

P3-29-2 自然分娩、双胎での帝王切開で経験した子宮型羊水塞栓症の2例

仙台医療センター

牧野浩充, 佐々木恵, 島 崇, 松浦 類, 石垣展子, 早坂 篤, 千葉由美代, 朝野 晃, 明城光三, 和田裕一

【緒言】羊水塞栓症は、剖検による確定羊水塞栓症と臨床的羊水塞栓症があり、近年後者の中の子宮型羊水塞栓症が注目されている。2例の子宮型羊水塞栓症を経験したので報告する。【症例1】35歳2妊2産 妊娠39週に陣痛発来で入院し約40分で自然分娩となったが、5時間後の出血量が約1000ccとなった。呼吸困難、胸痛、ショック症状等はなかったがHb9.9g/dl PLT 8.4万/ μ l PT (%) 59% APTT42.0秒 Fib84mg/dl FDP35 μ g/ml ATIII23% T.B7.0mg/dl AST232mU/ml ALT279mU/ml LDH1437mU/ml BUN33mg/dl Crea2.66mg/dl の異常値を得た。その後胸水貯留、浮腫、乏尿等の症状が発現したが、FFP, ATIII製剤, メシル酸ガベキサート, 昇圧剤, アルブミン, 利尿剤等の投与で次第に改善した。HELLP症候群, TTP, HUS等を考えたが、Zn-CPIが4.8pmol/mlと異常高値, C3, C4低下, IL-8高値より子宮型羊水塞栓症と判断した。【症例2】30歳0妊0産 双胎, 妊娠高血圧症候群にて妊娠34週に帝王切開分娩となった。術中出血は約1000ccで、その後持続的な性器出血があり4時間後で約1000cc, 検査値はHb8.2g/dl PLT11.9万/ μ l PT(%)69% APTT45.8秒 Fib75mg/dl FDP547 μ g/ml ATIII68% Dダイマー 243.1 μ g/mlであった。心肺虚脱症状はなく下肢エコーでも血栓は認めなかった。RCC, FFP, ATIII製剤, メシル酸ガベキサート等を投与したが性器出血が改善せず、子宮動脈塞栓術を施行し止血した。Zn-CPIが4.8pmol/mlと異常高値, IL-8高値が判明し子宮型羊水塞栓症と考えた。【結語】本症例は、羊水が子宮等の諸臓器に流入しアナフィラクトイド反応が発生した子宮型羊水塞栓症と推定された。

P3-29-3 子宮底部横切開による帝王切開で羊水塞栓症を発症した1例

埼玉医大

伸仲宏子, 梶原 健, 木村真智子, 瀬戸さち恵, 鈴木元晴, 三木明德, 岡垣竜吾, 板倉敦夫, 石原 理

【緒言】羊水塞栓症は妊産婦死亡の原因となる疾患である。今回我々は前置胎盤、癒着胎盤疑いで子宮底部横切開による帝王切開術を施行した後に腹腔内出血、産科DICを来し幸い救命できたが、摘出子宮に羊水成分を認め羊水塞栓症の診断に至った症例を経験したので報告する。【症例】39歳 1経妊1経産(前置胎盤のため帝王切開の既往)。妊娠31週に前置胎盤を指摘され当科紹介受診した。胎盤は前壁優位の全前置胎盤で癒着胎盤も否定しきれないため、癒着胎盤に準じた手術準備を行い、妊娠37週2日に予定帝王切開とした。胎盤付着部を避けるために子宮底部横切開で児を娩出した。胎盤は癒着無く娩出されたため、子宮を温存し閉腹して手術を終了した。帰棟直後より、血圧の低下認め、腹腔内に留置したドレーンから持続する血液の流出を認め、その時点での産科DICスコアは20点であった。直ちにFFP, 血小板輸血, 乾燥人フィブリノゲン投与し再開腹を行った。腹腔内には凝血塊を形成しない血液が1500mL貯留しており、子宮切開部より出血の持続を認めたため膈上部切開術施行した。経過中呼吸不全の徴候はみられなかった。術後経過は良好で12日目に退院した。臨床所見から羊水塞栓症を疑い測定した母体血中のZn-CPI, STNはともに陰性であったが、C3/C4/IL-8が異常高値であった。また摘出した子宮の筋層内にalcian blue陽性物質を認め、C5aレセプター陽性細胞の浸潤も認め、羊水塞栓症と診断した。【結語】今後症例の蓄積により、子宮底部横切開が羊水塞栓のリスクとなるか評価が必要と考えた。

P3-29-4 早期のDIC管理と子宮摘出により救命得た羊水塞栓症の1例

佐賀大

藤田 愛, 室 雅巳, 中橋弘顕, 野口光代, 田中智子, 横山正俊

【緒言】羊水塞栓症は、羊水成分の母体血中への流入によって引き起こされる急性循環不全ならびにDICを呈する病態である。今回羊水塞栓症を早期より疑い、初期対応及び手術をすることにより救命し得た一例を経験したので報告する。【症例】41歳4経妊2経産。妊娠経過順調であり、妊娠38週5日、前医にて3222gの女児をApgar8/9で経陰分娩。2分後に胎盤娩出となったが、その後激しい出血が続き、分娩後2時間までで出血量2000gを超えたため当院救急搬送となった。来院時、多量の性器出血を認め、ショックバイタルでありshock index:4.1, Hb5.5g/dl, 血小板10万, PT活性<5.0%, FDP289 μ g/ml, Fib46mg/dl, AT3:37.4%, 産科DICスコア20点。以上の所見から臨床的羊水塞栓症と診断した。バッグマスク換気下にて急速輸液による循環管理、抗DIC治療、輸血を開始した。子宮収縮薬を投与したが、低凝固性の性器出血が続くため保存的治療は困難と判断し、膈上部切開術及び両付属器摘出術を施行した。来院から術後までの総出血量は測定可能であったもので6856ml。術中・術後の輸血量は計MAP46単位, FFP50単位, 血小板20単位投与した。術後より活動性の出血は減少し、凝固能も改善、特にその他の合併症を発生することもなく術後17日目退院となった。来院時に採取した血液からは亜鉛コプロポルフィリンが検出された。Sialyl Tnは陰性であった。今回は初期より羊水塞栓症を疑い、早期のDIC管理と外科的処置により救命し得たが、麻酔科、救命救急科の協力が迅速な対応に繋がった。羊水塞栓症の母体死亡率は60~80%と高率であり、通常より円滑な他科連携が可能な体制整備が重要と考えられた。