

**P2-45-4 妊娠悪阻加療中に敗血症ショックを来した症例**東京臨海病院<sup>1</sup>, 日本医大<sup>2</sup>岩崎奈央<sup>1</sup>, 根岸靖幸<sup>1</sup>, 野口 唯<sup>1</sup>, 河合尚基<sup>1</sup>, 竹下俊行<sup>2</sup>

症例は、38歳1経妊1経産で、妊娠9週4日に、重症妊娠悪阻にて入院加療となった。入院時、血液検査所見異常なし。ケトン(±)。絶飲食、点滴2000ml/日にて加療開始となった。入院11日にて、39度台の発熱を認め、尿路感染を疑い、尿検査および血液検査施行したが、腎盂炎を思わせるようなデータは認められなかった。同日夜に、40度まで発熱し、各種培養、再度血液検査施行となった。脈拍134回/分と上昇、血圧77/40と低下、FDP 25μg/ml、血小板7.6万/μL、PT INR 1.34と凝固異常も認められ、DICスコアは5点となった。その後症状は増悪し、経皮的酸素飽和度低下、尿量減少等を認め、敗血症性ショックを来したため、ICU管理となりDIC治療開始となった。抗生剤の投与および昇圧剤などを使用し、DIC加療を行い、症状は改善し妊娠13週6日にて退院となった。腔培養、尿培養、便培養は陰性であったが、血液培養から、セラチアが検出された。退院時の超音波所見では、NTおよび胎児胸水が認められた。今後児に関しては精査していく予定である。今回の妊娠悪阻からDICの発症契機と考えられるのは、発熱前6日間にわたる便秘が挙げられる。長期間にわたる便秘と低栄養が重なり、腸内において菌交代現象を来したものと思われる。重症妊娠悪阻では、稀ではあるが、免疫機能や栄養状態の低下を来すことがあることを念頭に入れ、治療していくことが重要と思われた。

**P2-45-5 当センターにおける多剤耐性結核合併妊娠の3症例**大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター<sup>1</sup>, 奈良県立医大<sup>2</sup>岩井加奈<sup>1</sup>, 赤田 忍<sup>1</sup>, 安川久吉<sup>1</sup>, 西岡和弘<sup>1</sup>, 小池奈月<sup>2</sup>

【目的】多剤耐性結核はイソニアシド (INH)、リファンピシン (RFP) の両剤に耐性を示す結核と定義され、治療率が低く長期間の治療が必要となる疾患である。多剤耐性結核妊娠合併例の報告はほとんどなく極めて稀である。今回当センターで経験した多剤耐性結核合併妊娠の3例について報告する。【方法】当センターにおいて1995年1月より2011年8月の期間に管理した結核合併妊娠は40例、その中の妊娠中に多剤耐性結核と診断された3症例について臨床経過を報告する。【成績】妊婦は2例が初産婦、1例が経産婦。3例の医療機関受診から診断までの期間は37日、約6カ月、約10カ月と診断の遅れを認めた。3例とも有効性と胎児への安全性を考慮し、ピラジナミド (PZA)、エタンブトール (EB)、パラアミノサリチル酸 (PAS)、サイクロセリン (CS) およびクラブラン酸カリウム/アモキシシリン (AM-PC/CVA) の5剤治療を選択し、分娩時には喀痰培養は陰性化した。2例は妊娠40週に経膈分娩、1例は前回帝王切開のため妊娠38週に帝王切開を行った。いずれの症例においても新生児への結核感染は認めなかった。しかし3症例とも長期間の治療が必要であり、1例は肺切除の外科的治療が必要であった。2007年に薬剤耐性化に有効性が指摘される院内DOT (Directly Observed Treatment) を導入後は発症例はない。【結論】多剤耐性結核合併妊娠において有効かつ安全な抗結核薬投与を含む集学的治療により幸い良好な周産期予後を得ることができた。3例とも診断の遅れが著明であった。妊娠中でも遷延する咳嗽を認めれば肺結核を疑い胸部X線検査、喀痰検査等を行う事、また結核患者との接触者検診を徹底する事が望ましい。またDOTの重要性が示唆された。

**P2-45-6 妊娠中に発症し、診断に苦慮した仙腸関節炎の一例**

大阪市立大

山田詩緒里, 橘 大介, 松田真希子, 中川佳代子, 松本万紀子, 月岡美穂, 田中雅子, 延山裕之, 中野朱美, 古山将康, 石河 修

化膿性仙腸関節炎は比較的稀な疾患であり、本邦では150例の報告がある。若年者に多く、糖尿病や外傷、妊娠・出産が原因となることが多いとされている。症例は27歳、1経妊0経産、妊娠34週4日に突然右臀部痛が出現したため前医受診、さらに切迫早産徴候も認め入院管理となった。入院後も疼痛増強し、制御不能のため、当院に翌34週5日に母体搬送となった。当院搬送時、右臀部痛のため歩行不能であった。右下肢を伸展挙上にてラセーグ徴候陽性、右L5、S2領域の神経根圧迫症状を認めるも、腰椎MRIで椎間板ヘルニアを疑う明らかな所見は認めなかった。WBC:14700/μL、CRP:7.53mg/dlと感染徴候認めたため、抗生剤投与を開始した。その後も疼痛持続し、翌34週6日、WBC:12600/μL、CRP:11.8mg/dlと母体感染および疼痛制御困難のため、母体適応で全身麻酔下に緊急帝王切開術を施行した。2620g、Ap2/5の男児を娩出した。術後安静時には右臀部痛は一旦軽減したが、術後1日目体動を促すことにより疼痛が再燃した。疼痛部位より梨状筋症候群疑われ、術後2日目に骨盤MRIを施行したところ右仙腸関節から梨状筋にかけて膿瘍形成を認め、感染性仙腸関節炎および梨状筋炎による右坐骨神経障害と診断した。引き続き抗生剤投与による保存的治療を行ない、術後11日目にはCRP陰性化、疼痛も軽減した。同日よりリハビリテーションを開始し、松葉杖歩行が可能となった術後21日目に退院となった。