

P1-85 静脈血栓塞栓症予防ガイドライン準拠後に発症した周産期深部静脈血栓症・肺塞栓の2例

釧路赤十字病院

米原利栄, 宇田智浩, 小島崇史, 鈴木俊也, 武田真光, 岡田力哉, 東 正樹, 山口辰美

【背景】当院では周産期血栓塞栓症対策として2004年肺血栓塞栓症(PE)/深部静脈血栓症(DVT)予防ガイドラインに準拠して行っているが、その予防対策後に発生したPE/DVTの2症例につき検討した。【症例】(症例1):27歳, BMI23, G1P0。妊娠12週で悪阻による摂食困難のため入院し、補液を開始した。4日後左下肢の腫脹疼痛が出現し、精査にてDVTと診断された。ダルテパリンナトリウム5000単位の持続静注を開始し、症状およびデータの改善が得られた時点でヘパリンカルシウム皮下注に変更した。以後は再発無く経過し、38週で計画誘発分娩を試みたが遷延分娩のため帝王切開となった。術後の再燃やPE発症は認めていない。(症例2):30歳, BMI27.7, G0P0。尖圭コンジローマ合併のため37週で選択的帝王切開施行。術後は弾性ストッキング装着と間欠的空気圧迫法を実施した。術後10日目に両下肢腫脹と胸部不快感が持続し受診、血液検査および画像所見上PEと診断し、ダルテパリンナトリウム5000単位持続静注を開始した。症状およびデータは速やかに改善し、以後は再燃無く経過観察中である。2例とも凝固異常症や抗リン脂質抗体などの血栓症のリスクは認められなかった。【結語】ガイドラインに準拠した予防対策実施後に発生した周産期PE/DVTの2症例について検討した。いずれもPE/DVTの好発期であり、標準的予防を行っていたが発症した例であった。予防によっても発症を抑制できないこうした症例を考えると、リスク群の再評価も必要であり、さらに早期発見のためPE/DVTに関するスタッフおよび患者への周知、教育が重要と思われた。

P1-86 双角子宮妊娠の予定帝王切開術後に深部静脈血栓症(DVT)を発症した一例

公立甲賀病院

高橋真理子, 小林 昌, 木下幹久

今回、我々は双角子宮による物理的な静脈圧迫が原因でDVTを発症したと考えられる一例を経験したので報告する。症例:32歳, 2経妊1経産。既往歴:28歳骨盤位にて37週0日で帝王切開。経過:37週6日選択的反复帝王切開を施行。開腹所見にて、双角単頸子宮、今回は右側子宮の妊娠であることを確認。術翌日より左下肢腫脹が出現、徐々に左右差が著明となったため、術後4日目に下肢エコーと下肢造影CTを施行、左腸骨静脈レベル～左膝窩静脈レベルまでの左下肢DVTを指摘された。同日直ちにヘパリンによる抗凝固療法を開始、下大静脈フィルターの挿入を行い、後にワーファリンへ切り替えを行った。左下肢の腫脹が継続し、術後13日目の造影CTで改善が見られなかったため、同日血栓溶解・吸引療法を施行、ウロキナーゼ投与を開始した。その際の血管造影検査で、左総腸骨静脈の血栓は器質化して完全閉塞しており、左外腸骨静脈からの血流は側副血行路を通じて右総腸骨静脈に流入していることが判明した。この結果より、前回帝王切開術後に左総腸骨静脈血栓が形成されていた可能性が考えられた。同日、下大静脈フィルターは抜去した。術後16日目には左下肢腫脹もほぼ改善、術後18日目に退院となった。血液検査では、AT3、プロテインC、プロテインSは正常範囲であった。考察:今回のDVTの原因は、明らかな血栓性素因を指摘できず、双角子宮非妊娠側の直接的な静脈圧迫によるDVTの発症が考えられた。子宮奇形合併妊娠の静脈圧迫によるDVTは過去に報告例がなく、子宮奇形を有する妊娠・分娩の際には物理的な静脈圧迫によるDVTの可能性も考慮に入れる必要があると考えられた。

P1-87 妊娠初期から中期にかけて発症した深部静脈血栓症症例の分娩管理について信州大¹, 信州大保健学科²小原久典¹, 菊地範彦¹, 長田亮介¹, 大平哲史¹, 芦田 敬¹, 金井 誠², 塩沢丹里¹

近年、妊娠中の深部静脈血栓症(deep vein thrombosis: DVT)が増えているが、その対応について確立された方針はない。今回我々は妊娠初期から中期にかけて発症し、抗凝固療法を併用して妊娠・分娩管理を行ったDVT3症例を経験したので、診断とその対応について検討を行った。症例1, 2, 3の年齢は28, 34, 29歳でいずれも初産婦であり、DVT発症週数はそれぞれ9, 18, 9週であった。症例1, 2はアンチトロンビン(AT)欠損症。症例3はプロテインS活性が36.8%と低下を認めた。3症例とも未分画ヘパリンの持続静注が行われ、症例1, 2についてはATIII製剤も併用された。ヘパリンは正常APTT値の1.5倍の延長を目標とし、1日あたり約20,000-30,000単位が必要であった。ATIII製剤はATIII活性60%を目標とし、1日あたり1000単位が必要であった。症例1は妊娠35週時に下肢静脈エコーで浮遊血栓を認めたため、分娩時にIVCフィルターを挿入する方針とした。妊娠38週3日に周期的な子宮収縮を認めたためIVCフィルターが挿入され、翌日、自然陣痛発来の後、経陰分娩となった。症例2では器質性血栓を認めたが低リスクと評価したため、症例3では浮遊血栓を認めなかったためIVCフィルターは挿入せず、それぞれ妊娠40週3日と39週5日に自然陣痛発来の後、経陰分娩となった。妊娠初・中期発症のDVT症例には、ヘパリンによる抗凝固療法が基本でさらにAT欠損症の場合にはATIII製剤が適応となる。分娩に際しては浮遊血栓が確認された場合にはIVCフィルターが必要であると考えられた。