

仙台市産科セミオープンシステム診療マニュアル

<資料1>

厚生労働科学研究補助金（肝炎等克服緊急対策研究事業（肝炎分野））総合研究報告書
「C型肝炎ウイルス等の母子感染防止に関する研究—3年間のまとめ」

主任研究者 白木和夫（鳥取大学名誉教授）

(要旨)

- 1.HCV RNA 陽性妊婦から出生した 460 例を前方視追跡調査。母子感染率：12.0%（55/460 例）（施設により 6.8-15.9%にばらついた）。HCV RNA 陰性・HCV 抗体陽性妊婦では母子感染しなかった。
- 2.母子感染のリスク因子では妊婦の周産期高ウイルス量に有意差があった。選択的帝王切開児では特殊な症例を除き HCV 持続感染は起こらなかったが、帝王切開による母児のリスクを考慮すると、HCV 母子感染に関しては帝王切開の適応とはならないと考えられた。
- 3.HCV 母子感染児のうち、生後 3 年以内に感染状態を離脱する症例が 30%あった。

(研究結果)

平成 14 年度の検討で、鳥取大学の HCV RNA 高値群で経膈分娩が帝王切開（大部分が選択帝切）より有意に高率に母子感染していた。

そこで、全施設で平成 15 年度に分娩前 1 ヶ月—分娩後 1 週間に HCV RNA が定量できた 121 例の母子感染率は、経膈分娩 17%(17/100 例)、帝王切開 0% (0/21 例) で 5%の危険率で有意差を認めた。

平成 16 年度も母子感染は経膈分娩、緊急帝王切開であり、選択的帝王切開で母子感染した 1 例は母体 ITP で HCV RNA は測定されていなかった。

(考察)

HCV 母子感染の要因として、各分担研究者でほぼ一致を見たのは出産時における妊婦の血中 HCV RNA 量であった。一般に感染成立にはある量以上のウイルスが伝播することが必要と考えられる。伝播するウイルス量＝（血中ウイルス量）×（母から出生児への移行血液量）であるはずである。我々の先行研究（Kaneda et al. J Pediatr. 130 ;730, 1997）で、分娩時の母から児への移行血液量には分娩毎に大きな差があるが、選択的帝王切開の場合は、経膈分娩や緊急帝王切開に比べ移行血液量が有意に少ないことが明らかになっている。これは陣痛により胎盤のバリアーが破綻し、母体血が臍帯を通じて児へ送り出されるためだと考えられる。

したがって母体血の高 HCV ウイルス量以外の要因として、最も疑われるのは分娩様式である。HCV 母子感染の場合、感染児の多くで臍帯血にごく少量の HCV RNA が検出され、児が HCV RNA 陽性になるのも生後 1 ヶ月以内が多く、遅くとも 3 ヶ月以内であることを考えると、大部分の症例で分娩時に母から新生児にウイルスが伝播したと考えるのが自然である。

平成 15 年度の研究で各施設から集計された症例について検討したところ、帝王切開例では 1 例も感染児が見られず、感染児はすべて経膈分娩であった。この差は 5%水準で有意ではあった。

選択的帝王切開により HCV 母子感染を防止できる可能性があるが、HCV 感染児の短期的予後が悪くないこと、帝王切開による妊婦の死亡率が経膈分娩よりはるかに高いこと、出生児の障害が起こりやすいことなどの理由から、HCV 母子感染に関しては選択的帝王切開の適応にならないという点で各分担研究者の意見が一致した。

(結論)

選択的帝切児では特殊な例を除き HCV 持続感染は起こらなかったが、帝王切開による母児のリスクを考慮すると、HCV 母子感染に関しては帝王切開の適応とはならないと考えられた。