

〈3〉胎盤早期剥離および前置胎盤の出血の予知に関する研究

Prediction for placental abruption and bleeding from placenta previa

昭和大学医学部産婦人科学講座 長谷川 潤一

胎盤早期剥離（早剥）の発症メカニズム

非早剥、陣発前、陣発後の早剥群における、各臨床背景の頻度は、20 週未満の母体貧血 (Hb.11g/dl 未満) 4.8%、17.6%*、20.7%*、妊娠高血圧症候群 (PIH) 10.1%、23.7%*、6.2%、Small for gestational age (SGA) 15.9%、28.9%*、31.2%*、早産期の子宮収縮 15.9%、31.6%*、0%、オキシトシン使用 15.4%、N/A、34.4%* (*: $p < 0.05$ vs 非早剥)であった。多変量解析による陣発前の早剥リスク（調整オッズ比）は、PIH (3.37)、SGA (5.39)、早産期の子宮収縮 (5.96)、陣発後のそれは、母体貧血(4.05)、SGA (5.20)であった。陣発前、陣発後の早剥胎盤の病理診断で、Blanc 分類 II 度以上の絨毛膜羊膜炎が 18.4%、18.8%、臍帯炎 II 度以上が 5.3%、9.4%、胎盤梗塞が 26.3%、25.0%認められた (ns)。PIH が関連した早剥の多くは、陣発前に発症していた。病理学的に絨毛膜羊膜炎や胎盤梗塞が存在するが陣発後に早剥を発症している症例も多く、絨毛膜羊膜炎や妊娠初期からの螺旋動脈の形成不全などに伴った脱落膜の病態変化がベースにあり、その上に子宮収縮が起こることが早剥のトリガーのひとつになる可能性が考えられた。

前置胎盤の出血メカニズム

前置胎盤例の頸管長、子宮下節を前方視的に妊娠 25 週以前の下節開大例を早期開大例とし、妊娠中の出血、術中多量出血との関係を 99 例(早期開大 44 例)で解析した。警告出血 55 例、非出血 44 例での早期開大例は 49%、64% ($p=0.148$)であった。出血による緊急帝切 35 例、予定帝切 64 例での早期開大例は 40%、64% ($p=0.021$)であったが、帝切直前の頸管長は差がなかった帝切時出血 2500ml 以上、未満での早期開大例は 31%、60% ($p=0.033$)であった。子宮下節の早期開大例は、脱落膜と胎盤のずれを生じやすく、出血による緊急帝切と関連が深かった。また、長期間の下節の伸展のため、帝切時の弛緩出血の頻度が多くなり多量出血の傾向にあると考えられた。

参考文献

1. Hasegawa J, Nakamura M, Hamada S, Ichizuka K, Matsuoka R, Sekizawa A, Okai T. Capable of identifying risk factors for placental abruption. J Matern Fetal Neonatal Med. 27: 52-56, 2014