

P1-27-9 子宮内容除去術の1週間後に危機的出血を起こし、子宮頸管内の損傷が疑われ、2回の子宮動脈塞栓術を行ったのち、自然妊娠・自然分娩で生児を得た1症例

福井県済生会病院

加藤亜矢子, 高多佑佳, 笠松由佳, 三屋和子, 河野久美子, 里見裕之, 福野直孝, 細川久美子, 金嶋光夫, 紙谷尚之

症例は1経妊1経産。2011年4月に自然分娩。2012年6月6日(妊娠6週5日)に子宮内容除去術を施行。術後1週間目の診察時の経過は良好であったが、翌日6月15日に多量の性器出血を認めたため前医受診し、精査加療目的に同日当科紹介入院。ヨードホルムガーゼを腔内に充填し、メチルエルゴメトリンの持続点滴を行ったが性器出血が持続した。造影CTでは左子宮動脈の分枝より血管外漏出像を認めたため、緊急子宮動脈塞栓術(UAE)を行い、ジェルフォームを使用して左子宮動脈分枝を塞栓した。6月18日のMRIでは、子宮頸部左側の粘膜不整を認め、CTでの血管外漏出部位に一致しており、子宮頸管内の損傷が疑われた。少量の性器出血は持続していたが、止血傾向であったため術後15日目の6月30日に退院。外来経過観察中、少量の性器出血が持続しており、8月13日に多量の性器出血を認めたため来院。造影CTで前回UAE部位からの再出血を認めたため、同日緊急UAEを行った。前回より強めの塞栓が行われ、術後の持続出血のないことを確認し、術後4日目に退院。その後の不正出血は認めず、9月7日から月経が再来し、10月18日のMRIで異常所見を認めなかった。その後、最終月経を2012年11月3日として自然妊娠に至る。妊娠27週~35週に切迫早産のため入院加療を要したが、経過は概ね良好であり、2013年8月10日(妊娠40週0日)に3600g男児を自然分娩。分娩時の出血は少量であり、産褥経過も良好。今回の症例では、明らかな子宮動脈奇形は認めず、子宮頸管内の血管の機械的な損傷が出血の原因と考えられた。UAEによる子宮温存加療後自然妊娠に至り、大きな合併症なく自然分娩が可能であった。



P1-28-1 帝王切開中に大量出血・心停止を来し蘇生に成功した一例

大阪厚生年金病院

古谷毅一郎, 宮本真由子, 丸本恵理子, 金尾世里加, 大八木知史, 福田 綾, 小川晴幾

帝王切開実施中に発生した心停止に対し蘇生を実施し成功した報告は少ない。今回、低置胎盤警告出血に対し緊急帝王切開中に大量出血・心停止を生じ、術野にて蘇生実施し蘇生・回復した1例を経験したので報告する。症例は28歳、2経妊2経産。低置胎盤と診断され当科で妊娠38週に選択的帝王切開を予定。妊娠34週5日、警告出血を主訴に来院し、同日緊急帝王切開実施。生児娩出後子宮収縮不良から大量出血を来し各種収縮剤投与・B-Lynch法などあらゆる手段を用い止血・子宮収縮を試みたが止血に至らず、やむなく単純子宮全摘術をズブラで実施。子宮摘出後も摘出面・腔断端からの出血がコントロール不良で大量輸血を実施しつつ止血をおこなった。止血がある程度完了した時点で突然の心停止を生じ、心臓マッサージ・電気的および薬理的除細動を試みた結果、14分後に洞調律回復。速やかに閉腹後集中治療室に移送し、集学的治療を開始。治療開始直後の左室駆出分画約10%程度と著明な心機能低下や、大量出血によるDIC、大量輸液による重篤な肺水腫などを来たとしており、カテコラミンによる強心薬・DIC・感染に対する治療などを開始。心機能および全身状態は日ごとに劇的な改善を認め、術後1週間で集中治療室退出し一般病棟へ転棟。神経学的・機能的に明らかな後遺症残すことなく手術約1か月後に退院。心停止の原因として大量出血および心停止の原因として、羊水塞栓・大量出血に伴う心筋酸素需要供給バランスの問題・産褥心筋症などが鑑別として考えられた。文献的考察を加え、考察する。

P1-28-2 分娩後出血性ショックによる心肺停止で約1時間の心肺蘇生により救命できた1症例

宮崎大

古田祐美, 紀 愛美, 松澤聡史, 鈴木智幸, 牧 洋平, 住吉香恵子, 山内 綾, 川越靖之, 古川誠志, 鮫島 浩, 池ノ上克

症例は43歳、2経妊2経産の女性。今回の妊娠は自然妊娠であった。妊娠初期より前医で妊娠管理された。妊娠経過に異常所見はなかった。妊娠40週3日に予定日超過のため前医へ入院し、妊娠40週4日に誘導分娩が開始された。和痛処置が施され、吸引分娩で2880gの男児を出産した。分娩後も出血が持続し、ショックバイタルとなったため出産後約4時間で当科へ緊急搬送となった。当方では救命救急医、麻酔科医へ連絡し、産科を含めて当初11名の医師と看護師3名で待機した。救命センター到着時はHR:172/min、血圧触知せず、不穏状態であった。気管挿管施行し輸血を開始した。同時に産道精査を行い子宮内からの出血と判断し、両手マッサージも行った。到着後約30分で心停止となり心肺蘇生開始した。大量輸血、心停止の原因検索を行いながら蘇生を継続した。蘇生中大量輸血による高K血症を認めその補正を行ったところ心拍再開となった。蘇生開始後約1時間での心拍再開であった。本症例は輸血部を含む4つの診療科の連携で、胸骨圧迫、大量輸血、呼吸管理及び電解質補正という一連の心肺蘇生が効率よく確実に行えた。産科症例での心停止では出血性ショックによるものが多く、その際大量輸血を必要とされるが、輸血に伴う高カリウム血症が蘇生を困難にしている可能性がある。本例は救急救命医、麻酔科医の協力によって、適切なALS及び心拍再開後の管理が行えた。蘇生中に生じる合併症を念頭に置き早期より対策すれば、より良い救命処置と生命予後の改善が期待できると考える。蘇生時間と救命率についての最近の知見も含めて報告する。