

## 生涯研修プログラム 周産期

共同企画-2 妊産婦死亡報告からみた母体安全への提言 3) 分娩時大量出血

## ①羊水塞栓症

浜松医科大学 金山 尚 裕

羊水塞栓症 (AFE) は心肺虚脱症状と DIC が 2 大初発症状である。AFE の病因は物理的塞栓によるよりもアナフィラクトイド反応が背景にあることが多いことが明らかになりつつある。羊水によるアナフィラクトイド反応が全身性に発生すれば心肺虚脱症状が主たる症状となり、子宮中心に発生すれば DIC 型の後産期出血となる。AFE の救命率は近年改善傾向にあるが、特に DIC 型においては DIC の早期診断、早期治療により救命率が向上すると考えられている。AFE の初期対応のポイントは、低酸素血症→迅速な酸素投与・気管挿管・人工呼吸、低血圧→昇圧剤投与、痙攣→ジアゼパム投与、出血・DIC→輸液、FFP、RCC、アンチトロンビン投与、アナフィラクトイド反応→ヒドロコルチゾン早期投与等である。予防対策としては羊水と母体免疫系 (頸管内腔・頸管組織および子宮筋) がなるべく接触しない分娩に心がける。ステーションが高い位置での人工破膜、展退して

いない症例の破膜、帝王切開の破膜などはアナフィラクトイド反応が起こりやすい状況と認識する。また吸引分娩や鉗子分娩は羊水塞栓症のリスクが高くなることが知られているが、機械分娩による頸管の傷が羊水との接触の場を提供している可能性がある。アレルギー疾患合併妊娠、切迫早産、妊娠高血圧症候群、低置胎盤、前置胎盤なども羊水塞栓症のリスクが高い。これらのリスクをもつ妊婦の破水時は慎重に経過をみることも重要である。

不幸にも妊産婦死亡の転帰となった場合以下の対応を行う。1) 院内事例調査委員会を立ち上げ対応する、2) 日本産婦人科医会と各都道府県産婦人科医会に連絡する、3) 病理解剖を行う (司法解剖に極力しない)。病理解剖を行う際は「妊産婦死亡の剖検マニュアル」を参考に行う。4) 血清を遮光して保存する。

## ②子宮破裂

聖隷浜松病院 村 越 毅

分娩時大量出血の最も多い原因は弛緩出血であるが、産道・子宮の裂傷や子宮破裂も念頭に置く必要がある。2010 年の妊産婦死亡報告での検討では妊産婦死亡の 23% が産科出血に起因するものであり、そのうちの 20% が子宮破裂によるものであった。

分娩直後からの大量出血においては、母体のバイタルサインの評価を確実にを行い、血圧のみならず、心拍数、ショックインデックス、経皮酸素飽和度、呼吸数、意識レベルなどに注意が必要である。同時に十分な補液、輸血の準備、血液検査などを行いながら、大量出血の原因検索が必要となる。弛緩出血に対する治療 (子宮双手圧迫や子宮収縮薬投与など) を行いながら、産道および子宮の裂傷・損傷に注意し診察を行う。特に、外出血量に見合わないバイタルサインの低下 (低血圧、頰脈など) を認める場合は、子宮破裂や後腹膜血腫などを念頭に置いた精査が必要となる。子宮破

裂では既往歴 (既往帝王切開、既往子宮手術など) の聴取も重要である。

既往帝王切開における経膈分娩を試行する場合は、ルートを確認したうえで分娩第 1 期での子宮破裂にも留意し分娩管理を行う。急激な胎児心拍モニター異常、過強陣痛、恥骨上部の持続する疼痛、バイタルサインの低下、陣痛の消失、児頭の突然の浮遊などの子宮破裂に関連するサインを熟知する。経膈分娩成功後も子宮破裂を念頭に置いた触診や異常出血の持続に注意し分娩後 1~2 時間は母体バイタルサインに注意し管理する必要がある。

子宮破裂は迅速な対応 (開腹止血や輸血など) が必要であり、遅れると母体死亡 (分娩前であれば、母児の死亡) に直結する可能性のある疾患であることを常に念頭に置き分娩管理を行うことが大切である。