

1.	P2
2.	P3-11
3.	P12-13
4.	P14
II .	
1	P14-16
2.	P17-20

1

23 8

2010 23 4

24

24 6-9

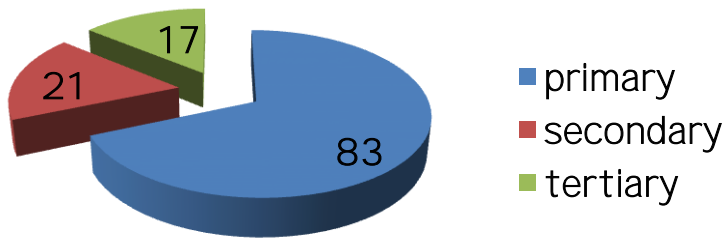
(n=148)

1) 121	(81.8%	1	n=83	2	n=21	3	n=17				
23	68,973			23	1	12	1	1	2	3	
	38.5	57.4	100								
2) 93								86.1%			
	32.4%										
72.4%				10						1	
		15	(13.5%)								
3) IUFD								3			
35%			50%					63		1	
4)				1	(n=536	4%	2	(n=11,5	2%	3	(n=13,
76%			23	(n=24)	24	30	(n=32)	31	(n=21)		75%
	30										36
	29.7										
		2									

2.
1)

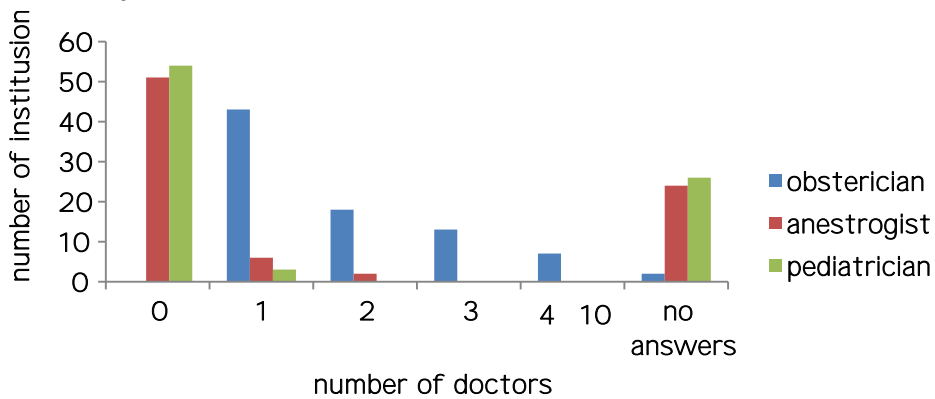
148 121 81.8

- ' Primary 1 : private clinic
- ' Secondary 2 : general hospital with out NICU
- ' Tertiary 3 : general hospital with NICU

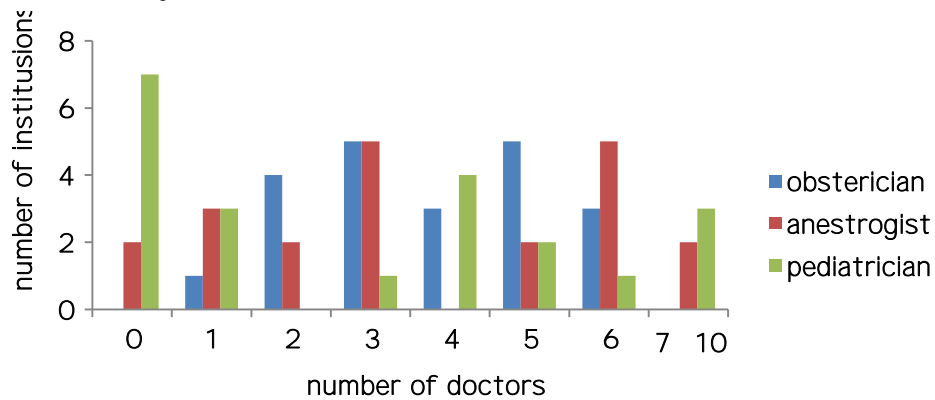


()

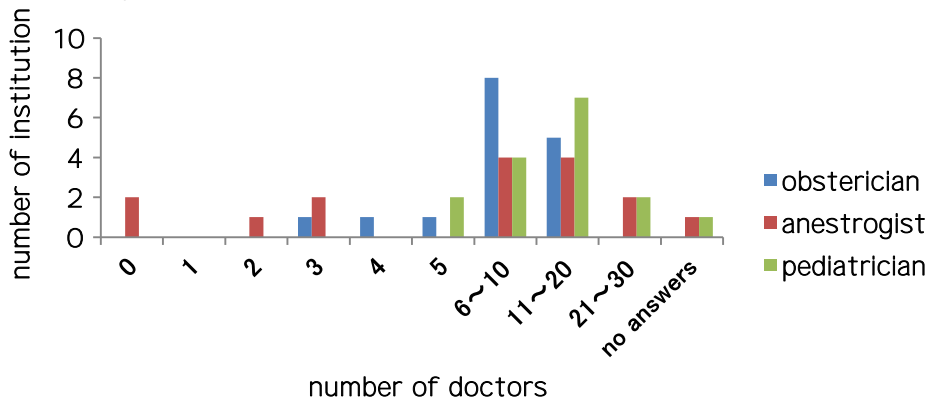
' Primary (n=83)



' Secondary (n=21)

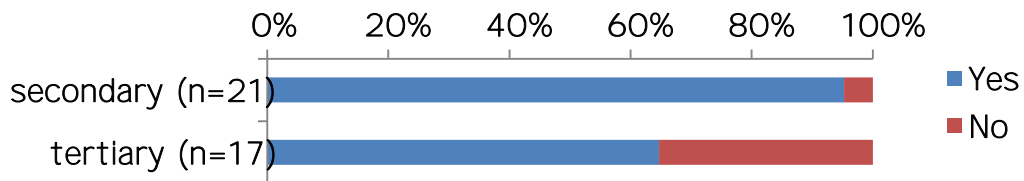


Tertiary (n =17)

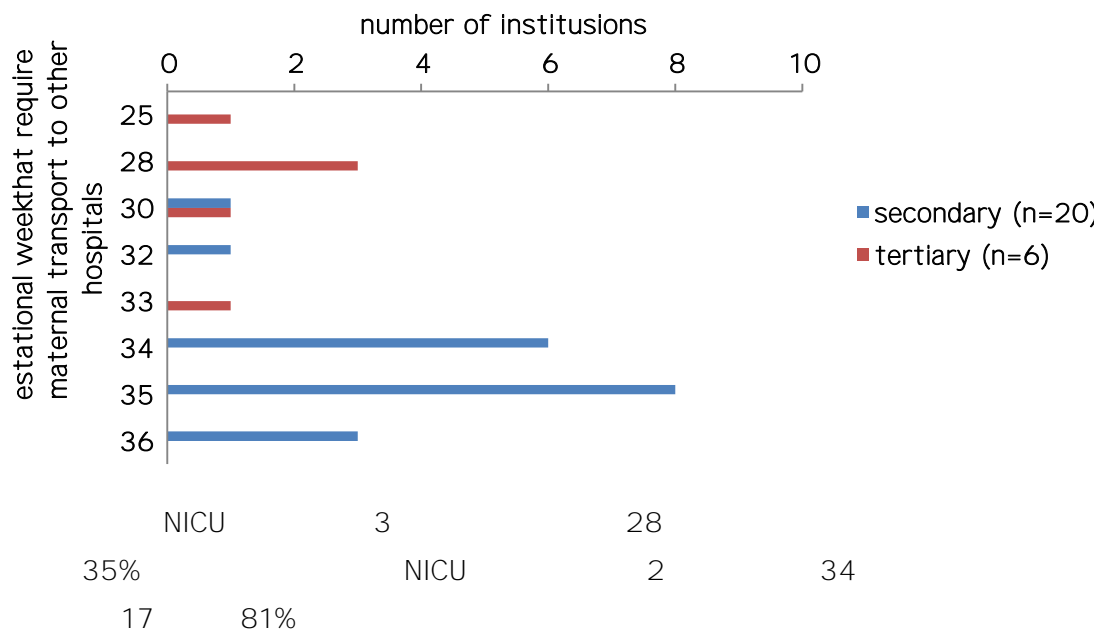


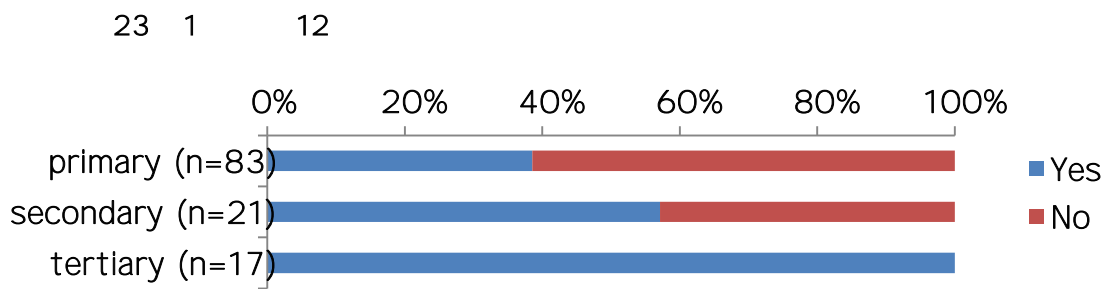
NICU 2 2 2 3 90 % 1

7



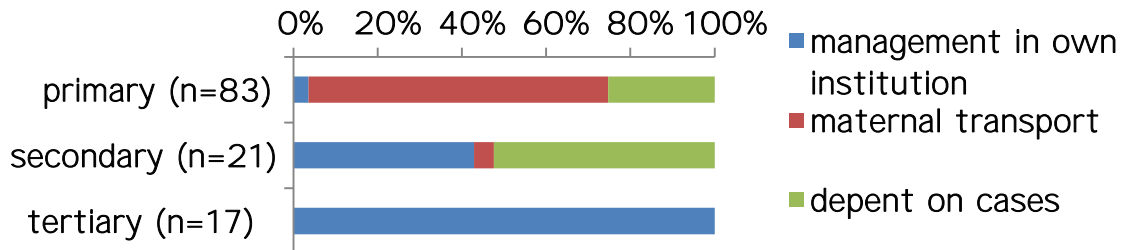
Ø





1 2 3 38.5 57.4 100%

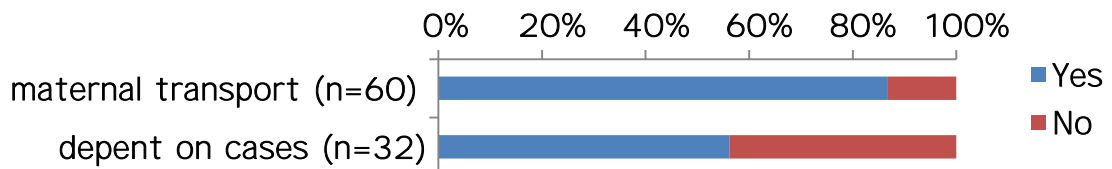
2)



1 3 1 2 104
 60 (57.6%) 93 89.4%
 DIC

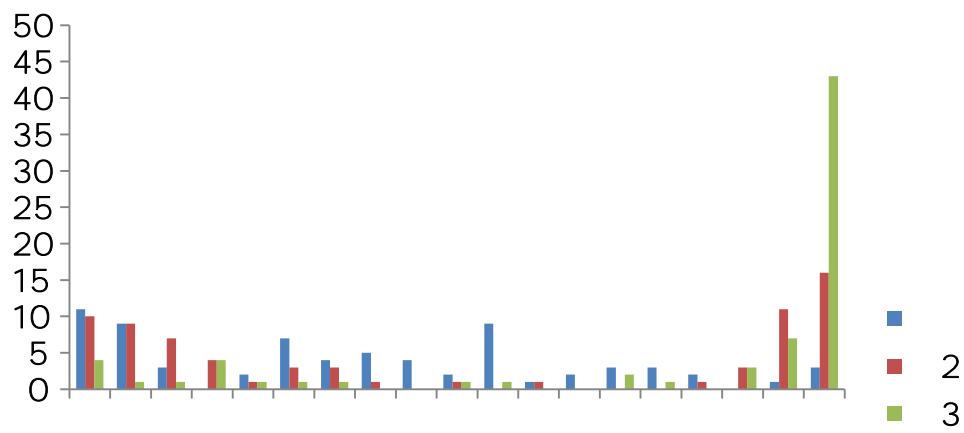
1
 ∅

70 86.1 93



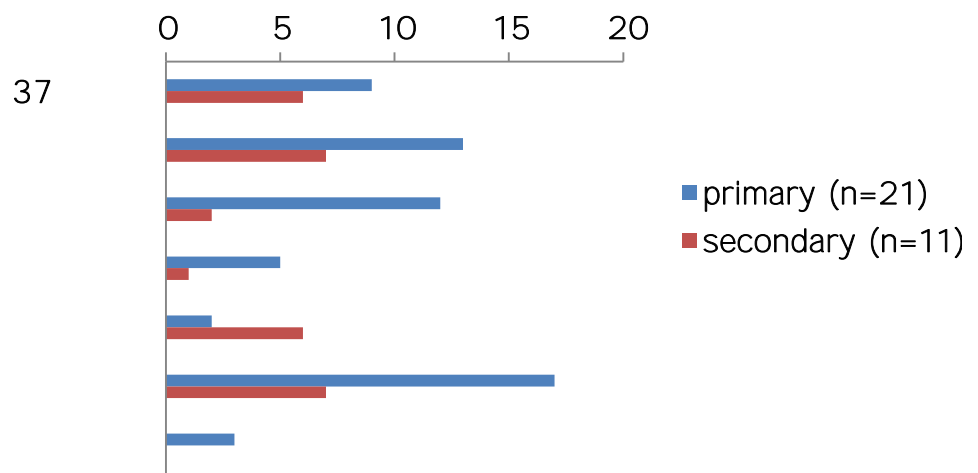
∅

23 32.4%



2

2
∅

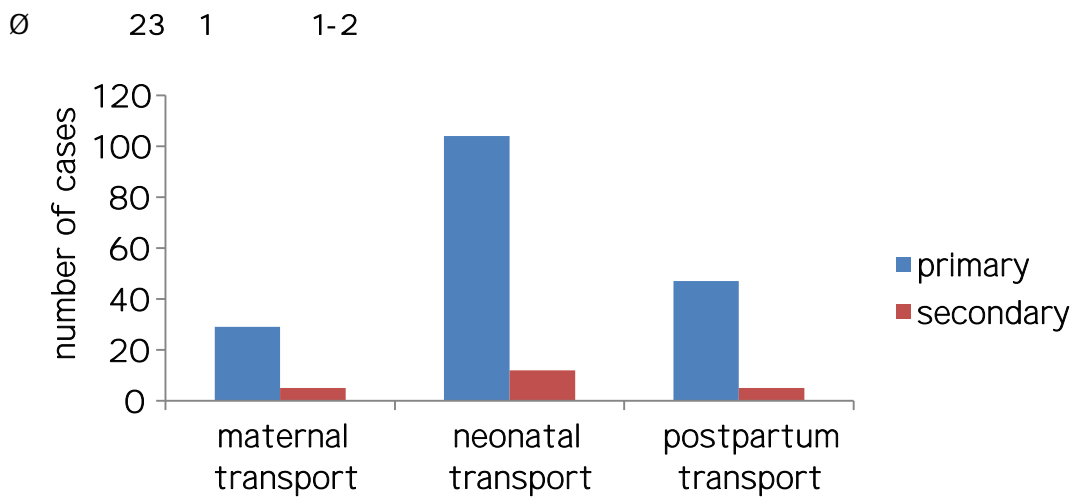


Primary (n=21)

...

Hb PLT,

35
 20 30
 Secondary(n=11)
 34 0
 36
 2000

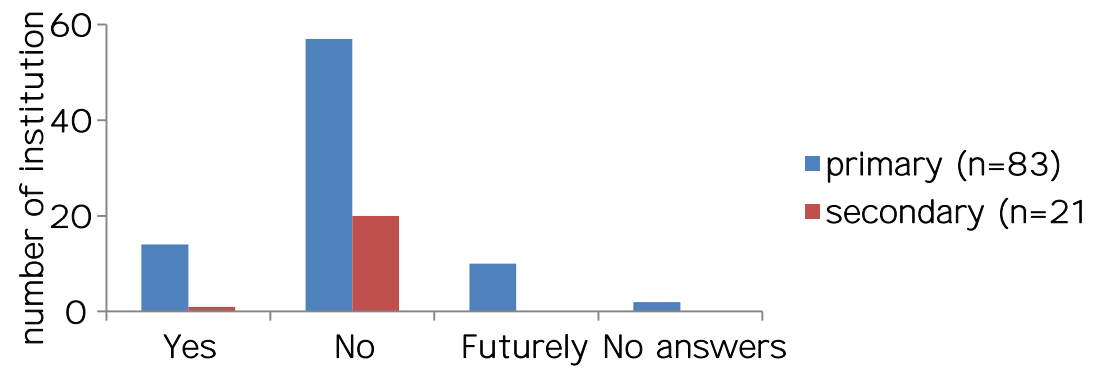
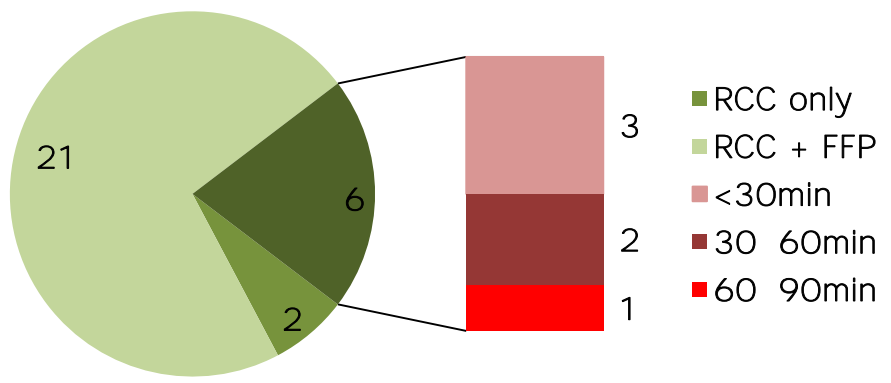


75%
 25%
 43.7%
 23 (n=52)
 n=34 (n=116)
 3 n=29
 0

72.4 RCC FFP
30

3

10 n=3 30 RCC FFP



15 13.5
1

10

3) IUFD

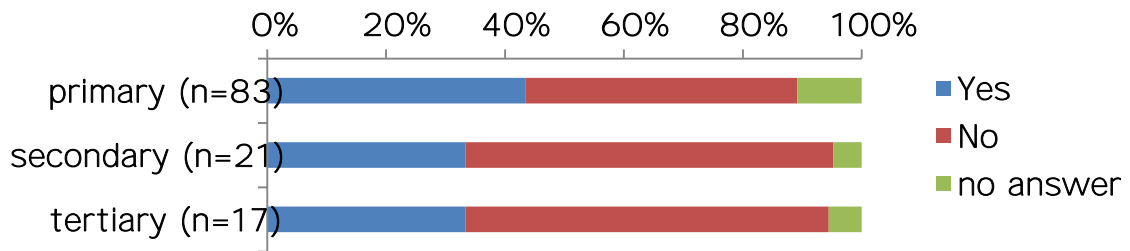
- 2011 IUFD

DIC

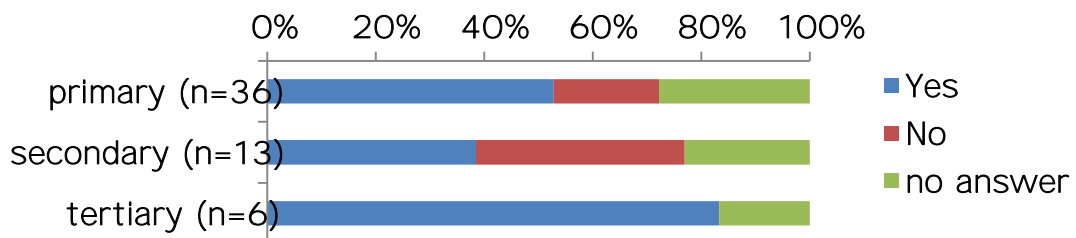
3

3

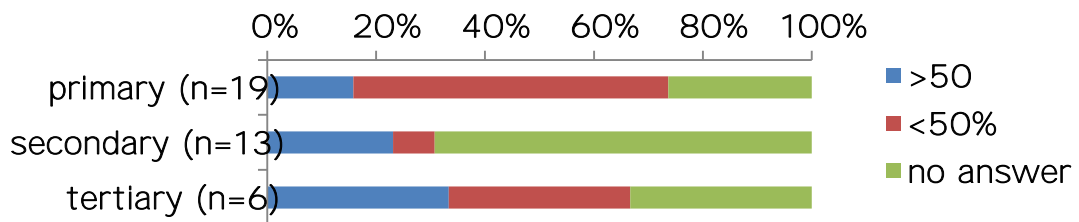
35% 1 36 39



Ø



Ø



3

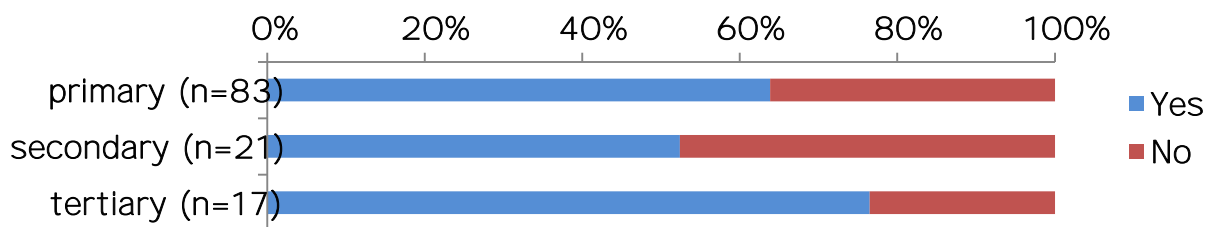
50

2

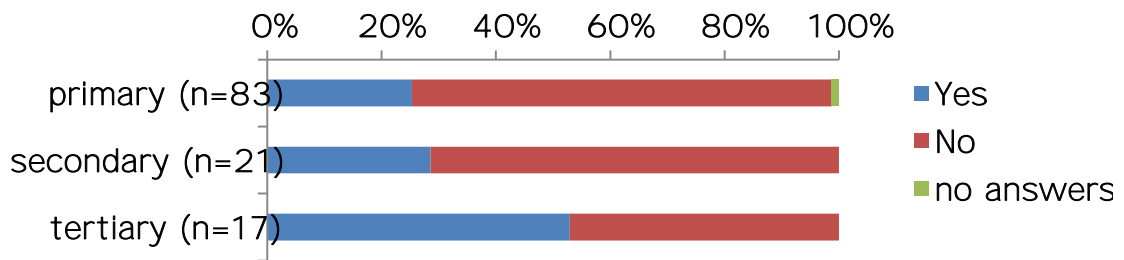
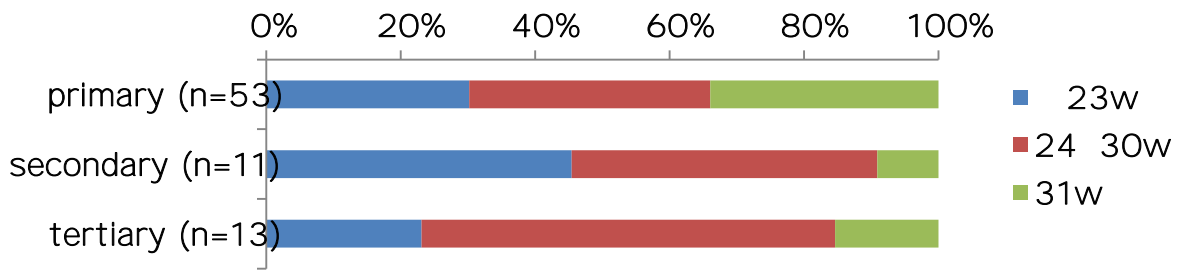
50

2

4)



J



52.4 77 63.6 2
 72.7% 30 1 36 29.8%

3.

1)

1

2

1

2

8

34

3

9

3

2

2

NICU

3

28

DIC

3

NICU

23

2)

1

3

86

21

16%

1

1

DIC

3

NICU

DIC

2

1

11

52.3

2

3

67

33

30

2

33

DIC

23

32

14

2

1

13.5%

10

3)

IUFD

DIC

3

1

3

IUFD

4)

5

2

12

2

4.

2 3

3

3

1

3

3

DIC

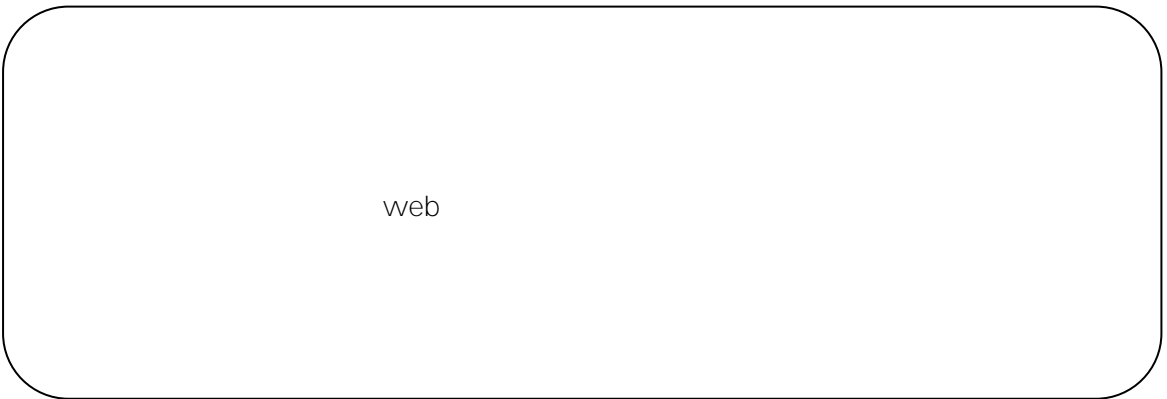
2

DIC

2

3

2




II.
1

「愛知県下における常位胎盤早期剥離症例の実態」調査

貴施設名	(_____)	
施設の形態	常勤産婦人科医師数: _____ 名 常勤小児科医師 _____ 名 常勤麻酔科医師 _____ 名 右欄の選択肢からお選び下さい。	<input type="radio"/> ①産科単科施設 <input type="radio"/> ②NICU併設しない総合病院 <input type="radio"/> ③NICU併設する総合病院
②③を選択した場合は下記赤枠内にお答えください		
②③を選択された施設のみ入力 小児科との取り決めで、妊娠週数による制限がありますか？		
<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ		
「はい」と答えた方のみお答えください。		
<input type="text"/> 未満は他院へ搬送		
1. 貴施設での胎盤早期剥離の管理について教えてください。		
1) 分娩前に胎盤早期剥離を強く疑われたり、診断された場合にどのようにされていますか。	<input type="radio"/> ① 自施設で対応・・・2)赤枠へ移動 <input type="radio"/> ② 直ちに母胎搬送・・・4)へ移動 <input type="radio"/> ③ ケースバイケース・・・3)青枠へ移動	
2) ①自施設で対応と答えられた先生に伺います。RCCやFFPを常備していますか。	<input type="radio"/> 常備していない <input type="radio"/> RCCおよびFFPを常備している <input type="radio"/> RCCのみ常備している <input type="radio"/> FFPのみ常備している	
RCCやFFPを院外から取り寄せる場合、オーダーから平均30分以内に投与開始できますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ ⇒ 何分くらいで開始できますか <input type="text"/> 分	
3) ③ケースバイケースと答えた施設について(自施設で対応する症例の方針を記入ください)		
具体例	<input type="checkbox"/> 37週以降 <input type="checkbox"/> 院内で分娩進行中に発症した症例 <input type="checkbox"/> 超音波検査で剥離面積が小さいと予想される症例 <input type="checkbox"/> 外出血が少量の症例 <input type="checkbox"/> 麻酔科医などマンパワーが確保できるとき <input type="checkbox"/> 見心音が回復せず搬送では見の予後が悪化すると判断されるとき <input type="checkbox"/> その他(下欄に記入してください)	

<p>4) IUFD(子宮内胎児死亡)と診断されたケースでの分娩方針はどうされていますか。経膈分娩を選択されることはありますか。</p> <p><input type="radio"/> あり → 右赤枠に移動</p> <p><input type="radio"/> なし</p>	<p>陣痛がみられないときは、積極的に陣痛促進もおこないますか。</p> <p><input type="radio"/> はい</p> <p><input type="radio"/> 帝王切開移行率50%以上</p> <p><input type="radio"/> 帝王切開移行率50%未満</p> <p><input type="radio"/> いいえ、陣痛がなければ帝切とする</p> <p><input type="radio"/> その他の御意見(以下に記入ください)</p>						
<p>5) 胎盤早期剥離患者の搬送先が決っていますか？</p> <p><input type="radio"/> はい ……4)-1の赤枠に移動</p> <p><input type="radio"/> いいえ</p>							
<p>4)-1 搬送先が決まっている施設にお聞きます</p> <table border="1"> <tr> <td>第一選択</td> <td>施設選択 選択...</td> </tr> <tr> <td>第二選択</td> <td>施設選択</td> </tr> <tr> <td>第三選択</td> <td>施設選択</td> </tr> </table>		第一選択	施設選択 選択...	第二選択	施設選択	第三選択	施設選択
第一選択	施設選択 選択...						
第二選択	施設選択						
第三選択	施設選択						
<p>5) 妊婦からの電話相談で早期剥離を疑った場合に、自施設で診療せず直接高次施設に行くように電話指示をすることはありますか。</p>	<p><input type="radio"/> ある</p> <p><input type="radio"/> ない</p> <p><input type="radio"/> これまでは無かったが、今後そうするつもりである。</p>						
<p>6) 検診されている妊婦の母親教室などの機会を利用し胎盤早期剥離の話がされていますか。</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="252 992 880 1126"> <p><input type="radio"/> している…右欄に赤枠内にお答えください。</p> <p><input type="radio"/> していない</p> </td> <td data-bbox="880 992 1350 1126"> <p>いつの時期にされていますか。</p> <p><input type="radio"/> 初診時から妊娠23週ごろまで</p> <p><input type="radio"/> 妊娠24週から30週ごろまで</p> <p><input type="radio"/> 妊娠31週から36週ごろまで</p> </td> </tr> </table>		<p><input type="radio"/> している…右欄に赤枠内にお答えください。</p> <p><input type="radio"/> していない</p>	<p>いつの時期にされていますか。</p> <p><input type="radio"/> 初診時から妊娠23週ごろまで</p> <p><input type="radio"/> 妊娠24週から30週ごろまで</p> <p><input type="radio"/> 妊娠31週から36週ごろまで</p>				
<p><input type="radio"/> している…右欄に赤枠内にお答えください。</p> <p><input type="radio"/> していない</p>	<p>いつの時期にされていますか。</p> <p><input type="radio"/> 初診時から妊娠23週ごろまで</p> <p><input type="radio"/> 妊娠24週から30週ごろまで</p> <p><input type="radio"/> 妊娠31週から36週ごろまで</p>						
<p>7) 平成23年中(平成23年1月～12月)に常位胎盤早期剥離と診断した症例はありましたか？</p>	<p><input type="radio"/> あった</p> <p><input type="radio"/> なかった</p>						
<p>8) 産科医療補償制度再発防止委員会が最近、胎盤早期剥離の保健指導について提言を発表したのをご存知ですか。</p>	<p><input type="radio"/> はい</p> <p><input type="radio"/> いいえ</p>						
<p>3. 胎盤早期剥離(疑いを含め)の病名で平成23年中の以下の症例数を記入ください。</p>							
<p>① 母体搬送した症例数は？ () 例</p>							
<p>搬送先を教えてください</p> <table border="1"> <tr> <td>第一選択</td> <td>施設選択</td> </tr> <tr> <td>第二選択</td> <td>施設選択</td> </tr> <tr> <td>第三選択</td> <td>施設選択</td> </tr> </table>		第一選択	施設選択	第二選択	施設選択	第三選択	施設選択
第一選択	施設選択						
第二選択	施設選択						
第三選択	施設選択						

②	母体管理のため産褥搬送した症例数は？	()	例
	児の管理のため新生児搬送した症例数は？	()	例
4.	今回のアンケートについてお聞きます。		
①	今回のようなネットアンケートはいいがでしたか。 <input type="radio"/> 紙の方がよかった。 <input type="radio"/> 紙より楽だった。 <input type="radio"/> その他の方は下欄に記入してください。		
②	先生の名前	<input type="text"/>	
	e-mail address	<input type="text"/>	
ご協力ありがとうございました。 登録は以下の登録ボタンをおしてください。途中で保存する場合も下記の登録ボタンからお願いします。 注意:必須項目を登録しないと途中で保存することができません。			
 をおしてください。下記の登録ファイル名で保存されます			

御施設名 (<input type="text"/>)	
対象症例 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし (なしの場合は以下のシートに記載していただく必要はございません。このままご返信ください。)	
登録日時	2013-03-27T22:50:51
母体情報	貴院ID (<input type="text"/>)
年齢	(<input type="text"/>)歳
経産回数	<input type="radio"/> 初産 <input type="radio"/> 経産(→(<input type="text"/> 回))
母体合併症	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 早剥既往(→ <input type="text"/> 回)
	<input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 腹部外傷(→ <input type="text"/> 時間後)
	<input type="checkbox"/> 前期破水(→ <input type="radio"/> 48時間以内 <input type="radio"/> 48時間以上経過) <input type="checkbox"/> 後に早剥発症
	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 (5cm以上のもの) <input type="checkbox"/> 子宮内膜症
	<input type="checkbox"/> 多胎 (→ <input type="text"/> 胎数)
	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精
初発症状(自覚)	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし ありの場合以下も選択 <input type="checkbox"/> 性器出血 <input type="checkbox"/> 子宮収縮 <input type="checkbox"/> 下腹部痛 <input type="checkbox"/> 胎動減少 <input type="checkbox"/> その他(<input type="text"/>)
妊娠管理	<input type="radio"/> 自施設 <input type="radio"/> 他院からの搬送 <input type="radio"/> 未受診
I. 発見前の状況(自施設管理で院外発症、院内発症、他施設管理の3つのうちいずれかを選択し記載してください)	
1-1. 自施設で管理されていた症例(院外発症例)	
妊婦から電話連絡の有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし(直接来院) ありの場合、電話連絡のあった日時は <input type="text"/> ころ
本人の自覚がはじまった日時	<input type="text"/> ころ ・ <input type="checkbox"/> 不明
受診日時	<input type="text"/> ころ
自宅から病院までの移動手段	<input type="radio"/> 自家用車 <input type="radio"/> 徒歩 <input type="radio"/> 公共交通機関 <input type="radio"/> 救急車 <input type="radio"/> その他(<input type="text"/>)

1-2. 自施設で管理されていた症例(院内発症例)

院内発症の形態	<input type="radio"/> 外来受診中 <input type="radio"/> 分娩中 <input type="radio"/> 切迫早産など入院管理中 <input type="radio"/> その他()
症状・所見がはじまった時	<input type="text"/> 日 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 <input type="text"/> 秒
第1発見者	<input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 助産師 <input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> その他()
医療側の発見時	<input type="radio"/> 症状・所見が開始とほぼ同時 <input type="radio"/> <input type="text"/> 分後

2. 他施設で管理されていた症例

受け入れ要請をしてきたところ	<input type="radio"/> 本人または家族 <input type="radio"/> 救急隊 <input type="radio"/> 医療施設
医療施設からの紹介であった場合のみ以下記載	
依頼元病院名	<input type="text"/>
依頼元病院での診断名	<input type="radio"/> 胎盤早期剥離 <input type="radio"/> 切迫早産 <input type="radio"/> その他()
依頼元からの連絡のあった日時	<input type="text"/> 日 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 <input type="text"/> 秒
搬送到着日時	<input type="text"/> 日 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 <input type="text"/> 秒

II. 分娩前の所見施行した検査(施行した検査にチェックし、右欄にも記載)

<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 胎盤肥厚 <input type="checkbox"/> 胎盤後血腫 <input type="checkbox"/> IUFD <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 所見なし	
	<input type="checkbox"/> CTG検査 <input type="checkbox"/> 基線細変動減少 <input type="checkbox"/> 遅発性一過性徐脈 <input type="checkbox"/> 徐脈(基線が80未満) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> reassuring pattern	
<input type="checkbox"/> 血液検査	施行したもののみチェックをいれて、値の記入をお願いします。	
	<input type="checkbox"/> Hgb	<input type="text"/> g/dl
	<input type="checkbox"/> Plt	<input type="text"/> 万/ μ l
	<input type="checkbox"/> PT	<input type="text"/> 秒(コントロール <input type="text"/> 秒)
	<input type="checkbox"/> APTT	<input type="text"/> 秒(コントロール <input type="text"/> 秒)
	<input type="checkbox"/> FDP	<input type="text"/> μ g/ml
	<input type="checkbox"/> D-dimer	<input type="text"/> μ g/ml
	<input type="checkbox"/> フィブリノゲン	<input type="text"/> mg/dl
<input type="checkbox"/> CRP	<input type="text"/> mg/dl	
<input type="checkbox"/> ATIII	<input type="text"/> %	

Ⅲ. 分娩所見

分娩日時	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 <input type="text"/> 秒	
分娩週数	<input type="text"/> 週 <input type="text"/> 日	
分娩様式	<input type="radio"/> 経膣分娩トライ	陣痛促進は？ <input type="radio"/> したく <input type="radio"/> 人工破膜・ <input type="radio"/> オキシトシン <input type="radio"/> しなかった
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> 時間後に帝切に移行 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 自然	
小児科医の分娩時立ち会い	<input type="radio"/> 帝王切開術	
	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	なしの場合 出生後 約 <input type="text"/> 分に小児科医到着
胎盤剥離面積	<input type="radio"/> 30%未満 <input type="radio"/> 30-50%未満 <input type="radio"/> 50%以上	
分娩時出血量	(<input type="text"/>)ml	
輸血実施	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	はいの場合 RCC <input type="text"/> 単位 FFP <input type="text"/> 単位 PC <input type="text"/> 単位 輸血開始の時期 <input type="radio"/> 分娩前 <input type="radio"/> 分娩直後 <input type="radio"/> 分娩2時間以内 <input type="radio"/> 分娩2時間以降
子宮摘出	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	
動脈塞栓術	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	
抗DIC 治療	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> ATⅢ製剤 <input type="radio"/> その他 (<input type="text"/>)
帝王切開術開始時間にあたり、何かを整備されればもっと早く開始できると感じることはありましたか。		<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
はいの場合もっとも近いものにチェックをお願いします。		
<input type="checkbox"/> 手術にはいる産婦人科医の人員の確保		
<input type="checkbox"/> 手術室の看護師の確保		
<input type="checkbox"/> 麻酔科医の確保		
<input type="checkbox"/> 小児科医の確保		
<input type="checkbox"/> FFPなどの血液製剤の確保		
<input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)		
母体転帰	分娩後 (<input type="text"/>) 日目 退院 ・ (<input type="text"/>) 日目死亡	
退院時後遺症	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	ある場合は具体的に記載をお願いします。 (<input type="text"/>)

他施設へ産褥搬送した症例のみ記載

iphoneシステム使用の有無	<input type="radio"/> メール <input type="radio"/> 直接電話 <input type="radio"/> 使用無し	iphone使用しない場合の依頼方法
		<input type="radio"/> 直通電話へ連絡 <input type="radio"/> その他(<input type="text"/>)
搬送は何施設目で決定したか	施設 <input type="text"/>	
受け入れ先決定時刻	<input type="text"/> 日 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 <input type="text"/> 秒	
搬送開始時刻(救急車到着時刻)	<input type="text"/> 日 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 <input type="text"/> 秒	
搬送先病院名	<input type="text"/>	

IV. 児の予後

出生体重	<input type="text"/> g
性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
アプガースコア	<input type="text"/> 点/1分 <input type="text"/> 点/5分 (死産の場合は0/0点) <input type="checkbox"/> 不明
IUFD	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
臍帯血ガス	pH <input type="text"/> pO2 <input type="text"/> pCO2 <input type="text"/> BE <input type="text"/>
	<input type="radio"/> 静脈血 <input type="radio"/> 動脈血 <input type="radio"/> 不明
	<input type="radio"/> 採取不能
NICUへの入院	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし

他施設へ新生児搬送した症例のみ記載

iphoneシステム使用の有無	<input type="radio"/> メール <input type="radio"/> 直接電話 <input type="radio"/> 使用無し	iphone使用しない場合の依頼方法
		<input type="radio"/> 直通電話へ連絡 <input type="radio"/> その他(<input type="text"/>)
搬送は何施設目で決定したか	施設 <input type="text"/>	
受け入れ先決定時刻	<input type="text"/> 日 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 <input type="text"/> 秒	
新生児医師到着時刻	<input type="text"/> 日 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 <input type="text"/> 秒	
搬送開始時刻(救急車到着時刻)	<input type="text"/> 日 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 <input type="text"/> 秒	
搬送先病院名	<input type="text"/>	

回答者 ()

ご多忙にもかかわらず、ご協力を賜りどうもありがとうございました。
今後このデータをまた報告させていただき、先生方にはより安全な胎盤早期剥離の管理法の参考にしていただければ幸いです。

以下のボタンで入力内容を確定してください。