

新生児診療における新しい戦略：

呼吸窮迫症候群と RS ウイルス感染重症化予防について

千葉大学附属病院周産母子センター長 特任教授 大曾根 義輝

日本の周産期診療、特に早産児の生存率の高さは世界一である。しかし、長期的な後障害（慢性肺疾患や未熟児網膜症）の発症率は決して低くはない。早産児診療の最終目標が母体の安全 と児の障害なき生存（intact survival）であるかぎり、この現状は決して看過できない。例えば、早産児の慢性肺疾患予防には出生前の感染管理や母体へのステロイド投与も重要であるが、生後の呼吸管理やサーファクタント投与方法はその発症に大きなインパクトを与える。

近年、欧米では在胎 25 週前後の呼吸管理やサーファクタント投与において、非挿管またはごく短時間だけ挿管する管理（非侵襲的呼吸器管理と非侵襲的サーファクタント投与：INSURE メソッドと LISA\*）が主流となっている。日本ではまだ、侵襲的呼吸器管理、侵襲的サーファクタント投与（従来法）が主流であるが今後は欧米型の管理も増えてくると思われる。様々な非侵襲的サーファクタント投与と演者のこれまでの経験を紹介したい。

また、2024 年は日本の RS ウイルス感染重症化予防における game-changer 出現の年であった。妊産婦へのワクチン投与、長期間作用型のモノクローナル抗体の臨床使用により、様々な予防法が選べるようになったが、また一方で薬剤の混在で臨床現場に混乱を招くことも考えられる。どのような児にどの予防法が選択できるのか、どこが間違えやすいのか、この機会に整理してご紹介したい。

\*INSURE：INTubation, SURfactant, Extubation この 3 語の頭文字を並べた造語

LISA: less invasive surfactant administration の略語

## 妊娠中の貧血対応と産後危機的出血の管理

慶應義塾大学産婦人科 田中 守

### 抄録

産後危機的出血（PPH）は、分娩前に予測することが困難であるため、分娩前・妊婦健診時に貧血を可能な限り補正していることが重要である。非妊婦ではHb 12.0 g/dl未滿、妊婦ではHb 11.0 g/dlが基準値とされる。

日本人は、統計上非妊婦においても諸外国に比べて貧血を示す女性が多く、さらに妊娠中は循環血液量の増加に伴う生理的な血液希釈が生じるため、約3分の1の日本人妊婦が貧血状態であるとされている。

近年は、悪心・嘔吐の頻度が少ないクエン酸第2鉄剤が使用できるようになり、妊婦貧血に対しての経口薬治療のハードルが下がってきたので、分娩前に積極的に貧血を補正することが可能になってきた。

従って可能な限り分娩前に経口鉄剤やサプリメント剤の服用を指導して貧血の補正を行っていく。一方、弛緩出血、癒着胎盤などにより分娩後にPPHを発症することは予測できないため、日頃より予期せぬPPHに対する対応法を検討し、いつでも稼働できる状態に保つことも重要である。

我々は、PPHが発生した場合の緊急対応プロトコールを院内統一ルールとして定め、準備を行っている。当院では、濃厚赤血球、解凍した凍結血漿、血小板が効率よく供給されるように輸血細胞療法部と取り決めを行って、PPH発生の際にコマンダーの指示により産科危機的出血の宣言により実行されている。

さらに可能な限り妊孕性を温存するために、PPHに対して積極的なIVR治療を行ってきていて、IVRにより90%の奏効率が得られている。TAE後、90%以上の症例で月経が再開し、80%の症例が妊娠するものの、癒着胎盤、PPHのリスクが増加することが明らかである。

PPHに対しては、妊娠中から貧血を積極的に治療することとPPHが発生した場合の院内統一プロトコールを定めて積極的に対応することで安全安心な周産期管理を目指していきたい。