

妊娠末期の性器出血と腹痛

京都大学医学部
婦人科産科助教授
佐川 典正

はじめに

性器出血と腹痛は妊娠後半期の妊婦にみられる訴えのうち、もっとも頻度が高く、かつ重要なものである。妊娠子宮に起因する腹痛は通常性器出血をともなうことが多い。したがって、本稿では性器出血を中心に疾患を整理し、妊娠子宮に起因する腹痛は、それらの疾患の一症状として説明する。妊娠子宮に起因しない腹痛については、別項として説明を追加する。

妊娠後半期の性器出血を主症状とする疾患

妊娠後半期に性器出血をともなう主な疾患としては表1に示すものがある¹⁾。これらは、出血が子宮口からあり妊娠と直接関係を有する場合と、出血が子宮腔部や腔壁の病変部位からで妊娠とは直接関係のない場合に区別して考える必要がある。これらのうち、子宮内からの出血が何らかの原因で子宮筋と卵膜や胎盤との間に貯留した場合は、子宮筋を刺激することにより様々な程度の疼痛をともなう子宮収縮を引き起こす。

(表1) 妊娠後半期の性器出血の原因

子宮口からの出血	子宮口以外からの出血
常位胎盤早期剥離*	子宮頸癌
前置胎盤	頸管ポリープ
前置血管	頸管炎
子宮破裂*	頸管外反症
辺縁静脈洞破裂	腔壁などの外傷
周廓胎盤	
産 徴*	

*：子宮収縮あるいは腹痛をともなうもの

診断の手順

(I. 予診)

予診により出血量の推定を行う。たとえば、月経量より多いかどうかなどによりある程度推定できる。また、出血が血液のみか否かも重要である。粘液を主体とする出血は、子宮口の開大をともなう産徴であることを示す。水様の場合は、前期破水をともなう早産徴候が考えられる。これら出血の症状以外にも陣痛様の周期的子宮収縮や下腹痛があるか否かも重要である。また、出血の契機も重要である。たとえば接触出血では前置胎盤あるいは、頸管ポリープや子宮頸癌など頸部病変が推定される。

〔Ⅱ．腔鏡診〕

腔鏡検査は安全かつ簡便であるうえに極めて重要な情報を与えてくれる。出血部位が子宮口より上方か否か、あるいは腔内の病変か否かが直視下に確認できる。さらに、出血している部位から血液試料を採取し、それが母体血か胎児血かを Apt 試験により検査することができる。

〔Ⅲ．超音波検査〕

まず、経腹超音波検査で胎位、胎向および胎盤のおおよその位置と状態を確認する。典型的な胎盤早期剥離では、胎盤後血腫がみられることがあり診断の有力な手がかりとなる。ただし、胎盤後血腫は、必ずしも全例ではみられないことを念頭に置いておく必要がある。前置胎盤が疑われる場合には、経腔超音波検査で胎盤と内子宮口あるいは児頭との関係を判定する。

〔Ⅳ．その他の検査〕

まず、母体全身状態の把握をするために、血圧、脈拍数、呼吸数などを測定し出血量を推定する。その間に時間的余裕があれば、末梢血検査を行い貧血の程度を正確に判定する。同時に胎児心拍数モニタリングにて胎児低酸素症の有無および程度を診断し、緊急帝王切開が必要か保存的療法が可能かなどの判定をする。

子宮口からの出血を来す主な疾患の特徴と管理

〔Ⅰ．常位胎盤早期剥離〕

常位胎盤早期剥離とは、正常位置に付着している胎盤が妊娠中または分娩中に、胎児の娩出よりも先に剥離することをいう。発生頻度は全分娩数の0.44~1.1%とされている²⁾。そのうち、胎児仮死や胎児死亡に至る重症のものは20~30%とされる。重症の場合には、DIC から多臓器不全をきたし母体死亡に至る場合もあり、母児の良好な予後を確保するためには早期発見と早期治療が重要である。

常位胎盤早期剥離の直接の原因は不明である。臨床症状は、剥離の面積により異なる。典型的な症例では、突然の激しい腹痛、とくに子宮の持続的な疼痛をともなう。子宮は触診上は剥離部分を中心として圧痛を認め、板状硬直と呼ばれる持続的収縮を示すが、分娩監視装置では比較的周期の早い不規則な漣様の子宮収縮が特徴的である。多くの場合性器出血があるが量は少量のことが多い。また、胎盤が剥離しても出血が子宮内に留まって外出血として現れないこともあるので注意を要する。胎盤剥離面積が大きく出血量が多い場合には、胎児は低酸素状態となり放置すれば胎児死亡となる。胎児心拍のモニターでは持続性徐脈や遅発性徐脈など胎児仮死のパターンを示す。

診断は上記の症状と、超音波断層にて胎盤後血腫を認める。ただし、超音波所見で胎盤後血腫が確認されなくても胎盤早期剥離を完全に否定することはできない。臨床検査としては、剥離した胎盤組織から母体血中にトロンボプラスチンが流入することによって引き起こされる DIC の所見がある。

軽症例では前置胎盤との鑑別が、重症例では子宮破裂との鑑別が必要となる。表2に常位胎盤早期剥離と前置胎盤の特徴を比較した。胎盤剥離の程度が軽度で胎児が生存しているが、子宮口が全開しておらず短時間で分娩が終了しないと予測される場合は、母体の貧血の程度や凝固系の変化を十分把握したうえで、帝王切開術を行い胎児と胎盤を娩出する。

胎児が死亡している場合は剥離面積が大きく重症であるが、大量の出血に加えて母体血中への胎盤組織トロンボプラスチンの流入により DIC が必発である。経腔分娩に時間を要すると判定した場合には、胎児が生存していなくても、DIC の発症あるいは悪化を防止

(表2) 胎盤早期剥離と前置胎盤の鑑別診断

	早期剥離	前置胎盤
出血	主に内出血、外出血は少量 陣痛間欠時に多い	外出血、破水後減少 陣痛発作時に多い
外出血と症状の関係	なし	あり
児心音、胎動	現弱(時に消失)	不変
疼痛	あり	なし
陣痛	不規則な収縮	正常
子宮壁、腹壁	圧痛、緊張	正常
内診所見	緊張した胎胞を触知	胎盤触知、卵膜は弛緩
超音波所見	胎盤後血腫	内子宮口にかかる胎盤

するため帝王切開術にて胎児と胎盤の早期娩出を図る。

(Ⅱ. 前置胎盤)

前置胎盤とは胎盤が内子宮口の全部または一部を覆う状態で形成された状態をいう。したがって、頸管の短縮や開大が起こる妊娠後半期あるいは分娩に際して大量の出血をおこす。内子宮口との関係で、全前置胎盤、部分前置胎盤、辺縁前置胎盤に分類される。病因は不明である。発生頻度は全妊娠の0.5%とされるが、高齢妊婦、多産、多胎、前回帝王切開などで高いとされる¹⁾。

前置胎盤の約70~80%は痛みをともなわない性器出血を認め、10~20%は陣痛様の下腹部痛を認める。通常妊娠前半期には出血せず、妊娠27~32週で胎児が发育し子宮下節の伸展が著明となる時期に初めて出血することが多い。また、子宮下部に胎盤が存在するため横位、骨盤位など胎位異常が1/4~1/3にみられる。内診上は子宮口の上方に胎盤を触知する。ただし、胎児が未熟で分娩の適応でない場合には、内診による大量出血を避けるため超音波検査のみにより胎盤の位置を診断する。前置胎盤診断後の内診は禁忌である。

妊娠前半期に超音波検査で前置胎盤が疑われても、胎児发育にともなう子宮下節の伸展により、その約90%は前置胎盤ではなくなる。性器出血がなければ生活上の制限を加える必要はないが、患者に十分説明をしたうえで、胎盤位置の変化を超音波検査にて追跡する。妊娠30週以後でも前置胎盤の所見が続けば前置胎盤として取り扱う。性器出血があれば入院管理とする。出血がなくても、全前置胎盤や部分前置胎盤では妊娠30~34週で入院管理とする。

母体に関しては、時期を失せず輸血および帝王切開術で対処すれば、通常生命予後は良好である。胎児予後は、出血量と胎児の成熟度に左右される。出血に対しては母体循環不全からの胎児 hypoxia を来さないよう、必要十分な輸血を行う。胎児の未熟性による障害を予防するためには、できるだけ妊娠期間を延長する必要がある。分娩時期、様式は出血の量、胎児成熟度、胎盤と内子宮口の関係などを考慮して総合的に判定する。出血がなければ妊娠37週前後で帝王切開とする。辺縁前置胎盤で児頭が十分下降しており、出血量も少なく、胎児が十分成熟しているような場合には、帝王切開の準備をしたうえで(double set up) 慎重に経陰分娩を試みてもよいと思われるが、出血量の増加や分娩進行の遷延などがあれば直ちに帝王切開に切り替える。

〔Ⅲ. 前置血管〕

臍帯卵膜付着あるいは分葉胎盤があり、胎児血管が内子宮口を横切る形で存在する場合に前置血管となる。頻度は1/5,000とされ、通常破水とともに血管が破綻し出血する。出血した場合周産期死亡は70%もの高率となるので出血前の診断が大切である。内診では卵膜上の帯状のものとして触れ、子宮口がある程度開大した後は羊水鏡で確認することができる。出血が胎児血であることが Apt 試験で確認できれば分娩は帝王切開術を行う。

〔Ⅳ. その他の出血〕

辺縁静脈洞の破裂では、外出血量は少なく、子宮筋の緊張や収縮は正常である。通常胎児は健常で母体もショックなどは来さない。子宮破裂は通常は陣痛発来後に起こる。外出血は少ないが、激しい下腹部痛があり胎児は仮死または死亡し、母体もショック状態となる。時期を失せず開腹を要する。周産胎盤は妊娠中の診断は困難であるが、絨毛膜外の胎盤部分から持続的な出血をみることがあり、早産の原因となることがある。早産徴候としての出血は通常粘液を含んでおり、規則的な間欠期を有する子宮収縮が特徴的である。

母児管理上の注意点

〔Ⅰ. 母体管理〕

出血量の推定をすばやく正確に行う。大量の出血に対しては母体ショックにともない胎児仮死や胎児死亡の原因となるので、全身状態を把握しつつ必要十分な輸血を行う。胎盤早期剝離や子宮破裂では DIC の発生に注意する。

〔Ⅱ. 胎児管理〕

胎盤早期剝離、前置血管破裂、子宮破裂では胎児死亡することが多いので、診断がつき次第帝王切開が必要となる。前置胎盤や辺縁静脈洞の破裂では出血量が多くなると胎児仮死から胎児死亡に至ることがあるので、出血の回数ではなく量に注意する。その他の場合は胎児の予後は成熟度によるので、妊娠週数を考慮して対処する。

性器出血をともなわない妊娠後半期の腹痛

上記のうち常位胎盤早期剝離、子宮破裂および切迫早産が性器出血のほかにも下腹痛をともなう。妊娠後半期に下腹痛をともなう婦人科疾患としてはこれらのほかに子宮筋腫の変性・壊死、付属器腫瘍の茎捻転・破裂、円靭帯疼痛、骨盤腹膜炎などがあるがいずれも性器出血をともなわない。その他、婦人科臓器以外の疾患として消化器疾患や泌尿器疾患があるが、虫垂炎などのように妊娠子宮の増大により各臓器の位置が変化するので注意を要する。

参考文献

- 1) Huff WJ, Pauerstein CJ. Bleeding in Pregnancy. In: Pauerstein CJ, ed. Clinical Obstetrics. New York: John Wiley & Sons. 1987: 329—350
- 2) Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF. Obstetrical hemorrhage. In: Williams Obstetrics. 18th ed. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange, 1989: 695—725