

細胞の分化過程で TF 産生低下および u-PA 産生増加が認められ、これらが ATRA による分化誘導に伴う DIC 病態の変化に関与するものと考えられた。

## 2) 常位胎盤早期剝離により DIC をきたした高度肥満婦人の1例

上田 宏之・渋谷 伸一  
 藤間 博幸・荒川 正人  
 関塚 直人・長谷川 功  
 高桑 好一・児玉 省二 (新潟大学  
 田中 憲一 (産科婦人科)

症例は38才、一回経産婦。妊娠初期より高血圧を認めたが増悪せず経過、妊娠34週より、軽度の蛋白尿を認めていた。平成8年5月22日(妊娠36週0日)、午前2時頃より下腹痛出現し、次第に増強、胎動消失し、同日午前、これまで妊婦健診を受けていた市内の総合病院産婦人科受診。診察の結果、常位胎盤早期剝離、子宮内胎児死亡の診断にて当科へ緊急母体搬送となった。同日午後3時当科入院、入院時顔面蒼白、腹部板状硬、全身浮腫を認めほぼ無尿の状態。身長165cm、体重111kg、血圧114/86mmHg、脈拍84、出血時間9分、血液検査所見では、Hb 8.6g/dl、血小板126,000/ $\mu$ l、フィブリノゲン73mg/dl、FDP 363 $\mu$ g/ml、ATⅢ84%、血沈1時間値2mm、腹部エコーにて広範な胎盤後血腫を疑わせる所見を認め、この時点で産科DICスコア20点となった。子宮内胎児死亡ではあったが、母体救命のため直ちに帝王切開術施行し、3,034gの男児を死産した。胎盤はほぼ全面剝離しており、胎盤後血腫は約1,000gであった。子宮は溢血によるCouvelaire uterusの所見を呈し典型的な常位胎盤早期剝離の所見であった。術中出血量は胎盤後血腫を含め約3,000gであった。

術中より濃厚赤血球および新鮮凍結血漿の輸血を開始するとともに、術後にメシル酸ナファモスタット、アンチトロンビンⅢ濃縮製剤、低分子ヘパリン等を投与した。その結果、術直後より尿流出を認め、凝固異常が徐々に改善されて、術創部より高度の出血は認めず、臓器不全に陥ることなく経過した。またその他の術後合併症を併発することなく、14日目に無事退院するに至った。

常位胎盤早期剝離の症状出現から帝王切開術施行まで約15時間を要し、子宮内胎児死亡およびDICをきたしたはしたが、術後すみやかに凝固異常が改善し、また体重が100kgを超える高度肥満患者ではあったが、血栓症等の術後合併症を併発することなく良好な術後経過をたどった1症例であった。

## 3) 尿路感染症を契機として急激な経過で早産、DICに至った妊産婦の1症例

田中 敏春・広瀬 保夫 (新潟市民病院)  
 三井田 努・本多 拓 (救命救急センター)  
 柳瀬 徹・花岡 仁一  
 竹内 裕・徳永 昭輝 (同産婦人科)

症例は37歳女性。妊娠25週で発熱、排尿時痛を主訴に近医を受診、尿路感染症の診断にて抗生剤の点滴を施行され帰宅。翌日突然の性器出血、陣痛発来し再び同医を受診、約2時間で774gの女児を分娩。その後より血圧低下し輸液、昇圧剤にも反応せず、ショック状態が続く当院に転送。来院時、意識清明、血圧74/46mmHg。血液検査にて血小板23,000/ $\mu$ l、フィブリノゲン95mg/dl、プロトロンビン時間18.1秒(31%)、FDP160 $\mu$ g/ml、ATⅢ55%とDICの状態を呈していた。経膈エコー所見では子宮には胎盤の遺残は認められず、腹部エコーにて腎盂の拡大が認められた。DICに対して濃厚血小板・新鮮凍結血漿輸血、低分子ヘパリン、アンチトロンビンⅢ濃縮製剤、蛋白分解酵素阻害薬等の投与を行い、徐々に改善した。その後原因不明の高アミラーゼ血症を認めたが、自然に軽快した。

本例における急激なDICの誘因となった病態、治療について、若干の文献的考察を加えて報告する。

## II. 特別講演

### 『Critical careにおけるDICの位置付けと対策』

千葉大学救急医学講座教授

平澤博之先生