

生涯研修プログラム 安全な産婦人科医療を目指して一事例から学ぶー (日本産婦人科医会との共催)

I. 医療安全対策シリーズ 1. 各種ショックへの対応

1. septic shock, TSS, TSLS, 劇症型溶血性レンサ球菌感染症

(産褥熱, 早産, 破水, 子宮内容除去術等)

国保旭中央病院 小林 康 祐

近年, 産科領域における感染症は抗菌薬や周産期管理・集中治療の進歩により重症例の減少や重症化した場合でも予後は飛躍的に改善されているが, 妊娠・産褥期に腎盂腎炎や絨毛膜羊膜炎, 子宮内膜炎, 創部感染, 壊死性筋膜炎, 胆嚢炎などの感染症から多臓器不全を伴った重症敗血症に陥る事例もいまだ報告されており, 決して安心できる病態とはいえない。

起炎菌はグラム陰性桿菌である大腸菌 (*Escherichia coli*) やグラム陽性球菌である A 群 β 溶血性レンサ球菌, 黄色ブドウ球菌が重要である。グラム陽性球菌の中には有毒なエキソトキシンを産生し急激に敗血症に至らしめるものがあり, とくに黄色ブドウ球菌によって敗血症様の症状を呈し, 臓器不全へ移行するものを toxic shock syndrome (TSS) と呼ぶ。また, 敗血症性ショックに

よる子宮循環不全や常位胎盤早期剝離様症状を呈し, これに上気道感染症状を伴う事例には劇症型 A 群レンサ球菌感染症 (分娩型) を考慮する。頻度はきわめて稀であるが, 一旦発症すると高頻度に母体死亡に至るために, 十分な注意が必要である。さらに近年, メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*; MRSA) のような薬剤耐性菌感染症の出現や, 切迫早産症例における長期血管内カテーテル留置関連感染症など, 新たな感染症による問題も起きている。

本講演では周産期における感染症の事例を提示するとともに, あわせて 2008 年に改訂された国際的な敗血症診療ガイドラインを紹介する予定である。

生涯研修

2. 分娩時大量出血によるショック (DIC 対応と産科危機的出血対応 GL)

信州大学保健学科 金 井 誠

分娩時大量出血への対応は, 母体救命における最重要課題の 1 つであり, 産科危機的出血への対応ガイドラインが作成されている。大量出血は通常の分娩でも発生するため, 妊娠初期に血液型と不規則抗体スクリーニングを必ず検査する。大出血が予想される症例は高次施設での分娩や自己血貯血を考慮し, 分娩時は必ず血管確保を行う。腹腔・後腹膜腔への出血を伴う場合などは, 外出血量が大量でなくても生命の危険な事態に至るため, 外出血量よりもバイタルサインの異常 (頻脈, 低血圧, 乏尿), 特にショックインデックス (SI = 心拍数/収縮期血圧) に留意した管理が必要となる。SI が 1 となった時点で高次施設への搬送を考慮し, 出血量が経腔分娩で 1L, 帝王切開で 2L 以上になれば輸血の準備を行う。また産科出血は容易に DIC を併発するので産科 DIC スコアを使用して治療を開始する。各種対応にも拘わらず, SI

が 1.5 以上, 産科 DIC スコアが 8 点以上となれば「産科危機的出血」として輸血を開始し, 一次施設では高次施設へ搬送を行う。産科出血の特徴から, 赤血球製剤だけではなく直ちに新鮮凍結血漿を投与し, 血小板濃厚液, アルブミン, 抗 DIC 製剤, AT-III などの投与も躊躇しない。救命を最優先し, 交差適合試験の省略や異型適合血の輸血もありえる。これらの治療でも出血とバイタルサインの異常が持続するなら, 動脈の塞栓・結紮, 子宮腔上部切除術または子宮全摘術などを試みる。子宮摘除術を行っても止血不能の場合にはノボセブ®の使用を考慮してもよい (保険適応外である。使用前に十分量のフィブリノゲンと血小板を補充する。血栓症のリスクが高いためトラネキサム酸を併用しない)。非常事態時でもダブル・チェックを心がけ, ヒューマンエラーを回避する。