

短 報

ヘマトクリット値が 3%まで低下した
産科播種性血管内凝固症例の麻酔経験

大塚 豪士* 平林 由広**

キーワード▶▶▶ 産科出血, DIC, 緊急輸血

分娩あるいは分娩後の出血は母体死亡の主要な原因であり, 産科危機的出血が妊産婦の 300 症例に 1 症例で発生している¹⁾²⁾。大量出血症例の救命率の向上を目的に発表された“危機的出血への対応ガイドライン³⁾”および“産科危機的出血への対応ガイドライン 2010¹⁾”では, 患者の状態と出血の状態に応じた組織的な対応と緊急輸血の重要性が示されている。われわれは, 帝王切開後の腹腔内出血でヘマトクリット (hematocrit : Ht) 値が 3%まで低下したショック患者を危機的出血と判断し, 緊急事態を宣言した。麻酔科指導医 (コマンダー) による指揮命令系統の統括, 院内マンパワーの集結で対処し, 神経障害なく回復できた症例を経験したので報告する。

1. 症 例

33 歳, 初産婦, 身長 156 cm, 体重 63 kg (非妊娠時 54 kg), 血液型 A 型 Rh (+)

単頸双角子宮, 妊娠 38 週, 右側水腎症による腰痛が増悪し, 入院した。左側の腎臓は痕跡程度の発育であり, 無機能であった。早期の分娩を目指してプロスタグランジン $3 \text{ mg} \cdot \text{day}^{-1}$ 内服による分娩誘発を行ったが, 陣痛が来しなかったため帝王切開が予定された。入院 5 日目から下腿に浮腫が発生した。D-ダイマーが $12.2 \mu\text{g} \cdot \text{dl}^{-1}$, フィブリン分解物 (fibrin degradation product : FDP) が $26.1 \mu\text{g} \cdot \text{ml}^{-1}$, 超音波検査で右下腿深部静脈血栓が確認され, ヘパリン $10,000 \text{ U} \cdot \text{day}^{-1}$ の

持続静脈内投与が行われた。ヘパリンの持続投与は手術日の朝 6 時に中止した。

● 1 回目手術 (帝王切開)

麻酔は脊髄くも膜下麻酔を選択した。25 G 脊髄くも膜下麻酔針で L3-4 を穿刺し, 高比重 0.5% プピバカイン 10 mg とフェンタニル $25 \mu\text{g}$ をくも膜下腔に投与し, T4 レベルの無痛域を得た。手術時間は 55 分, 出血量は $1,070 \text{ g}$ であった。術後のヘモグロビン (hemoglobin : Hb) 値は $7.2 \text{ g} \cdot \text{dl}^{-1}$, Ht 値は 22.1% であった。術中の止血状態に異常は認めなかった。

● 2 回目手術 (緊急止血術)

術後 2 時間後に造影コンピュータ断層撮影 (computed tomography : CT) 検査を行い, 右下腿に静脈血栓を確認し, ヘパリン $10,000 \text{ U} \cdot \text{day}^{-1}$ の持続静注を再開した。造影検査中の循環動態は安定していたが, 病棟に帰室後に収縮期血圧が 60 mmHg に低下した。アドレナリン合計 1 mg の投与で血圧は回復したが, 急激な腹部膨満が認められ, 腹腔内出血の診断で緊急開腹止血術を行った。末梢輸液路が 2 本確保され, 一方から細胞外液の急速輸液が行われ, 他方からドパミン $10 \mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ が投与された状態で手術室へ搬送された。手術室入室時, 血圧は $78/30 \text{ mmHg}$, 心拍数 $156 \text{ beats} \cdot \text{min}^{-1}$, ショックインデックス 2.0, 意識は混濁し, 腹痛を著明に訴えていた。ケタミン 60 mg とベクロニウム 10 mg を静脈内投与し気管挿管した。腹腔内には大量の凝血塊があり, 左卵巣静脈付近が出血源と推定されたが, 周囲からの出血が著しく止血は困難と判断し, 膈上部で子宮切断を行った。子宮摘出中に, 心拍数が 40

* 国際医療福祉大学病院初期研修医 (現: 国立精神・神経医療センター病院)

** 国際医療福祉大学病院麻酔科

2011 年 9 月 5 日受領: 2012 年 2 月 21 日掲載決定