

P1-448 妊娠糖尿病の早期発見は正しく行なわれているか？

大阪・大日本製薬（株）医薬開発本部
友田昭二

【目的】妊娠糖尿病（GDM）の早期発見・早期治療は、HFD児の発症予防を含め母児の周産期予後の改善をもたらす。GDMの危険因子があれば75gGTTを行なうよう当学会は指導しているが十分に実行されていないように思われる。そこでNICUを有した某周産期病院でのGDMのスクリーニングの実態を明らかにする事を本研究の目的とした。【方法】妊娠初期より管理が行なわれ出産した糖尿病合併妊娠を除く妊婦1,626名を後方視的に検討した。両親のいずれかが糖尿病を有する糖尿病家族歴（DFH）、妊娠糖尿病・HFD児の分娩・先天奇形児の出産の既往（異常妊娠）、初診時35才以上の高齢妊娠（高齢）、初診時BMIが24以上の肥満、妊娠初期・中期随時血糖100mg/dl以上（高血糖）などのGDM危険因子を有した妊婦が75gGTTを施行されているかを検討した。【成績】全妊婦中660名（40.5%）にDM危険因子が認められ、そのうち206名（31.2%）にGTTが施行されていた。個々の因子では（重複症例があり）、肥満群230名中46.5%に、高血糖群158名中44.3%に施行されていた。しかし高齢群198名中29.8%、DFH群208名中24.5%、異常妊娠群29名中24.1%であった。【結論】GDM危険因子をもった妊婦に十分なスクリーニング検査がなされておらず肥満・高血糖群においても半数しかGTTが施行されていない。しかし一方GDM危険因子が全妊婦の40.5%にも認められる事よりGDMの危険因子の見直しも必要かと思われる。

P1-449 妊娠糖尿病の次回妊娠時再発率と再発のリスク因子

東京医大八王子医療センター産科・婦人科
野平知良，早田弘美，岡部一裕

【目的】妊娠糖尿病（GDM）の次回妊娠における再発率は本邦では2件しか報告されていない。今回我々は、GDMであった妊婦の次回妊娠時のGDM再発率、リスク因子に関し検討した。【方法】当院及び関連施設で1993～2003年に分娩したGDMの中で、次の妊娠を当院で分娩し、後に糖尿病と診断された症例を除いた30症例を対象とした。これらの症例のGDM再発率を算出し、初回妊娠、次回妊娠の患者背景（年齢、経産回数、家族歴、妊娠前と分娩時のBMI、初回妊娠から次回妊娠までの体重増加及び期間）、採血データ（ Σ BS, Σ IRI, I.I., HbA1c）に関して、多変量解析でリスク因子を検討した。【成績】30症例中21例（65.6%）がGDMを再発した。初回妊娠時の患者背景、採血データの中で、年齢（OR=1.25, CI:1.015—1.548, $p=0.254$ ）、経産婦（OR=4, CI:1.3—11.9, $P=0.0062$ ）、HbA1c（OR=2.41, CI:1.024—1.868, $p=0.014$ ）が有意なリスク因子であった。また、次回妊娠時で年齢（OR=3.87, CI:1.10—15.26, $p=0.0499$ ）、妊娠前BMI（OR=3.82, CI:1.18—9.27, $p=0.0052$ ）、妊娠間体重増加（OR=5.27, CI:1.43—25.01, $p<0.001$ ）、妊娠間期間（OR=0.51, CI:0.280—0.927, $p=0.0134$ ）が有意なリスク因子であった。更に妊娠間体重増加を500g毎、妊娠間期間を6カ月毎に区切って検討した所、妊娠間体重増加 ≥ 3 kg（OR=4.92, CI:1.12—21.54, $p=0.0354$ ）、妊娠間期間 ≤ 24 カ月（OR=5.69, CI:1.23—26.09, $p=0.0253$ ）でGDM再発が有意に高かった。【結論】日本人のGDM再発率は欧米での報告より高い。次回妊娠までの期間をあげることで、体重増加を抑えることでGDM再発を予防できる可能性が示唆された。

P1-450 塩酸リトドリンの過剰投与が原因と考えられる中毒性表皮壊死融解症（TEN）を発症した一例

帝京大
司馬正浩，梅澤幸一，檜垣博，横山幸代，林崇，檜垣祐子，木戸浩一郎，笹森幸文，篠塚憲男，布施養慈，綾部琢哉，沖永荘一

中毒性表皮壊死融解症（Toxic Epidermal Necrolysis; TEN）は主に薬剤が原因で発症するが、死亡率が20～25%に昇るため早期診断・集中治療が重要である。症例は29才初産婦、近医で妊娠29週6日に切迫早産の診断で塩酸リトドリン（以下R）点滴を開始されたが、2日後発疹が出現、さらに2日後はほぼ全身へ拡大し、前医へ搬送された。前医では妊娠継続の方針でR点滴が継続され、最大325 μ g/分まで増量された。この時点で多型滲出性紅斑と診断され、副腎皮質ステロイド軟膏塗布が開始されたが、発疹はさらに拡大し癒合傾向を示し、妊娠34週6日にプレドニゾロン（以下PSL）30mg/日経口投与が開始された。その後口内炎・眼脂・眼痛が出現し、35週5日、R点滴中止の上当科へ搬送された。搬送時、全身の紅斑・びらん・水疱著明で、血圧計のマンシエツトや心電図の電極の装着も困難であった。舌にもびらん形成、結膜炎も認め、Stevens-Johnson症候群を疑った。この時点で子宮収縮も強く、分娩の方針としたが、全身のびらんのためわずかな体動でも接触痛が強く、経陰分娩困難であり、緊急帝王切開術を施行した。児に特変は認めなかった。母体は表皮から真皮にかけて硬化していた。術後1日にTENと診断し、ステロイドパルス療法3日間と連日の全身皮膚包交を施行した。術後4日PSL60mg/日内服開始、皮膚は次第に痂皮化・乾燥状態となり、PSL内服も漸減し終了した。手術創部離開も認めず術後22日退院、以後経過良好である。Rに対するリンパ球幼若化試験は陽性で、原因薬剤であることが強く示唆された。RでもTENが起こり得ることを認識し、発症が疑われたら直ちに投与を中止することが必要である。