第１３回　性的少数者と医療

◎セクシュアルマイノリティ

…性のあり方が典型的ではない人々のこと⇔セクシュアルマジョリティ

Ex）性別が戸籍上の性別と異なる、自認する性別が身体的性別と異なる、性的パートナーが異性ではない、性的関心や性的欲求がない、身体的に性別が曖昧である　など

★人の性を構成する４つのキーワード

|  |  |
| --- | --- |
| ①身体的性別　sex | 性染色体、性腺、性ホルモン、内性器、外性器などの特徴が、男性型であるか女性型であるかの概念。多くの新生児は「男/女」の二型にわかれる。 |
| ②性自認　　gender　identity | 自分の性をどのように認識しているか。多くが幼年期から身体的性別と一致した性別を自認。 |
| ③性別表現　gender　presentation | 言動や衣服のイメージから見受けられる性別。身体的性別の典型的はイメージに合致した表現が求められるが、時代や文化、国によってさまざまな典型例がある |
| ④性別指向　sexual　orientation | 愛情や性的欲求が向かう対象の性別。多数派→異性指向 |

以上の４点の組み合わせにより、性別の見え方はバラエティの富んだものになるはず！

→しかし、社会では性別はたった二つだと規定されてきた

◎セクシュアルマイノリティグループ

★よく知られたグループ（比較的、可視化された人々のグループ）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **性的特徴における**  **マイノリティ性区分** | **グループ名** | **少数/非典型的な要素** | **本人希望での治療行為** | **人口比（％）** |
| 身体的性別における  マイノリティグループ | 性分化疾患  Intersex | 身体的特徴において男性型・女性型に峻別できない | あり | ０．０５ |
| 性自認におけるマイノリティグループ | 性同一性障害  Trancegender | 身体的性別と異なる性自認か明確な自認を持たない | あり | ０．１ |
| *性的指向における*  *マイノリティ* | レズビアン　Lesbian | *同性愛者女性* | なし | ４ |
| ゲイ　Gay | *同性愛者男性* |
| *バイセクシュアル*  *Bisexual* | *性的指向が同性のことも異性のこともある* |

身体的性別のマイノリティ

《性分化疾患》

染色体・性腺・性器などが男性型・女性型のどちらか一方に統一されていないか、またはあいまいな天的疾患の総称。クラインフェルター症候群・ターナー症候群・先天性副腎皮質過形成症などさまざまな疾患がある。性染色体やホルモン分泌の異常によって、性分化の過程で発生する。男性か女性か区別しづらいことから、半陰陽・両性具有・インターセックスなどとも呼ばれているが、こうした表現は適切でないとする見解もあり、近年では「性分化疾患」などの呼称が用いられている。身体の性別と自認する性が異なる性同一性障害とは異なる。DSD（disorders of sex development; disorders of sex differentiation）。

性自認のマイノリティ

《性同一性障害（トランスジェンダー）》

身体的性別に対して異なる性自認をもつ人のこと。出生時に女性の身体に生まれた男性を「FtM」（Female　to　Male）、男性の身体に生まれた女性を「MｔF」（Male to Female）、性自認が曖昧な場合に「FtX」「MtX」という表現をすることもある。身体に違和感（性別違和）を抱えており、医療的ケアを必要としている場合もあり、その診断名が「GID＝Gender　Identity　Disorder」である。治療例としては、乳房切除やホルモン療法、また「性適合手術」などがある。

性的指向のマイノリティ

《ゲイ・レズビアン/バイセクシュアル》

性の「誰に性愛が向かうのか」という部分において少数と考えられるグループの人。多数である「異性愛者」に対し「同性愛」「両性愛」がこれにあたる。「ゲイ」は同性愛者男性、「レズビアン」は同性愛者女性も指し、同性指向である。また「バイセクシュアル」は男性にも女性にも性愛が向かうが、その都度どちらの性別を好きになるかは選べない。

第１４回　新生児の異常

１．遺伝性疾患と染色体異常

遺伝性疾患…染色体や遺伝子の変異によって起こる疾患

1. 単一遺伝子病②ミトコンドリア遺伝病③多因子遺伝疾患④染色体異常症がある

⇒染色体や遺伝子の変異を親が持っていてそれが子に遺伝する場合と、親自身には全く変異はないのにもかかわらず、突然変異によって、身体の細胞、精子や卵子の遺伝子・染色体に変異が生じる場合がある。

《主な遺伝性疾患》

|  |  |
| --- | --- |
| ①単一遺伝子病（メンデル遺伝病）  ⅰ）ハンチントン病  ⅱ）フェニルケトン尿症  ⅲ）副甲状腺機能低下症 | ②ミトコンドリア遺伝病  ⅰ）ミトコンドリア脳筋症 |
| ③多因子遺伝疾患  ⅰ）口唇口蓋裂  ⅱ）先天性心疾患  ⅲ）無脳症  ⅳ）二分脊椎 | ④染色体異常症  ⅰ）２１トリソミー（ダウン症）  ⅱ）１８トリソミー  ⅲ）猫泣き症候群  ⅳ）ターナー症候群  ⅵ）クラインフェルター症候群 |

２．先天異常

**〈先天異常〉**

先天異常とは、もって生まれた形態的・機能的異常であり、新生児の約５％に存在すると言われている。うち生命保持、生活に支障を生じる可能性のある重篤な先天異常（大奇形）は約１～２％にみられる。

**〈先天異常の分類〉**

先天異常は発生時期、発生機転から次のように分類される。

1. 遺伝子・配偶子病

遺伝子の異常・配偶子形成時の先天異常（染色体異常）

1. 胎芽病

環境要因、病原体などの外的因子により発生分化・臓器形成の過程で起こる異常。

1. 胎児病

妊娠中の母体の異常から胎児が罹患し、発生する先天異常。感染症（風疹、梅毒、HIVなど）、胎児アルコール症候群など

★本邦にといて高頻度に見られる先天異常（日本産婦人科医会先天異常モニタリング調査（2000年以降）

|  |  |
| --- | --- |
| １．心室中隔欠損  ２．口唇・口蓋裂  ３．ダウン症（２１トリソミー）  ４．水頭症  ５．動脈管開存  ６．多指症（拇指）  ７．多趾症（小趾症） | ７．横隔膜ヘルニア  ７．十二指腸・小腸閉鎖  １１．口蓋裂  １２．口唇裂  １３．臍帯ヘルニア  １４．心房中隔欠損 |

**〈緊急手術を要する先天異常〉**

1. 心臓の異常

・心房（心室）中隔欠損（中隔欠損が大きい場合）

・大血管転位

1. 消化管の異常

・食道閉鎖と食道気管婁

・肛門閉鎖症

・腸回転異常症

・胆道閉鎖症

・横隔膜ヘルニア

・ヒルシュスプルング病（重症の場合）

1. 腹壁の異常

・臍帯ヘルニア

・腹壁破裂

1. 脳と脊髄の異常

・水頭症

それぞれの先天異常の機構や原因などは調べてみてください！

３．新生児呼吸疾患

**（１）胎便吸引症候群（MAS＝meconium aspiration syndrome）**

①病態

胎児の臍帯圧迫などのストレスにより低酸素状態→肛門括約筋が弛緩し羊水中で胎便を排泄

→胎児が汚染された羊水を気道内に吸い込む

③リスク要因

排便反射が確立している過期産児や子宮内胎児発育遅延の場合に多い

③臨床症状

化学性肺炎、気道閉塞、肺気腫などを発症。

\*多呼吸、チアノーゼ、努力様呼吸（呻吟、鼻翼呼吸、陥没呼吸）

\*胸郭の膨隆（肺拡張により前後径が増加）

\*聴診でのラ音聴取

\*爪・胎脂・臍帯の黄緑色着色（胎便の汚染のため）

④治療方法

胎便混濁羊水から娩出されたすべての新生児に対し、口腔および上咽頭の積極的胎便吸引。

軽症以上のMASが認められる場合、酸素投与、人工換気などもある。

⑤予後

後年の喘息発症のリスクが高まるが、総じて良好。

**（２）新生児一過性多呼吸（TTN＝Transient Tachypnea of the Newborn）**

①病態

出生後の肺胞内の肺水の排出・吸収遅延による肺呼吸確立障害。

②リスク要因

③臨床症状

\*多呼吸（呼吸数６０/分以上）

重症になると、\*陥没呼吸　\*呻吟　\*チアノーゼ

④治療方法

軽症では、酸素投与。重症になると気管挿管など。

⑤予後

一過性で良好。0

**（３）呼吸窮迫症候群（RDS＝respiratory distress syndrome）**

①病態

表面活性物質である肺サーファクタント不足→肺胞虚脱。

②リスク要因

３３週未満の早産児（在胎週数が早いほど発症しやすい）、糖尿病母体児。

③臨床症状

\*多呼吸（呼吸数６０/分以上）\*陥没呼吸　\*呻吟　\*チアノーゼ　が４主徴！

④治療方法

\*人工サーファクタント補充療法

\*人工換気

⑤予後

治療した場合の予後は非常に良好。

重度の低酸素血症では多臓器不全および死亡に至ることも。

４．新生児メレナ

（１）機序

ビタミンＫの自己生成能力がないために、ビタミンＫが欠乏→凝固因子を体内で作ることができない

→消化管出血を起こす→出血傾向に陥り、茶褐色の吐血や血便をきたす

（２）真性メレナと仮性メレナ

真性メレナ…ビタミンＫ欠乏による新生児の消化管出血

仮性メレナ…出生時の母体からの血液や授乳の際の乳首からの血液の嚥下後の母体血の排泄による出血

《選別方法》

アプト試験…新生児血液中に多く存在するヘモグロビンＦのアルカリ対抗性を利用し、血液が母体由来か児由来であるかを鑑別する試験法

（３）予防方法

①出生時と退院時、1か月検診時の新生児へのビタミンＫ製剤投与

②母乳のビタミンＫ不足を補うための産褥婦の食生活改善

５．新生児の感染徴候

（１）髄膜炎

細菌・ウイルス・真菌などによる感染症で、脳・脊髄周囲の髄液腔に拡がり、中枢神経に炎症を起こす疾患。髄液中での細菌の増殖などにより、さまざまな脳神経細胞障害、脳のむくみなどを起こし、後遺症や死亡の原因となりうる。

（２）敗血症

細菌が血液中に存在し、さまざまな全身症状を表す疾患。免疫システムが未発達の早産児に頻発。在胎週数が短いほど頻度は高まる。

（３）肺炎

新生児起きる肺の感染症。出生後数時間以内に全身性敗血症の一部としての発症、出生後７日以降に肺への限局の発症がある。

（４）臍炎

臍の緒が取れたあと、その傷口から感染し、湿潤や出血を起こす。

６．新生児の神経系の異常

（１）新生児仮死（低酸素性虚血性脳症HIE＝Hypoxic Ischemic Encephalopathy）

新生児仮死はほとんどが胎児distressに起因するもので、子宮内環境から子宮外環境への移行が円滑に行われない時に起こる。新生児は高度の低酸素と虚血状態に陥り、全臓器の機能障害を引き起こす。また新生児低酸素性虚血性脳症は、新生児仮死や急性呼吸循環不全に起因し、脳の低酸素・虚血による神経症状を伴う場合に診断される。

1. リスク要因

〈新生児側因子〉胎児奇形（横隔膜ヘルニア・先天性心疾患など）神経筋疾患・肺拡張障害など

→出生直後にうまく呼吸ができない・心臓の動きが悪い

〈母体側因子〉胎盤早期剥離・前置胎盤・IUGR・臍帯脱出など→胎児への酸素・血液供給がうまくいかない

1. 臨床症状

呼吸循環不全が主徴となる。HIE、胎便吸引症候群、肺出血、気胸・縦隔気腫、低血圧・心不全など

1. 治療方法

循環管理や呼吸管理、水分電解質管理、痙攣の治療、脳低体温療法など

1. 予後

大半の新生児仮死では障害は残らないが、重度の新生児仮死やHIEの場合、運動障害や知能障害が残る。

（２）頭蓋内出血

出血が起こった場所により、硬膜外出血、くも膜下出血、硬膜下出血、脳室内出血、上衣下出血、脳実質内出血などに分けられる。

1. リスク要因

新生児の血管・血液凝固機能の未熟性により、易出血傾向でありこれに分娩時外傷や仮死、出生後の呼吸障害や循環状態が加わることで出血が起こる。

1. 臨床症状

出血量が少ない場合には無症状の場合もある。

出血量が多い場合や血腫による脳圧迫がある場合は、全身蒼白、呼吸停止、痙攣、嘔吐など

1. 治療方法

どの場所の出血であっても、症状がなければ経過観察をし、自然吸収を待つ。症状を伴う場合は、硬膜外出血、硬膜下出血では、血腫を取り除く手術をすることもある。また脳室内出血、上衣下出血では手術は行わずに、痙攣の治療や呼吸循環の安定などの対症療法を行う。

1. 予後

どの場所の出血でも症状がなければ後遺症はほとんどなし。症状が強いほど脳性麻痺、知能障害などの後遺症が残りやすくなる。

（３）核黄疸（ビリルビン脳症）

高ビリルビン血症の病的黄疸がさらに進行し、ビリルビンが大脳基底核に沈着し、中枢神経が侵された状態。

1. リスク要因

・頭血腫、血液型不適合、や閉鎖性出血（帽状腱膜下血腫、副腎出血など）、多血症などの赤血球の破壊亢進、感染症、胆道閉鎖などの病的黄疸

・在胎期間が短い（短ければ短いほど）

・低出生体重児（小さければ小さいほど）

・呼吸障害

・栄養障害

1. 臨床症状

不活発、元気がない、嗜眠（眠っているような状態の意識障害）哺乳力の低下、筋緊張の低下、吐乳、甲高い鳴き声などの非特異的な中枢神経症状

1. 治療方法

発症してしまうと効果的な治療法がないため、核黄疸予防のための、光線療法や交換輸血を行い、高ビリルビン血症の治療に努める。

1. 予後

後遺症として、運動障害や、難聴と知覚障害がある。

７．分娩損傷

★分娩損傷とは

分娩時に胎児および新生児が被った外傷性損傷のこと。

写真などは授業のプリントにたくさん載ってます！

（１）主要な分娩損傷とリスク要因

|  |  |
| --- | --- |
| **リスク因子** | 起こりうる分娩損傷 |
| **肩甲難産** | 1. 鎖骨骨折②腕神経叢麻痺③上腕骨骨折④胸鎖乳突筋筋腫 |
| **産道抵抗・遷延分娩** | ⑤点状出血 |
| **狭骨盤** | ⑥頭血腫 |
| **吸引分娩** | ⑥頭血腫⑦帽状腱膜下血腫⑧頭蓋内出血⑨皮膚損傷 |
| **鉗子分娩** | ⑥頭血腫⑧頭蓋内出血⑨皮膚損傷⑩頭蓋骨折⑪顔面骨の骨折⑫顔面神経麻痺  ⑬目の損傷⑭声帯麻痺 |
| **骨盤位分娩** | 1. 腕神経叢麻痺⑭声帯麻痺⑮内臓損傷 |

（２）臨床症状

1. 最も頻度が高い。患側の自発運動が少なく、Moro反射が消失もしくは不完全で左右差がみられる
2. 上位型：上肢下垂、内旋位。把握反射残るが、Moro反射は減弱または消失

下位型：肩関節やひじ関節は動くが手指が麻痺

全型：肩周辺筋の一部を残しすべて障害される。自発運動の欠如

1. 上腕部の変形・腫脹がみられ、患肢をあまり動かさない
2. 胸鎖乳突筋にしこり（血腫）が触れる。
3. 眼球結膜、顔面にみられる
4. 頭蓋骨と骨膜間の血腫
5. 骨膜と帽状腱膜間の血腫。
6. 急性硬膜外血腫：痙攣、易刺激性　　急性硬膜下血腫：大泉門膨隆、筋緊張低下、易刺激性など
7. 皮膚の擦過傷、内出血
8. 線状骨折：無症状　　　陥没骨折：頭蓋骨の突出変形
9. 鼻骨・下顎骨折が多い
10. 閉眼不全、鼻唇溝の消失、口角下垂
11. 角膜混濁、眼内出血
12. 嗄声（させい）、両側麻痺では呼吸困難
13. 内臓臓器での出血による腹部膨満や貧血

（３）治療と予後

①特に治療はせず、２・３か月で正常となる

1. 数日から２週間の良肢位での安静後、リハビリ。重症例では３～９か月で神経修復手術を行う。
2. ３週間ほどの固定
3. リハビリを行う。自然寛解する。
4. 特に治療はしない
5. 特に治療はしない
6. 大量出血時には緊急処置
7. 血腫が大きい場合は血腫除去
8. 創部の感染防止
9. 陥没骨折の場合脳外科的処置がいることも
10. 早期修復
11. 特に治療はしない
12. 特に治療はしない
13. 両側麻痺では呼吸管理
14. 腹腔内大量出血時には外科的治療

８．新生児になんらかの異常があったときの親の心理過程

NICUのファミリーケアのプリントを参考にしてください！

９．先天性代謝障害スクリーニングテスト

詳しくは大久保先生のプリント参照してください！

（１）発見できる疾患の種類とその頻度

|  |  |
| --- | --- |
| 疾患名 | 発見頻度 |
| ガラクトース血症 | 1/30,000 |
| フェニルケトン尿症 | 1/70,000 |
| ホモシスチン尿症 | 1/800,000 |
| 楓糖尿病（メープルシロップ尿症） | 1/500,00 |
| 先天性副腎過形成症 | 1/20,000 |
| 先天性甲状腺機能低下症（クレチン症） | 1/2,000 |

（２）スクリーニング方法

生後４～５日以降に新生児のかかとを少し刺して出てきた少量の血液をろ紙にしみこませ、室温で自然乾燥させたあと、検査機関に提出する。

（３）結果返却検査後、１～２週間で結果は判明する。異常がなければ特に連絡をしないところもあれば、必ず主治医から説明があるところもある。スクリーニングであって確定診断には精査が必要となる。

※注意点

・痛くて泣くと嘔吐することがある。そのため、窒息を予防するために哺乳の直後は避け、理想的には2時間後をめどとする。

・代謝異常の検査なので、一定量の乳汁が摂取されていないと正確な検査結果が得られない

第１６回　新生児のアセスメントと観察

◎新生児の診察の手順

1. 母体および分娩時に記録のチェック：ハイリスク児ではないか、特に注意して診る点はないか
2. 一般状態（姿勢、表情、皮膚色、覚醒・睡眠リズム、哺乳頻度・排泄回数）の観察
3. バイタルサインの測定

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 基準値 | アセスメント |
| 体温 | 皮膚温：36.5～37.0℃  直腸温：36.5～37.5℃ | 皮膚温  ・36.5℃未満の時は再検。  直腸温  ・出生時に有用。出生時の深部体温として基準値となる。鎖肛の確認。 |
| 呼吸 | 40回/分前後 | ・主に横隔膜によって行われる腹式呼吸  ・無呼吸の判断  10秒以内：正常範囲  10～20秒：チアノーゼ・除脈を伴うときは無呼吸  20秒以上：無呼吸  ・多呼吸・頻呼吸  60回/分以上の持続→呼吸器、循環器、中枢神経系、血液の異常や代謝障害を考慮。  ・鼻翼呼吸  →鼻呼吸主体のため下顎呼吸よりも出現しやすい。  ・聴診によるラ音聴取  →排液が吸収される生後1日目に聴取される。  持続する場合は呼吸窮迫症候群や肺炎を疑う。 |
| 脈拍 | 睡眠時：120～140回/分  覚醒時：130～160回/分 | ・新生児用聴診器のベル式を使用する。  ・心音  第1音：僧房弁と三尖弁の閉鎖音  第2音：大動脈と肺動脈弁の閉鎖音（１音より高く鋭い）  ・雑音  生後48時間まではレベル1～2程度の収縮期雑音が聴取される。  ・200回/分以上（頻脈）  ・100回/分以下（除脈）  →低酸素血症、頭蓋内出血、先天性房室ブロックなどを疑う。 |

1. 頭部の観察（頭蓋骨・目・鼻・口・顔色・表情・顔つき）
2. 頚部から上肢の観察
3. 胸部から腹部の観察
4. 陰部の観察
5. 股関節から下肢の観察

オルトラーニ法

1. 背部の観察
2. 皮膚の観察
3. 原始反射の観察
4. 成熟度の観察

スカーフサイン・方形窓・ヒールTOイヤー

1. 黄疸の観察

クラーマー法

1. 体重測定
2. 全身の計測
   1. 身長
   2. 頭周囲・胸囲・腹囲
   3. 大横径、小横径、大斜径、小斜径
   4. 大泉門
   5. 大斜径周囲・小斜径周囲

平成２６年度母性看護学演習資料のｐ１６ページの新生児の全身の観察評価表を

参考にしてください！