

## 症例から学ぶ周産期医学

### 3) 産科出血, 血栓症 常位胎盤早期剥離

座長：浜松医科大学教授  
金山 尚裕

京都大学大学院医学研究科器官外科学・  
婦人科学産科学助手  
由良 茂夫

コメンテーター：秋田大学助教授  
平野 秀人

常位胎盤早期剥離は日常臨床でしばしば遭遇する重篤な合併症であり、胎児のみならず母体の生命を脅かす産科救急疾患である。本講演では胎児生存例と胎児死亡例の二症例を提示し、そこから学ぶことができる常位胎盤早期剥離の臨床的問題点について検討した。

#### 症例 1

28歳, 未経妊

主訴 無月経(35週)及び尿蛋白, 血圧上昇

現病歴 前医にて妊娠経過を観察されていた。妊娠33週の定期健診にて尿蛋白と胎児の発育不良を認めた。34週の診察時に蛋白尿(3+)、高血圧(162/96mmHg)を認めたため、妊娠高血圧症候群、IUGRの診断で当院へ紹介された。

来院時所見(妊娠35週0日) 意識：清明。血圧151/98mmHg, 脈拍72bpm, 下肢浮腫：軽度。腹部：子宮は緊張正常, 子宮底長27cm。内診所見では特記すべき異常を認めず。

入院後の経過 胎児推定体重は1,944g(32週1日相当：-1.7SD), 羊水 pocket > 2 cm。血流波形では臍帯動脈や胎児下行大動脈の拡張期途絶像認めず。CTGではvariabilityやaccelerationを認め、Biophysical profile scoreは10点であった。以上の所見から妊娠の継続が可能と判断し、床上安静にて経過を観察した。しかしながら、入院4日目ころよりさらに血圧が180/100mmHgと上昇し、塩酸ヒドララジンの服用を開始したが、さらに上昇傾向であった。

入院6日目に、子宮収縮の自覚が出現したため、CTGにて監視を継続したところ、子宮には軽度のさざなみ様収縮を認め、胎児心拍はvariabilityが乏しく軽度のdecelerationを認めた。腹痛や性器出血は認めなかった。同日AM10:38, 胎児心拍数が90台へ低下し、酸素投与を開始したが、胎児心拍は回復しなかった。以上の経過から常位胎盤早期剥離、胎児 distress と診断し、緊急帝王切開術を行った。AM10:57, 徐脈の発生か

#### Abruptio Placenta

Shigeo YURA

Department of Gynecology and Obstetrics, Kyoto University Graduate School of Medicine,  
Kyoto

Key words : Abruptio placenta · Abdominal pain · Genital bleeding

ら19分後に、男児を出産した。

術後経過 出生した男児(2,060g)はApgar 1分値0点、蘇生を行うも5分後にも心拍、呼吸の回復を認めなかった。児には臍帯血 pH6.878, BE -20 mmol/l と高度の acidosis を認めた。蘇生にて出生後約20分で心拍の再開が確認された。NICU入院後痙攣を認めたため抗痙攣薬を使用した。また、生後4日目のCTにて少量のくも膜下出血を疑われたが、その後消失した。抗痙攣薬も徐々に減量、中止し、痙攣は消失した。哺乳も良好となり生後50日にて退院した。

母体は手術時に子宮壁と胎盤の間には約800gの多量の血腫を認め、胎盤内へも血液の浸潤を認めた。また、子宮筋層へも血液が浸潤し、Couvelaire子宮を認めたが、児娩出後の子宮収縮は良好であった。凝固障害や出血傾向は認めず、帝王切開術後Hbが8.7g/dlまで低下する貧血を認めたが、その後徐々に改善した。

症例1の経過を常位胎盤早期剥離の重症度分類として用いられているPage分類<sup>1)</sup>にあてはめると、中等症の常位胎盤早期剥離となるが(図1)、本症例は胎盤早期剥離の極初期であったため、ここまでの所見ですんだものと考えられる。実際には外出血のない胎盤剥離の症例で、子宮内圧が急速に高まり、急激に進行するタイプであったと考えている。

常位胎盤早期剥離における生存児の転帰について検討した文献<sup>2)</sup>では、症状発現から出産までの時間や入院から出産までの時間、徐脈の発現から出産までの時間など、種々の時間経過のうちで、児の予後に最も関連していたのは帝王切開の決定から出産までの時間であったことが示されている。すなわち、帝王切開の決定から児娩出までの時間が10分未満ないし20分未満の場合、児の予後は比較的良好であったが、帝王切開の決定から児娩出までが20分以上、特に30分以上の場合、新生児死亡や脳性麻痺などの予後不良症例が有意に多くなるということである。したがって、児が生存している場合の常位胎盤早期剥離で帝王切開が必要と判断した場合、速やかに帝王切開を行い、児を娩出することが重要であると考えられる。

#### 症例1から学ぶこと

1. 妊娠後半期に異常な子宮収縮や腹痛を認めた場合、常位胎盤早期剥離を考える必要がある。その際、性器出血のない症例がむしろ重症化する可能性がある。
2. 胎児が生存している常位胎盤早期剥離では的確に診断し、帝王切開術等により可及的速やかに児を娩出することが不可欠である。

## 症例2

29歳, 1経産

主訴 無月経(33週)及び下腹部痛を伴った性器出血

現病歴 前医1(個人医院)にて妊娠経過を観察され、特に異常を認めていなかったが、妊娠33週4日の妊婦健診受診時に血圧上昇(168/98mmHg)、蛋白尿(2+)を認めてい

	軽症		中等症	重症
	0期	I期	II期	III期
外出血	⊖	±	+	+
内出血	微量	500ml以下	500ml以上	高度
胎盤剥離	30%以下	60%以下	60~100%	60~100%
胎児 distress	-	±	⊕ないし胎児死亡	⊕ないし胎児死亡
凝固障害	-	-	⊖	+

Page et al.1954<sup>1)</sup>

(図1) 常位胎盤早期剥離の重症度(Page分類)

た。翌日33週5日の朝より性器出血、下腹部痛を自覚し、前医1を再診したところ胎児心音が消失しており、子宮内胎児死亡のために前医2(中規模総合病院)へ紹介された。前医2へ受診時、意識消失を来し、出血傾向を認めたため、当院へ救急搬送された。

来院時所見 血圧170/82mmHg 脈拍100bpm. 意識は傾眠、皮膚は乾燥、蒼白、眼瞼結膜は貧血様。腹部では子宮底臍上4横指、子宮筋は緊張し、腹壁は板状硬であった。

内診上、腔内に多量の血液貯留を認めたが、子宮口は2cm開大にとどまっていた。経腹超音波では胎児心拍を認めず、子宮右側壁に付着した胎盤と子宮壁との間に多量の血腫と思われる不整エコー像を認めた。児の推定体重は2,129gであった。前医2を受診時の血液検査所見はHb 7.3g/dlと低下し、血小板数が3.0万/mm<sup>3</sup>に低下していた。生化学ではLDH 914mlU/mlと高値を認め、凝固系がAT-Ⅲ 74%, Fibrinogen 58mg/dl, FDP D-dimer >20μg/mlとすでに著しい凝固機能異常を認めた。この後、血小板等の輸血をしながら搬送されているが、当院来院時にも出血時間は20分以上と延長していた。

治療経過 以上の経過から常位胎盤早期剥離による子宮内胎児死亡と考えた。真木らによって設定された産科DICスコアでは常位胎盤早期剥離、ショック症状、検査項目異常などから合計9点で、「DICに進展する可能性が高い。」という判定であった。治療として、①循環血液量の確保のためにMAP血、FFPを大量投与し、中心静脈圧測定による水分管理を行って尿量を確保した。また、②DICの治療として、血小板輸血、凝固因子補充を行うとともにFOYを使用した。さらに、③急速遂娩によるDICフォーカスの除去のために、オキシトシン投与による陣痛促進を行い、さらにメトイリントルの挿入を試みたが、挿入できなかった。その後、人工破膜を行って子宮内圧を下げるとともに、分娩の進行を図ることとした。以上の処置によって、午後5時33分(来院から約4時間後)、1,727gの死産児を経膣分娩し、その直後に胎盤と同時に多量の血腫を娩出した。

分娩までの出血量が3,567g、分娩後も2時間で3,126gの出血が持続したが、その後はほぼ完全に止血を確認することができた。また、分娩まで、血圧120/80以上を維持し、4時間で360mlの尿量を確保していた。本症例では多量の外出血とDICに対する治療としてMAP血25単位、FFP36単位、血小板30単位という大量の輸血を約20時間の間にやっている。これによりHb値は急速に改善し、血小板数も8万以上を維持することができた。また、凝固機能もFibrinogen, AT-Ⅲをほぼ正常範囲内に維持することができ、止血を図ることができた。

一方、出産後の問題点として肺水腫、いわゆる shock lung による呼吸障害が発生した。分娩後約半日は酸素投与を必要としなかったが、発症後1日目から呼吸障害が出現し、酸素投与を開始した。翌日に一旦酸素投与をとめたが、O<sub>2</sub> saturationが90%まで低下し、酸素投与を再開した。背景には体液の過負荷もあると考え、利尿を図ったところ、一時20cm H<sub>2</sub>Oまで上昇していた中心静脈圧が徐々に低下し、発症4日目ころから正常化した。

	日本 産婦人科医会研修ノート (平成13年)	欧米 Williams Obstetrics 22 <sup>th</sup> Ed (2005)
DICの発症と予後	発症から5時間でDICとなり、母体の予後を悪化する。 (ゴールデンタイム)	発症からの時間経過よりも、適切な治療が母体の予後を左右する。
胎児死亡例の取り扱い	原則的に帝王切開を行い、DICの原因を除去する。子宮口が全開に近いときのみ経膣分娩	経膣分娩が原則。帝王切開は出血部位を増やし、母体の予後を悪化する。
Couvellaire 子宮	子宮収縮不良が生じやすい。子宮全摘の必要な場合もある。	子宮収縮不良はまれ。子宮全摘の適応はない。

伊東宏晃 産と婦.2003<sup>3)</sup>より改変

(図2) 常位胎盤早期剥離の取り扱い  
—日本と欧米の比較—

常位胎盤早期剥離の臨床的な取り扱いについては、特に胎児死亡例の取り扱いを中心に、日本と欧米とで大きく異なっている<sup>3)</sup>(図2)。われわれの教室では欧米での考え方にとった対応を行い、本症例のようなDICを発症し始めている症例に対しても救命し得た症例を多数経験している。

ここでさらに、常位胎盤早期剥離で母体死亡となった症例を厚生省心身障害研究班、平成8年度報告書およびその症例集<sup>4)</sup>より抜粋してみると、平成3年および4年における周産期の母体死亡230例のうち、胎児死亡を伴う常位胎盤早期剥離の6例が収載されている。

このうち、3症例では死亡した胎児に対して帝王切開が行われているが、帝王切開術中あるいは術後から出血が増加し、3例とも再開腹して子宮摘出術を行っている。この3症例は総合病院での症例であり、帝王切開術中ないし術後に輸血を行うなど、治療に苦慮した経過がある。DICの発症しやすい状態で、帝王切開を行ったことが新たな出血創を作ることになった可能性が考えられる。

一方、母体死亡症例の中で経膈分娩が行われていた3症例では、分娩後のDIC発症に対する予防策が不十分であったり、輸血などの必要な対応がとられていなかったものと考えられる。

#### 症例2から学ぶこと

1. 胎児死亡を伴う重症の常位胎盤早期剥離ではすでにDICを発症しているか、ほぼ必発であると考え、母体の全身管理、DIC治療を優先する必要がある。
2. 上記治療を充分に行いながら経膈分娩を行うことにより、帝王切開その他の手術に伴う創傷からの出血や術後のトラブルを回避することが可能であった。

#### 《参考文献》

1. Page EW, King EB, Merrill JA. Abruptio placentae ; dangers of delay in delivery. *Obstet Gynecol* 1954 ; 3 : 385—393
2. Kayani SI, Walkinshaw SA, Preston C. Pregnancy outcome in severe placental abruption. *Br J Obstet Gynaecol* 2003 ; 110 : 679—683
3. 伊東宏晃, 佐川典正, 藤井信吾. 特集産婦人科診療 症候から診断・治療へⅡ. 妊娠中期・後期 1. 性器出血・帯下. *産科と婦人科* 2003 ; 70 : 1634—1639
4. 長屋 憲(責任編集). 日本の母体死亡—妊産婦死亡症例集— 東京 : 三宝社, 1998