P3-124 臨床的羊水塞栓症の4例

国立病院機構福山医療センター

山本 暖, 妹尾絵美, 徳毛敬三, 早瀬良二

臨床的羊水塞栓症は羊水成分が母体血中に混入して発生する生体反応といわれ、母体死亡の原因のひとつである。突発的呼吸循環不全症状を呈する病態がよく知られているが、分娩後の大量出血を呈する病態も存在する。今回、4例の臨床的羊水塞栓症を経験したので、報告する。症例1は前医で突然の呼吸循環不全の状態を呈し、救急蘇生を受け、搬送となった。子宮内胎児死亡で、DIC徴候を示した。入院後に死産し、胎盤娩出後に出血性ショックとなり、病状は悪化したが、集中治療で循環動態は改善した。自発呼吸はなく、虚血性脳障害は重度であった。症例2は前医で経膈分娩後の大量子宮出血にて搬送となった。凝固能の異常を認め、輸血療法を行ったが、子宮出血は継続し、最終的にはUAEにて止血した。Zn-CPIは陰性で、STN抗原は陽性であった。症例3は前医で経膈分娩後の大量性器出血にて搬送となった。陰壁裂傷もみられ、子宮および膈から出血が継続した。凝固検査で異常を認め、輸血療法にて改善を図った。陰壁裂傷縫合のうえ、圧迫にて止血を行った。集中治療にて徐々に止血し、循環動態は安定したが、腎不全となり、血液透析を施行した。その後、利尿が再開した。症例4は前医でIUDにて紹介となり、陣痛誘発3日目に突然の循環不全の状態を呈したが、すぐに改善をみた。その後、経膈分娩となったが、子宮出血が続き、凝固能に異常があり、DICと診断した。出血性ショックを呈したので、UAEを施行し、止血した。4症例はすべて著しい凝固能異常を示し、DIC所見を呈した。他の疾患では説明がつかず、臨床的塞栓症と考えられた。この発表に倫理委員会の承認を得た。

P3-125 選択的帝王切開術中に発症し救命し得た臨床的羊水塞栓症の1症例

兵庫医大

青井千尋, 中村有里, 和田 龍, 武信尚史, 田中宏幸, 小森慎二, 香山浩二

羊水塞栓症は周産期領域において呼吸循環不全及びDICを引き起こす極めて予後不良な疾患である。今回、我々は、選択的帝王切開術中に発症し、救命し得た臨床的羊水塞栓症の1例を経験したので報告する症例は30歳代、女性、1回経妊、0回経産。既往歴として2006年12月に子宮筋腫核出術を施行されていた。妊娠経過中に著変は見られず、2008年5月妊娠37週5日にて選択的帝王切開術を施行した。手術開始後9分にて児を娩出し、すぐにオキシトシン、セファゾリンの投与を開始した。児娩出後10分の時点で、呼吸困難及び昇圧薬に反応しない血圧低下をきたし、全身麻酔に移行した。カテコラミン類の投与により血圧は回復し、閉腹した。子宮マッサージ、及び輸液負荷に反応しない性器出血の持続及び血圧低下がみられたために再開腹し、子宮摘出を施行した。術後、DIC状態は改善し、術後10日にて母児ともに状態良好にて退院した。採血にて、アナフィラキシーショックのマーカーであるトリプターゼは有意な上昇を見せ、羊水塞栓症に特異的な胎児マーカーであるZN-CPIは陽性であったが、STNは陰性であった。臨床的羊水塞栓症の基準である分娩後12時間以内の発症であることや分娩後2時間以内の大量出血、DIC、呼吸不全などの存在したこと及び補助診断である母体血清中に胎児成分であるZN-CPIが高値に検出されたために診断可能と思われた。今回、選択的帝王切開術中に発症し、救命し得た臨床的羊水塞栓症の1例を経験した。羊水塞栓症はいまだに病態生理などが解明されていない稀な偶発症であり、母児死亡率も極めて高いために迅速な対応が重要であると考えられた。

P3-126 腹腔内出血を併発した臨床的羊水塞栓症の1例

広島市立広島市民病院

伊藤裕徳, 西川忠暁, 岡田朋美, 辰本幸子, 香川玲奈, 早田 桂, 依光正枝, 小坂由紀子, 石田 理, 野間 純, 吉田信隆

症例は31歳の1回経産婦。前医にて妊婦健診施行、妊娠30週0日切迫早産で入院後、塩酸リトドリン点滴で加療されていた。一旦は落ち着いたが妊娠34週6日陣痛抑制不能となり早産、分娩直後痙攣発作、呼吸停止、血圧低下を認めマスク&バッグによる呼吸管理、心臓マッサージをしながら当院へ母体搬送となった。搬送時意識レベルは30-100、血圧は80台、脈拍は150bpmとショック状態であったが、自発呼吸はあり痙攣発作はなく子宮収縮も良好で弛緩出血は認めなかった。頭部CTで脳出血は否定され、肺動脈造影でも肺梗塞の所見は認めず下肢静脈造影でも血栓は認めなかった。血液検査ではヘモグロビン値11.0g/dl、血小板数11.0万と著変は認めなかったが、フィブリノーゲン値30mg/dlと著名に低下、FDPは377.6μg/ml、D-ダイマー>200μg/mlと上昇していた。これまでの臨床症状、子痙発作、脳出血、肺塞栓が否定されたこと、凝固能の異常をみとめたことより羊水塞栓症と診断、抗ショック療法、抗凝固療法を開始した。その後は落ち着いていたが、搬送12時間後頃より血圧低下、腹部膨満を認め腹腔内出血が疑われた。出血部位検索のためCTしたところ、肝実質に血腫を認め肝損傷による腹腔内出血と診断し開腹術施行、肝実質に裂傷を認めそこからの腹腔内出血と判明、止血術施行した。その後の経過は良好で、懸念された急性呼吸窮迫症候群の発症もなく入院6日目に一般病棟に転棟、13日目に退院となった。腹腔内出血は、心臓マッサージによる肝実質の損傷に凝固能低下が加わったことによる出血傾向が原因であると考えられた。