



癒着胎盤の取り扱い

神戸大学医学部産婦人科
同付属病院産科病棟医長
山崎 峰夫

癒着胎盤は稀であるが、分娩第3期大量出血の原因となったり、子宮全摘出術を余儀なくされることも多い重要な疾患である。本稿では、分娩後の胎盤剥離遅延への対処の仕方を含めて、癒着胎盤の取り扱いにつき述べたい。

癒着胎盤について

〔I. 定義, 分類〕

1. 深さによる分類

- 1) 癒着胎盤 (placenta accreta) : 床脱落膜が欠損しており胎盤が直接子宮筋に癒着して剥離が困難になっている状態
- 2) 嵌入胎盤 (placenta increta) : 絨毛が子宮筋層内に侵入している
- 3) 穿通胎盤 (placenta percreta) : 絨毛が筋層を貫通し漿膜に達する

2. 範囲による分類

- 1) 全癒着胎盤 : 癒着が胎盤の全面にわたる
- 2) 部分癒着胎盤 : 癒着が一部分に留まる

〔II. 原因, リスク因子〕

子宮内膜炎, 子宮内手術操作などの既往
 粘膜下筋種
 多産婦
 筋腫核出や帝王切開, 子宮形成などの手術痕
 前置胎盤, 低置胎盤

特に, 帝王切開既往妊婦の前置胎盤は高率に (16~25%) 癒着胎盤を合併する。

〔III. 頻度¹⁾〕

一般に7,000例に1例とされている。癒着胎盤の分類による頻度は accreta が78%, increta 17%, percreta 5%とされている。

〔IV. 症状〕

- 二大症状 { 1) 分娩第3期の胎盤剥離の欠如
 2) 分娩第3期出血

ふつう, 前置胎盤でないかぎり妊娠経過には異常がないが, percreta 症例で分娩前に腹腔内出血や子宮破裂が起こりうるとされている。

〔V. 診断〕

分娩前の診断は困難で, 大多数の例では胎盤剥離の遅延で気付かれる。ただし, 付着胎盤と癒着胎盤の厳密な鑑別は子宮摘出後の組織検索を要する。

床脱落膜や筋層内静脈の超音波像である subplacental sonolucent area の欠如していることで分娩前診断が可能という報告がある。

〔Ⅵ. 治療〕

1) 用手剥離

2) 子宮摘出術：止血し得ない子宮出血や子宮内感染例に対して

3) 抗ガン剤による保存療法

いずれの場合でも感染予防，出血対策（輸血，DICの予防と治療）に十分配慮する。

経膣分娩後胎盤娩出遅延への対処の実際

〔Ⅰ. 胎盤は剥離しているのに娩出されない状態〕

1. 胎盤娩出力の欠如

まず，薬剤投与や冷却などにより子宮収縮を促し，子宮底輪状マッサージを行う。

子宮収縮促進刺激は次に述べる胎盤嵌頓の原因ともなるため，時宜を見計らって Crede 法や Brandt-Andrews 法による胎盤圧出術を試みる。

ただし，胎盤剥離が十分でないときは，胎盤遺残を起こしたり，特に Crede 法では子宮内反症を誘発する危険がある。

2. 胎盤嵌頓

胎盤娩出前に子宮収縮剤（特にエルゴメトリン）を使用したり，子宮体部の粗暴なマッサージにより，ときに子宮下部輪状筋の攣縮が起こる。この場合，胎盤は子宮体部に捕捉されて娩出が著しく困難となる。

子宮下部の絞扼が解けるまで待機する。

〔Ⅱ. 胎盤が子宮壁より剥離していない状態〕

1. 付着胎盤

床脱落膜の欠損はないが子宮壁からの剥離が遅延するもの。子宮収縮不全，子宮の形態異常などのほか，原因不明のものが多い。癒着胎盤とは病理学的に区別されるが，臨床上両者の鑑別は難しい。頻度は圧倒的に付着胎盤の方が多い。子宮収縮促進ならびに子宮底のマッサージにて胎盤を娩出させるが，場合により用手剥離が必要。

2. 癒着胎盤

胎盤娩出に用手剥離術を必要とする。しかし，increta や percreta では剥離し得ず，子宮摘出を余儀なくされることも多い。

胎盤用手剥離術の実際

1) 胎盤娩出前の出血量の多いとき，2) 児娩出後30分を経過し，子宮収縮促進ならびに子宮底のマッサージにて胎盤が娩出されないときは用手剥離の適応としてよい。一方，出血量の少ない場合では胎盤を子宮内に放置して自然の壊死，吸収が起こるのを待機する方針を主張する人もある。これら相反した二つの方針の根拠としてはそれぞれ，(a) 高度の癒着胎盤に対する用手剥離は出血や子宮損傷を起こしうるため，子宮全摘出術を余儀なくされることもある，(b) 子宮内の胎盤遺残は重症感染の温床となりうる，ことがあげられる。

方針の選択は，施設ごとの対応力，妊孕能保存への要求度などにより症例ごとに決定されるが，いずれの場合でもそれぞれ危険を伴っていることを認識することが重要。

〔Ⅰ. 準備〕

全身状態の把握：バイタルサインを確認し，血圧，脈拍を以後5分ごとに測定する。

〔Ⅱ. 最終摂食時間の確認〕

処置や麻酔に伴う嘔吐の誤嚥を警戒する。

〔Ⅲ. 輸血の準備〕

処置中の出血に備え、最低5単位の輸血を準備する。出血量が多いときはさらに多量が必要。

〔Ⅳ. 静脈路の確保〕

薬物注入や輸血に備え、18ゲージの留置針で静脈路を確保する。ルートには2連式の3方括栓をつないでおく。

〔Ⅴ. 必要薬剤〕

子宮収縮剤：オキシトシン（持続点滴）、エルゴメトリン（持続点滴）、プロスタグランディンF_{2α}（子宮筋局注）

抗ショック剤：ハイドロコチゾンなど

DIC 対策薬：メシル酸ガベキセート（FOY™）などの酵素阻害剤、アンチトロンビンⅢ、新鮮凍結血漿（血液凝固因子補充）

抗生物質：

〔Ⅵ. 麻 酔〕

可能なかぎり、笑気ガスあるいは静脈麻酔剤による麻酔を行う。

鎮静剤（ジアゼパムなど）と鎮痛剤（ペンタゾシンなど）の併用でもよい。

なお、子宮全摘出術に備え全身麻酔の体制が整えられれば理想的。

〔Ⅶ. 消 毒〕

腔式手術に準じた広範囲をイソジンで消毒。術者は肘関節のうえ3横指までブラッシングし、イソジンにて消毒する。

〔Ⅷ. 手 技〕

一方の手で母体の腹壁から子宮底部を把持しながら、他方の手を腔から挿入し、子宮腔内に入って臍帯をたどりながら胎盤に達する。手掌を胎盤側に向けて胎盤の辺縁より手指を子宮壁と胎盤の間に挿入し、手刀で胎盤の剥離を進めていく。このとき、子宮壁と胎盤との間に索状物を触れ、その太さは症例によりさまざまであるが、多くは手指で切断可能である。

しかし、incretaやpercretaの場合胎盤を完全には子宮壁より剥離し得ず、強行すると子宮穿孔や大出血の原因となる。

胎盤が全面にわたり子宮壁より剥がれたことが確認できたら胎盤をつかんで外へ引っ張りだす。感染の機会をできるだけ減らすため、子宮内への手の挿入は繰り返さないで済ませられるように努める。胎盤遺残があれば、可能なら大きな胎盤鉗子により除去する。

〔Ⅸ. 術後の観察、諸検査〕

- ・バイタルサインの確認
- ・子宮収縮剤の投与や、子宮体部のアイスノンによる冷却
- ・出血量の測定ならびに出血傾向の観察、血球計算や血沈値によるDIC発症の早期発見
- ・膀胱にカテーテルを留置（24時間）、時間尿量チェック
- ・抗生物質投与（2～3日間）

前置胎盤に癒着胎盤が合併した場合（前置癒着胎盤：頻度は約4%とされている）の対策

1. 帝王切開に先立ち十分量（10単位程度）の輸血の確保、子宮摘出術を想定した準備を行う。
2. 開腹時、子宮下部の暗赤紫色の膨隆、表面の血管怒張などの所見（increta, percretaを示唆）に注意。

3. A. 妊孕能保存が求められない場合：

帝王切開術に引き続き子宮摘出術を行う²⁾ (cesarean hysterectomy). 子宮全摘出術を原則とする。

膀胱壁に強く胎盤組織が浸潤している場合は膈上部切断術しか行い得ないことがある。この場合、頸部にガーゼを充填し、出血を軽減する。

B. 妊孕能保存が強く求められる場合：

1)胎盤用手剥離の後、出血部位を可及的に縫合（クロミック腸線などで）し、子宮収縮剤の局所注射などで止血を図る。出血の持続するときはガーゼ充填による圧迫止血を行う。

2)出血の少ない場合は臍帯を結紮したうえで、胎盤を放置しておく。術後抗生物質により感染に注意しながら胎盤が自然に吸収されるのを待つ。胎盤の壊死、吸収を促進するために抗癌剤（メトトレキサート、エトポシドなど）を使用した報告もある。

予 後

母体死亡率は1934年以前のデータでは37%、1955年より1969年では9.5%、近年では3%程度とされている。大量出血への対処、抗生物質療法による感染症の治療などが母体の予後を決定する重要な要因である。

《参考文献》

- 1) Breen JL, Gregori CA, Franklin JE. Placenta accreta, increta, and percreta. *Obstet Gynecol* 1977; 49: 43-47
- 2) Read JA, Cotton DB, Miller FC. Placenta accreta: Changing clinical aspects and outcome. *Obstet Gynecol* 1980; 56: 31-34