

## 先天性心疾患患者の妊娠・出産に関わる心理的サポートの実際

水野 芳子

千葉県循環器病センター看護局

## Key words :

adult with congenital heart disease, pregnancy, counseling, adolescence, anxiety

## Psychological Support of Pregnancy and Delivery in Adult Patients with Congenital Heart Disease

Yoshiko Mizuno

Department of Nursing, Chiba Cardiovascular Center, Chiba, Japan

## はじめに

成人先天性心疾患(adult with congenital heart disease : ACHD)患者の長期予後は著しく改善しており, 女性患者の妊娠・出産に関する相談や管理の必要性は増加していきと考えられる。成人した女性患者の妊娠・出産に対する願望は非常に強く, 社会的自立と密接に関連している<sup>1)</sup>。また, 思春期に肯定的な自己概念が発達するためにも, 性行動や妊娠・出産, 遺伝などについて適切な情報提供が必要であると言われている<sup>2)</sup>。これらに対して, 医療者による教育・相談も含めた心理的なサポートが重要であり, 看護師の立場から特徴と実践, 課題について述べる。

## ACHD患者の妊娠・出産

一般に, 妊娠は心身に多くの変化を感じさせると同時に, 母親という新たな役割を課せられるため, 発達危機・状態危機が起こりやすく, これまでの生活パターンでは適応しきれずにストレス状態に陥るとともに, 新しい対応を迫られ, 他者によるサポートの必要が高まってくる<sup>3)</sup>, 大きな出来事である。

一方, ACHD患者は内科的, 外科的問題以外に生活の質に関連した多くの精神的問題を抱えていることが多い。その現状や影響要因は十分明らかになっていないが, 慢性疾患であることや発達時期の外科的侵襲, 身体的制約によるストレス, 過保護などに起因するとわれ, 抑うつ的になりやすく, 不安感をもちやすい<sup>4)</sup>

と言われる。多くのACHD患者は妊娠・出産が可能であるが, 妊娠・出産が母体の生命に影響する場合や胎児が育ちにくい場合も少なからず存在する。ACHDの診療体制はまだ整っておらず, エビデンスも十分でないため, 患者本人や家族に妊娠・出産に関する相談や教育が十分行われているとは言い難い。一般と同じように妊娠・出産できると思われる患者が不安を感じていたり, ハイリスクであるため妊娠は望ましくないと言われたがあきらめきれずに遠方の医療施設を受診したりというケースもある。

日本循環器学会を中心とした合同研究班による「心疾患患者の妊娠・出産の適応, 管理に関するガイドライン」<sup>5)</sup>には, 実生活において妊娠は『許可する, しない』という次元の問題ではなく, 本人を中心とした世界で決定されること<sup>5)</sup>が重要であり, この原則を自然に受け入れたうえで, 生命の危険を伴うほどのハイリスク妊娠, あるいはリスクを無視して妊娠を希望する場合等, 理想的とは言えない状況でのカウンセリングにも対応しなくてはならない<sup>5)</sup>と述べられている。ACHD患者の既婚率は一般人と同等かやや高く, 出産率も高い傾向にあり, 特に女性の既婚率は男性よりも高いという調査結果もある<sup>6)</sup>。リスクが相当高いと考えられる状況であっても患者自身の願望の強さから不安を感じながらも妊娠してから受診する場合も多くあると言われ<sup>7)</sup>, 疾患の重症度に関わらず思春期の時期から妊娠・出産に関する個々に応じた教育・相談のプログラムが必要と考えられている。また, ハイリスク

別刷請求先: 〒290-0512 千葉県市原市鶴舞575

千葉県循環器病センター看護局(3A病棟) 水野 芳子

である場合、医療者の臨床判断は、患者－医療従事者の文化的信念や個人の価値観ならびに道徳的規範などに関わる倫理性にも影響を受ける<sup>8)</sup>ため、エビデンスのみならず倫理性を考慮することも求められる。

## 妊娠・出産の特徴

一般に妊娠すると、循環血液量は妊娠10週目から増加しはじめ28～32週で最大となり、その状態が持続する。循環血漿量は通常単胎の場合、妊娠前の40～50%増加し<sup>7)</sup>、プロスタグランジンが増加するため血管抵抗は低下する。また、心拍出量および心拍数も妊娠の経過とともに増加するが、これらの循環動態の変化により、特に妊娠後期は心不全や不整脈などを来す可能性がある<sup>9)</sup>。また、分娩時は一過性に容量負荷を来し心不全の増悪因子となる<sup>9)</sup>。さらに、妊娠後期にプロゲステロンなどの作用で凝固能が活性化され血栓、塞栓症のリスクが高くなる。

胎児に関しては、妊娠前期の流産の可能性や子宮内発育遅延の可能性、母体に使用されている薬剤の胎児に対する影響の有無、児の先天性心疾患合併の可能性なども考えられる<sup>9)</sup>。

また、妊娠初期、妊娠末期、産後2カ月時に状態不安(その時点でどのくらい不安であるか)が高いが、妊娠末期、産後2カ月では自己効力感(ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという個人の自信)も高いという調査結果があり<sup>10)</sup>、妊娠中の心理的援助は必要であるが時期により特徴があり、援助内容が異なると考えられる。

## 看護の実際

### 1. 妊娠に関するカウンセリング

妊娠・出産のカウンセリングで情報提供すべき内容や妊娠を避けたほうがよいとされている疾患については他稿に述べられている。ACHD患者の妊娠に関するカウンセリングは、1)リスクの程度がわからないため相談したい、2)他の施設でハイリスクと言われたのでセカンドオピニオンを受けたい、3)定期受診していたが、妊娠・結婚を希望するので相談したい、などの場合がある。3)の場合は、医療者との信頼関係ができており、生活背景や本人・家族の特徴がわかっていることが多いため、カウンセリングの時間の調整、医師との相談場面への同席、その後の理解の確認、話を聞く、などにより本人と家族が主体的に意思決定していける場合がほとんどである。1)および2)の場合、妊娠という重要な問題に加え多くが初対面での相談であるため、本人も家族も不安と緊張を強く感じている場

合が多いと見受けられる。診察前に紹介状の内容を確認した後、来院目的の確認、同席の家族の関係、可能な範囲で社会的背景などを把握し、相談の際に聞きたいことが十分聞けるように、短い時間ではあるが診察前の会話のなかでできるだけリラックスできるように心がけている。相談のみの場合は、その後十分話す機会がなく、どう決定されたか気がかりが残る。医師と患者、患者とパートナーや両親などとの間に倫理的価値観の違いの葛藤がある場合、どういう価値観の違いなのかを認識し、可能な範囲で十分な情報を得たうえで話し合いを通じて問題の解決に至ることがある。患者や家族が医療チームのなかで対等な立場で話しにくい日本の慣習では特に、患者を擁護する立場は必要であると思われる。

患者の擁護者としての看護師には、患者を理解するための知識とコミュニケーションスキル、患者の自己表現を助けるための知識と技術、医師をはじめとするチームのメンバーに状況や患者の気持ちを伝える能力、チーム内を調整する力、そして倫理的感受性といった多くの能力が要求される<sup>11)</sup>。

### 2. 思春期・青年期の教育・相談

思春期には、遺伝や妊娠、出産のリスク、性行動や避妊なども含めた教育と相談のプログラムが必要であると言われている<sup>2)</sup>。先天性心疾患患者は他の慢性疾患患者に比べて性的交渉に不安をもっていることが多いと言われている<sup>3)</sup>。また、妊娠や胎児に影響する内服を継続している場合やハイリスクの場合には計画的妊娠が必要であり、思春期にタイミングをみて避妊も含めた説明や相談を行う必要がある。

思春期・青年期になり小児科から他の科へ移行する場合は、本人に説明・教育するきっかけとなる。同じ診療科を継続している場合は、高校卒業や就職、一人暮らしを始めるときなどタイミングを選んで説明する必要がある。UCLA Medical CenterのACHD Clinicでは、2007年から小児病院の医師および看護師と協働した移行プログラムが始まっており、思春期の患者にどんなことを知っておいてほしいか、誰がどのように相談にのれるか、などの情報を提供し、教育・相談を実践し、専門看護師がプログラムのコーディネーターの役割を担っている。成人患者をどの診療科が診ていくかがまだ確立されていない日本のACHD患者の教育・相談体制をどのように整えていくかは重要な課題である。

### 3. 妊娠中・出産後のサポート

妊娠初期は体調の変化に加え、妊娠経過や母親となることへの漠然とした不安の強い時期である。不安な気持ちに傾聴するとともに、妊娠中の予想される身体的症状について説明し、血栓症や感染性心内膜炎の予防、不整脈発生時の対応、日常生活上の注意などを話す。また、パートナーや両親などのサポートの有無、仕事や住居の環境、病院までの距離などについて把握する。パートナーが疾患や予想される経過について不安を感じていたり理解していないと思われる場合は、医師から説明を受けるよう促したり、妊娠中や育児の身体的負担軽減のために協力を得られるよう看護師から直接説明したりしている。また、胎児への心疾患の遺伝の不安や妊婦自身の病状悪化に対する不安、長期の安静をとるために生じるストレスなどに効果的な対処が行えるよう支援していく。

妊娠後期は、循環血液量の増加などにより心不全や不整脈が起こりやすい時期となる。出産に向けて不安も強くなるが、身体症状の観察や対応、日常生活状況の確認などが重要になる。そして不安を抱きながらも頑張っていることは肯定的に評価し、出産に備えサポート体制の確認をしながら、前向きに出産に臨めるように励ましている。

## 課 題

これまで述べたように、ACHD患者はさまざまな要因から妊娠・出産に関して不安が強く、それぞれの状況に応じた援助が必要である。そのためには、思春期からの診療科の移行の体制やプログラム、妊娠に関するカウンセリング体制と質の確保、産科や地域との連携、臨床心理士との協働など看護実践に関する課題は多い。

2007年、ACHD患者の妊娠・出産の現状に関する国内の過去10年間の文献を検討したが、看護師による文献はなかった。仁尾らの文献レビューでも小児医療から成人医療への移行の実態や問題を明らかにし、看護の方向性を見いだすことが必要<sup>12)</sup>と述べている。今回のシンポジウムや最近の日本小児循環器学会総会・看護セッション、日本小児保健学会などでは研究結果の発表<sup>13)</sup>は増えていると思われる。

ACHDは診療科として独立していないため、頻度多

く関わり専門とする看護師がまだ少ない。小児循環器や循環器看護の分野でネットワークを広げ、国内外で情報交換をしつつ、チーム医療のなかでの根拠に基づいた看護実践が大きな課題と考えられる。

### 【参考文献】

- 1) 赤木禎治, 日高淑恵, 姫野和家子, ほか: 成人先天性心疾患患者の社会的自立の現況と問題点: 自立を妨げる要因—結婚と妊娠(男女の違い). 日小循誌 19; 2003: 72-74
- 2) Canobbio MM: Health care issues facing adolescents with congenital heart disease. J Pediatr Nurs 2001; 16: 363-370
- 3) 有森直子, 堀内成子: 母子を取り巻くソーシャルサポートに関する研究—文献的考察(1). 日助産会誌 1991; 5: 41
- 4) 丹羽公一郎: 成人先天性心疾患. 小児内科 2001; 33: 616-621
- 5) 心疾患患者の妊娠・出産の適応, 管理に関するガイドライン: 循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2003-2004年度合同研究班報告). Circ J 2005; 69(Suppl IV): 1267-1342
- 6) 丹羽公一郎, 立野 滋, 建部俊介, ほか: 成人期先天性心疾患患者の社会的自立と問題点. J Cardiol 2002; 39: 259-266
- 7) 赤木禎治, 加藤裕久: 妊娠と出産, 門間和夫(編): ガイドラインに基づく成人先天性心疾患の臨床. 中外医学社, 2001, pp25-28
- 8) 濱口恵子, 石川邦嗣: 緩和医療における臨床倫理委員会の意義. 緩和医療学 2001; 3: 19-27
- 9) 水元淑恵, 赤木禎治: 成人先天性心疾患患者の妊娠と出産. 小児科 2002; 43: 633-640
- 10) 久川洋子, 佐藤昇子, 本宿美砂子: 周産期における妻と夫の自己効力感および不安の変化. 天使大紀 2007; 7: 15-24
- 11) 岡谷恵子: 看護倫理学を理解するためのインフォームド・コンセントの捉え方, INR日本版編集委員会(編): 臨床で直面する倫理的諸問題. 2001, pp93-96
- 12) 仁尾かおり, 駒松仁子, 小村三千代, ほか: 先天性心疾患をもつ思春期・青年期の患者に関する文献の概観. 国立看大研紀 2004; 3: 11-19
- 13) 小池孝枝: ライフサイクルからみた先天性心疾患をもつ成人女性の妊娠・出産—病気の受容のプロセスを踏まえて. 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究所修士論文 2007