Japan Society of Obstetrics and Gynecology

P3-15-12　わが国におけるHIV感染女性の再妊娠の転帰に関する検討

奈良県立奈良病院[1]，国立国際医療研究センター[2]，松田母子クリニック[3]，防衛医大[4]，都立大塚病院[5]，沖縄県立南部医療センター[6]，北里大公衆衛生学[7]，獨協医大[8]，仙台医療センター[9]，和合病院精神科[10]，国立成育医療研究センター[11]
喜多恒和[1]，中西美紗緒[2]，箕浦茂樹[2]，松田秀雄[3]，高野政志[4]，岩田みさ子[5]，佐久本薫[6]，太田　寛[7]，稲葉憲之[8]，和田裕一[9]，戸谷良造[10]，塚原優己[11]

【目的】わが国のHIV感染女性の再妊娠の転帰を解析し，啓発や教育の必要性を検討する.【方法】全国調査にて2011年末までに報告されたHIV感染妊娠777例において，HIV感染判明時期と妊娠時期との関係および再妊娠の転帰に関して2011年から遡って5年毎経時的に解析した.【成績】HIV感染妊娠の年間報告数は最近3年間30例前後で減少傾向はない．1996年以前，1997年～2001年，2002年～2006年，2007年～2011年の4時期において，HIVの感染がわからず妊娠(A群)が65%，58%，41%，38%と減少傾向で，感染判明後初回妊娠(B群)は8%，17%，37%，37%，2回目妊娠(C群)は1%，4%，7%，24%と著明に増加した．2007年以降の妊娠転帰は，A群B群C群の順に分娩率は89%から52%まで減少し，人工中絶率は8%から31%へ増加する傾向にあった．しかし分娩例における選択的帝切率は71%から86%へ上昇傾向にあり，緊急帝切は24%から9%に減少している.【結論】HIV感染妊娠は減少傾向を示さず，HIV感染判明後の複数回妊娠が増加傾向にある．選択的帝切の比率の増加などHIV母子感染予防対策マニュアルの浸透が検証されているが，人工中絶の増加からHIV感染女性に対する啓発や教育の更なる必要性が示唆された.

P3-16-1　母児ともに救命しえた劇症型A群連鎖球菌感染症（分娩型）の2例

明石医療センター
堀　聖奈，望月慎介，荻野恭子，鈴木嘉穂，小野晶子，濱名伸也

【緒言】劇症型A群連鎖球菌感染症（分娩型）は，短時間にショック，播種性血管内凝固症候群（DIC）が進行し，多臓器不全に至るため，母児の死亡率が極めて高い疾患である．今回我々は，母児ともに救命しえた2例を経験したので報告する.【症例1】37歳，1経妊1経産．妊娠38週1日，3日前よりの咽頭痛と39度台の発熱を認めたため入院となった．入院数時間後，胎児心拍数異常，血尿を認めたため緊急帝王切開術を考慮した．しかし，急速に分娩が進行したため，自然経腟分娩となった(3122g，Ap2/8，女児)．分娩後，多量の出血が持続したため，止血目的で腹式単純子宮全摘術を施行した.【症例2】37歳，2経妊1経産．妊娠32週2日，数日前よりの咽頭痛と39度台の発熱を認めたため入院となった．入院後，突然の胎児心拍数異常，大量の性器出血を認めたため，緊急帝王切開術を施行した(2212g，Ap3/6，女児)．術直前には鼻腔，気道からの出血を認め，ショック・DIC症状を呈したが子宮は温存可能であった．2例は，後に血液培養にてA群連鎖球菌が検出されたことから，劇症型A群連鎖球菌感染症(分娩型)と確定診断した．診断確定前より本疾患を疑い，抗生剤大量投与，recombinant thrombomodulin(rTM)投与，抗ショック療法，抗DIC療法を行った．人工呼吸管理，血漿交換，透析療法による管理が必要となったが，約2カ月で後遺症を認めることなく，母児ともに軽快退院となった.【結論】当院で経験した2例は，分娩方法，子宮摘出の有無という点で相違を認めるが，早期より適切な治療を開始したことが，救命につながったと考えられた．今後，発熱妊婦においては，本疾患を念頭に入れて治療方針を決定する必要があると考えられた.

P3-16-2　母児ともに救命できた劇症型A群レンサ球菌感染症（分娩型）の一例

福山医療センター
澤田麻里，原賀順子，永井あや，多賀茂樹，山本　暖，早瀬良二

【はじめに】周産期における劇症A群レンサ球菌感染症は非常に稀な疾患であるが，敗血症性ショック，DIC，多臓器不全を起こし急激な経過をとる．今回，原因菌の特定が迅速で，母児ともに救命できた症例を経験したので報告する.【症例】34歳1経産．妊娠経過は順調であった．妊娠37週0日に突然40℃の発熱を認め近医受診，補液で一時帰宅するも夜間に持続性の下腹部痛を発症し，児の徐脈を認め母体搬送となった．搬送時，意識レベルは清明で血圧86/64mmHg，脈拍119回/分，体温39.6℃，モニターではvariabilityは消失し，80bpmまで下降する徐脈を繰り返しており，緊急帝王切開を施行した．データでDICを呈しており，術後に輸血とDIC療法を施行した．抗生剤はMEPM1g/日を開始したが，翌日に血液と悪露培養からA群レンサ球菌が検出され，ABPC+CLDMに変更した．抗生剤は著効し，2日後の培養は陰性となった．輸血は計RCC 8単位，FFP18単位，PC40単位使用し，改善したが血小板のみ2万台と低い状態であった．また，呼吸循環動態は安定していたが，術前Cr0.83mg/dlが最終的にCr7.6mg/dlと急性腎不全の状態となった．持続的血液濾過透析（CHDF）を予定していたが，血小板関連の血液疾患の合併症も危惧され，集中治療目的に他院に搬送となった．搬送先でCHDF施行され，腎機能は次第に改善，血小板低下の原因は血小板不能症(血小板抗体陽性)と判明した．児は3006g男児，AS2/4で脳低温療法を施行されたが感染兆候を認めることなく経過順調であった.【考察】劇症分娩型は一般のSTSSと比較しても進行が急速で死亡率の高い疾患である．妊娠後期の感染症については劇症分娩型の感染も可能性も考慮し治療にあたる必要がある.

NII-Electronic Library Service