

一 般 演 題

第 1 群

1) 臍帯巻絡と分娩

今井産科婦人科クリニック 院長

○今井 公俊

【緒言】 臍帯巻絡は分娩時によく見られる現象である。超音波検査で妊娠中に臍帯巻絡が判明し、分娩経過や児の状態に悪影響を及ぼすのか否か医療者や妊婦に不安を与える事がある。そこで臍帯巻絡が分娩にどのような影響を与えているのかを検討した。

【対象】 当院で2004年から2013年の10年間に出生した、妊娠37週0日以降の単胎妊婦で、臍帯巻絡の頻度、巻絡の有無と骨盤位の関連、分娩様式、分娩所要時間、臍帯長、胎盤重量、児の身長体重頭囲胸囲、Apgar Score、臍帯動脈血pH、Base Excessを後方視的に比較検討した。尚、陣痛発来前の胎児胎内死亡、自宅分娩は本研究から除外した。

【成績】 初産1680人経産1910人が該当した。臍帯巻絡率は初産26.9%、経産25.8%で有意差を認めなかった ($p=0.44$)。初産では骨盤位の臍帯巻絡率が頭位に比して有意に低かった ($5/66$ vs. $447/1614$, $p<0.001$) が、経産では骨盤位と頭位の臍帯巻絡率に有意差を認めなかった ($6/28$ vs. $486/1882$, $p=0.76$)。初産頭位における帝王切開率は、臍帯巻絡の有無で有意差を認めなかった (巻絡有り $12/447$, 巻絡無し $40/1167$, $p=0.45$)。初産経膈分娩で臍帯巻絡群と非巻絡群で差を認めた項目は、臍帯長 (62 ± 12 vs. 54 ± 10 cm)、Apgar Score 1分値、臍帯動脈血pH、同base excessであった。経産経膈分娩で臍帯巻絡群と非巻絡群で差を認めた項目は臍帯長 (63 ± 11 vs. 55 ± 11 cm)、Apgar Score

1分値 5分値、臍帯動脈血pH、同base excessであった。頭位経膈分娩に於いて、初産経産共に臍帯巻絡群と非巻絡群で、分娩所要時間、遷延分娩率に差を認めなかった。

結論： 臍帯巻絡が分娩経過に影響を与える事は無いが、Apgar Scoreや臍帯動脈血pH、base excessが低値の事があるので注意が必要であると考えられた。

2) IUGR (子宮内胎児発育遅延) を指摘され妊娠40週2日に自然経膈分娩に至るも、重症新生児仮死をきたした49,XXXXY症候群の一例
静岡赤十字病院

産婦人科 ○井関 隼、市川 義一

片倉 慧美、藤岡 泉

根本 泰子、服部 政博

小児科 大河原一郎

病理部 笠原 正男

49,XXXXY症候群は、減数分裂の不分離により発生するKlinefelter症候群の一種で、頻度は1/100000といわれる (Klinefelterは1/500)。本疾患では、外性器低形成や精神遅滞の増加が知られている。今回我々は、重症新生児仮死で出生後に多奇形症候群を認め、染色体検査の結果49,XXXXY症候群と診断した一例を経験したので報告する。

症例は29歳、0回経妊0回経産の自然妊娠。既往歴は小児喘息と蕁麻疹、家族歴は糖尿病 (父) と子宮頸癌 (母)、遺伝病の家族歴なし。妊娠22週2日まで開業医で妊婦健診を行っていたが、IUGR (Intra Uterine Growth Restriction) を指摘され当院紹介となった。外

来にて推定体重は-2.0SD前後を推移していたが、growth arrestは明らかでなく、羊水量や臍帯血流に異常を認めなかった。また当院ならびに周産期センターの妊娠中エコースクリーニングにおいて、明らかな胎児奇形を認めなかった。妊娠40週2日に自然陣痛発来し2098gの男児を経膈分娩に至るも、ApgarScore3/3の重症新生児仮死を認め、両側副耳、耳漏孔、ミクロペニス、尿道下裂を認めたため、染色体検査を施行し、49,XXXXY症候群と診断した。

減数分裂の不分離による染色体異常の発生リスクは母体年齢に依存しないとされるため、IUGRやminor anomalyの多発を認める場合には、染色体検査を含めた精査が望まれる。

3) 胎児水腫を伴う胎児完全房室ブロックに対し、妊娠29週で娩出、直後の開胸ペースングにより救命し得た一例

静岡県立こども病院周産期センター 産科
○堀越 義正、加茂 亜希
河村 隆一、西口 富三

【緒言】胎児房室ブロックは、その発症機序に母体由来抗Ro/SSA抗体の関与が知られており、徐脈の進行ならびに心筋炎の併発が予後規定因子となる。今回、胎児水腫を伴う完全房室ブロック(CAVB)に対し、妊娠29週で娩出、出生直後の開胸ペースングにより救命し得た症例を経験した。

【症例】29歳、初産婦。妊娠19週に胎児徐脈を指摘され、前医に紹介。心室拍数は50bpmで、CAVBの診断のもと β 2刺激薬の投与がなされた。しかし、徐脈は漸次進行し、右室壁の運動低下および心筋肥厚をきたし胸腹水の出現に至ったため、妊娠27週2日に当院紹介となった。受診時、心室拍数40bpm、右室腔狭小化を伴う心筋肥厚および心内膜高輝度エコー像を認め、心内膜繊維弾性症が示唆された。ICのちデキサメサゾン内服(4mg)を開始したが改善

が得られず、皮下浮腫が出現したため妊娠継続は困難と判断、開胸ペースングの準備のもと29週2日に帝王切開術により1558g、Ap3/4の男児を娩出した。生後20分に開胸ペースングが完了、心室拍数は速やかに上昇、その後胸腹水は消失、日齢64に恒久的ペースメーカー埋め込み術が施行された。現在、生後8ヶ月になるが発達発育は良好である。なお、母体の抗Ro/SSA抗体は $\times 240$ であった。

4) 妊娠高血圧症候群の精査中に乳び血症から診断に至った重症急性膵炎を合併した一例

富士市立中央病院 産婦人科

○東堂 祐介、矢田 大輔
榛葉 頼子、伊藤 敏谷
岸本 彩子、小田 智昭
鈴木 康之

【緒言】急性膵炎は、妊娠中に発症頻度の増減は無いとされるが、1000~3000妊娠に1例程度と比較的稀である。今回我々は、採血時に乳び血症を認め、重症急性膵炎の診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】32歳、0経妊0経産婦 既往歴特記事項なし。初期より、白衣高血圧(140/90mmHg程度)を認めていた。妊娠34週2日、腹部緊張および出血を主訴に受診し、切迫早産の管理目的に入院とした。入院時、血圧150/90mmHgおよび38℃台の熱発あり、妊娠高血圧腎症および臨床的絨毛膜羊膜炎の診断でterminationの方針とした。翌朝、血液検査再検したところ、乳び血症を認め、TG 3686mg/dl、T-Chol 637mg/dlと異常高値であった。経腹超音波検査では膵頭部の腫大像と周囲への浸出液を認め、急性膵炎の診断となった。大量輸液で保存的に加療し、分娩誘発を行ったところ、速やかに進行し経膈分娩となった。児は2350g、男児、Apgar Score 4/7、UmA-pH 7.130であった。分娩後は高TG血症改善のためにグルコース・