

未熟児医療をめぐる

「妊娠23週の妊婦が破水したので、母体搬送をしたい」という電話を受けた。23週といえば流産である。推定体重500g前後はあるだろうかと思いながら電話を切った。新生児集中治療室と連絡をとり、受け入れ態勢をつくる。

ふと、卒業当時のことが思い浮かんできた。当時、未熟児医療における高濃度の酸素投与が、未熟児網膜症の発症と深い関係があると指摘され始めていた。失明した子をめぐって裁判へと発展するケースも出てきた時期でもある。＜未熟児網膜症を予防するには、未熟児の出産を防ぐことだ＞との思いが産婦人科の道を選んだ理由の一つでもあった。

当時の未熟児出生率は7%前後で、周産期医療の進歩にもかかわらず、今でも未熟児出生率は6.3%前後であり変わっていないのが現状である。1500g未満や1000g未満の極小未熟児や超未熟児の出生率は、それぞれ0.5%、0.2%とむしろ当時より微増の傾向にある。しかし、生まれて1週間以内に死亡する早期新生児死亡率は、1000g未満の超未熟児では60～70%から、今では30%と著しく減少しており、1500g未満の極小未熟児では43%が10～11%に、2000g未満の未熟児では13.9%が3～4%、2500g未満の未熟児では2.3%が0.7%と減少し、著しい進歩をみせている。今では、「母体外胎児成育限界は22週である」という論議がされるほどになっている。

出生時体重が、400～500gというと、両手の中にスッポリと入ってしまうほど小さい。どんなに小さくても、生命ある限り昼夜を問わず集中治療が行われている。今では、血液を採血しなくても経時的に連続して血液中の酸素濃度が測定され、高濃度の酸素投与による視力障害などがないように一定の血中酸素分圧が保たれるように管理されている。昔とは大きな違いである。後遺症を残さないように、合併症をつくらないように、医療スタッフの懸命な努力が続けられている。その努力にもかかわらず、未熟児網膜症をはじめ思わぬ後遺症がみられることもあり、悩みも多いというのが現実である。

昭和47年頃、ある医療機関で発症した未熟児網膜症の裁判に関係して、当時の大学病院における未熟児医療状況を調査し参考資料として報告した。医師の管理責任を問われた裁判であったが、当時の医療水準から判断して、医師の責任は問われなかった。しかし、両親に手を引かれ失明というハンディを背負った児童の姿を見た時、未熟児医療の原点を見る思いがした。産科医療に携わる一員として、今後も未熟児出生の予防を計り、妊婦教育にスタッフと共に力を注いでいかなければと心に誓う。