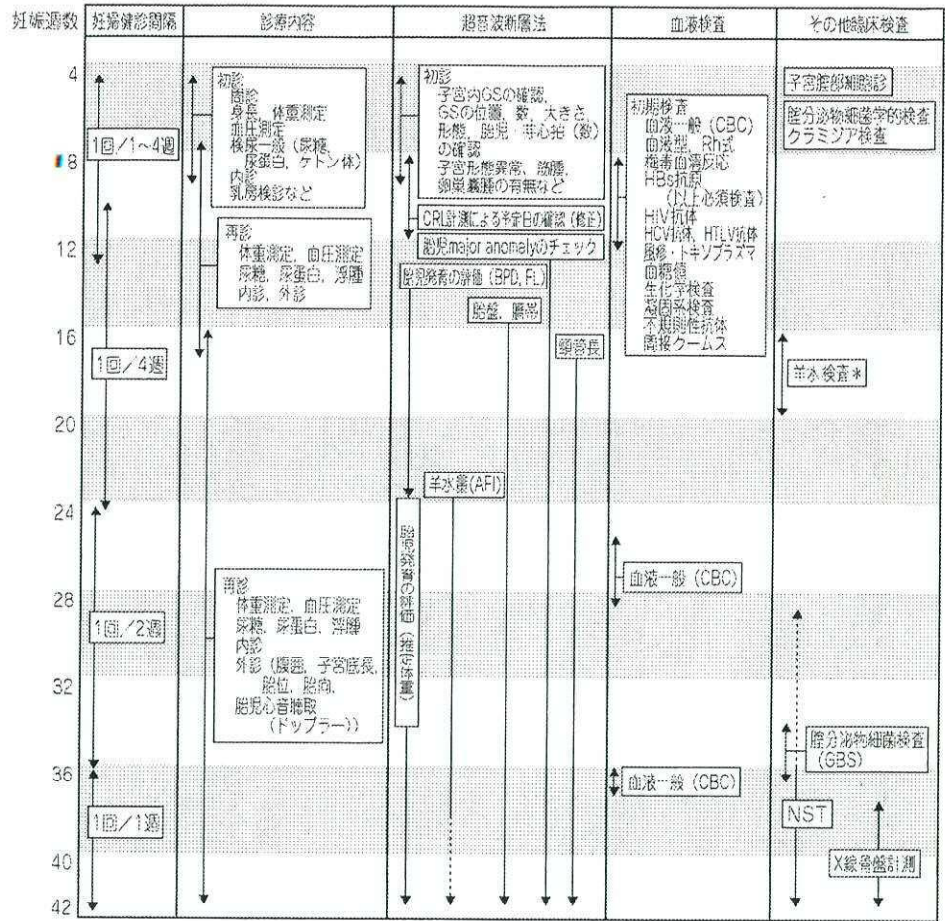


妊婦健診



*は希望者のみに実施

妊婦健診と検査のスケジュール

血液検査初期スクリーニング項目

<ul style="list-style-type: none"> ・血算 (WBC, RBC, Hb, Ht, 血小板) ・血液型 (ABO, Rh) ・感染症 <ul style="list-style-type: none"> HBs 抗原 梅毒 (STS, TPHA) HCV 抗体 HIV 抗体 HTLV 抗体 風疹 トキソプラズマ ・生化学検査 (GOT, GPT, LDH, γGTP, T-CHO, TG, TP, BUN, クレアチニン, 電解質) ・血糖 (食後 2 時間値) ・不規則性抗体 ・間接クームス ・凝固系 (PT, APTT (LA), AT Ⅲなど)
--

感染症スクリーニングの対象者と時期

感染症	対象者	スクリーニング時期
梅毒	全例 (公費)	妊娠初期 (初診時)
B 型肝炎	全例 (公費)	妊娠初期
HIV	全例 (自費, 一部自治体で公費)	妊娠初期
風疹	抗体陰性 (不明) 者	妊娠初期 (初診時)
トキソプラズマ	リスクのある妊婦	妊娠初期 (初診時)
ヒト成人 T 細胞白血病	地域による, 希望者	妊娠中期まで
C 型肝炎	リスクのある妊婦, 希望者	(妊娠初期)
B 群溶連菌	希望者 (できれば全例に)	妊娠 35 ~ 37 週
クラミジア	希望者	(妊娠初期)
サイトメガロウイルス	(希望者)	(妊娠初期)
ヒトパルボウイルス B19	リスクのある妊婦, 希望者	(妊娠初期)
麻疹	(希望者)	(妊娠初期)
水痘	(希望者)	(妊娠初期)

基本的な健診項目

- 1) 子宮底長
- 2) 臍帯
- 3) 血圧
- 4) 浮腫
- 5) 尿蛋白
- 6) 尿糖
- 7) 体重

* 1), 2) は一般に 16 週以降に計測。

超音波検査のチェックポイント

1. 妊娠初期

A. 胎児（芽）発育の評価、予後の判定

1) 子宮内 GS の確認

経膈法では妊娠 4 週 2 日から認められるようになる。妊娠 5 週で 96%、妊娠 6 週で 100% に認められ、一日 1mm の割合で増大することなどを参考にして、これから外れる場合は異常妊娠（子宮外妊娠、流産など）を疑う。また、GS の個数も確認する。多胎妊娠の場合は腹性診断も重要である。

2) 卵黄嚢 (Yolk sac)

GS 内には 5 週になると卵黄嚢が見え始める。これが膨化すると予後不良である。

2) 胎児（芽）心拍の観察、心拍数

5 週半ばには卵黄嚢に接して胎芽が描出され、児心拍の観察が可能となる。胎芽の心拍数も 4 ~ 7 週で 100 ~ 110bpm、9 週の胎児では 160 ~ 180bpm となる。徐脈の出現は高率に流産を予知する。

3) CRL の測定（妊娠週数の確認）

CRL が 1cm から 4cm に成長した段階で妊娠週数と分娩予定日の確認を行う。

4) BPD の測定（妊娠週数の確認）

13 週以降では BPD を計測し、児の発育評価を行うとともに、無脳児などの major anomaly をチェックする。

5) 絨毛膜下血腫の有無

GS に接したエコーフリースペース。

B. 胎児異常のチェック

・ NT (nuchal translucency, 後頸部透腺像) : 11 ~ 13 週で診断する。3mm 以上を異常肥厚とすることが多い。染色体異常などとの関連がある。

・ 無脳症、水頭症、頸部ハイグローム、腹壁破裂、心奇形、髄膜瘤、四肢短縮、骨形成不全などの診断。

C. 子宮筋腫・卵巣嚢腫などの診断

2. 妊娠中期・末期

A. 頸管長の測定

頸管の短縮 (25mm 以下)、内子宮口の楔状開大 (funneling) は要注意。

B. 胎児発育の評価

BPD, FTA, AC, FL の計測 → 推定体重の算出 : 阪大式 (EFBW = $BPD^3 \times 1.25647 + FTA \times FL \times 3.50665 + 6.3$)

C. 胎児異常のチェック

頭頸部 : 水頭症、脳ヘルニア、口唇・口蓋裂、頸部ハイグローム

胸部 : 心奇形、不整脈、心不全、肺低形成、横隔膜ヘルニア

腹部 : 消化管閉塞、腹壁破裂、腹部腫瘍、卵巣嚢腫

腎尿路系 : 無形成 (Potter 症候群)、尿路閉塞

四肢その他 : 致死性骨形成異常、二分脊椎

D. 羊水量

AFI 計測、羊水ポケット計測

E. 胎盤・臍帯

胎盤 : 位置 (前置胎盤の診断)、成熟度の評価

臍帯 : 付着部、血管数、下垂・巻絡の有無