

## P2-50-9 対照的な経過を辿った産科危機的出血の2例

国立国際医療研究センター

林 彩世, 高本真弥, 榎谷法生, 栗野 啓, 郷田朋子, 諸宇ヒブン, 中西恵美, 大西賢人, 中西美紗緒, 定月みゆき, 大石 元, 矢野 哲

【緒言】産科大量出血への適切な対応は周産期予後改善の最重要課題であり、産科危機的出血に対するガイドラインも周知されている。今回我々とはともに10000mlを超える産科大量出血をきたしながら対照的な経過を辿った2症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】1例目は28歳、未経妊未経産。妊娠経過は異常なく、妊娠39週5日、陣痛発来後分娩が順調に進行するも胎児機能不全の診断で出口部鉗子遂娩術により児娩出に至った。胎盤娩出後弛緩出血を生じ、1時間後出血量が1500mlに達した時点で輸血療法を開始したが急速にDICに移行し抗DIC療法、子宮動脈塞栓術を行うも反応は不良で、24時間後も100ml/時の出血が持続し出血量は16000mlにのぼった。その後出血は収束したものの約10時間と考えられる循環不全状態の影響により副腎不全、肝障害、腎障害、Sheehan症候群を呈し、100日間におよぶ入院加療を要した。2例目は35歳、2経妊0経産。2絨毛膜2羊膜双胎の管理入院中、胎児機能不全の診断で妊娠34週4日、緊急帝王切開術を施行した。第2子娩出直後から出血傾向を生じ癒着胎盤と診断されたが、迅速に輸血と抗DIC療法を開始し直ちに子宮腔上部切断術を施行した。手術終了までの出血量は25015mlと1例目を凌ぐものであったが、Sheehan症候群の誘因となる循環不全に陥ることなく術後経過は良好であった。【結語】輸血療法の迅速な開始、抗DIC製剤の適時使用、また出血原因除去のための子宮摘出の判断などが産科危機的出血の予後を左右すると考えられた。



## P2-50-10 産科大量出血による子宮摘出後、6か月目に腔断端離開及び小腸脱出を来した1例

富士宮市立病院<sup>1</sup>, 浜松医大<sup>2</sup>土井貴之<sup>1</sup>, 菊池 卓<sup>1</sup>, 川合健太<sup>1</sup>, 内田季之<sup>2</sup>, 金山尚裕<sup>2</sup>

産科大量出血に伴う子宮摘出はdifficult surgeryであり、術後合併症の頻度も多い。経膈分娩後に発症した子宮内反症と出血性ショックのため子宮を摘出し、6か月目に腔断端離開および小腸脱出を来した1例を経験した。症例は39歳、2経妊未経産、自然流産2回。凍結胚盤胞移植により妊娠後、当科紹介された。経過中に胎児軟骨無形成症の出生前診断を受けていた。40週5日、分娩第2期遷延のため、吸引分娩により、2912g、大横径12.2cmの男児をApgar score 6/5、臍帯動脈血pH:7.286で娩出した。胎盤娩出直後より子宮内反症を発症したが、徒手整復が困難で、出血性ショックも併発していたため、緊急開腹下に整復を試みた。子宮はHarris法により整復し得たが、子宮弛緩は改善せず、子宮を摘出した。腔断端はPolygactin910 (Vicryl+1)によるZ縫合を行い、腔壁を把持した後、その前後を単結紮にて閉鎖した。総出血量は3418gであった。子宮摘出後、循環動態は安定し、術後8日目に退院された。その6か月後、性交後に突然下腹痛を自覚し、受診された。小腸が腔から脱出しており、緊急開腹手術した。腔断端は離開していたが、出血や感染を疑う所見はなく、脱出した腸管の壊死も認めなかった。小腸を腹腔内に還納し、腔断端をpolydioxanone (PDS)を用いて閉鎖し、腸管を切除せず、閉腹した。術後11日目に後遺症なく退院された。その後、腔断端に異常はない。産科大量出血に伴う子宮摘出は、血流不足による創傷治療が妨げられ、腔断端離開をきたす可能性があり、術後も一定期間は腔断端を慎重に観察すべきである。また、腸が脱出した際は腸管を観察・洗浄のできる開腹手術で確認することが重要である。

## P2-51-1 産科危機的出血に対する遺伝子組換え型活性化第7凝固因子の投与タイミング

聖隷浜松病院<sup>1</sup>, 聖隷浜松病院麻酔科<sup>2</sup>野口翔平<sup>1</sup>, 入駒慎吾<sup>2</sup>, 村越 毅<sup>1</sup>, 松下 充<sup>1</sup>, 神農 隆<sup>1</sup>, 鈴木貴士<sup>1</sup>, 安達 博<sup>1</sup>, 中山 理<sup>1</sup>, 鳥居裕一<sup>1</sup>

【目的】産科危機的出血に対し、遺伝子組換え型活性化第7凝固因子(以下rF7a)の有効性が報告されている。海外のガイドラインでは、投与のタイミングは、輸血や外科的治療で止血が得られず、フィブリノゲン、血小板、体温、血中Ca濃度、アシデミアが補正された状態とされている。しかし、本邦では使用例が少なく明確な基準はない。今回、当院での産科危機的出血へのrF7a投与のタイミングを検討した。【方法】2010年3月~2014年8月の期間、当院で産科危機的出血に対しrF7aを投与した9症例を抽出し、年齢、分娩様式、出血原因、子宮摘出の有無、rF7a投与量、投与前後の出血量、輸血量、血小板値、フィブリノゲン値、PT-INR値、血中Ca濃度、動脈血pH、体温、Shock Index、rF7aの有事象を後方視的に検討した。【成績】8症例ではrF7a5mgの投与で止血を得た。1例では術野の動脈性出血存在下に、体温33.2℃でrF7a5mgを投与したが止血せず、止血操作と体温補正後のrF7a5mg再投与で止血を得た。子宮摘出は6例で施行、rF7aは摘出後に投与した。出血原因は、羊水塞栓症3例、弛緩出血2例、前置胎盤2例、常位胎盤早期剝離1例、急性妊娠脂肪肝1例であった。rF7a投与前で、出血量4300g(2900-11600)(中央値(範囲)以下同様)、輸血量RCC16U(6-36)、FFP30U(16-50)、PC20U(10-30)、血小板5.2万/μl(3.0-6.9)、フィブリノゲン147mg/dl(83-189)、Ca濃度0.74mmol/l(0.35-1.50)、動脈血pH7.420(7.330-7.498)、体温35.7℃(33.3-37.1)であった。全例で血栓などの有害事象は無かった。【結論】rF7aで止血を得た投与のタイミングは、輸血での血小板とフィブリノゲンの補正、動脈性出血の止血処理、体温の補正が行われた状態であった。