

**P1-25-5 肺水腫を発症した妊娠高血圧症候群の2例**

トヨタ記念病院

萩瀬智彦, 大塚祐基, 古株哲也, 宮崎のどか, 長谷川育子, 原田統子, 岸上靖幸, 小口秀紀

【緒言】妊娠中の肺水腫の発症率は0.08%と稀な疾患であるが、重症妊娠高血圧腎症における肺水腫の発症率は3%と高く、母体死亡率は11%、周産期死亡率は9-23%とされている。今回我々は妊娠高血圧腎症に肺水腫を合併した2例を経験したので報告する。【症例】症例1は36歳。妊娠29週3日に呼吸苦と胸部圧迫感を主訴に前医を受診。肺水腫の診断で当院へ緊急搬送となった。来院時は起坐呼吸で、全身浮腫を認め、血圧は165/122 mmHgで、尿蛋白は4+であった。心エコーで左室駆出率(EF)は30%に低下し周産期心筋症と診断した。直ちにICUに入室し、BiPAP下にSpO<sub>2</sub>は100%を維持でき、妊娠を継続する方針としたが、子宮収縮が増強し、骨盤位であったため、緊急帝王切開術を施行した。出生児は1276gの男児で、Apgar scoreは4/7であった。心不全治療を行い、術後7日目にICUを退室し術後16日目に退院となった。EFは術後5カ月で61%まで回復した。症例2は29歳。妊娠39週6日に破水し前医を受診し、収縮期血圧が200mmHgをこえ、頭痛、上腹部痛を認めたため、当院へ緊急搬送となった。当院到着直後に全身性の強直性痙攣を認め、血圧は168/112 mmHgで、胎児心拍数は70 bpmであった。妊娠子癇、胎児機能不全の診断で、緊急帝王切開術となった。出生児は2806gの女児で、Apgar scoreは3/4であった。術直後より肺水腫を認めたが心機能に異常は認めなかった。利尿剤投与、脳浮腫治療を行い、術後12日目に退院となった。【結論】妊娠中の肺水腫は稀な疾患であるが、妊娠自体が生理学的に肺水腫を起こしやすい病態であり、さらに妊娠高血圧腎症を合併した場合はそのリスクが相乗的に増加するため、嚴重な管理が必要である。

**P1-25-6 妊娠高血圧腎症重症に合併し、分娩後拡張期重症高血圧に続発して hypertensive brainstem encephalopathy (brainstem variant of RPLS) を発症した症例**

大阪市立総合医療センター

三田育子, 中本 収, 田坂玲子, 田中和東, 本久智賀, 福益 博, 松尾重樹

われわれは生命維持に関わる脳幹部において妊娠高血圧腎症に続発したRPLS (reversible posterior leukoencephalopathy syndrome) と同様の病態を発症したが、安定的な降圧管理で後遺症なく改善した症例を経験したので報告する。症例は20歳代初産婦。妊娠37週から血圧上昇傾向(130/80mmHg台)、尿蛋白2+を認めたものの38週で経陰分娩に至った。分娩後から重症高血圧(160/124mmHg)を認め降圧薬内服処方されたが、拡張期血圧110mmHgが持続し分娩後9時間後に子癇を発症し当院へ母体搬送となった。当院搬送直後から意識状態が急激に悪化し人工呼吸管理が必要となった。搬送後頭部MRIで脳幹部を中心に拡散強調像(DWI)で高信号、ADCmapで低信号を示す梗塞病変を疑う変化を認め、血液検査ではHELLP症候群を認めた。塩酸ニカルジピンを用いた安定的な降圧管理(降圧目標140/90mmHg未満)と嚴重な全身管理によって意識障害は分娩後1日目に改善したが、眼振は分娩後3日目まで残存した。分娩後15日目のMRIでは病変の消失を認めた。140/90mmHg未満を目標とした降圧治療を継続、分娩後18日目に後遺症なく退院が可能となった。RPLSは可逆性で後頭葉に好発するといわれているが、必ずしも可逆性ではなく一部には梗塞に進行した報告がある。病変が可逆性か否かを判断するにはMRI DWIによる鑑別が重要であるが、発症部位も小脳や脳幹部に発症することも報告されており、hypertensive brainstem encephalopathy や brainstem variant of RPLS と呼ばれている。妊産婦の痙攣や神経学的異常、意識障害発症時には診断、予後判定のために脳幹部を含めたMRI DWI 検査が必要で、予後改善のために嚴重で安定的な降圧管理が重要と提言できる。

**P1-25-7 遺伝子組換えトロンボモジュリン注射薬を用い妊娠高血圧腎症重症の分娩後HELLP症候群病態に奏功した二例**

大阪市立総合医療センター

田坂玲子, 中本 収, 三田育子, 本久智賀, 田中和東, 福益 博, 松尾重樹

【はじめに】Thrombomoduline (TM) は血栓形成を抑制するが、recombinant TM (rTM) がDIC治療薬として認可されている。今回妊娠高血圧腎症に分娩後(PP)HELLP症候群(HELLP)を併発し、rTMが奏功した2症例を報告する。【症例1】30歳代経産婦、妊娠36週から蛋白尿、38週から高血圧(HT)を発症し、39週で経陰分娩となった。分娩時重症高血圧・PPに肝酵素上昇(EL)と血小板減少(LP)を認め、未分画ヘパリン治療を行ったがHELLPが重症化した。PPI→18hrで血小板数(Plat)14.5万→4.8万/mm<sup>3</sup>と低下した。ヘパリンを中止しAT-III活性値は95%であったためrTMを投与した。Platは2.9万まで減少したがPP29hr(rTM後11hr)で3.2万と回復を示した。【症例2】30歳代前回妊娠時PIH・分娩時意識消失既往経産婦。今回妊娠異常なく38週で経陰分娩となった。分娩時重症高血圧を認め、PPにEL・LP・血尿を示しHELLPを発症した。PP5→11hrでPlat19.1万→5.0万/mm<sup>3</sup>に低下、AT-III値は84%であったため、rTMをPP12hrから開始した。Platは2.0万まで減少したがPP26hr(rTM後14hr)で2.3万と回復を示した。症例1、2とも降圧薬、利尿薬の併用を行い安定的な降圧と利尿を図り、rTM 380aU/kgの1日1回3日間投与によって血小板輸血や特定生物由来製剤の使用を回避しPP5日で基準値近くまで回復した。【結論】重症PIHは分娩後も病態の進行を認める。rTM製剤は妊婦禁忌であるが分娩後のDIC治療薬として使用可能である。産科DICとして捉えることのできる重症HELLP病態においてもrTMが単剤で奏功し、血小板輸血や特定生物由来製剤の使用を回避しえた2症例を報告した。重症PIH治療薬としてrTMが選択しうる有効な薬剤として提示できる。