



授乳期乳腺炎の治療と予防における助産師の役割

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 静岡県母性衛生学会 公開日: 2023-03-23 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 神崎, 正夫 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10271/00004307

授乳期乳腺炎の治療と予防における助産師の役割

神崎正夫

Masao Kanzaki

神崎外科クリニック

はじめに

授乳期乳腺炎は、産褥期の最も多い乳房トラブルの一つとされているが、その頻度は低下していないのが実態であると思われる。また高齢出産と授乳期間の長期化によりこのトラブルの発生が助長されることが予測される。今回外科医として、授乳期乳腺炎の治療に関わり、特に重症化例を多く経験した中で、現状における治療とその予防について考察した。

1) 当院経験授乳期乳腺炎例の実態

2004年1月から2012年6月まで当院で経験した授乳期乳腺炎95例を対象として、その内容を紹介する。当院では、授乳期乳腺炎治療には、近隣の病院または開業産科医院および開業助産師と連携をとって、授乳期の乳房トラブルに対応している。そのため、軽症のうつ滞性乳腺炎例（非膿瘍例）は32例と少なく、重症化した乳腺膿瘍の状態での紹介受診例が63例（膿瘍例）と過半数を占めた（表

表1 授乳期乳腺炎分布

授乳期乳腺炎	95例
非膿瘍形成例	32例(34%)
膿瘍形成例	63例(66%)

1)。

授乳期乳腺炎95例の発生頻度を出産後月別にみると、出産後3ヶ月までに65%、6ヶ月までに86%、1年目までに97%が発生していた。それに伴い乳腺膿瘍例も出産後3ヶ月までに75%が発生していた（図1）。

平均初産年齢は非膿瘍例29.8歳、膿瘍例29.2歳、出産回数は非膿瘍例1.5回、膿瘍例1.2回で両群に差はなかった。今回の出産後の今までの乳腺炎既往の有無は、既往有が非膿瘍例19%、膿瘍例32%と膿瘍例に多い傾向を示した。来院時産褥期間は、非膿瘍例5.6ヶ月、膿瘍例2.6ヶ月と有意に膿瘍例で短く、発症から来院までの平均日数も非膿瘍例6.0日、膿瘍例15.3日と有意に膿瘍例で長くなって

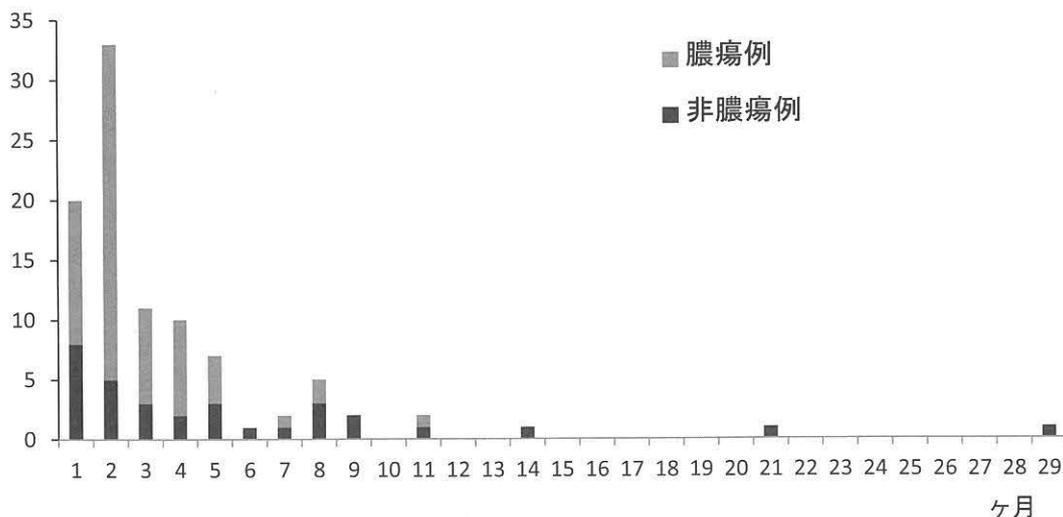


図1 当院経験授乳期乳腺炎95例の出産後月別発生頻度

いた。また、しこりの大きさの平均値の比較でも、非膿瘍例4.2cm、膿瘍例5.7cmと膿瘍例が有意に大きくなっていた(表2)。膿瘍例の起炎菌分布をみると、黄色ブドウ球菌が87%を占め最も多く、次いで連鎖球菌、表皮ブドウ球菌の順であった(表3)。

非膿瘍例は全例助産師の乳房マッサージで治癒している。63例の乳腺膿瘍例を治療法から分けると、初診時に切開排膿した例(切開例)が28例、初診時穿刺排膿を行ったが最終的に切開排膿した例(穿刺後切開例)が12例、穿刺排膿のみで治癒した例(穿刺例)が23例であった。産褥期間は3群とも差はないが、発症から受診までの平均期間は、切開例18.2日、穿刺後切開例13.7日、穿刺例12.4日と切開例が最も長く、穿刺例が最も短かった。またしこりの大きさの平均値も、切開例が

6.9cm、穿刺後切開例5.1cm、穿刺例4.6cmと、切開例が最も大きく、穿刺例が最も小さかった(表4)。

また、膿瘍例においても全例、切開排膿後または穿刺排膿後も授乳と乳房マッサージの併用を継続し、授乳婦および乳児に何ら不都合を生じることなく、早期治癒が確認された。

なお、統計学的解析には、Unpaired Student's t testを用い、p値0.05以下を有意差ありとした。

2) 授乳期乳腺炎の疫学と診断

授乳期乳腺炎の頻度は、対象の統計の取り方によりその頻度には幅があるが、2-33%で通常10%以下とされ、この内膿瘍化するのは4-10%とされている¹⁾⁻⁴⁾。発症時期は産褥3か月以内が最も多いとされるが、授乳期間中であればいつでも発生する可能性がある¹⁾²⁾。当院経験例でも、同様の傾向であることが証明された。

その原因については、現在までにはっきりしていることは、うつ乳が最大の原因であり、これ以外にはっきりとした臨床病理学的な因子は解明されていない。そのため、このうつ乳の原因になるものはすべて乳腺炎の誘因とされ、具体的には不適切な授乳方法(乳頭亀裂の原因にもなる)、不規則な授乳、授乳回数の減少、乳管閉塞、片側乳房の飲み残し、乳腺炎の既往、初産婦、母体のストレス・疲労などが危険因子として指摘されている²⁾⁵⁾⁻⁷⁾。

授乳期乳腺炎は、まずうつ乳による乳房の痛み、しこり、発赤の乳房局所症状を示すうつ滞性乳腺炎として発症するが、現実的には

表2 授乳期乳腺炎内訳

	非膿瘍形成例	膿瘍形成例	
平均初産年齢	29.8歳	29.2歳	n.s.
出産回数	1.5回	1.2回	n.s.
乳腺炎既往			n.s.
有	6(19%)	20(32%)	
無	26(81%)	43(68%)	
産褥期	5.6ヵ月 (1-29)	2.6ヵ月 (0.5-12)	p<0.01
発症から来院まで	6.0日 (1-28)	15.3日 (1-56)	p<0.01
しこりの大きさ	4.2cm (2-10)	5.7cm (2.5-10)	p<0.01

表3 膿瘍起炎菌分布

黄色ブドウ球菌(MSSA)	28(58%)
黄色ブドウ球菌(MRSA)	14(29%)
連鎖球菌	4(8%)
表皮ブドウ球菌	2(5%)

表4 膿瘍例の治療法別比較

	切開例 28例	穿刺排膿後切開 12例	穿刺のみ 23例
産褥期	2.8ヵ月	2.5ヵ月	2.5ヵ月
発症から受診まで	18.2日	13.7日	12.4日
しこりの大きさ	6.9cm	5.1cm	4.6cm
穿刺回数	—	1.9回	2.4回

助産師により臨床診断されていることが多い。しかし、最初にしこりのみで痛みがないため発見が遅れる場合や、痛み発赤から発熱を伴って初めて気付く場合など、発症から医療機関または助産師受診までの期間、経過も様々である。医療機関受診例では、抗生剤、鎮痛解熱剤の投与を受けることが多いが、同時に助産師への乳房マッサージを含めた乳房ケア併用の指示がなされない場合や、継続的治療が行われないと、化膿性乳腺炎から膿瘍への経過をたどる危険性が高くなる。しかしうっ滞性乳腺炎と化膿性乳腺炎の、はっきりとした鑑別は困難なことが多く、乳汁中白血球数検査や、乳汁培養が、化膿性乳腺炎の診断と治療抗生剤の決定には重要であるが³⁾、実際には活用されているとは言い難い。また乳房局症状に明らかな全身症状（倦怠感、発熱、関節痛、筋肉痛）が合併した場合、または膿汁様の乳汁が排出されれば臨床的に化膿性乳腺炎と診断できる。そのためこの臨床診断を行う助産師の、医療介入のタイミングを判断する能力が求められることになる。さらに重要なのは、乳腺炎発見時にしこりを触知した場合に、このしこりの膿瘍化の判断も重要で、できれば初診時または治療経過中にしこりが軽快しない場合には、超音波検査による膿瘍の有無の確認が必要である。そのため、授乳期乳腺炎のしこりに対しては、早期にまたは必要ならば繰り返し、外科医または産婦人科医による超音波検査による膿瘍化の有無の診断を受けることが必要である。

3) 授乳期乳腺炎の治療

治療の基本は、刻々と産生される乳汁とうっ滞している乳汁の乳房外への継続的な誘導である^{3) 6) 7)}。これは授乳により効率よく誘導され、この授乳による誘導排乳を援助するのが乳房マッサージである。この乳房マッサージは、炎症部位の安静を妨げるイメージがあるが、これは決して炎症部位への直接的な刺激を与えるのではなく、うっ乳で硬化した乳腺組織を軟化させ、排乳を促進させるために行うものである^{5) 8)}。そして授乳の継続と、授乳後に飲み残しがあれば可能な限り搾乳を併用することで、乳腺炎の治療期間が短縮され、化膿性乳腺炎または膿瘍への移行が有意に減

少することが証明されている^{5) 6) 9) 10)}。そして患側乳汁が乳児に害を与える根拠はないとされており^{11) 12)}、両側乳房の授乳を継続すべきである。患側乳房から明らかな膿汁が排出されれば一時的に授乳を中断して搾乳し、膿汁排出が肉眼的になくなれば患側授乳を再開してよい^{13) 14)}。さらに助産師による乳房マッサージと同時に大切なのが、助産師による正しい授乳方法の確認である。正しい授乳方法の確認を行うことにより、乳腺炎の原因となった可能性のある授乳の仕方を正すことができ、同時に新たなうっ乳の再発を予防することができる。

抗生剤治療に関して、抗生剤投与開始時期、投与期間に関してコンセンサスはないが^{3) 6)}、WHOの勧告では、膿汁または乳汁培養により起炎菌を同定した後、有効抗生剤の10-14日間の投与が推奨されている³⁾。実際の治療では経験的治療として、起炎菌として最も頻度の高い黄色ブドウ球菌を標的としたセフェム系薬剤が投与される^{14) - 16)}。また抗生剤による乳汁を介して乳児への影響は、クロラムフェニコール、テトラサイクリンなどの限られた抗生剤によってのみであり、実際のペニシリン系、セフェム系、マクロライド系の抗生剤は授乳により乳児に移行しても量的に少なく、授乳が中止になることはないとされている^{3) 13) 17)}。

乳腺炎治療の初期に抗生剤が有効で症状が軽快する場合もあるが、抗生剤はあくまで補助的なものと考えべきである。うっ滞性乳腺炎の場合はもちろんのこと、化膿性乳腺炎の治療でも抗生剤使用と同時に、両側乳房の授乳と乳房マッサージを含めた乳房ケアの継続が治療の主体であり、これにより炎症により生じる乳汁うっ滞の悪循環を改善することが重要である。今回の経験例でも、初期に抗生剤使用により症状が軽快したため、助産師による乳房マッサージを授乳婦の自己判断で中止し、炎症の再燃を起こし、膿瘍化した例を多く経験している。そのため最終的に必ず助産師による、うっ乳状態の消失を確認して乳腺炎の治療判定を行うことが重要である。

しかし最終的に膿瘍形成に至った場合は、穿刺排膿を優先させ、改善がなければ切開排膿となる

18)²¹⁾。触診のみで膿瘍の臨床診断は困難であるため、膿瘍の診断は超音波検査により確認する必要がある。当院での膿瘍に対する治療は、授乳婦の全身状態、臨床経過、膿瘍の大きさ、超音波検査所見から穿刺排膿、または切開排膿の何れが適切か判断する。初診時授乳婦が切開排膿よりも穿刺排膿処置を強く希望した場合は、積極的に初回時穿刺排膿処置を行う。しかし発症から臨床経過が長く授乳婦の精神的疲労感が強い場合や、膿瘍径が大きく膿瘍内に壊死物質が多いため穿刺排膿の効果が十分得られないと判断した場合は、初診時に切開排膿を選択する。また穿刺排膿処置のみで治癒が期待できるかの判断は、初回の穿刺排膿後1週間以内の膿瘍腔の大きさの変化を超音波検査で比較し判断している。初回穿刺排膿2-3日後に膿瘍腔が縮小した場合には、その後1-2回の穿刺排膿で、膿瘍の自然消退が期待できる。しかし穿刺排膿2-3日後膿瘍腔が初診時と不変または増大した場合には、その後穿刺排膿を繰り返しても治癒は期待できないため、切開排膿へ変更している。そして膿瘍切開後も、患側を含めた授乳の継続と、膿瘍周囲の炎症の波及によるうづ乳を解除するために乳房マッサージ併用が必要である²²⁾。

4) 授乳期乳腺炎の予防

授乳期乳腺炎の予防としては、①出産後直後から卒乳までに発生する授乳、乳房に関するトラブルは、まず助産師に相談することを、出産前から授乳婦に周知徹底すること、②出産後は、できるだけ早い時期から授乳婦自身が正しい授乳の仕方を助産師から直接教わり、繰り返し正しい授乳ができていないか助産師の確認を得ること、③授乳トラブルの解決には、助産師同士の連携が必要であり、病院・産科医院勤務の助産師よりも、行動力のある開業助産師が、主導的立場で授乳婦の治療・支援に当たることが望ましい。具体的には、出産後は必ず、1ヵ月以内に開業助産師に授乳方法が正しいか繰り返し確認を受けることを提案したい。この実施で、助産師と容易にコミュニケーションが取れることで、早期に授乳婦の乳房トラブルは軽減でき、乳腺炎の重症化を予防できると思われる。今回の乳腺膿瘍治療例でも、出産直後から

何らかの乳房トラブルが生じた時点で助産師に相談し、授乳と乳房マッサージなどの乳房ケアを継続すれば、軽症の乳腺炎とて問題解決できたと思われる例を多く経験した。授乳婦にとって、出産で気力・体力を消耗し、気分的にも抑うつ的になりやすい産褥早期には、乳房トラブルに遭遇した時に助産師の援助は何よりも代えがたいものであろう。

そして、次に注意しなくてはならないことは、早期に助産師なり医療機関受診し乳腺炎を発見しても、治癒まで治療が継続されないで、治療途中で乳房の状態を授乳婦の自己判断で治療を中断し、乳腺炎を再燃・重症化してしまうことである。そこで乳腺炎治療に一旦関わったなら、治療は授乳婦の自己判断で中止しないこと、そして必ず治癒まで助産師の支援を受ける必要性を授乳婦に十分説明することが重要である。

5) 助産師への提言

授乳期乳腺炎について、十分な解明は進んでおらず、治療期間が短期間のものから、長期化するものまで臨床経過が非常に多彩なことが、授乳期乳腺炎の治療や理解を困難にしている原因にもなっている。しかし治療現場での助産師の役目は依然として大きいことには変わりはない。自然な行為としての授乳も、正しい授乳方法から逸脱すると大きな乳房トラブルの原因となり、また授乳の中断もしくは中止の原因にもなる。この自然で正常な授乳方法へ、導き支援するのが助産師の大きな役目であるため、助産師同士または医師との連携を駆使し、一旦治療に関わったならば治癒に至るまで授乳婦への治療・支援を継続していただきたい。さらに授乳期乳腺炎治療・予防に対する意見の混乱が医療現場で多く認められ、それにより困惑するのは授乳婦であり、被害を受けるのが乳児である。そこで授乳期乳腺炎治療において、いかなる場合にも授乳を継続することの利点と重要性について、医療現場スタッフへの説得、情報の提供を、助産師にも是非お願いしたい。

6) 最後に

助産師を中心とする母乳授乳を支援するネット

ワークとして、産婦人科医、小児科医、外科医の参加が必要ではあるが、まず各産院または病院の助産師と開業助産師間の相互の支援体制の交流が必要である。また出産後1 - 2ヶ月間の集中的な授乳の仕方を含めた授乳指導、そして授乳婦の不安への積極的な関わりが助産師の役目として今後強化されなくてはならないと思われる。自然で容易に見える授乳も、実は簡単ではないことを、一人でも多くの授乳婦に優しく指導して下さることを切に願います。

《参考文献》

- 1) Fetherston C. Characteristics of lactation mastitis in a western Australian cohort. *Breastfeeding Review*, 1997, 5, 5-11.
- 2) Foxman B, D'Arcy H, Gillespie B, et al. Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. *Am J Epidemiol*. 2002, 155, 103-114.
- 3) WHO : Department of child and adolescent health and development. mastitis: cause and management. Geneva, WHO/FCH/CAH/00, 2000, 1-39.
- 4) Fetherston C. Risk factors for lactation mastitis. *J Hum Lact*. 1998, 14, 109
- 5) Summers A. Managing mastitis in the emergency department. *Emergency Nurse*. 2011, 19, 22-25.
- 6) Barbosa-Cesnik C, Schwartz K, Foxman B. Lactation mastitis. *JAMA*. 2003, 289, 1609-1612.
- 7) Cusack L, Brennan M. Lactational mastitis and breast abscess. *Aust Fam Physician*. 2011, 40, 976-979.
- 8) 武市洋美. 母乳育児支援のなかでみる乳腺炎ケースへの対応. *助産雑誌*, 2009, 63, 558-562.
- 9) Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S. Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. *Am J Obstet Gynecol*. 1984, 149, 492-495.
- 10) 山下純一, 山本豊, 小川道雄. 急性・慢性乳腺炎. *外科治療*. 2001, 85, 141-146.
- 11) Betzold CM. An update on the recognition and management of lactational breast inflammation. *J Midwifery Womens Health*. 2007, 52, 595-605.
- 12) Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women. *Am Fam Physician*. 2008, 78, 727-731.
- 13) 吉田昭三, 小林浩. 授乳期の乳腺疾患の診断と治療. *産婦人科治療*. 2009, 99, 332-336.
- 14) 小西鉄巳. 乳房と感染 ～病態と診断・治療～. *感染防止*. 2007, 17, 10-19.
- 15) Marshall BR, Hepper JK, Zirbel CC. Sporadic puerperal mastitis: an infection that need not interrupt lactation. *JAMA*. 1975, 233, 1377-1379.
- 16) Niebyl JR, Spence MR, Parmley TH. Sporadic (nonepidemic) puerperal mastitis. *J Reprod Med*. 1978, 20, 97-100.
- 17) Taddio A, Ito S. *Drugs and breastfeeding: Maternal-fetal toxicology*, 3rd Ed. New York, Marcel Dekker. 2001. 177-232.
- 18) O'Hara RJ, Dexter SP, Fox JN. Conservative management of infective mastitis and breast abscesses after ultrasonographic assessment. *Br J Surg*. 1996, 83, 1413-1414.
- 19) Christensen AF, Al-Suliman N, Nielsen KR et al. Ultrasound-guided drainage of breast abscesses: results in 151 patients. *Br J Radiol*. 2005, 78, 186-188.
- 20) Schwarz RJ, Shrestha R. Needle aspiration of breast abscesses. *Am J Surg*. 2001, 182, 117-119.
- 21) 椎木滋雄, 園尾博司. 急性乳腺炎, 慢性乳腺炎の処置. *外科*, 2008, 70, 1328-1331.
- 22) 武市洋美. 事例にみる, 膿瘍を形成した母親へのケア. *助産雑誌*, 2009, 63, 603-609.