Japan Society of Obstetrics and Gynecology

P2-52-2 20年間の妊産婦死亡の変化—妊産婦死亡調査班研究より

三重大[1]，榊原記念病院循環器産科[2]
大里和広[1]，桂木真司[2]，田中博明[1]，池田智明[1]

【目的】平成3年から4年までと平成22年から24年に本邦で行われた妊産婦死亡調査より得られた死亡原因を比較し20年間における変化を検討した.【方法】平成3年から4年（期間1）と平成22年から24年（期間2）の調査報告書より得られた死亡原因を比較検討した．死亡率は各死亡原因を同期間の出生数で除して10万対で表した.【成績】妊産婦死亡率は期間1，2においてそれぞれ9.5，4.8であり半減していた．期間1，2ともに死亡原因の1位は産科危機的出血(1.8，1.2)，2位は頭蓋内出血(1.1，0.77)で両者とも減少していた．最も多い死因の産科危機的出血について年齢階級毎に見てみると期間2においてすべての階級で死亡率の減少が見られたが特に40-44歳で著しく，116から12へと約10分の1に減少していた．両期間で最も多い原因はともに弛緩出血であったが死亡率は期間1では0.50，期間2では0.71でむしろ増加していた．弛緩出血以外の原因はそれぞれ1.3，0.48で著減していた．頭蓋内出血をみると両期間において妊娠高血圧症候群関連の脳出血が最も多く，死亡率は両時期とも0.38と減少が全く認められなかった.【結論】2大原因である産科危機的出血と頭蓋内出血においては，全体では妊産婦死亡率の減少が認められたが，それぞれにおいて最も多い原因である弛緩出血と妊娠高血圧症候群は死亡率が減少していなかった．弛緩出血においてはむしろ増加しており，これら2疾患に重点をおいて対策を立てることにより更なる妊産婦死亡の減少が期待できる．

P2-52-3 大阪府における最重症妊産婦症例の調査報告

大阪大[1]，りんくう総合医療センター[2]，大阪市立大[3]，関西医大枚方病院[4]，近畿大[5]，国立循環器病研究センター[6]，大阪府立急性期・総合医療センター[7]，大阪市立総合医療センター[8]，大阪赤十字病院[9]，大阪府立母子保健総合医療センター[10]，高木レディースクリニック[11]
金川武司[1]，荻田和秀[2]，橘　大介[3]，笠松　敦[4]，島岡昌生[5]，吉松　淳[6]，竹村昌彦[7]，中本　收[8]，野々垣多加史[9]，光田信明[10]，高木　哲[11]，木村　正[1]

【目的】妊産婦死亡を防ぐために，死亡症例だけでなく最重症症例も併せて調査することが必要である．大阪府では，2010年より最重症妊産婦受入事業を開始し，症例調査を行っている．そこで，大阪府の協力を得て，最重症妊産婦の発生状況について検討したので報告する.【方法】大阪府下の周産期二次・三次施設からの最重症妊産婦症例報告に基いて，2010年および2013年における最重症妊産婦発生数，原因疾患，発症年齢，発生時期，搬送の有無，初療場所および転帰を調べ，各年で比較検討した．なお，最重症妊産婦症の定義は，大阪府が作成した最重症合併症妊産婦の搬送および受入実施基準に基づいた．大阪府の分娩件数は大阪府統計年鑑より約75,000件とした.【成績】2010年，2013年における最重症妊産婦発生数は，396件/年および392件/年であった．原因疾患は，各年とも，産科危機的出血，妊娠高血圧症候群，間接産科原因の順に多かった．発症年齢は，年齢が上がるにつれて発生率は上昇した．発生時期は，各年とも分娩中が最も多く，約55%が搬送症例であった．初療場所は，2010年は14%，2013年は22%が救命センターで行われていた．転帰は，各年で2例/半年および5例/年の死亡例があり，最重症妊産婦の死亡率は，各年，1/99および1/80であった.【結論】最重症妊産婦は，約188人に1人の割合で発生し，その約84人に1人は死亡していた．2010年と2013年の間で，各項目の傾向に大きな変化を認めなかった．

P2-52-4 臨床的羊水塞栓症徴候を示し，緊急搬送後心停止に至った2症例

大阪市立総合医療センター
松木貴子，西本幸代，辻本麻美，札場　恵，松木　厚，北山利江，西沢美奈子，三田育子，梶谷耕二，田中和東，中村博昭，中本　收

羊水塞栓症は，いまだ発生原因が不明であり，診断が困難なうえに発症後短時間でショック・心停止となり死に至る予後不良な疾患である．今回我々は分娩後弛緩出血のため搬送，心停止に至った臨床的羊水塞栓2症例を経験したので報告する.【症例1】30代1経産婦．前医破水入院後，胎児ジストレスにて緊急帝王切開術施行．娩出1時間後出血量2000ml，3時間後ショックバイタルで輸血施行し当院搬送．来院時Hb9.4，Plt13.1万，Fbg<50，FDP640．搬送後15分で心停止となり，1時間半後に死亡確認となった.【症例2】30代初産婦．妊娠38週，陣痛発来，深夜に経腟分娩．分娩時血性羊水，常位胎盤早期剥離と診断．分娩1時間後に出血持続，ショック状態となり当院搬送依頼，45分後に当院到着．止血処置を行うも非凝固性出血持続．来院時Hb5.1，Plt8.3万，Fbg<50，FDP1040．分娩より3時間の時点で心停止，蘇生に反応せず蘇生中止も考慮し夫面会したところ心拍再開．バイタル・血液データの改善を待機し子宮摘出術施行．術中上行結腸の拡張・壊死を認め，右半結腸切除術・人工肛門増設術を施行．術後39日目に退院となった．母体血清STN/Zn-CP1の上昇は認めなかった.【結語】分娩後原因不明の弛緩出血の原因として本疾患の可能性は常に念頭において対応する必要がある．一般的な輸液，輸血を行っていた場合出血開始3時間後には不可逆的な病態に至る可能性が示唆された．特にFbgの急速な低下を来している場合，産科危機的出血の対応同様，迅速な輸血を行い他科と連携し対応する必要がある．

NII-Electronic Library Service