

## P1-123 前置癒着胎盤を疑い cesarean hysterectomy を行った6症例の臨床検討

山梨県立中央病院<sup>1</sup>, 山梨大<sup>2</sup>永井聖一郎<sup>1</sup>, 永井聖一郎<sup>1</sup>, 河野恵子<sup>1</sup>, 内田雄三<sup>1</sup>, 伊東敬之<sup>1</sup>, 林 忠佑<sup>1</sup>, 永田育子<sup>1</sup>, 白石真貴<sup>1</sup>, 池上 淳<sup>1</sup>, 寺本勝寛<sup>1</sup>, 平田修司<sup>2</sup>, 星 和彦<sup>2</sup>

【目的】前置癒着胎盤は帝王切開(帝切)時などに大量出血を認め、時に母体死亡を招く疾患である。分娩施設の減少に伴い、当院に紹介される前置癒着胎盤症例が増加している。そこで、入院経過、手術、輸血等から前置癒着胎盤の問題点を報告する。  
 【方法】当院で平成19年12月末から平成20年9月末の9ヶ月間に前置癒着胎盤を疑い cesarean hysterectomy を施行した6例を対象に検討を行った。【成績】年齢は33歳から41歳、搬送は3例、外来紹介は2例、入院時の妊娠週数は15から29週である。予定帝切は初期から当院で管理した1例のみで、4例は大量出血、1例は破水のため緊急手術を行った。妊娠27から35週、手術時間は69から246分、平均146分、児は全例NICU管理が必要であった。4例は出血が多く、子宮表面への胎盤浸潤も著明なため子宮摘出を行った。胎盤剝離が可能で子宮温存を試みた2例は、剝離面からの大量出血のために子宮摘出を行った。出血量は1900から6732ml、平均4835ml、輸血は自己血6単位からMAP、FFP24単位である。5例は術前診断どおり癒着胎盤(狹義の癒着胎盤2例、陥入胎盤2例、穿通胎盤1例)であった。【結論】前置癒着胎盤は、安静管理を行っても突然大量出血を起こす確率が高い。前置癒着胎盤を疑う症例は、自己血を含む充分な輸血準備のもと、妊娠早期から手術対応可能な施設で管理することが重要である。また、胎盤剝離が可能な症例でも、剝離面からの大量出血により子宮摘出を余儀なくされることがあり、子宮温存から子宮摘出に切り替える迅速な対応が必要である。

## P1-124 前置血管を出生前に診断し生児を得た1例

大阪医大

藤城奈央, 荘園ヘキ子, 関島龍治, 笠松真弓, 藤田太輔, 檜原敬二郎, 山下能毅, 亀谷英輝, 大道正英

前置血管はWharton 膠質に包まれない臍帯血管が内子宮口近くに存在し、分娩時に児先進部の下方に位置している臍帯卵膜付着の状態と定義される。発生頻度は0.01%~0.08%と稀ではあるが、胎児先進部による臍帯血管の圧迫や破水時の臍帯血管断裂のリスクが高く、出生前に診断されなかった場合の新生児死亡率は未破水例で50~60%、破水例で75~100%と高率である。今回我々は出生前に診断し生児を得た前置血管の1例を経験したので報告する。症例は32歳、2経妊1経産、妊娠初期・中期の経過に異常は認めなかった。妊娠33週時に前医での経腔超音波検査で、低位胎盤と臍帯下垂を認め精査目的で当科紹介となった。当科での経腔ドブラ超音波では、内子宮口を横切る臍帯血管を認めたため前置血管と診断し、出血時の急速遂娩に備えて入院管理を行った。入院後子宮収縮や性器出血なく経過した。妊娠35週1日に羊水検査で児の肺成熟を確認し、翌日選択的帝王切開を行い、2510gの男児をApgar score 8/9点にて娩出した。出血量は羊水込みで2000mlであり同種血輸血は施行しなかった。術後も著明な貧血は認めず、術後9日で軽快退院となった。前置血管は二葉胎盤の間の卵膜表面に血管走行を認めるtype2であった。前置血管の出生前診断には経腔ドブラ超音波が重要で、緊急時に備えた入院管理が必要であると考えた。

3  
日  
金  
一  
般  
演  
題

## P1-125 骨盤位に対する膝胸位指導の有効性についての検討

板橋中央総合病院

丸茂元三, 森田 豊, 室本 仁, 間瀬徳光, 難波直子, 岩見奈々子, 竹内沢子, 疋田裕美, 上田万莉, 石田友彦, 山本幸彦, 大橋浩文

【目的】骨盤位分娩は頭位分娩に比して周産期死亡率、罹病率が有意に増加するため、帝王切開術が選択されることが多い。骨盤位を矯正する方法として、外回転術や膝胸位がある。外回転術は胎盤早期剝離や切迫早産などの危険性があるため、一般的に行なわれているものではない。膝胸位の有効性については証明されていないにもかかわらず、多くの施設で行われているのが現状である。そこで、当院では、2005年1月より十分なインフォームドコンセントを得て妊娠28週以降の骨盤位に対する膝胸位指導を中止することにより、膝胸位が有効か否かについて検討を行なった。【方法】当院では骨盤位は全例帝王切開術を行っているため膝胸位を指導していた期間と膝胸位を中止した期間の妊娠36週以降出生児体重2000g以上の単胎骨盤位による帝王切開率を比較検討した。ただし、予定帝切、子宮奇形、子宮筋腫合併を除いた。【成績】膝胸位を指導していた2001年1月から2004年12月までの分娩は4477例、骨盤位帝王切開術は125例(2.79%)に対して、膝胸位を中止した2005年1月から2008年6月までの分娩は4014例、骨盤位帝王切開術は83例(2.07%)で有意差を認めた(P=0.031)。【結論】骨盤位に対して膝胸位を行うことの有効性は認められなかった。むしろ膝胸位を行わない方が骨盤位を矯正するのに有効である可能性が示唆された。