

小児& 周産期の 疾患とケア

すぐに
役立つ

～成育看護の基準として

全訂
第2版

国立成育医療研究センター
看護基準手順委員会 ● 編

はじめに

国立成育医療研究センターは、健全な次世代を育成することを目的として2002年3月に開院しました。『成育医療』とは、「ライフサイクルとして捉えた医療体系、すなわち、受精卵から出発し、胎児、新生児、乳児、幼児、学童、思春期を経て生殖世代となって次の世代を生み出すというサイクルにおける心身の病態を包括的・継続的に診る医療」です。従来の診療科別の枠を超え、チームとして医療を行っています。看護部では、「命をはぐくみ、子どもと家族の未来を支える看護」をめざし、一人ひとりのライフステージとライフサイクルを視野に入れて、その人らしい生き方ができるよう支援しています。

当センター看護部の「看護基準」を冊子としてまとめ、2009年7月に出版したのが、『すぐに役立つ 小児&周産期の疾患とケア～成育看護の基準として』です。出版から約7年が経過し、小児と周産期の疾患やケアにも少しずつ変化がみられています。

子どもを産み、育てることが困難な時代といわれています。また“授かる”ものであった子どもは、今では“作る”ものとなったといわれます。出生前診断、遺伝子診断、不妊治療、再生医療など、新しい医療技術の開発は倫理的課題の検討や社会的な承認を待たずに進んでいます。医療の進歩により多くの子どもの生命を救うことができるようにもなりました。一方で医療ケアを受けながら家庭や地域で過ごす子どもが増えています。在宅で医療ケアを受けている子どもは全国に20万人いるといわれています。また小児期に発症した慢性健康障害をもちながら成人に移行する子どもも増え続けています。

このような小児・周産期における医療・看護をめぐる動きのなかで、「看護基準」も全体を見直し、いくつかの疾患や領域別看護を追加する改訂を行い、この度、全訂第2版として出版させていただくこととなりました。

妊娠や出産、子育てが豊かで幸せなものであってほしいと思います。そのための助産師・看護師のかかわりや支援は非常に重要です。また助産師・看護師には、子どもと家族の擁護者として意思決定を支えるとともに、やがては成人となる子どもの将来を見据え、一人ひとりがその人らしく生きていけるよう支援していく役割があります。本書が、子どもと家族の看護にかかわる多くの皆様のお役に立てることを願っています。

初版時より、的確なご助言と温かなご支援で出版を後押ししてくださった中山書店編集部の皆様に深く感謝いたします。

2016年2月

国立成育医療研究センター副院長・看護部長 石井由美子

序文

健全な次世代を育む社会の環境には、病院や施設から地域や在宅への移行、そして小児から成人への移行など、患者ニーズの多様化に対応できる看護実践が求められています。安全で安心な医療を提供するうえで、いかに病気とともに生活をしている子どもたちや家族を理解し支えていけるのかが問われています。

また周産期医療では不妊、不育など生殖補助医療や出生前診断など医療技術が進展するなか、人々の価値観は変化し、家族のあり方、妊娠・出産に対する考え方も人それぞれです。

今回の改訂にあたり、新たに追加した項目は、「小児救急看護」、「成人移行期支援」、「緩和ケア」、「不妊症看護」、「遺伝看護」です。執筆するにあたり、どのような点を大切にしながら記載したのかを述べたいと思います。

「小児救急看護」は、診療や処置介助だけではなく、小児救急医療の場を訪れる子どもと家族の特徴を踏まえ、当センターで実践してきた小児救急における看護の役割を「救急場面对応」と「育児支援」の側面より紹介しました。「成人移行期支援」では、成人移行期支援の概論を踏まえたうえで、当センターの臨床における実践・経験に基づいた看護介入のポイントを記載しました。「緩和ケア」では、子どもの緩和ケアにおいて、疾患をもつ子どものケアはもちろん、両親やきょうだいへのケアも看護師の大事な役割です。症状をうまく伝えられない子どもの苦痛を最大限取り除くことができるようにし、子どもがその子らしく生きられること、また家族とより良い時間をもてるように関わるのが重要と考えます。「不妊症看護」は、現在の日本の約6組に1組のカップルが不妊症に悩んでいるといわれています。晩婚化などの社会背景もあり、不妊治療を受けるカップルは年々増加しています。不妊治療についての情報提供を行い、自己決定を支援し「治療を受けてよかった、納得して不妊治療にのぞめた」と思えるような関わりが大切だと考えます。「遺伝看護」では、日々の看護で、遺伝に関しての相談に遭遇することがありながら、難しくてよくわからないと思うことがあるかもしれません。しかし、個人情報保護することや、カウンセリングのなかでの問題の明確化・自己決定支援などは、看護師、助産師が普段から実践していることが基礎にあります。専門者として遺伝といったデリケートな問題にかかわるときに、看護者としての注意するポイントや、取るべき姿勢などを示しました。

病院や施設で看護に携わる看護職員だけではなく、看護職員以外の医療従事者や、保健や福祉・学校関係者ならびに看護学生・助産学生など、また、子どもと家族、さらには家族のケアに携わっている多くの方々の一助となれればと思います。

2016年2月

国立成育医療研究センター副看護部長 嶋田せつ子

用語の定義

看護基準手順委員会

標準.....①関係する人々との間で利益または利便が公正に得られるように統一・単純化を図る目的で、物体・性能・能力・状態・動作・方法・手続き・義務・権限・考え方・概念などについて定めた取り決め。
②測定に普遍性を与えるため定めた基準として用いる量や大きさを表す方法またはもの（日本規格協会）。

標準化.....標準を設定し、これを活用する組織行為。
何かしらの根拠に基づいたあるべき行為の枠組み化をすることであり、単に現在ある手法を追認したり平均化したり規格化するものとは本質的に異なる。

基準.....物事の基礎となる標準。

看護基準.....提供する看護ケアの内容の標準を、疾患別・症状別に成文化したものの、看護ケアを行うに際して何を行うのか基準を明示したものであり、アセスメント・計画・実施の標準的な指針。

看護手順.....看護ケアについてどのように行うのかを示したものであり、ケアの質の水準を維持し、安全のためにその手順を成文化したものである。病院で行われる看護業務を日常生活の援助技術、診療の補助業務、看護記録業務など、行為別に順序立てて標準化し、文章化したものであり、適宜見直しが必要なものである。

クリニカルパス.....一定の疾病や疾患をもつ患者に対して、入院指導・検査・食事指導・安静度・理学療法・退院指導などをルーチンとしてスケジュール表のようにまとめたもの（『クリティカル・パス わかりやすい導入と活用のヒント』（医学書院）より）。

※「クリニカルパス」は「クリティカルパス」とも表現されるが、「クリティカルパス」とは、もともと生産工程で使われてきた言葉で、「クリティカル」には、危機の、きわどい、危ない、などの意味がある。これに対し「クリニカル」には、臨床に、臨床の、病床の、などと医療の現場に適した意味があるため、当センターでは「クリニカルパス」と表現することをクリニカルパス委員会のなかで確認した。

CONTENTS

はじめに—— iii

序文—— iv

用語の定義—— v

第1章 妊娠・出産と子どもの成長

成育医療とは—— 2

正常妊婦—— 4

正常分娩—— 6

正常褥婦（経膈分娩後～退院まで）—— 9

正常新生児—— 13

子どもの成長と発達—— 15

成人移行期支援—— 24

第2章 疾患の理解と看護

循環器疾患

川崎病—— 28

循環不全—— 31

心筋症—— 32

心室中隔欠損症（VSD）—— 34

心内膜床欠損症（ECD）—— 37

心不全—— 40

心房中隔欠損症（ASD）—— 43

大動脈縮窄症（CoA）—— 46

単心室症—— 48

洞不全症候群（SSS）—— 51

ファロー四徴症（TOF）—— 53

両大血管右室起始（DORV）—— 55

気管狭窄—— 58

気管支炎—— 59

気管支喘息—— 61

クループ—— 63

誤嚥性肺炎—— 64

呼吸不全—— 65

肺炎—— 70

肺嚢胞症—— 73

脳・神経疾患

水頭症—— 75

髄膜炎—— 79

頭蓋骨縫合早期癒合症—— 81

脊髄髄膜瘤—— 83

てんかん—— 84

二分脊椎—— 88

脳性麻痺—— 90

呼吸器疾患

間質性肺炎—— 57

消化器疾患

胃食道逆流——93
壊死性腸炎 (NEC) ——95
潰瘍性大腸炎——97
肝不全——99
臍ヘルニア——101
鎖肛 (直腸肛門奇形) ——102
食道狭窄症——104
食道閉鎖症——106
胆道拡張症——108
胆道閉鎖症——110
虫垂炎——112
腸重積——114
肥厚性幽門狭窄症——116
ヒルシスプルング病——118

腎・泌尿器疾患

急性腎障害——120
腎炎——122
鼠径ヘルニア——124
停留精巢——125
尿道下裂——126
尿道狭窄症——128
ネフローゼ症候群——130
膀胱尿管逆流症——132
慢性腎臓病・末期腎不全——134

整形外科

環軸椎亜脱臼——137
四肢短縮症——140

若年性特発性関節炎——144
斜頸 (筋性斜頸) ——145
上腕骨顆上骨折——147
先天性股関節脱臼——149
先天性内反足——156
単純性股関節炎——157

形成外科

口蓋裂——159
口唇裂——162
小顎症 (顎骨延長法) ——164

耳鼻咽喉科

アデノイド増殖症——166
口蓋扁桃肥大——168
真珠腫性中耳炎 (中耳真珠腫) ——170
滲出性中耳炎——172
声帯麻痺——173
先天性後鼻孔閉鎖症——174
先天性耳瘻孔——176

眼疾患

斜視——177
白内障——178
網膜剥離——179
緑内障——181

感染症

RS ウイルス感染症——182
アデノウイルス感染症——184
急性胃腸炎——186

水痘——188

手足口病——190

尿路感染症——191

風疹——193

ヘルペス感染症——195

麻疹——198

流行性耳下腺炎——201

アレルギー疾患

アトピー性皮膚炎——203

食物アレルギー——205

血液・腫瘍性疾患

悪性リンパ腫——207

ウィルムス腫瘍——213

肝芽腫——216

血友病——218

再生不良性貧血——220

紫斑病——222

神経芽腫——225

脳腫瘍——227

白血病——231

慢性肉芽腫症——234

網膜芽腫——235

ユーイング肉腫——236

リンパ管腫——238

内分泌・代謝性疾患

糖尿病——240

産婦人科

血液型不適合妊娠——243

産褥熱——244

子宮外妊娠（異所性妊娠）——245

子宮筋腫——247

子宮内胎児死亡（IUFD）——249

子宮内胎児発育遅延（IUGR・FGR）——251

子宮内膜症——253

自己免疫疾患合併妊娠——255

常位胎盤早期剥離——257

切迫流早産——259

前期破水（PROM）——261

前置胎盤——263

先天性嚢胞性腺腫様奇形腫（CCAM）——264

双胎間輸血症候群（TTTS）——266

胎児胸水——267

胎児貧血——268

多胎妊娠——269

乳腺炎——271

妊娠高血圧症候群（PIH）——273

妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠——275

播種性血管内凝固症候群（DIC）——279

不育症——281

母子感染（AIDS・HIV キャリア）——283

母子感染（B型肝炎）——286

母子感染（C型肝炎）——288

母子感染（成人T細胞白血病）——290

羊水過少——293

羊水過多——294

卵巣嚢腫——295

新生児

新生児一過性多呼吸—— 297
新生児黄疸—— 298
新生児呼吸窮迫症候群（RDS）—— 300
新生児重症仮死—— 302
胎便吸引症候群（MAS）—— 304
未熟（児）網膜症—— 306

移植

肝臓移植—— 307
腎臓移植—— 311

その他

神経性食思不振症—— 315
漏斗胸—— 317

第3章 症状別看護

頭痛—— 320
発熱—— 322
腹痛—— 324
嘔吐—— 327
下痢—— 330

痙攣—— 332
発疹—— 334
呼吸困難—— 336
意識障害—— 338

第4章 領域別看護

ICU 看護—— 342
NICU 看護—— 348
周産期看護—— 352
周手術期看護—— 360
小児救急看護—— 364

外来看護—— 367
不妊症看護—— 368
遺伝看護—— 369
在宅相談室（看護）—— 371
緩和ケア—— 373

参考図書—— 381

索引—— 384

概念

川崎病 (KD : Kawasaki disease) は、小児急性熱性皮膚粘膜リンパ節症候群 (MCLS : mucocutaneous lymph node syndrome) ともいい、主として4歳以下の乳幼児に好発する原因不明の疾患である。男児に多い。全身の血管炎を伴う急性熱性疾患ともいわれている。

合併症として冠動脈炎に基づく動脈瘤、麻痺性イレウス、肝炎、関節炎などがある。冠動脈瘤は10病日過ぎに瘤が形成される。

一部の患児に無症候の冠動脈瘤の後遺症が残ることが判明している。ほとんどは3～8週の経過で治癒するが、0.3～0.5%の症例では発症から1か月前後に心筋梗塞、心不全、動脈瘤破裂などが原因で突然死することもある。急性期を過ぎた後も後遺症の有無に注意し、長期の観察が必要である。

症状

以下6つの主要症状のうち、5つ以上を伴うものを本症とする。ただし、主要症状のうち、4つしか認められなくても、経過中に冠動脈瘤（拡大を含む）が確認され、他疾患が除外されれば本症とする。

- (1) 5日以上続く発熱（ただし治療により5日未満で解熱する場合もある）。
- (2) 両側眼球結膜の充血。
- (3) 口唇・口腔症状：口唇紅潮，イチゴ舌，口腔咽頭粘膜のびまん性発赤。
- (4) 不定形発疹。
- (5) 四肢末端の変化：（急性期）手足の硬性浮腫，掌蹼ないしは指趾先端の紅斑。
（回復期）指先からの膜様落屑。
- (6) 非化膿性頸部リンパ節腫脹（急性期）。

その他，診断の手がかりとして BCG 接種痕の紅斑，腫脹，臍や陰部の発赤，ぶどう膜炎などがある。

検査

血液検査：軽度の肝障害，好中球増加を伴う白血球増加，回復期の血小板増加，赤沈亢進，CRP 陽性，貧血，血清脂質の異常，低アルブミン血症，低ナトリウム血症。

心臓超音波検査（断層心エコー），**冠動脈造影**：25% に冠動脈に病変がみられる。

治療

急性期の強い炎症反応を可能な限り早期に終息させ，結果として合併症である冠動脈瘤の発生頻度を最小限にする。

内服薬：抗凝固・抗炎症作用薬 アスピリン

急性期	30～50mg/kg/日
解熱数日後	5～10mg/kg/日
CRP・血小板が正常化するまで （冠動脈瘤がない場合）	3～5mg/kg/日

※肝障害がある場合は，フルルビプロフェン（フロベン[®]）5mg/kg/日を内服する。

免疫グロブリン療法

原田のスコアを使用し、免疫グロブリン療法の適応を決定する。

原田のスコア

①白血球数	12,000/mL 以上
②血小板	350,000/mL 未満
③ CRP	3 +以上 (4.0mg/dL 以上)
④ Ht	35% 未満
⑤アルブミン	3.5g/dL 未満
⑥年齢	12 か月以下 (13 か月未満)
⑦性	男児

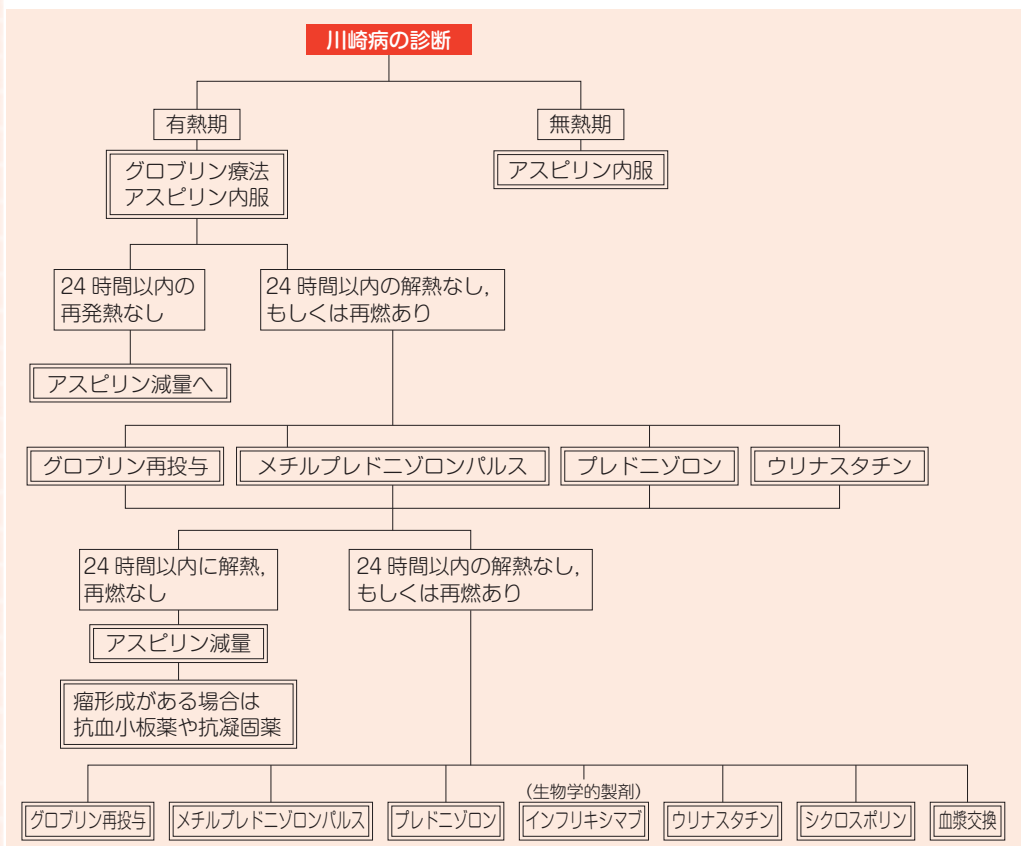
※ 9 病日以内に、左記 7 項目中 4 項目を満たす場合に免疫グロブリンを投与する。

注射薬

γグロブリン：200 ～ 400mg/kg/日を 5 日間点滴静注する。もしくは 2,000mg/kg を単回投与する場合もある。免疫グロブリン開始後 24～48 時間においても反応不良や効果が不十分な場合は次の治療に移行する（フローチャート参照）。

ウリナスタチン（エストチン[®]）：5,000 単位/kg × 6 回を、上記の γグロブリンと併用することがある。

※血管炎症に対する効果を期待しての投与。



※その後も症状の改善がみられない場合は、インフリキシマブを除く上記治療を選択し、追加治療を行う。

項目	ポイント	備考（根拠など）
観察	バイタルサイン：血圧、脈拍、体温、脈圧の低下、頻脈、交互脈の有無、低体温、高体温 全身状態：機嫌、活気、啼泣、食欲、脱水、尿量 体温管理に留意し、必要に応じてクーリングや保温を行う γグロブリンを投与する際は、30分後、1時間後、2時間後、その後3時間ごとにバイタルサインを測定し、アレルギー反応など副作用の出現に注意する 心電図モニター（不整脈）：心房細動、心房粗動、心室頻拍、ST-T変化など 心エコーにて冠動脈の拡大 血液検査値：白血球、好中球、CRP、赤沈、血小板の上昇、AST、ALT、ビリルビンの上昇 身体症状：口唇紅潮、イチゴ舌、口腔咽頭粘膜のびまん性発赤、リンパ節の腫脹、不定形発疹、硬性浮腫、四肢末端の落屑	経時的に観察し、熱型や身体症状から治療効果を判断していく（γグロブリン投与前後の変化に注意する） 冠動脈瘤、梗塞のリスクがある γグロブリン使用の副作用出現のリスクがある 抗血栓療法による出血傾向の出現の可能性もある 川崎病に特徴的な症状である 回復期に四肢の落屑が出現する
安静	薬物療法中はベッド上で安静とする	抗凝固療法中は出血のリスクがあるため危険防止が必要である
食事	口腔内の発赤・腫脹により経口摂取・内服が思うようにできない場合があるので、食べやすい食事の形態や患児の好む食事の選択を行う	
清潔	全身の清潔の保持に努める 高体温により発汗しやすいため、必要に応じ更衣をする 口唇の乾燥や落屑に対し、軟膏の塗布や絆創膏の貼付をする	口唇の痛みや落屑の瘙痒感、痛みに対しての対応が必要
治療管理	内服薬の投与 嘔吐や飲みこぼしのないように、確実に投与する 乳幼児の場合、少量の水に溶くなどして苦痛を最小限にする。団子状に練り口の中で転がすようにするなど、患児が飲みやすいように工夫をする 静注薬の投与 γグロブリン、ウリナスタチンの静脈注射	急性期に炎症・血栓形成の抑制としてアスピリンの内服を行う 冠動脈病変併発予防の目的でγグロブリンを使用する
精神的ケア	家族が患児の状態を十分に理解し、不安が軽減されるよう説明を行う	突然の発症が多く、急な入院や症状の重症感、心臓に合併症を残す危険性があることから家族は混乱をきたし、不安が強い場合が多い
指導	内服方法 定期的な診察と服薬の必要性	冠動脈瘤などの後遺症にも注意が必要

たんじゅんせい こ かん せつ えん 単純性股関節炎

整形外科

概念

一過性の股関節炎で、感冒に続発することが多い。原因は感染、外傷、アレルギーなどの関与が考えられているが、いまだ不明。3～10歳の男児に多い。

症状

股関節痛：発症は急性で、幼児では大腿部や膝関節周辺の疼痛を訴えるものもある。
跛行：多くは症状が強く、座位や歩行ができない。

股関節の可動域制限

股関節の腫脹：熱感はない。

血液生化学検査所見：血沈正常，白血球増加なし，炎症反応陰性。

関節液の貯留：まれにみられるが，関節液は透明で細菌は認められない。

類似の症状で重篤な後遺症を残すおそれのあるペルテス病などの疾患があるため，これらとの鑑別が重要。

治療

股関節の炎症に対する安静，鎮痛，拘縮予防を目的に水平外転牽引を2～3週間入院して行う。症状消失後も牽引を行い安静にすることが，再発防止のうえで必要である。2～3週間後に牽引は終了となり，ベッド上で安静，歩行を開始したら退院。

◎水平外転牽引



【物品】

【完成図】

◎必要物品

①②ベッド固定用クランプ上下×2，③砂嚢カバー（枕カバー），④砂嚢，⑤抑制帯，⑥ブレインバー×2，⑦シングルクランプバー×2，⑧フック×2，⑨滑車×2，⑩重鎮カバー，⑪重鎮×2，⑫牽引用ロープ×2，⑬トラックバンド×2，⑭弾性包帯，⑮布絆創膏，⑯パンツ，⑰防水シーツ×2

項目	ポイント	備考（根拠など）
観察	患肢の疼痛の部位・程度 足関節の底屈・背屈運動 足指、足背の知覚障害、しびれ 足部の皮膚色・冷感 患児の言動、表情、安静内での過ごし方 包帯の巻き直し時 皮膚状態：水疱・発赤、皮膚の乾燥、痒感	牽引治療による効果が得られているか確認する 包帯の圧迫、または同一体位による神経障害、循環障害が生じていないか確認する 体動制限によりストレスを生じやすい 包帯、トラックバンドの圧迫、摩擦による皮膚トラブルが生じやすい
安静	牽引中 ベッド上で臥位 医師の指示により頭部挙上や座位も可能 体幹をねじらない、膝を屈曲しない 患児の年齢に応じて、安静が守られない場合やベッドからの転落の危険がある場合は、家族に抑制ベストの必要性を説明し、了解を得て着用させる 牽引除去後 初回歩行時、歩行が安定するまでは必ず看護師が付き添う	初期の疼痛、可動域制限がある時期には患部の安静が重要 骨頭の摩擦を避け、安静を保つ ふらつきが強いため転倒を防止する
排泄	ベッド上にて便器・尿器を使用する 患児にあった便器を選択し、必要に応じて介助する	
清潔	清拭 炎症が落ち着けばシャワー浴も可能 浴室まではストレッチャーでの移動とし、移動時は立位、歩行、膝立ち禁止 ケア終了後は速やかに牽引を再開する 最低1日に3回は包帯の巻き直しを行う 包帯のすれが見られたとき、乳幼児などで特に皮膚が弱い場合はその都度、巻き直す 発赤出現時は、トラックバンドを発赤部位よりずらすか、ガーゼで保護して巻き直すか、悪化を防ぐために皮膚保護テープを貼付する 必要時、軟膏処置を行う	立位、歩行、膝立ちなどによる荷重は骨頭への負担となる 皮膚トラブルの悪化予防 一時的な圧迫の解放により皮膚トラブルの悪化を防止
治療管理	牽引装置の確認 重錘の量、床についていないか 牽引方向 掛け物やベッド柵などによるひもの摩擦 バー固定のゆるみ 包帯のすれ	正しい牽引が行われているか確認する

妊娠高血圧症候群(PIH)

産婦人科

概念

母児双方の妊娠予後に重要な影響を及ぼす疾患であり、重症妊娠高血圧（PIH：pregnancy induced hypertension）の発症頻度は6～14%と高く、妊娠合併症のなかで最も重要な疾患である。

妊娠20週から分娩後12週までに高血圧がみられる場合、または高血圧に蛋白尿を伴う場合のいずれかで、かつこれらの症状が単なる妊娠の偶発合併症によらないものをいう。

発症時期により、32週未満のものを早発型（EO）、32週以降のものを遅発型（LO）と分類する。また、日本産婦人科学会による軽症と重症の亜分類は血圧と尿蛋白の値で分けられる。

	高血圧	尿蛋白
軽症	収縮期 140 以上 160 未満 (mmHg) または 拡張期 90 以上 110 未満 (mmHg)	24 時間定量で 1 日 300mg 以上 2g 未満
重症	収縮期 160mmHg 以上 または 拡張期 110mmHg 以上	1 日 2g 以上 (随時尿では複数回 3 + 以上)

症状

高血圧、尿蛋白の出現を主とする。また、高血圧に伴い、頭痛や頭重感、倦怠感、動悸、息切れ、耳鳴、眼華閃発、心窩部痛、嘔気・嘔吐、上腹部痛が出現することもあるが特異的な症状はない。しばしば浮腫を合併し急激な体重増加の原因となることがある。最も重症の場合には痙攣発作が引き起こされることもあり、これを「子癇」という。

検査

血液検査で血算（Ht, Plt）、腎機能（BUN、血中クレアチニン、尿酸、尿蛋白）、肝機能（GOT〈AST〉、GPT〈ALT〉、LDH）、血清電解質（Na、K、Cl、Ca）、血清蛋白量（総蛋白量、A/G比、血清蛋白分画）、血液凝固検査、尿蛋白定量などを行う。

血液検査のなかでは血算における血液濃縮所見、尿酸値上昇が重症化に先立って認められることがあることと、また血小板減少も重症化の重要な徴候であるので注意を要する。

胎児管理としてはノンストレステスト、超音波検査が中心であり、重篤な胎盤循環不全も分娩適応になるため十分な注意を要する。

治療

根本的な治療としては妊娠の中断すなわち分娩である。しかし胎児のために妊娠継続が必要な場合があり、この場合には安静、食事療法、薬物療法を行う。

安静、食事療法により子宮胎盤循環の改善、不要な水分貯留の予防効果を期待するが、著しい効果は期待できないことが多い。

薬物療法では降圧治療が中心となるが、母体の血圧が低下すると胎盤血流低下による胎児機能不全が引き起こされるため、胎児心拍モニターや超音波検査で十分な胎児管理が必要である。その他に、血栓予防のための抗凝固療法、血小板凝固抑制療法などが行われることもある。

血圧のコントロール不良、胎児の発育停止、胎盤機能低下、子癇発作、HELLP症候群

(Hemolysis〈溶血〉・Elevated Liver enzymes〈肝機能障害〉・Low Platelet〈血小板減少〉)の出現時には、分娩準備を行う(無痛分娩または〈緊急〉帝王切開術)。

看護

項目	ポイント	備考(根拠など)
観察	バイタルサイン 検査値(血液検査, 尿検査) 高血圧に伴う症状の有無・程度 非妊時 BMI と、妊娠中の体重の推移(必要に応じて、同一条件のもと毎日体重測定を行う) 全身の浮腫の有無・程度 食事内容, 摂取状況 排泄状況 胎児および胎盤機能(ノンストレステスト所見, 超音波検査)	非妊時 BMI が 24 以上, あるいは妊娠中体重増加が 15kg 以上では, PIH を発症しやすい 急激な体重増加は浮腫によることが多い
安静	医師の指示に応じて安静度の説明を行う 安静度に応じた移動の介助・清潔ケアを行う 弾性ストッキングを使用し, 必要に応じて間歇型空気圧迫装置を使用する	安静による交感神経の緊張緩和, 妊娠子宮による下大静脈の圧迫解除が起こり, 子宮・腎血流量は増加し, 血圧の低下が期待できる 末梢血液循環を改善させ, 血栓形成を予防する
食事	水分は制限せず, 口渇を感じない程度の摂取をすすめる 塩分は極端に制限しなくてもよいが, 目安としては 1 日 7 ~ 8g 程度とする ビタミン, カリウムの多い食事の摂取 肥満のある場合は, 必要に応じて摂取エネルギーを制限する	妊娠 28 週ごろ循環血液量が急激に上昇する PIH では, 循環血漿量の低下が認められる 塩分制限によって, PIH の症状の改善はみられないという報告があり, むしろ厳重な塩分制限は母体循環血液量を減少させ, 高血圧を悪化させる可能性がある 多価不飽和脂肪酸には血栓抑制作用がある カリウムには降圧作用がある
環境	緊急帝王切開の場合, 迅速に手術の準備を行う 刺激(音, 光)を避ける	刺激が誘引となり, 子癇発作を発症することがある