

### P2-56-3 妊娠高血圧と妊娠高血圧腎症既往女性における産褥1年での心血管疾患発症リスクマーカーの検討—妊娠時と産褥1年における脂質異常症、腎機能障害に注目して—

愛知医大

森 稔高, 福江千晴, 大脇佑樹, 吉田敦美, 岩崎 愛, 渡辺員支, 若槻明彦

【目的】妊娠高血圧症候群 (PIH) 既往女性は, 将来, 心血管疾患 (CVD) の発症率が高いとされている。PIH の中でも妊娠高血圧 (GH) と妊娠高血圧腎症 (PE) の病態は異なると考えられる。今回, GH と PE 妊婦の妊娠中と産褥1年における CVD リスク因子である脂質異常症, 腎機能異常に注目し, 将来の CVD 発症リスクにつき検討した。【方法】同意を得た正常妊婦 (N 群) 7 例, GH 妊婦 (GH 群) 16 例, PE 妊婦 (PE 群) 10 例を対象とし, 妊娠中と産褥1年に, 1) 血圧 (収縮期: SBP, 拡張期: DBP), 2) 脂質異常症の指標として LDL コレステロール (LDL-C) 値と HDL コレステロール (HDL-C) 値, 3) 腎機能異常の指標としてクレアチニン (Cre) 値と尿酸 (UA) 値を測定した。【成績】1) 産褥1年の SBP は N 群及び PE 群に比べ GH 群で有意に高かった。DBP は N 群に比べ PE 群及び GH 群で高かった。2) LDL-C/HDL-C 比は, N 群 ( $1.65 \pm 0.69$ ) 及び PE 群 ( $2.08 \pm 0.76$ ) に比べ GH 群 ( $2.51 \pm 1.23$ ) で妊娠中は有意に高く, 産褥1年では高い傾向を認めた。3) Cre 値は妊娠中 N 群及び GH 群に比べ PE 群で高値だが, 産褥1年では3群間で差はなかった。UA 値は妊娠中 N 群に比べ GH 群で有意に高く, PE 群でさらに有意に高かった。産褥1年では, N 群に比べ GH 群及び PE 群で有意に高かったが, PIH 両群間で差はなかった。【結論】PIH 妊婦は, 産褥1年でも拡張期血圧は高く, GH 妊婦では収縮期血圧も高かった。GH 妊婦では LDL-C/HDL-C 比が高値であり, 将来の CVD 発症リスクが高いことが示唆された。



### P2-56-4 34 週未満に分娩となった PIH 症例の検討

福井県立病院

堀 芳秋, 白藤 文, 倉田和巳, 小林寛人, 加藤じゅん, 田中政彰, 加藤三典, 土田 達

【目的】PIH と診断され 34 週未満で分娩となった症例における周産期因子と母体合併症, 新生児の短期予後との関連を検討する。【方法】2005 年 1 月～2014 年 12 月の 10 年間に上記基準を満たした単胎 68 症例を後方視的に検討した。平均年齢 33.3 歳, 帝王切開 64 例, 子宮内胎児発育不全 (以下 FGR) 合併 54 例, 多胎, 形態異常, 染色体異常症例は除いた。FGR 診断は「超音波胎児計測の標準化と日本人の基準値」の  $-1.5SD$  以下とした。【成績】新生児短期予後不良は 28 例で IUFD 1 例, 死産 1 例, 死亡 3 例, CLD 18 例, PVL 2 例, IVH 3 例, NEC 1 例, 循環不全 2 例, CP 2 例であった。周産期因子と新生児短期予後の間には出生週数, 出生体重, PIH 発症週数とに相関が認められた。多変量解析では出生体重と相関を認めた。800g 未満かつ 29 週未満の症例は全て短期予後不良であった。FGR 54 例においても同様の結果であったが, PIH 発症週数がより強い相関を認めた。FGR 発症週数, PIH の FGR への先行は相関を認めなかった。母体合併症は常位胎盤早期剝離 7 例, HELLP 症候群 9 例, 子癇 1 例, 産後 DIC 5 例, 腎不全 8 例であった。周産期因子と母体合併症においては出生体重, 母体適応での娩出, 高血圧腎症が相関を認めた。【結論】34 週未満の PIH 症例では児の短期的予後を考え, 妊娠 29 週以上, 出生体重 800g 以上を目指し妊娠継続しなければならない。しかし妊娠継続により PIH が重症化し母体の合併症を引き起こせば IUFD, 死産となる可能性もあるため嚴重な母体管理が必要となる。入院安静, 食事療法, 薬剤内服などが PIH の発症を遅らせることができるか今後の課題である。

### P2-56-5 早発型重症妊娠高血圧症候群に対する待機的療法の有用性

大津赤十字病院

榮智恵子, 多賀敦子, 佐竹由美子, 江本郁子, 丸山俊輔, 三瀬裕子, 金 共子, 佐藤幸保

【目的】早発型重症妊娠高血圧症候群 (PIH) 症例に対する待機的管理の是非については議論の分かれるところである。当院では 2013 年 4 月に待機的管理を目的とした PIH 娩出基準を作成し, 以降はそれに準じた管理を行ってきた。本研究はその有用性を検討することを目的とした。【方法】母児転帰を示す各種パラメータについて, PIH 娩出基準作成前の 2008 年 4 月～2013 年 3 月に当院で周産期管理を行った早発型重症 PIH 29 例 (作成前群) と 2013 年 4 月以降の 17 例 (作成後群) とを比較検討した。【成績】PIH 発症時の妊娠週数, 重症蛋白尿 ( $2g/日$ 以上) の有無, 平均血圧は作成前群と作成後群とで有意差はなかった。出生前ステロイド使用の割合には有意差がなかったが, 硫酸マグネシウム使用の割合は作成前群に比べ作成後群で有意に多かった (34% vs. 100%)。妊娠継続日数は, 作成前群に比べて作成後群で有意に長く ( $11.0 \pm 2.9$  日 vs.  $21.9 \pm 3.7$  日), 分娩週数も有意に大きかった ( $29.9 \pm 0.4$  vs.  $31.4 \pm 0.6$ )。娩出直前の重症蛋白尿の割合は作成後群で有意に多かった (55% vs. 88%) が, 産褥 1, 2, 3 か月における高血圧および蛋白尿の有無には有意差がなかった。気管内挿管された新生児の割合は作成前群に比べて作成後群で有意に少なかった (73% vs. 26%)。また, 重症合併症を発症した新生児の割合も作成前群に比べて作成後群で有意に少なかった (50% vs. 21%)。【結論】早発型重症 PIH に対する待機的管理は, 母体への後遺症を残すことなく, 出生児の短期的予後を改善しうる有用な方法と考えられた。