

P1-33-5 糖尿病網膜症合併妊娠における周産期予後および網膜症の増悪因子の検討

東京女子医大

鈴木志帆, 三谷 稔, 橋本誠司, 土山史佳, 小川正樹, 牧野康男, 松井英雄

【目的】近年、糖尿病 (DM) 合併妊娠は増加しており、糖尿病網膜症を合併する症例も少なくないが、この管理方針に関しては一定した基準がない。今回我々は糖尿病網膜症合併妊娠の周産期予後および網膜症の悪化に関与する因子について後方視的に検討した。【方法】対象は2001年から2013年までに当科で管理した糖尿病合併妊娠のうち、妊娠糖尿病と境界型DMおよび多胎を除外した641例。網膜症あり (R群: n=152) と網膜症なし (N群: n=489) に分けて周産期予後を比較検討し、さらにR群において分娩前後の網膜症の悪化に関与する因子について検討した。【成績】R群とN群では患者の平均年齢とDM病型に差はなく、妊娠前HbA1cはR群7.2%, N群6.7% ($P=0.0176$) とR群で有意に高く、また腎症の合併はR群22%, N群1.2% ($p<0.0001$) とR群で有意に高かった。妊娠高血圧症候群 (PIH) はR群16.4%, N群4.9% ($P<0.0001$)、胎児発育不全 (FGR) はR群7.9%, N群2.5% ($P=0.0052$) といずれもR群で有意に多く、平均分娩週数はR群36.4週, N群38.0週 ($P<0.0001$)、早産はR群27.6%, N群8.8% でR群で有意に多かった。網膜症の詳細を調査しえた77例について、妊娠後期より分娩後に悪化を認めた例は10例 (13.0%) であった。経陰分娩群 (n=40) と帝王切開群 (n=37) との比較では、網膜症の悪化はそれぞれ12.5% と13.5% であり、有意差は認めなかった ($p>0.999$)。【結論】糖尿病合併妊娠において、網膜症合併例ではPIHやFGRの合併および早産率が有意に増加した。分娩後に網膜症が悪化した例は少なく、分娩前後に眼科との連携が必要であるが、分娩方法と網膜症の悪化との間に関連性は認めず、網膜症悪化予防目的での帝王切開の有用性は示されなかった。

**P1-33-6 耐糖能異常合併妊娠と細菌性陰症、早産の検討**

金沢医大

坂本人一, 藤井亮太, 山口直孝, 藤田智子, 高木弘明, 牧野田知

【目的】耐糖能異常合併妊娠は早産を増加させることが知られている。また以前から細菌性陰症 (Bacterial Vaginosis: BV) と早産の関連が考えられている。今回我々は、耐糖能異常合併妊娠と正常妊娠の腔内細菌叢を比較することで耐糖能異常が腔内細菌叢と早産に及ぼす影響を後方視的に検討した。【方法】耐糖能異常合併群は35例、非耐糖能異常135例であり、それぞれ妊娠初期から当院で妊婦健診を行い、かつ妊娠16週未満で腔内細菌簡易培養検査を行った症例である。ただし両群とも明らかに絨毛膜羊膜炎に関連しない症例は除いた。またBVの診断はNugentスコアに準じた当院独自の分類で行った。【成績】耐糖能異常合併群と対照群でBV合併率を比較するとそれぞれ17.1%, 12.6% であり、検出された腔内細菌叢に大きな違いはなかった。また耐糖能異常群の中で妊娠初期の血糖値が良好群と不良群に分類し、BV合併率を比較したがそれぞれ17.6%, 16.7% と有意差を認めなかった。一方、耐糖能異常合併群と対照群でそれぞれBV合併の有無による早産率を比較検討したところ、耐糖能異常群では早産率、切迫早産率が増加した ($P=0.070$, $P=0.049$) が、非耐糖能異常群では早産率、切迫早産率に差はなかった ($P=1.000$, $P=0.114$)。【結論】耐糖能異常は妊娠初期の腔内細菌叢に影響を与えないが、早産もしくは入院管理を必要とする切迫早産を増加させるということがわかった。早産の原因がBVからの上行感染だとすれば、耐糖能異常合併妊娠はBVから絨毛膜羊膜炎、子宮頸管炎を起こしやすい状態なのかもしれない。しかし実際には耐糖能異常が及ぼす様々な因子が早産に影響していることが考えられ、今後さらなる検討が必要と思われる。

P1-33-7 早期対応にて母児ともに救命し得た、妊娠38週劇症1型糖尿病の1症例

秋田大

下田勇輝, 佐藤 朗, 佐藤 恵, 畠山佑子, 三浦康子, 亀山沙恵子, 寺田幸弘

劇症1型糖尿病は2000年に本邦で提唱された病型であり、妊娠に関連して発症することも報告されている。今回、発症早期からの待機的管理により母児ともに救命し得た劇症1型糖尿病の症例を経験したので報告する。症例は35歳、0経妊。妊婦健診に異常はなく、38週1日に嘔気と胃部不快感を主訴に外来を受診した。産科緊急疾患も疑い、入院の上精査を行ったところ、Cardio Toco Gram (以下CTG) では高度徐脈と頻回の収縮を認めたが、超音波検査では異常を認めず、採血検査結果で血糖359mg/dlと異常高値を認めた。この時点で劇症1型糖尿病を疑い、動脈血ガス採血検査を追加した。pH7.235とアシドーゼを認め、Diabetic ketoacidosis (以下DKA) と判断し、また、HbA1c正常、CPR低値から劇症1型糖尿病と診断した。インスリン持続点滴などの管理によりDKAは徐々に改善し、それに伴いCTG所見も改善した。改善後の胎児MRIでは胎児脳および全身に器質的な異常は認めなかった。状態改善を待って分娩誘発を開始し、39週6日で3360g、男児、Apgar score, 1分値9点、5分値9点で生児を得た。本疾患は13-49歳の1型糖尿病発症女性患者の21%を占めると報告され、分娩前発症例の18例中12例で胎児死亡に至ったとも報告されている。腹部症状は劇症1型糖尿病の70%超に認め、全身状態およびCTG所見の悪化から産科緊急疾患と類似する。これらの早期対応には大きな相違があり、急な腹部症状を訴える妊婦において、劇症1型糖尿病によるDKAの鑑別を考慮に入れることが母体救命において肝要である。