

専攻医教育プログラム 7

1) 低置/前置胎盤の診断と管理

東京女子医科大学八千代医療センター 正岡直樹

前置胎盤とは「胎盤の一部または大部分が子宮下部(子宮峡 isthmus, 下節)に付着し、内子宮口に及ぶものをいう」と定義されている。分娩周辺の大量出血の代表的疾患であり、出血性ショックなどの重篤な合併症を伴い、妊産婦死亡の原因ともなり得る重要な産科合併症である。一方、低置胎盤とは胎盤が内子宮口を覆うほどではないが、子宮体下部に付着したものをいう。前置胎盤には含まないが、分娩時の多量出血の原因となる。

前置胎盤の診断は、経陰超音波によって妊娠 31 週末までに行い、胎盤辺縁と組織学的内子宮口との位置および距離によって、胎盤が組織学的内子宮口を完全に覆っており胎盤の辺縁から組織学的内子宮口までの距離が 2cm 以上の状態を全前置胎盤、2cm 未満の場合を部分前置胎盤、ほぼ 0 の場合を辺縁前置胎盤としている。

前置胎盤と診断された症例に対する予防的入院

管理の効果については一定のコンセンサスは得られておらず、入院管理については自施設ならびに地域の救急体制、輸血の準備、家庭環境などを考慮して判断する。出血が認められた場合(警告出血)は、ただちに入院管理とし、外出血の程度、胎児健康状態、子宮収縮の有無などを検討し、輸血用血液も確保する。出血が多量で止血傾向がない場合は妊娠週数(児の成熟度)にかかわらず帝王切開を施行する。出血が少量で止血傾向がある場合は、胎児健康状態を評価しつつ、安静ならびに子宮収縮抑制剤、抗生剤投与によって妊娠 37 週を目処に妊娠期間の延長を図る。また帝王切開時の多量出血に備えて自己血貯留も考慮する。既往帝王切開で前壁付着前置胎盤では癒着胎盤の可能性が高く、止血困難、胎盤剝離困難時に対応すべく子宮摘出も含めた種々の止血手段に習熟しておく必要がある。

2) 妊娠高血圧症腎症の診断と管理

名古屋大学 小谷友美

近年、妊娠高血圧腎症研究の発展は目覚しく、その病態はかなり一元的に理解できるようになってきた。また、新たな治療法の開発も進行している。2011 年より降圧剤のラベタロール、ニフェジピンが妊婦に投与可能となった。

妊娠高血圧腎症は、妊娠 20 週以降に初めて高血圧が発症し、かつ蛋白尿を伴うもので分娩後 12 週までに正常に回復する場合に診断される。わが国における発症頻度は約 4% 程度とされるが、妊娠初期の間診によりリスク因子が抽出される。40 歳以上、初回妊娠、高血圧症の家族歴、妊娠高血圧腎症既往などを認める場合には発症リスクが高いと認識する。

妊娠中期以降には、胎児発育不全の出現に注意する。胎児発育不全を伴う症例では、児の予後は一般的に不良となることが知られている。胎児心拍数モニタリングや超音波検査で胎児の状態を把握する。Ductal venous(静脈管)の血流波形も参

考にするとよい。これらから子宮内環境の悪化を推測し、児にとって妊娠継続のメリットが上回っているかを判断する。母体管理もあり、原則的には入院管理が望ましい。重篤な合併症の発症を回避するために、分娩時期を検討していく。160/110 mmHg 以上の重症高血圧を呈する際には、降圧剤の投与を検討する。その際に、収縮期血圧 140~159mmHg、拡張期血圧 90~109mmHg を目標血圧の目安とする。妊娠高血圧腎症ではらせん動脈の血管抵抗の上昇に抗して、胎盤へ還流させようと血圧を上昇させる機転があるという仮説もあり、過度な降圧は胎盤循環の悪化をもたらす危険があるので注意する。

産後、特に帝王切開術後に心不全を呈することもあり、周産期心筋症の発症にも注意する。採血で BNP の測定値が診断の参考となる。

以上、妊娠初期の注意点から産褥期までの管理点を概説したいと考えている。