



てんかんと結婚・妊娠・出産-12

弘前大学医学部神経精神科

兼子 直

てんかんと妊娠(ガイドライン)

昨年4月からの「結婚・妊娠・出産」の連載も今月で終わりです。毎月、それぞれの時期で留意すべき重要な事柄が考えられてきました。今月は、そのまとめです。結婚を考えている人、あるいは、その家族の方々の参考になれば幸いです。

1. 幸せな結婚のために

発作が結婚前に抑制されているのが望ましいのですが、発作自体は結婚に対して著しい阻害要因とはならず、むしろ精神病症状、知能障害などの合併障害が阻害要因になると考えられております。また、男性にとり、定職があるということも重要です。一方、離婚経験者には病気のことを相手に知らせずに結婚した人に多く、結婚前に自分の病気について話し合っておいた方が良いでしょう。この際、単に、「てんかん」という病名を告げるのではなく、どのような症状があり、これからどのような治療が必要かを誤解を避けるためにも担当医を交えて話し合うのがよいでしょう。相手に自分の病気、治療の必要性を理解してもらおうと、結婚後の治療についても家族の協力が得られ、精神的負担も軽減します。

2. 安全な妊娠、出産のために

ガイドラインを表にまとめてあります。妊娠前から服薬を規則的にし、発作をできる限り抑制しておいた方が安全です。また、薬は併用せず、その人の必要最小限の量(例えば、バルプロ酸(VPA)は1000mg/日以下)にしておくことが望ましく、薬剤選択にあたっては主治医は十分考慮してくれると思いますが、トリメタジオン(TMD)、メチルフェノバルビタール(MPB)は避け、プリミドン(PRM)も他の薬に変更すべきです。葉酸が低ければ小量を補充した方が安全です。

妊娠中は規則的に服薬しておれば薬の血中濃度が低下しても発作頻度は変化せず、妊娠が発作を増加する可能性も少ないものと考えられます。てんかんをもっているからといって遅延分娩、微弱陣痛が頻

発するものではありませんが、バルプロ酸、カルバマゼピン(CBZ)を服用している時は妊娠16週で超音波検査、血清アルファフェトプロテイン(AFT)測定などで胎児の安全を確認しておくことが奨められます。また、てんかんに理解のある産科医、万が一の場合に備えて、十分な対応がとれる施設を選択することも必要です。重要なことは「てんかん妊婦の妊娠・分娩経過は、適切な神経学的、産科学的ケアを受けている場合は、通常の妊婦と異なることはない」ということです。

3. 良好な子どもの発達のための育児

てんかんをもつ母親の胎児の子宮内での発育は薬の影響で若干遅れるものの、生後3年以内には正常群に追いつきます。胎児仮死も、てんかん合併妊娠というだけで発生し易いとは言えないことが判明しております。ただし、全般性けいれん発作がないことが前提ですので、妊娠中にも規則的服薬が絶対的条件となります。

児の神経学的発達に関しては、10月号でまとめられておりますが、詳細な神経生理学的検査でも大きな問題はないようです。児の精神運動発達面については11月号で論じられており、一時的に遅れが認められても、育児を適切に行えば長期的には著しい障害は残さないと考えられております。言い換えますと、親の育児能力が重要で、問題がある場合には家族を含めた周囲の人の援助が必要なきもありません。専門家の治療が必要になるときもあります。子どもの発達で不安がある場合には主治医を通して専門家に相談しましょう。9、10、11月号では育児を担当する人の子どもに対する接し方についても触れられています。てんかんとともに生きぬいている自分を見てもうすることも大切です。

4. てんかんの遺伝、児の脳波異常をどう考えるか

一部のてんかんでは遺伝子の座位が判明しましたが、多くのてんかんが遺伝子的に解明されるのは残

念ながら遠い先のことです。遺伝が関与するのは5%以下と考えられております。母親がてんかんなら、その子どもの8~9%がてんかんになる可能性があり、父親がてんかんの場合にはその頻度は2~3%です。脳波検査で子どもにてんかん波が出現する頻度は8

~9才で最も高く、それ以上の年齢では減少してきます。てんかんのない子どもにも異常波が出現することが知られており、5~10才くらいで現れた異常波は時期がたつと正常化することが多いのですが、定期的に脳波検査を受けておいた方が安全です。

妊娠可能てんかん女性の治療ガイドライン

1. 妊娠前

- a) カウンセリング：経口避妊薬に対するAEDの作用、妊娠中の発作、妊娠・出産経過、胎児・新生児に対するAEDの影響、産褥経過、てんかんの子どもへの遺伝性などについて説明する。
- b) 妊娠前の発作の抑制：必要最小限のAED単剤。
- c) A E D : TMD、MPBは投与しない。PRM、VPA、CBZも可能であれば他剤へ変更。VPA投与中止が困難な症例では徐放剤へ変更。PHT or CBZ+バルピツール剤、VPA+CBZは避ける。
- d) 単剤での投与量：PRM、CBZ：400mg、VPA：1,000mg、PHT：200mg/日以下。
- e) 葉酸濃度の測定：低値であれば1~2mg/日の葉酸を補充する。

2. 妊娠中

- a) 定期的な通院：胎児モニタリング、AED・葉酸の測定。
- b) A E D 投 与 量：服薬が規則的でかつ発作が悪化した場合にAED増量。
- c) VPA、CBZ服用例：16週で血清AFTの測定、妊娠18週に超音波診断。
- d) けいれん発作：切迫流・早産に注意

3. 出産時および産褥期

- a) 出産方法：母・児の状況を検討し、通常の出産が可能か否か正確に判定。
- b) A E D：分娩前後で服薬が不規則になりがち。けいれん発作の頻発や重積状態に注意。
- c) 出 産 時：児にビタミンKを1mg投与。
- d) 授 乳：原則的に可能（バルピツール剤、ベンゾジアゼピンを多量服用している症例では生後1週間は人工栄養も併用する）。
- e) 産 後：AED血中濃度の上昇する症例ではAEDの投与を調整する。
- f) 育 児：母体の睡眠不足を避けるため、育児で家族の協力を求める。

4. 乳幼児期

- a) 定期検診：心身の発達のチェックを含む。
- b) 脳波記録：年1回
- c) ハンディキャップを持つ子ども、発達の遅れている子どもに対する指導。
- d) 無熱性けいれんが反復出現した時、治療開始。

AED：抗てんかん薬、PHT：フェニトイン、TMD：トリメサジオン、MPB：メホバルピツール
PRM：プリミドン、VPA：バルプロ酸、CBZ：カルバマゼピン
AFT：アルファフェトプロテイン