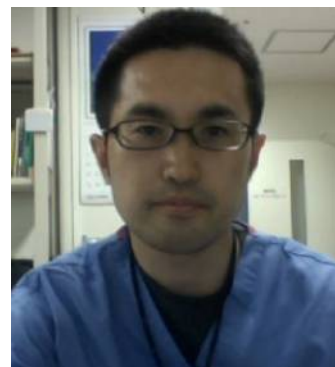
母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査 non-invasive prenatal genetic testing: NIPT が本邦でも 2013 年より受検できるようになり、急激に広まっている。この検査は胎盤絨毛由来の cell-free DNA が母体血中で検出されることを利用した検査法である。NIPT の利点は、①安全に施行できること、②高い陰性的中率、一方、欠点は①非確定検査であること、②高価、等が挙げられる。非確定検査のため、陽性の場合、絨毛検査または羊水検査が必要である。また、陽性とも陰性とも異なる「判定保留」があり、へパリン投与妊婦や vanishing twin(双胎一児死亡)で、このリスクが上昇する。

NIPT を本邦で導入するにあたり、適切な遺伝カウンセリングによる情報提供と検査体制を構築するため、NIPT コンソーシアムが設立された。80 を超える施設が研究参加施設として登録され、6 万件を超える NIPT が実施された。本邦においても、NIPT 検査精度は担保された（陽性的中率は 95% 超など）。一方で、「優れた利便性」、「年齢基準(-)」、「多くの対象疾患対応可能」をウリにした認可外施設が散見されるようになっている。

現在、諸外国では T13、T18、T21 だけでなく、性染色体異常、微小欠失等もターゲットにした whole genome NIPT が既に施行されているが、本邦において NIPT を今後、「どのような体制」で、「誰を対象」に、「どこまで行うか」は不透明である。本講演では NIPT について、1) 概説、2) 本邦における現状、3) 本邦から発信された研究成果、4) 今後の方向性、について解説する。

略歴：

平成 12 年 3 月 防衛医科大学校医学科卒業
平成 12 年 5 月 防衛医科大学校附属病院
平成 18 年 8 月 国立成育医療センター周産期診療部
平成 22 年 4 月 自治医科大学大学院
平成 26 年 4 月 自治医科大学産科婦人科助教
平成 27 年 4 月 自治医科大学産科婦人科講師
平成 29 年 10 月 自治医科大学産科婦人科准教授



認定医・専門医：

医学博士
日本産科婦人科学会専門医・指導医
日本周産期・新生児学会母体胎児専門医・指導医
臨床遺伝専門医
日本超音波医学会超音波専門医・指導医

教育講演 II (11:30~12:00)

「重症疾患児の家族支援」

自治医科大学附属病院総合周産期母子医療センター産科病棟 助産師・臨床心理士
山口順子

当院では一般の産科外来とは別に胎児異常や母体合併症などの超音波検査の精査を中心とした妊婦健診外来として、「超音波外来」を毎水曜日の午後に行っている。発表者はこの外来に合わせて、臨床心理士の有資格者の助産師として心理面接を中心とした妊婦、家族への支援を行っている。

18トリソミーにおいては年間5~10例近くある。最近の情報化時代において妊婦、家族は、それが指摘された直後からネットなどで「胎児、心臓病、染色体異常」など指摘されたキーワードを入力し、病状、予後、同じ疾患の親のブログ、SNSなどで情報を得ている。ネット上の情報は必ずしも有益ではなく、過剰な不安やネガティブな感情を助長する弊害もあり、医療者は正しい情報、その妊婦、児に合う情報を提供、理解していただいた上での診療、検査、看護、心理支援を行うことが重要となる。

家族支援はまず胎児が重症疾患児であるというショック、悲嘆を理解し共感することから始まる。そして家族の児へのイメージはさまざまであり、児そのもの、治療、出生後の生活などイメージが付きにくい。児に対する治療など意思を決定する上では家族が児を迎えるイメージをより具体的に持てるようにする必要がある。また重症であるがゆえに病態の理解は難しいため、平易な説明やprenatal visitを繰り返すことも重要な支援の一つである。そして家族は関わる職種によって語る思いが違ふ。さまざまな思いを語れるよう、その揺れ動く思いを支持し、多職種で関わり、情報共有をしながら支援することが望ましいと考える。そしてこのプロセス、医療者との対話の中で意思の形成、表明を繰り返し、最終的な家族の意思が表明、実現できる支援が重要であると考えます。

治療、家族支援、意思決定をする上で胎児の意思は推測となる。しかし児が家族に愛される存在でありたいと思うだろうことは確かなものである。発表では2つの症例を提示し、それを踏まえた家族支援（心理支援）のポイントをお伝えし、診療、検査、看護、心理などの支援の一助になればと考える。

略歴：

1989年 自治医科大学附属病院産科病棟に入職

- ・8年間 NICUで看護師勤務
- ・1年間 国際医療福祉大学病院でNICU立上げ出向
- ・武蔵野大学で心理学を学び人間学学士、東京成徳大学大学院で心理学修士を取得。
- ・臨床心理士有資格の助産師として母子・家族の心理支援。

保有資格：

臨床心理士（2011年 登録番号22725）

公認心理師（2019年 登録番号第6463号）

教育講演 III (13:00~14:00)

「周産期/新生児医療の生命倫理」

東京大学医学部附属病院小児・新生児集中治療部
高橋尚人

周産期・新生児期は、新生児が治療を選択できないこと、長期予後が必ずしも判らないこと、家族にとって突然の状況であること、時間的余裕がないことなどから、医学的意思決定に倫理的問題を伴うことが稀でない。

新生児医療の倫理的問題は 1960 年代以降 NICU の普及に伴い現れた。1973 年の Duff らによる治療制限の NEJM 論文、1982 年のダウン症児の治療拒否 Baby Doe 事件などが初期の重要な報告である。日本では 1980 年代に手術拒否によるダウン症の消化管閉鎖の死亡例が報告されている。

日本の新生児医療の医学的意思決定の基準としては仁志田による policy および classification が有名で、1984 年の小児科学会での発表後、事実上ガイドラインとみなされるようになった。しかし、疾患名による分類への疑問や種々の問題が提起され、厚労省班研究で別の基準が検討され、2004 年に「重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン」が発表された。ただし、これは環境整備型ガイドラインで、具体的な判断基準を示しておらず、必ずしも応用が容易ではない。

治療拒否事例はどの施設でも少なからず経験される。本講演では、個人的に経験した先天性心疾患の治療拒否事例をいくつか提示する。治療拒否に対しては、2005 年以降、民法に基づく親権者の職務停止および職務執行代行者選任の保全処分の手続きが利用され児に治療がなされて来た。さらに 2012 年には民法改正が行われ、2 年間の親権停止が法律上可能となっている。

一方で、法的措置を求めることは、両親と医療側の関係を破壊する可能性があり、浪費される時間や労力も多く、極力施設内の倫理委員会などで処理されるのが望ましい。しかし、必ずしも病院倫理委員会が十分に機能していない施設も多い。講演では、倫理コンサルテーションシステムおよび倫理カンファレンスといった最近の動きにも簡単に触れる。

略歴：

昭和 60 年	東北大学医学部 卒業
昭和 60 年	磐城共立病院小児科 医員
昭和 62 年	東京女子医科大学母子総合医療センター 助手
平成 7 年	同 講師
平成 7 年～9 年	Samuel Lunenfeld Research Institute (Toronto) 留学
平成 12 年	東京女子医科大学母子総合医療センター 助教授
平成 13 年	自治医科大学総合周産期母子医療センター助教授
平成 24 年	東京大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター 准教授 副センター長
平成 29 年	東京大学医学部附属病院小児・新生児集中治療部 教授・部長



教育講演 IV (14:00~14:30)

「13/18 トリソミー児に対する心臓血管手術」

自治医科大学とちぎ子ども医療センター・成人先天性心疾患センター 小児・先天性心臓血管外科
河田政明

【背景】13/18 トリソミー (13/18T) 児の自然予後は極めて不良とされ、胎児死亡率も高く生産児も中枢性呼吸障害、心不全 (先天性心疾患、肺高血圧)、原因不明の突然死などのため平均寿命は生後数日～数週間とされ、心臓手術については過去には予後を改善しないとの考えから議論もされない時代があったが、その後、一部の例では姑息術により年単位での生命予後の延長が報告され、その数も増加が見られたことを契機に、あるいは重症疾患に対する医療方針の決定過程に変遷が生じたり、患者の会や家族の意向も表明される機会が増えていることから議論がなされるに至り、現在でも議論は多く、統一された見解は得られていない。

【手術適応】当科では中枢性呼吸障害により既に気管切開や人工呼吸管理中の例で在宅管理を目指す例、在宅管理中治療や QOL 改善に対する家族の強い希望が表明された例を適応とし、生命予後を改善できるか？、在宅管理が容易になるか？、心不全や呼吸器合併症に頻度や重症化を軽減できるか？、患者家族や兄弟の満足度は増すか？、在宅生活の QOL は向上するか？など両親・家族と慎重な説明や相談を経て姑息術を中心に、軽症疾患では開心術も導入した。13/18T 児の心臓手術では手術の適否や可否 (特に人工心肺使用の可否)、術式の選択 (姑息術、心内修復術)、全身麻酔の可否、術前評価 (心カテ、CT など) の可否や要否、正確な手術予後が不明であることなど、すべてが「未経験・未報告」であり「確信が持てない」「責任の所在が不明確」など最近の“evidence-based medicine”の呪縛とも言われる状況でのジレンマも経験しながら、院内での検討、家族への説明や相談を繰り返しながら診療を行っている。

【対象と手術】2009 年から外科治療を希望して紹介となった限定的対象群に対し、心臓手術を開始し、現在まで 18T:10 例に 14 手術、13T:2 例に 3 手術を経験した。複数回手術例はいずれも姑息術後に家族の希望での心内修復への移行例である。基礎疾患は VSD10 例、TOF2 例、左心低形成症候群亜型 1 例で、VSD 一期的閉鎖 2 例の他は PAB (両側 PAB 1 例を含む) 10 例 (その後 3 例で二期的 VSD 閉鎖に到達)、BT 短絡 1 例 (その後心内修復に到達) を行った。心内操作では異形成性の目立つ弁膜に特徴が見られたが手術操作上影響はなかった。

【結果】成績は概ね良好で、初回手術後 12 例中 10 例で自宅退院が可能となり、1 例は自宅近隣施設への転院が可能となった。QOL は改善が見られ、家族の満足度は高かった。肺動脈絞扼術後例での肺血管病理学的検索では肺血管閉塞性病変の異常な進行は見られなかった。術後入院死亡 1 例 (低酸素血症 (左心低形成症候群亜型))、初期の例で退院後、肝芽腫 2 例、イレウス 1 例、原因不明 1 の 4 例、計 5 例を失った。

【考察】今回の対象群とは別にさまざまな理由から外科治療の選択をしなかった例も存在する。胎児診断例、その後の経過例いずれの場合も家族の悩みは大きく、不安も強い。侵襲的治療の選択についても躊躇が見られることが多い。当初から「外科治療の適応なし」と考えるのと同様、「外科治療が最善の選択」と考えることは必ずしも正しいとは限らず、家族との話し合いで最も重要なことは「患児・家族のために真摯に考えることが最も大切で意義あること」であり「いずれの選択であっても医療者は家族の意思・決定を支援する」ことの表明である。「(医学的に) できることは何でもして欲しい」も必ずしも正しい選択とは言えず、「患児のために何が最も適切か」「患児も含めた家族としての生活のために選択できることは何か」について“共に考える”ことが大切である。産科医・新生児科医・小児科医・看護師などとの連携は大切で、外科治療の選択が決まってからの手術説明でなく、適切な選択・決定のための適切な (具体的な) 情報提供の側面も重要である。当施設の経験では術前に人工呼吸器装着なく経過していた児はすべて術後人工呼吸器から離脱可能であった。一方術後経過中心筋肉異常血管の増生を認めた例も存在した。

【まとめ】こうした経験や情報の蓄積は今後さらに 13/18T 児に対する心臓手術の在り方に変化をおよぼす可能性がある。

略歴:

1980 年 岡山大学卒業
1980 年 東京女子医科大学日本心臓血圧研究所外科連士研修生
1991 年 北里大学胸部外科講師
1995 年 岡山大学心臓血管外科助手 (1998 年; 講師、2004 年; 助教授)
2001 年 文部科学省長期在外研究員 (フィラデルフィア小児病院・クリーブランドクリニック小児病院・C.S.モット小児病院)
2005 年 自治医科大学とちぎ子ども医療センター 小児・先天性心臓血管外科教授
2008 年 成人先天性心疾患センター兼任

～ MEMO ～

一般演題

「日本胎児心臓病学会胎児治療委員会から：重症大動脈弁狭窄症に対する胎児治療の臨床試験」

小澤克典²、小野 博¹、和田 誠司²、伊藤 裕司³、松井 彦郎⁴、石井 徹子⁵、黒崎 健一⁶、賀藤 均¹、安河内 聡⁷、左合 治彦²

1. 国立成育医療研究センター 循環器科 2. 国立成育医療研究センター 胎児診療科 3. 国立成育医療研究センター 新生児科 4. 東京大学医学部附属病院 児科 5. 千葉県立こども病院 循環器内科
6. 国立循環器病研究センター 小児循環器科 7. 長野県立こども病院 循環器小児科

重症大動脈弁狭窄症とは大動脈弁が非常に狭く、左心室から血液が拍出しにくく、出生後に何らかの外科的またはカテーテルによる大動脈弁への介入が必要な病気である。重症大動脈弁狭窄症は出生後に理想的な治療をおこなっても十分な成績ではなく、左心低形成のため右心室による単心室循環になると、合併症の治療に難渋することがある。超音波ガイド下胎児大動脈弁形成術という胎児治療は、左心室の機能を救い、左心室と右心室の両方の心室を使う循環を成り立たせることを目標にしている。本研究は、この胎児治療の日本における有効性と安全性を評価することを目的とした。

臨床研究の対象は妊娠 22 週 0 日～31 週 6 日で、以下の全ての選択基準を満たしている胎児である。

1) Boston Children's Hospital の基準に準拠した international registry group が推奨する以下の基準に従って、重症大動脈弁狭窄症でかつ左心室が小さくなっていないこと。

1. 大動脈弁狭窄

2. 左室機能不全

3. Transverse arch 血流が逆行性もしくは両方向性である、または以下のうち 2 項目以上を満たすこと（僧帽弁流入血流パターンが单相性であること、心房間血流が左→右方向であること、肺静脈血流パターンが両方向性であること）。

4. 左室長軸長 $z > -2$

5. Threshold score ≥ 4 （以下の 4 項目以上を満たす）

・左室長軸長 $z > 0$

・左室短軸長 $z > 0$

・大動脈弁輪径 $z > -3.5$

・僧帽弁輪径 $z > -2$

・僧帽弁逆流または大動脈流出路最大収縮期圧較差 ≥ 20 mmHg

2) 当該疾患以外の重篤な胎児異常（生命予後を左右する疾患）がないこと。

選択基準の詳細と z score を計算する excel 表は、日本胎児心臓病学会のホームページの「胎児心臓病治療」の中に掲載している。臨床試験は、日本胎児心臓病学会胎児治療委員会を中心とした全国的な協力体制の下で実施される。研究事務局は国立成育医療研究センター内に設置しており、対象となる可能性のある方について直接ご連絡をいただけたら幸いである。

「右冠動静脈瘻（右房開口）の胎児診断症例」

杉山 隆朗¹、金 基成¹、川瀧 元良²、池川 健¹、河合 駿¹、若宮 卓也¹、小野 晋¹、柳 貞光¹、上田 秀明¹

1. 神奈川県立こども医療センター 循環器内科 2. 神奈川県立こども医療センター 新生児科

症例は、在胎 19 週に前医の胎児エコーで右冠動脈の拡大を認め、冠動静脈瘻を疑われ当院紹介となった。胎児心エコーでは右冠動脈は径 3mm と拡大を認め、右冠動脈と右房に交通があり、交通部で狭窄を認めた。交通血流は主に卵円孔から左心系へ向かっており、四腔断面では左心系の拡大を認めた。以上より胎児右冠動静脈瘻（右房開口）と診断した。同疾患の胎児診断例はまれであり、早期新生児期の経過を合わせ報告する。

「4D による観察が周囲血管との位置関係の把握に有用であった胎児大動脈 －左室トンネル症の 1 例」

石井 久美子¹、石井 徹子^{1,2}、尾本 暁子¹、新井 聡子¹、秦 理恵¹、長澤 亜希子¹、鈴木 義也¹、岡山 潤¹、中田 恵美里¹、井上 万里子¹、田中 宏一¹、生水 真紀夫¹

1. 千葉大学医学部附属病院 周産期母性科 2. 千葉県こども病院 循環器内科

【諸言】大動脈－左室トンネル症 aorto-left ventricular tunnel, ALVT は、大動脈と左室間に交通孔を有する稀な先天性疾患である。大動脈から左室へ多量の血液が逆流して心不全に至り、早期に外科的治療が必要となる。今回、胎児期に 4D で観察した ALVT 症例を経験したので報告する。【症例】31 歳、G1P0。在胎 22 週の胎児超音波検査で左室拡大・ALVT と診断され、29 週時に当院に紹介された。当院での 2D 超音波検査では、左室の著明な拡大と上行大動脈基部の拡大を認めた。大動脈基部の拡大は ALVT によるものと判断された。ALVT の逆流血と大動脈・主肺動脈の順行性血流が同時相で確認できないため、血管相互の立体的関係の把握には時間がかかった。4D による観察では、ALVT は上行大動脈と主肺動脈が交差する付近で主肺動脈よりも右側に大きく突出して描出され、主肺動脈と ALVT の位置関係の把握が 2D 画像より容易であった。経過観察中 CTAR は 45%～50%程度で推移した。36 週 5 日に選択的帝王切開を施行した。児は 2796g、Apgar score8/8 の男児であった。手術可能な施設へ搬送され、搬送先で ALVT に対してパッチによる閉鎖術を施行した。【結語】ALVT の出生前診断を経験した。4D 画像が ALVT とその周囲血管との位置関係の把握に有用であると思われた。

「肺動脈弁欠損症の三症例」

松井彦郎

東京大学病院小児科 胎児心臓病外来

この一年間に肺動脈弁欠損症の胎児三症例を経験し、胎児期における形態学的評価・血行動態的考察を行った。

症例 1

診断：ファロー四徴症・肺動脈弁欠損症。31 週、胎児心疾患にて紹介受診。肺動脈弁欠損による心負荷は中程度と判断した。以後フォローし、妊娠経過中胎児心不全の増悪なし。母体に遺伝性球状赤血球症あり。在胎 38 週 4 日・体重 2595g, Apgar Score 7/7 で誘発分娩にて出生した。出生後、気道狭窄症状は軽度から中等度あるも体重増加得られ、2 ヶ月時に体重 4.3kg にて心内修復術を施行。POD3 に閉胸、POD 9 に抜管、POD16 に PICU 退室した。生後 3 ヶ月で退院した。

症例 2

診断：ファロー四徴症・肺動脈弁欠損症・左肺動脈閉鎖。35 週、胎児心疾患にて紹介受診。左肺動脈の経路は確認できず左肺動脈閉鎖を伴う右肺動脈のみに経路を認める肺動脈弁欠損と診断した。肺動脈弁欠損は軽度から中等度と判断した。前期破水に伴い 37 週 3 日・体重 3197g・Apgar Score 7/7 で出生した。左肺動脈は細く、大動脈弓小弯側から動脈管を介して起始しており、プロスタグランジンの投与を必要とした。出生後、呼吸状態は安定しており、2 ヶ月で心内修復術、POD4 に抜管、POD7 に PICU 退室した。

症例 3

診断：両大血管右室起始症・肺動脈弁欠損症・左肺動脈閉鎖。20 週、流出路異常にて紹介受診。大動脈小弯側から起始する主肺動脈と交通しない細い左肺動脈を認め、左肺動脈閉鎖と診断した。肺動脈弁欠損は軽度から中等度と判断した。現在、23 週で経過観察中。

考察：胎内心不全が中程度と推定される肺動脈弁欠損症の予後は良好であり、胎児心不全徴候の検知がフォローアップに重要と考えられた。左肺動脈閉鎖合併症例の動脈管は開存していることから、動脈管に関連しない肺動脈弁欠損スペクトラムの発生機序が推察された。

「母が児の病気や治療に対するストレス反応から面会困難となった児と家族への看護
～胎児診断からの経過からの一考察～」

権守 礼美

榊原記念病院 小児看護専門看護師

【はじめに】胎児診断を受けた家族は、胎児診断が故の複雑な感情に苛まれ、様々な場面で問題を抱えることも少なくない。今回、児の治療後に母がストレス反応から面会困難となり、同じような経過をたどった2事例に対する児と家族への看護を振り返り、考察した。

【事例紹介】事例1はHLHS、事例2はHLHS variantの胎児診断。両事例ともに、母がHLHSの生命予後と発達予後の情報を得て、妊娠中より「手術をしない選択があるか」「合併症で障害が残るのではないか」等の思いを話されていた。父は治療を望んでいたが、同胞もあり母の精神状態の悪化を懸念し、母の意思に寄り添っていた。出生後、母は児を「かわいい」と感じ、前向きに外科的治療を望んだため、姑息手術に至った。しかし、集中治療中の我が子を見て、受容できない気持ちが再燃。強い精神的なストレス反応から、同胞の育児もおろそかになったため、精神科への紹介受診および地域との連携を強化した。母が面会困難となった間、父の面会が無理なく行えるよう配慮し、父面会時は、可能な育児指導を行った。また、面会時以外の相談対応もきめ細やかに行い、家族機能が維持できるよう支援した。児に対しては、入院加療に伴う発達遅延が生じることがないように、理学療法士とともに発達支援を行った。看護師からは、母がさらに児への愛着形成が困難となることに懸念の声も上がったが、母への連絡や面会の促しは控えた。児の様子を父から母へ伝えてもらい、母の反応を確認し、面会を促す時期を父と相談しながら見極めていった。児が抱っこや経口哺乳ができる状況になり、児が笑うようになった頃、面会が可能となり、愛着形成がすすみ、退院に至った。

【考察】胎児診断時から様々な支援を行っていても、児の出生後の治療に伴い、児の病気を感じ、強いストレス反応が出現することがある。①早期に精神科との連携や地域での支援体制の強化し、父と祖父母に対する育児指導と家族機能が保たれるよう支援したこと②母が懸念する発達遅延が入院加療によって生じることがないように、発達を促す関わりを提供したことが、母の育児を可能とし、退院に至った一助となったと考えられる。

【まとめ】胎児診断後、児の病気や治療に対し受容している父と祖父母への支援を強化し、児の療養環境を整えていくことが重要である。

「胎児異常と診断された場合の分娩前後での家族支援」

堀江健司¹、高橋佳代¹、高橋宏典¹、馬場洋介¹、片岡功一²、松原茂樹¹

1. 自治医科大学 産科婦人科学講座

2. 自治医科大学 とちぎ子ども医療センター小児手術・集中治療部

胎児異常と診断された場合、親たちは分娩前から不安を抱えつつ受容と選択を迫られる。意思決定においては、胎児疾患の重症度はもとより、性格や気質といった元々の心理的要素、家族構成や育児支援者などの社会背景が影響する。特に、13/18 トリソミーなど生命予後不良が想定される場合には、出生後の積極的な治療介入についても判断を求められることがあるが、まだ見ぬ我が子の生死についての選択を委ねられるということは、極めて大きなストレスである。

児の心疾患自体はいずれもファロー四徴症であるが、合併する胎児疾患や患者背景の異なる3症例を提示し、各々の分娩前後の家族支援の在り方について検討したい。

症例1：21歳、G1P0。自然妊娠。高度肥満（非妊娠時100 kg；BMI 42）のため当院へ紹介され、妊娠12週にCystic hygromaと診断。配偶者の弟が結節性硬化症であることから、義母は胎児異常の可能性がある場合には妊娠継続を強く反対していた。染色体検査は正常核型であったが、妊娠21週に両大血管右室起始（DORV）・心室中隔欠損（VSD）・肺動脈狭窄（PS）を認めた。中絶を迫る実母・義母の声に不安を覚え、揺れ動きつつも妊娠継続した。骨盤位のため、妊娠38週0日に選択的帝王切開で2574gの男児を出産した。出生後、ファロー四徴症と確定診断された。

症例2：28歳、G2P1。自然妊娠。妊娠32週2日に胎児発育不全の精査目的で当院へ紹介された。胎児超音波検査では推定体重1084g(-3.4SD)の発育不全、小脳低形成、大槽拡大、DORV・VSD・PSと他多発奇形を認めたが、妊娠34週2日に行った羊水染色体検査では正常核型であった。妊娠37週5日に選択的帝王切開で1458gの男児を出産した。出生後啼泣せず、高度拘縮のため気管挿管や血管確保すら困難な状態であったため、外科処置は不可能と判断された。ファロー四徴症のほか、小脳・脳幹部低形成、多発奇形を認めた。在宅管理を模索していたが、肺炎を併発したことで肺高血圧が急速に悪化し、生後2ヶ月半で永眠した。

症例3：31歳、G1P0。顕微授精、新鮮胚移植により妊娠。妊娠28週0日、胎児奇形精査目的に当院へ紹介された。胎児超音波検査で小脳虫部低形成、羊水過多、DORV・肺動脈閉鎖を認め、羊水染色体検査で18トリソミーが確定した。小児科医からのprenatal visitが行われ、出生後の積極的治療を希望せず、看取りを希望した。妊娠42週1日に自宅トイレで分娩し、当初は啼泣せずぐったりしていたが、救急隊の蘇生処置により啼泣し、当院へ救急搬送された。状態は安定していたため緩和ケアが行われ、日齢8に永眠した。

一般的に治療可能とされる心疾患でも、患者家族の背景、体格や合併する障害など、さまざまな要因が児の予後を大きく左右する。揺れ動く家族の思い、治療の障害となるリスク、想定外の状態に対して、医療者として何がベストの対応なのか、ぶれない目標を求める姿勢が問われる。