

妊娠初期の性器出血と腹痛

東北大学医学部
産科婦人科講師
上原 茂樹

はじめに

妊娠初期の性器出血や腹痛は、妊娠による生理的変化によるもの、流産や子宮外妊娠などの異常妊娠に起因するもの、妊娠に関係しない疾患に起因するものがある。したがって、それらの症状がなにに起因するかを速やかに判定し、必要な処置を施すことが重要となる。

妊娠初期に性器出血をおこす疾患

〔Ⅰ. 妊娠に起因するもの〕

流産（切迫流産を含む）、子宮外妊娠、頸管妊娠、胞状奇胎

〔Ⅱ. 妊娠に直接起因しないもの（出血部位別）〕

外陰出血：外陰潰瘍、外陰炎、外陰外傷、外陰癌

腔出血：腔炎、腔外傷、腔癌

子宮腔部出血：腔部びらん、頸管ポリープ、頸癌、異形成

子宮体部出血：筋腫、肉腫、体癌、絨毛癌、異物（IUD）、内膜ポリープ、内膜炎

血小板減少症、血液凝固異常

（下に波線のものは腹痛をともしないことが多いもの）

妊娠初期に腹痛をおこす疾患

〔Ⅰ. 妊娠に起因するもの〕

流産（切迫流産を含む）、子宮外妊娠、子宮増大による骨盤内うつ血や牽引痛

〔Ⅱ. 妊娠に直接起因しないもの〕

卵巣腫瘍茎捻転、黄体出血、尿路結石、消化管由来の疼痛（虫垂炎、憩室炎、腹膜炎、イレウス、急性腸炎、ヘルニア）

（下に波線のものは性器出血をともしないやすいもの）

〔Ⅲ. 留意点〕

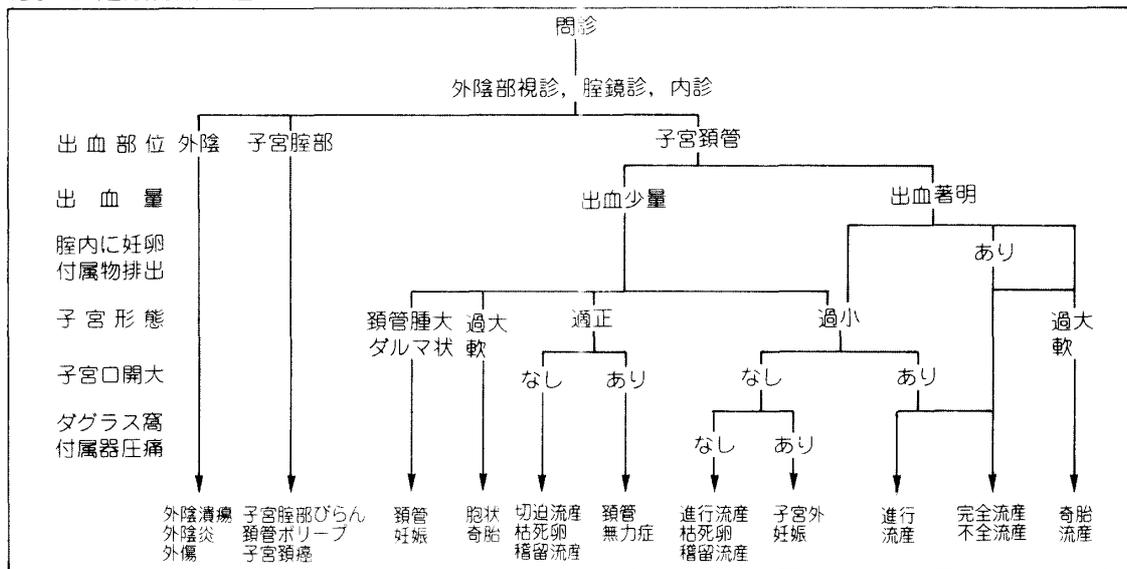
疾患に起因するもののみでなく、子宮の増大による骨盤内うつ血や靭帯の牽引による生理的変化が起因した腹痛も多いこと、子宮外妊娠では未破裂や未流産の場合は症状に乏しいことがあげられる。

診察の進め方（表1, 2, 3）

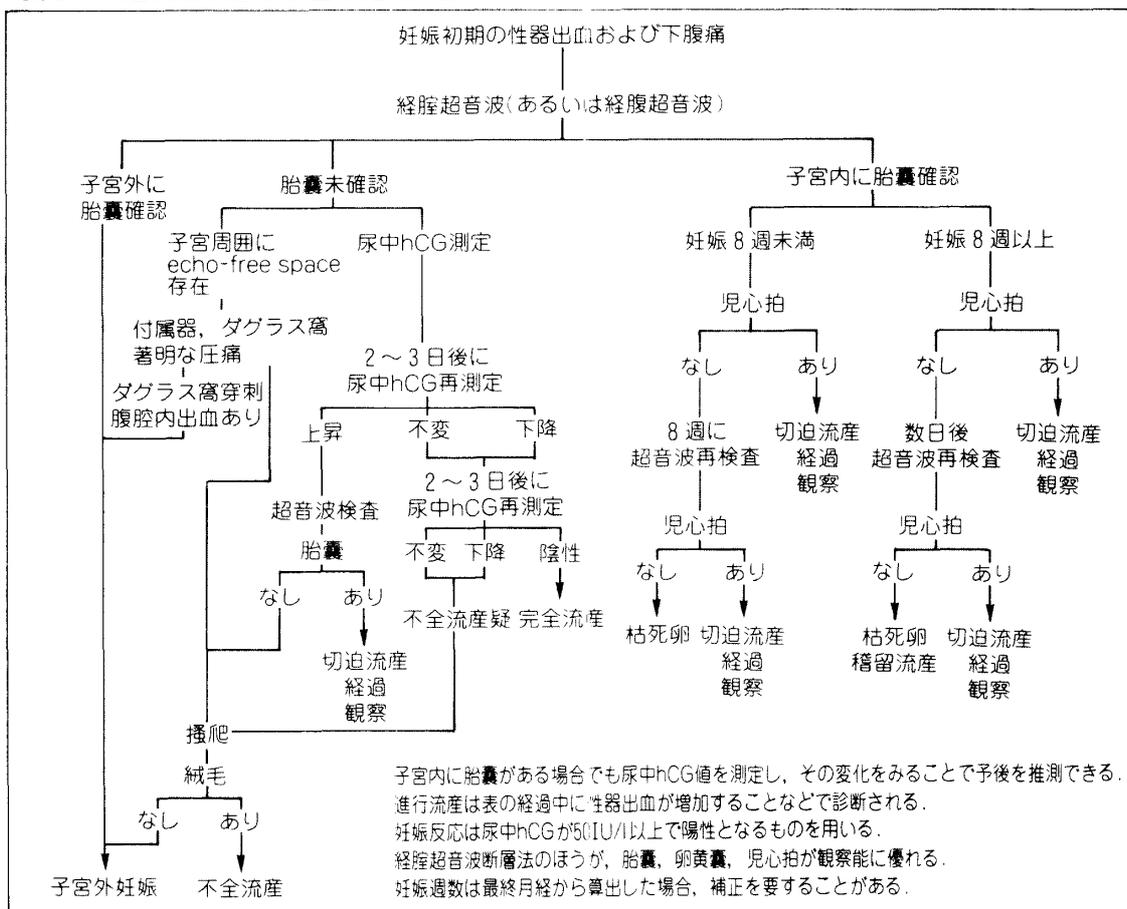
問診、腔鏡診、内診の基本診察で病態が把握できることが多い。したがって、これらを診察の最初のステップとし、次いで経腔超音波検査と進む。出血性ショックやひどい腹痛で十分な問診ができない場合は、意識レベル、血圧、脈拍数、呼吸状態といった一般状態の把握を急ぎ、血管確保、酸素投与などの救急処置を行ってから診察、検査を進める。

問診：最終月経開始日を聴取し、妊娠週数を算出する。最終月経開始日が曖昧であったり、不正性器出血を最終月経と間違えて認識している患者もあり、月経周期や量も配慮する。

(表1) 妊娠初期の性器出血患者についての問診、外陰部視診、腔鏡診、内診によるフローチャート



(表2) 流産関連疾患と子宮外妊娠の診断のためのフローチャート



症状では開始時期、性状を聴く。既往歴、既往妊産歴を聴取し、鑑別診断に役立つ。
 尿妊娠反応：妊娠の可能性があれば、妊娠反応（低単位hCG検出）を検査する。陰性であれば妊娠は考えにくい。また以下の診察は排尿後のほうが所見が得やすい。尿は別の検査に使用できるので廃棄しない。

(表3) 経膈超音波所見*からみた切迫流産の予後**

	予後良	予後不良
胎嚢位置	正常	下降
胎嚢形態	円形あるいは楕円形	不整(変形)で壁が薄い
胎嚢径の増大	あり	なし
胎嚢内所見		
胎嚢径20mm以上		
卵黄嚢	あり	なし
胎嚢径25mm以上		
胎児像	あり	なし***
胎嚢径30mm以上		
胎児心拍	あり	なし****

* 超音波所見は妊娠週数との関係で正常、異常が決まるが、週数が明確でないことがあり、一度の検査で異常と決めつけずに、再度の検査をして所見の変化を見極める必要がある。また、経膈超音波所見は経膈超音波所見より予後判定に詳しい。

** 超音波検査のみを指標とせず、尿中hCG値も確認したほうがよい。

*** 胎嚢径が25mm以上あれば、胎児エコーが確認される可能性が高い。

**** 胎嚢径が30mm以上あれば、胎児心拍が確認される可能性が高い。

外陰視診：炎症、潰瘍、外傷の有無をみる。

腔鏡診：出血の量、性状と部位、妊卵や付属物の排出、腔腫瘍や異物、子宮腔部びらん、頸管ポリープ、子宮頸癌の有無をみる。

内診：腔腫瘍や異物の有無、子宮の大きさ、形状、硬さ、可動性、子宮頸部腫大の有無、付属器腫瘍や圧痛の有無、ダグラス窩圧痛の有無をみる。

経膈超音波検査：胎嚢の位置、サイズ、形状、卵黄嚢の有無、胎児および胎児心拍の有無、ダグラス窩や子宮周囲の echo-free space の有無、付属器腫瘍、胎状奇胎特有の子宮内超音波断層像の有無をみる。本検査で女性内性器およびその周囲の局所的病態把握ができるが、広い範囲の病態把握は経腹超音波がよい。

ダグラス窩穿刺、子宮内膜診査搔爬：子宮外妊娠が疑われた場合は、ダグラス窩穿刺で腹腔内出血(暗赤色、凝固しない)を確認したり、子宮内膜診査搔爬で絨毛の有無をみて診断に役立てることもできる。これらは侵襲的検査であり麻酔を必要とすることがある。

腹部触診、聴診、腹部超音波検査：婦人科検診台上の診察で診断が確定できない場合やさらなる情報を得たい場合は、ベッド上で腹部触診、聴診、経腹超音波検査を施行する。急性虫垂炎、イレウスなどの消化管疾患の診断につながる。

臨床検査：尿検査(尿中hCG半定量、潜血)、子宮腔部細胞診、腔分泌物検鏡-細菌検査、血液検査(血算、CRP、血液ガス、血中hCG値)。

腹部レントゲン撮影：胎児被曝を考慮すれば避けたほうがよい。しかし、イレウスや結石を疑う場合は有用である。その際は被曝線量を必要最小限とするとともに、1~2枚分の被曝線量では胎児異常を来す可能性は少ないことを説明する。

流産への対処 (表1, 2, 3)

(I. 流産関連疾患名)

切迫流産 (threatened abortion)：性器出血や下腹痛などの流産徴候があるが、妊娠継続の可能性のある状態。

進行流産 (inevitable abortion)：流産徴候が増強し妊卵や付属物が子宮外に排出されつつあるため、妊娠継続の可能性がない状態。

不全流産 (incomplete abortion) : 流産が進行し妊卵は排出されたが付属物の一部あるいは全部が子宮内に残留している状態。

完全流産 (complete abortion) : 流産が進行し子宮内容がすべて排出された状態。

枯死卵 (blighted ovum) : 胎嚢は存在するが妊娠週数に比して胎児の発生がない状態。

稽留流産 (missed abortion) : 胎児死亡をおこしているが無症状で、妊卵が長期間排出されない状態。

〔Ⅱ. 切迫流産予後判定因子〕

妊娠週数 : 妊娠週数によって変化する超音波所見や尿中 hCG 値を正常か異常か見極めるために必要 (最終月経から算出した場合は不正確である場合がある)。

超音波所見 : 胎嚢の径 - 形態 - 子宮内の位置、卵黄嚢の有無、児心拍の有無をみて正常像と比較する (経腹超音波より経陰超音波を用いたほうが詳細な情報を得やすい)。

尿中 hCG 半定量値, 血中 hCG 値 : これらの値の変動や正常値との比較をする (hCG 値は妊娠10~12週までは増加するがそれ以降は減少する)。

〔Ⅲ. 切迫流産の治療〕

安静 (状況にあわせて入院加療), プロゲステロン製剤, hCG 製剤, 止血剤 (妊娠初期の β -stimulant の投与は保険診療では認められていない), 頸管縫縮術 (頸管無力症)。

〔Ⅳ. 進行流産, 不全流産, 枯死卵, 稽留流産の治療〕

流産手術 (子宮内容除去術) を施行する。

子宮外妊娠への対処

〔Ⅰ. 子宮外妊娠の部位〕

卵管妊娠, 卵巣妊娠, 腹腔妊娠がある。卵管妊娠は卵管膨大部妊娠がもつとも多く, 峡部妊娠, 間質部妊娠の順で発生する。

〔Ⅱ. 診断の要点〕

性器出血と腹痛のある患者で, 子宮付属器やダグラス窩に圧痛があり, 妊娠反応陽性, 超音波検査で子宮内に胎嚢がなく腹腔内出血を推測させる echo-free space がある場合, 子宮外妊娠の中絶 (卵管流産や卵管破裂) を強く疑う。さらに, ダグラス窩穿刺や子宮内膜診査搔爬も診断に役立つ。卵管流産では腹腔内出血が軽微で腹痛はひどくなく, 内診でも圧痛がないため診断に迷うこともあるが, 経過を観察し, 子宮内に胎嚢がみえてこないことで診断がつく。子宮外妊娠中絶前の診断は難しく, 偶然に子宮外に胎嚢や胎児が確認されたり, 子宮内に胎嚢がないことで疑われ精査されて診断される。診断に迷う時は腹腔鏡を施行して確定することもよい。

〔Ⅲ. 治療〕

ショック状態で搬送され, 輸液, 輸血, 酸素投与, 強心剤, ステロイド投与が必要になることが多い。根治的には手術を行うのが原則である。卵管妊娠の破裂では患側卵管切除術, 間質部妊娠では卵管角を含めた切除が必要になる。卵巣妊娠では患部を含めた卵巣楔状切除術や卵巣摘出術が必要になる。腹腔妊娠は, 時に妊娠継続されることがあるが, 診断された場合は胎児部分の摘出を行い, 腸管に付着した胎盤部分の摘出は無理をせずに自然の吸収を待つほうがよい。中絶前では患部を切開し内容を除去する保存手術や, 患部にメトトレキサートを注射する方法も近年行われている。また, これらの手術は腹腔鏡下に行うこともできる。