

常位胎盤早期剥離の予知と対策

進 純 郎・澤 倫太郎

[概説]

常位胎盤早期剥離に起因する母体死亡は昨年度の当班の調査では全母体死亡の5.9%をしめるが、超音波画像診断による早期発見、出血性ショックに対する治療法の進歩、医療システムの向上に伴い、常位胎盤早期剥離による出血性ショックそのものによる母体死亡は減少傾向にある。

[対象と頻度]

今回の調査対象は1969～1996年1月までの日本医科大学付属病院産婦人科における妊娠22週以降の分娩15,216例および1988～1995年12月までの葛飾赤十字産院における妊娠22週以降の分娩11,657例、計26,873例である。常位胎盤早期剥離は74例、発生頻度は0.28%であった。常位胎盤早期剥離の診断および重症度分類はPageの分類を用いたが、臨床的に母児共に無症状で、娩出胎盤の観察により診断される0度は対象から除外した。またDICの有無は真木らの産科DICSCORE8点以上をDICと診断した。このうち23例(31.1%)が妊娠中毒症関連であった。中毒症性早剥における反復例は1例にみられ、反復率は4.5%であった。一方で非中毒症性は51例(68.9%)であり、反復例は同じく1例にみられ、反復率は2.0%であった。

[母体死亡および周産期死亡]

中毒症性の症例のindividual dataを表1に示す。母体死亡は2例にみられ妊産婦死亡率は8.7%である。母体死亡の2症例とも出血性ショックからの多臓器不全をその死因とするが、1982年以降に常位胎盤早期剥離を直接の死因とする母体死亡は認められていない。非中毒症性の症例のindividual dataを表2に示す。DICによる出血性ショックによる母体死亡が1例にみられ母体死亡率は1.9%と中毒症群よりは低かった。

中毒症性と非中毒症性の早剥の発症年齢の比較

を図1に示すが、非中毒症性に比べ30～40歳の比較的高齢の発症が多かった。

妊娠週数との関係を図2に示す。中毒症性早剥は32～36週にひとつのピークを認めた。

常位胎盤早期剥離の重症度および母児の予後を図3に示す。DIC合併率は非中毒症性の症例が35.3%であるのに対し、中毒症性早剥は87.0%と高頻度のDIC合併率を認めた。また胎盤剥離面が2/3以上の症例も非中毒症性に比較して87.5%と高頻度であった。中毒症群において臨床像をみると、蛋白尿を認めた症例が87%、高血圧を呈した症例が52.2%、浮腫を認めた症例が65.2%であり、特に反復症例の1例は2回ともにP typeであったことは興味深い。一方で児生存率に関しては中毒症性30.4%、非中毒症性40.4%と両群ともに低く、これは調査施設が地域の基幹病院であり、今回の対象の大半が他院からの搬送症例であることも背景にあると考えられる。

以上より常位胎盤早期剥離における母体および児の予後を左右する因子としては

- ①発症から治療開始までのタイムラグ。
 - ②母体DICの合併の有無。
 - ③発症週数、特に若い週数での発症による児の未熟性。
- などが考えられた。

[常位胎盤早期剥離発症の機序に関して]

常位胎盤早期剥離の予知予防に関して、中毒症性早剥については妊娠中毒症の管理がその予防につながることは言を俟たない。しかし常位胎盤早期剥離発症以前には母体の表現型として妊娠中毒症の症状が認められず、発症、分娩後の胎盤の病理所見で梗塞像等の典型例を確認し、中毒症性早剥に分類したケースもあり今後、妊娠中毒症の予知検査としての血清尿酸値、Hct値等も考慮にいかれ検討予定である。非中毒症性早剥に関しては近年絨毛羊膜炎(CAM)との関連が研究されている

る。今回の症例においても、特に早産例の早剥について病理学的検討した17症例中CAMの認められた症例が6例(35%)に認められている。寺尾らの報告によれば、CAMを合併した早剥では胎盤、卵膜への好中球の浸潤に伴い顆粒球エラストラーゼ(ELA)が大量に放出され脱落膜細胞のフィブロネクチンレセプター(FNR)が不活化され、脱落膜の接着性が低下することが常位胎盤早期剥離の一因となっていると推測されている。さらに後方視野的解析によってCAMの疑われる症例に関してCRP $>$ 4.0mg/dlを警戒域として提唱している。また免疫系の関与という視点から、CAMによりtrophoblast上にFas抗原が高まり、局所で免疫系が活性化されFas/Fas ligandが産生されアポトーシスの発生につながるという可能性も示唆され注目されている。一方で胎盤のアポトーシス発生の抑制系であるbcl-2蛋白の発現が低下しているという報告もなされている。

[総括]

先に触れたように近年周産期医療の発達により、本邦の周産期死亡は減少し世界のトップレベルにある。一方で母体死亡の死亡率は依然として決して低くない。これは産科診療の特徴として、正常に経過してきた妊産婦が突発的に緊急状態に陥ることによる。

この緊急性には予知し得る症例と予測が非常に困難な症例とがある。実地臨床上、常位胎盤早期剥離の発症の予知は現時点では不可能といっても過言ではない。しかし絨毛羊膜炎(CAM)に起因する症例においては母体血中CRP値、血中或いは子宮頸管エラストラーゼ値が発症予知の有力な手段になりうる可能性が示唆された。また前述した早剥胎盤組織におけるFas/Fas ligandの検出の報告も多く、その発症機序に胎盤組織のアポトーシスの関与が注目されているが、常位胎盤早期剥離発症の予知に繋げるにはさらなる研究が必要であると思われる。

また常位胎盤早期剥離発症に至る過程において胎児側からの緊急情報として、胎動計の再検討や簡便な胎児仮死発見をねらった小型の分娩監視装置の開発を試みている。

常位胎盤早期剥離に限らず産科救急疾患に際しては、胎児アセスメントを含めた慎重な産科管理を常にこころがけることが大原則であることはいうまでもない。いかに早期に異常を発見し、マンパワーを含めた産科的緊急医療システムを発動できる体制を整えられるか?あるいは、いかにスムーズに母体搬送ができるかが、常位胎盤早期剥離発症妊婦を含めたintensive careを要する母体死亡、周産期死亡の予後を決定する重要な鍵となる。

表1 中毒症性常位胎盤早期剥離の23例

	名前	年齢	経産回数	中毒症	発症時の週数	分娩様式	個体重(g)性別	児の予後	DIC	母体、生児の予後
1	N.K.	35	0	E	36	C/S	2720 : M	Ap 7	+	良
2	H.S.	37	1	EP	37	forceps	2320 : F	IUFD	+	死亡
3	K.M.	33	0	eph	32	C/S	1690 : M	IUFD	+	死亡
4	O.S.	38	0	eph	不明	ATH	不明	IUFD	+	良
5	U.T.	35	0	ep	36	C/S	2220 : M	IUFD	+	良
6	U.M.	24	1	EP	38	C/S	2000 : F	IUFD	+	良
7	H.M.	32	1	P	29	C/S	1110 : F	IUFD	+	良☆
8	H.N.	35	2	eph	33	ATH	2070 : F	IUFD	+	良
9	H.K.	27	0	eph	36	C/S	2490 : F	Ap 8	+	良
10	H.M.	33	2	P	22	ATH	510 : F	IUFD	+	良☆
11	T.A.	30	1	ep	38	C/S	2650 : M	Ap 1	+	良(児死亡)
12	M.Y.	27	0	H	34	C/S	1530 : F	IUFD	+	良
13	L.K.	32	1	E	30	C/S	1860 : M	IUFD	+	良
14	R.Y.	23	0	ep	40	C/S	2772 : M	Ap 3	-	良
15	E.H.	30	1	eph	32	C/S	1512 : M	Ap 2	+	良
16	Y.K.	29	1	ph	35	C/S	2364 : F	IUFD	+	良
17	M.H.	27	0	ph	38	C/S+ATH	2358 : F	Ap 3	+	良
18	S.S.	26	1	H	38	経腔	2948 : F	IUFD	+	良
19	E.H.	37	2	ep	38	C/S	3150 : M	IUFD	-	良
20	J.F.	32	1	h	29	C/S	1324 : M	IUFD	+	良
21	M.G.	3	0	hpe	37	C/S	2452 : F	Ap7→8	-	良
22	Y.M.	39	0	ep	32	C/S	1560 : F	Ap4→5	+	良
23	R.M.	28	0	ph	38	C/S	2246 : F	Ap6→7	+	良

☆反復症例

表2 非中毒症性常位胎盤早期剥離の51例

	名前	経産回数	発症時の週数	分娩様式	個体重(g)性別	児の予後	DIC	母体、生児の予後
1	K.A.	0	34	C/S	不明	IUFD	+	良☆
2	F.C.	2	33	Porro	1250 : F	IUFD	+	良
3	O.M.	0	37	C/S	2360 : M	IUFD	+	良
4	H.Y.	0	37	C/S	2500 : M	Ap 7	-	良
5	T.N.	0	38	C/S	3160 : M	IUFD	+	良
6	O.Y.	0	40	C/S	不明	IUFD	+	死亡
7	T.M.	0	35	C/S	1340 : F	IUFD	-	良
8	E.K.	0	38	C/S	2200 : F	IUFD	+	良
9	O.M.	2	36	C/S	2530 : F	IUFD	-	良☆
10	K.A.	1	39	C/S	2770 : M	IUFD	+	良
11	Y.N.	0	39	C/S	3220 : M	IUFD	+	良
12	S.T.	1	40	C/S	2500 : M	IUFD	+	良
13	A.K.	0	34	NG	2240 : M	IUFD	-	良
14	S.H.	0	31	C/S	1700 : F	IUFD	+	良
15	M.Y.	0	23	切胎	800 : F	IUFD	+	良
16	T.Y.	0	25	C/S	460 : M	IUFD	-	良
17	T.M.	1	39	C/S	3540 : M	Ap 9	-	良
18	M.Y.	0	36	C/S	2450 : M	IUFD	-	良
19	O.S.	0	36	C/S	3120 : M	IUFD	-	良(児死亡)
20	S.M.	1	27	C/S	984 : M	Ap 3	-	良
21	L.K.	0	38	C/S	2700 : M	IUFD	-	良
22	T.M.	0	34	C/S	1500 : M	Ap 4	-	良
23	K.N.	1	40	C/S	3100 : M	Ap 9	-	良
24	T.M.	2	37	C/S	2700 : F	IUFD	+	良
25	T.K.	3	32	ATH	1330 : F	IUFD	+	良(児死亡)
26	K.N.	1	26	C/S	964 : F	Ap 3	-	良
27	N.M.	0	35	C/S	1942 : M	IUFD	-	良
28	Y.O.	1	34	C/S	2436 : M	Ap 8	-	良
29	M.I.	2	31	C/S	1465 : F	IUFD	+	良
30	S.I.	2	30	C/S	1546 : M	IUFD	-	良
31	S.T.	2	32	C/S	1688 : F	IUFD	+	良
32	Y.M.	0	28	C/S	2214 : M	Ap 8	-	良
33	T.A.	0	31	C/S	1868 : F	Ap 1	-	良
34	Y.T.	1	26	C/S	1768 : M	Ap6→6	-	良
35	H.A.	2	36	C/S	2958 : F	Ap8→8	-	良
36	K.O.	0	32	C/S	1342 : M	IUFD	+	良
37	K.I.	1	35	C/S	2870 : F	Ap7→9	+	良
38	M.S.	1	28	C/S	2306 : F	Ap1→6	-	良
39	M.Y.	0	37	C/S	1338 : F	Ap3→4	-	良
40	Y.I.	0	26	C/S	3072 : M	Ap7→8	-	良
41	T.T.	1	29	C/S	3024 : M	Ap5→6	-	良
42	T.K.	2	34	C/S	768 : F	IUFD	-	良
43	Y.K.	0	31	C/S	668 : F	Ap7→8	-	良
44	A.N.	2	28	C/S	3150 : F	IUFD	+	良
45	A.T.	0	31	C/S	1302 : M	Ap7→7	-	良
46	K.W.	1	30	C/S	2272 : M	Ap3→8	-	良
47	A.S.	2	32	経腔	500 : F	IUFD	-	良
48	K.O.	1	36	C/S	2082 : M	Ap5→7	-	良
49	N.K.	0	31	C/S	2684 : F	Ap8→8	-	良
50	M.A.	0	29	C/S	2832 : F	Ap8→9	-	良
51	K.K.	0	33	C/S	3222 : M	Ap5→7	-	良

図1 年齢との関係

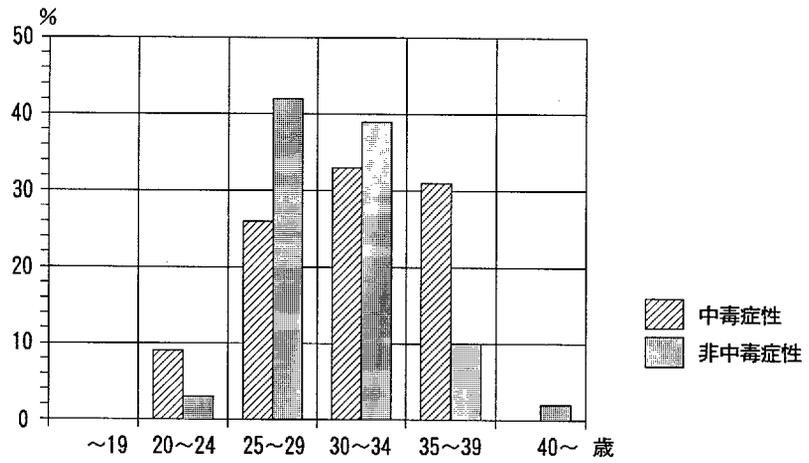


図2 妊娠週数との関係

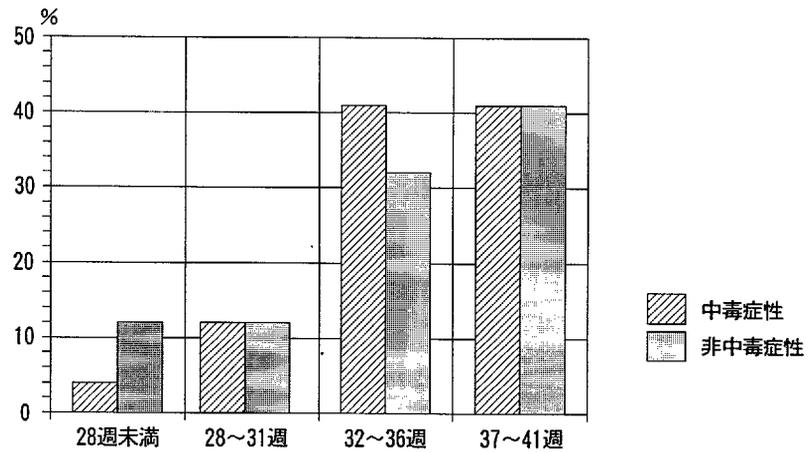
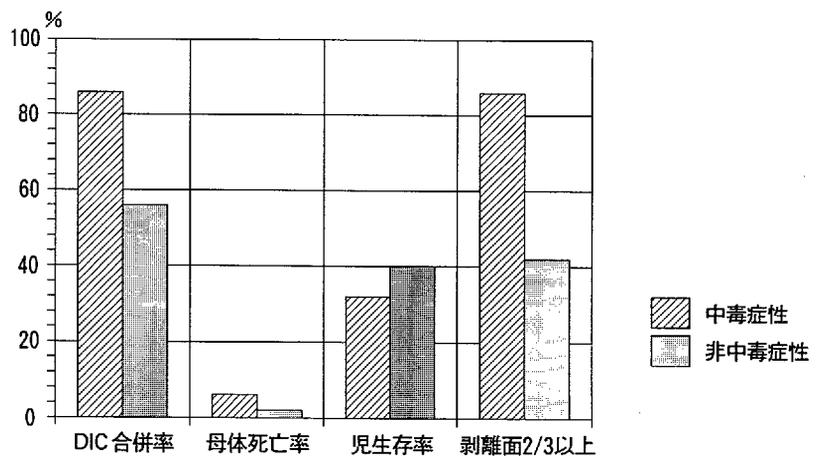


図3 重症度、および母児の予後



HELLP 症候群の予知と対策

—HELLP 症候群に類似した急性妊娠脂肪肝について—

奈良医科大学 森山 郁子

分娩件数 235845 例
 HELLP 症候群 49 例
 急性妊娠脂肪肝 17 例
 期間 (1985~1991) 7 年間

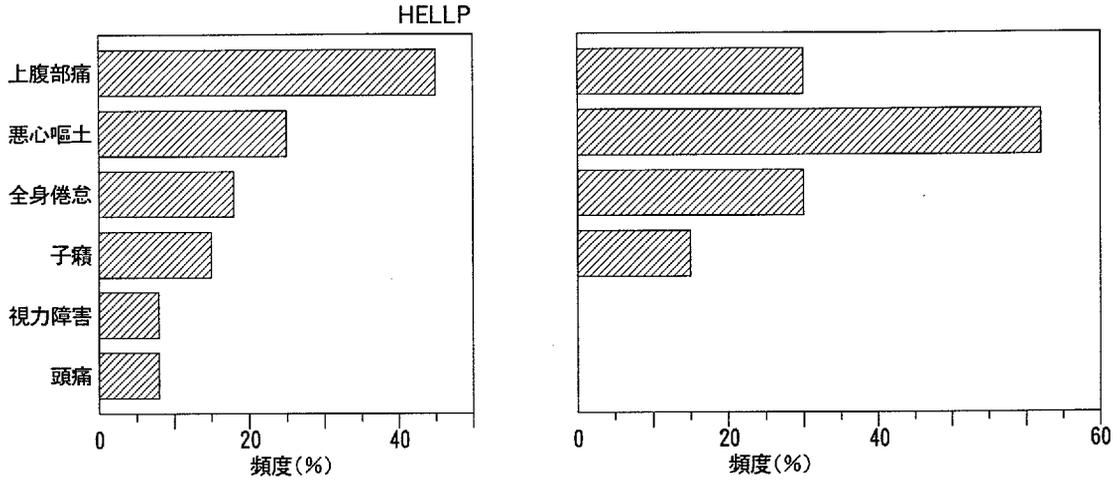


図 1. 臨床症状における HELLP 症候群と急性妊娠脂肪肝

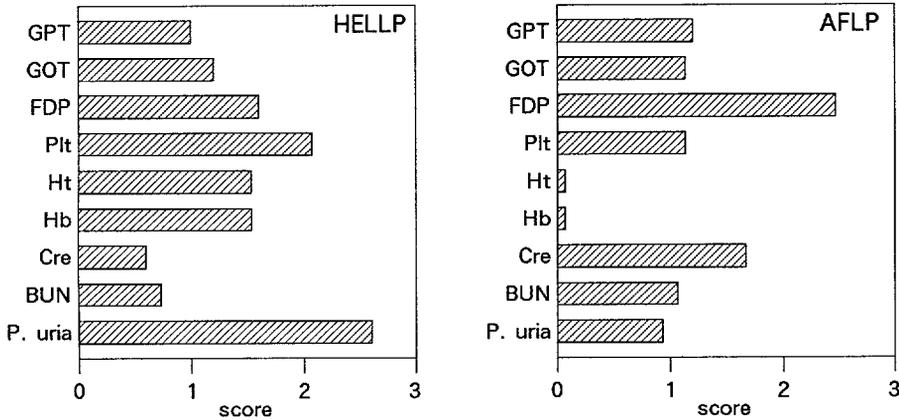


図 2. 臨床検査における HELLP 症候群と急性妊娠脂肪肝

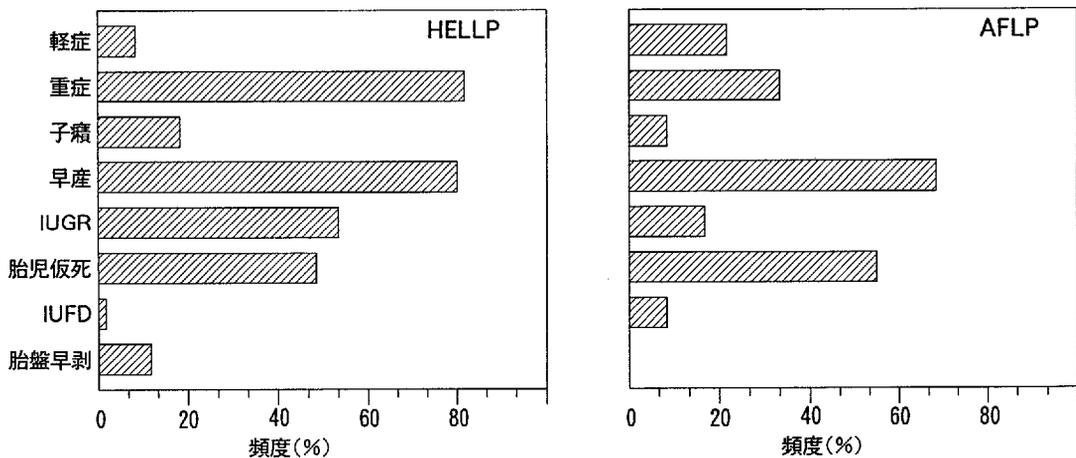


図 3. 産科異常における HELLP 症候群と急性妊娠脂肪肝



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



[概説]

常位胎盤早期剥離に起因する母体死亡は昨年度の当班の調査では全母体死亡の 5.9%をしめるが、超音波画像診断による早期発見、出血性ショックに対する治療法の進歩、医療システムの向上に伴い、常位胎盤早期剥離による出血性ショックそのものによる母体死亡は減少傾向にある。