

診 療

黄体出血233例の臨床的検討

沖縄県立中部病院産婦人科

村尾 寛 金城 国仁 上村 哲
高橋 慶行 宮 貴子

Clinical Study in 233 Cases of Corpus Luteum Hemorrhage

Hiroshi MURAO, Kunihiro KINJOU, Satoshi UEMURA,

Yoshiyuki TAKAHASHI and Takako MIYA

Department of Obstetrics and Gynecology, Okinawa Chubu Hospital, Okinawa

Abstract From 1985 to 1997, 233 cases of corpus luteum rupture were treated. Twenty-five percent were related to sexual intercourse, 66% were of the right ovary, and 65% of the hemoperitoneum were less than 250g. In group A (105 cases, 1985—1991), laparoscopic diagnosis and periodic ultrasonographic estimation of intraperitoneal blood volume were performed; hemostasis was achieved spontaneously in 93 cases. In group B (128 cases, 1992—1997), culdocentesis, pregnancy test, and ultrasonographic intraperitoneal blood volume estimation were performed; spontaneous hemostasis was achieved in 123 cases. Altogether, laparotomy for hemostasis was unnecessary in 216 (93%) cases.

Key words: Corpus luteum rupture • Conservative management • Differential diagnosis

緒 言

黄体出血の治療方針は、世界的にみていまだに確たるスタンダードは確立していない。止血方法に関しては、以前から自然止血を待つのみでよいとする意見と人為的な止血を主張する意見とに大別され、後者はさらに腹腔鏡下に止血する者と開腹止血する者とに分かれてきた。さらに腹腔鏡下止血法にも電気凝固法と縫合止血法があり、一方、開腹止血法も縫合止血、嚢腫摘出術、卵巣楔状切除術、卵巣摘出術、付属器切除術±子宮全摘術などさまざまな方法が試みられてきた¹⁾。しかし診療のプロトコールをきちんと定め、すべての患者に対しプロトコールに沿った診療を行い、その成績を検討した報告は国の内外を問わず存在しない。

一方、腹部超音波検査による腹腔内出血量の推定法は腹部救急外科領域でしばしば行われる方法であるが、黄体出血への適用例の文献報告はない。さらに本邦の場合、現在に至るもなお、大量の症例数を基に黄体出血の基礎的臨床所見をまとめた報告はみられない。

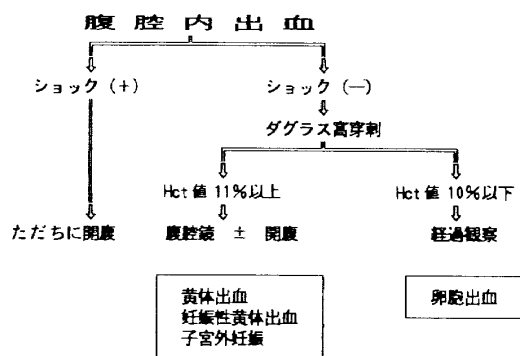
本稿の目的は、超音波検査による腹腔内出血量の推定法を活用した、独自のプロトコールに基づく診療の成績を報告すると共に、本邦における黄体出血の基礎的臨床データを提示することである。

対象および方法

対象は、1985年1月～1997年12月の13年間に経験した計245例の黄体出血症例のうち、虫垂炎等を疑われて最初から外科医に開腹されるなどした12例を除く233例である。このうち1985年～1991年の105例をA群、1992年～1997年の128例をB群とした。

A群は短時間で結果の出る高感度妊娠試薬がまだなかった時期のものである。この時期は妊娠反応陰性でも子宮外妊娠の可能性があったため、ダグラス窩穿刺液のHct値が11%以上の場合は全例、腹腔鏡を施行した²⁾(図1)。腹腔鏡で黄体出血と診断した後は病棟に戻り、1～2時間ごとに超音波検査による腹腔内出血量の推定³⁾⁴⁾(図2)を行って、腹腔内出血量の経時的推移を観察した。そして、①経過観察中にショックに陥った場合、

【A 群】



【B 群】

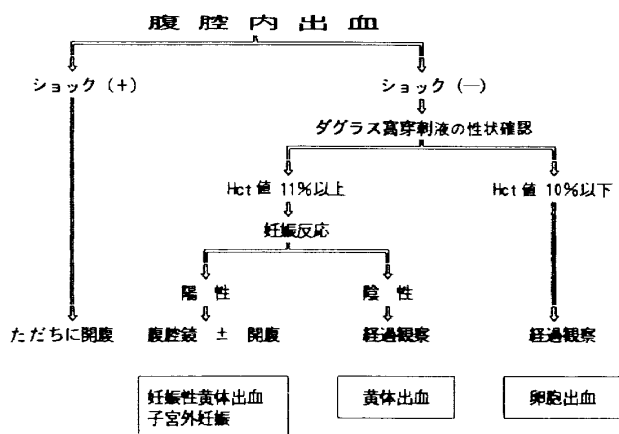


図1 腹腔内出血の管理方針

②推定腹腔内出血量が1,000gを超えて増加する場合、③推定腹腔内出血量が短時間で急激に増加する場合、には開腹止血した。

B群では高感度妊娠試薬の出現で、妊娠反応陰性の子宮外妊娠の可能性がまずなくなった⁵⁾ことから、プロトコルを一部改変した(図1)。すなわちダグラス窩穿刺液の性状を確認した後、穿刺液のHct値が11%以上で妊娠反応陰性ならば経過観察とし、妊娠反応陽性の場合、妊娠性黄体出血と子宮外妊娠との鑑別目的で腹腔鏡を行った。その後はいずれの場合も、病棟で超音波検査により腹腔内出血量の推移を監視し、前期A群と同様の適応により開腹するか否かを決めた。

今回は診療録を後方視的に調査し、これらのプロトコルの診療成績を検討した。

成 績

まず臨床所見の集計結果を表1に示す。計233例の平均年齢は 26.3 ± 6.7 歳(Mean $\pm$ S.D.)、未婚者が52%を占め、平均出産回数は 0.9 ± 1.3 回(Mean $\pm$ S.D.)、そして発症時期は最終月経から平

均 26.4 ± 11.8 日目(Mean $\pm$ S.D.)だった。

発症の誘因が推定された者は30%で、内訳は性行為が25%、出血性素因が5%だった。このうち性行為後の発症はA群の14%に対しB群では34%と近年急増していた。出血性素因のある者は、ワーファリン服用者(心臓弁置換術後)6名、特発性血小板減少性紫斑病3名、慢性骨髄性白血病と凝固因子異常が各1例の計11例だった。これらは黄体出血を繰り返す傾向があり、6回発症例1例、3回発症例2例、そして2回発症例が3例だった。

妊娠合併例は44例(19%)だったが、このうち子宮外妊娠が5例を占め、正常妊娠に対する比率は7.8対1の割合となった。ちなみに同期間中の子宮外妊娠は398例であり、子宮外妊娠に対する黄体出血の比率は1.7対1となった。

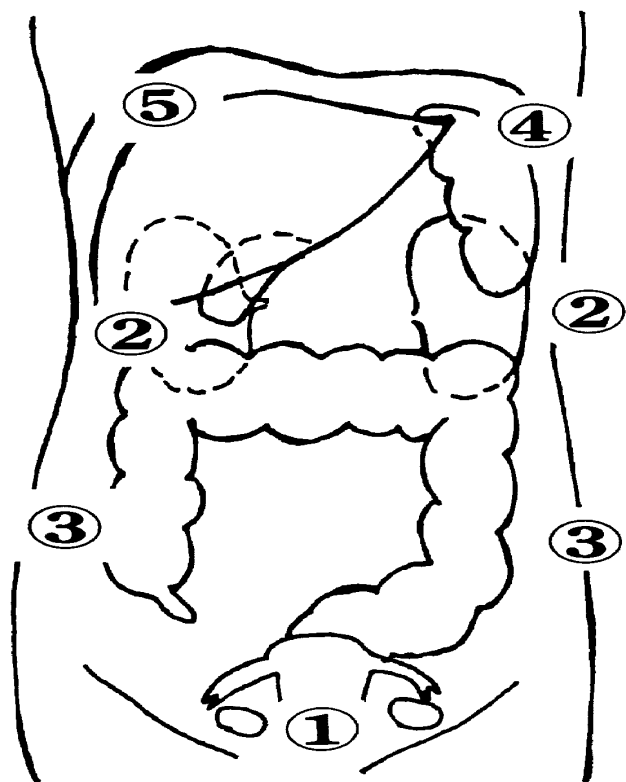
ダグラス窩穿刺液のHct値は平均 $26.9 \pm 12.9\%$ (Mean $\pm$ S.D.)、そして超音波検査上の腫瘍径は長径 46.8 ± 15.7 mm(Mean $\pm$ S.D.)、短径 38.6 ± 14.1 mm(Mean $\pm$ S.D.)であった。発症側は右側の発症が66%を占めた。

各群の臨床経過を図3に示す。A群105例中、来院時すでにショック状態でただちに開腹された症例が6例で、残る99例は腹腔鏡による診断後、超音波検査(図2)により腹腔内出血量の推移を観察した。その結果、腹腔内出血量の増大により6症例で開腹止血を余儀なくされたが、残る93例は自然止血した。

一方B群128例では、来院時ショックでただちに開腹したのが2例だった。残る126例中、妊娠反応陽性で子宮外妊娠との鑑別診断目的で腹腔鏡を施行したのが13例、腹腔鏡非施行例が113例だった。その後はどちらも超音波検査(図2)により腹腔内出血量の推移を観察したが、前者のうち1例、後者のうち2例で出血量の増大により開腹止血を余儀なくされ、それ以外は自然止血した。すなわち、開腹手術も腹腔鏡検査も不要であった症例が128例中111例を占めた。ちなみにA群とB群を合計すると、全233例中216例(93%)で開腹手術の必要はなかった。

腹腔内出血量は、出血量250g以下の症例が65%を占め、出血量1,000g以上の症例は9%にとどまった(表1)。

腹腔内の遺残血液による癒着形成の有無についても調査した。黄体出血罹患後に、子宮筋腫など



【液体貯留像の計測部位】

- ① 骨盤腔(ダグラス窩, 膀胱上窩)
- ② 肝腎境界面(モリソン窩)and/or 脾腎境界面
- ③ 傍結腸溝(右・左)
- ④ 左横隔膜下腔
- ⑤ 右横隔膜下腔(注2)

液体貯留像の計測部位 推定出血量(g)	①	②	③	④	⑤ 液体貯留像の厚み(mm)			
					5	10	15	20
250	++							
400	++	++						
600	++	++	++					
800	++	++	++	++				
1,000	++	++	++	++	++			
1,500	++	++	++	++	++	++		
2,000	++	++	++	++	++	++	++	
3,000	++	++	++	++	++	++	++	++

注1) すべての計測は、患者を必ず水平に寝かせた状態で行う。

注2) 右横隔膜下腔は、鎖骨中線上における肝表面～腹壁間の液体貯留像の厚みを計測する。

注3) 上記の値は体重50kgを基準とした暫定値である。症例の体重が50kgの何倍あるかを計算し、これを上記の暫定値に掛け合わせたものを推定出血量とする。

〔例〕体重70kgならば上記の方法で出した暫定値に、 $70 \div 50 = 1.4$ を掛けた値が推定出血量となる。

図2 腹腔内出血量の推定法³⁾⁴⁾

別の疾患に罹患して当院で開腹手術が行われた23例のうち、他の婦人科疾患や手術の既往のある9例を除く14例を調査したところ、癒着のある症例は0例であった。

黄体出血罹患後の妊娠例は、若年者や中高年者、挙児希望なしも含め単純計算で68%だった。なお

腹腔内の血液は、退院後1ヵ月検診時には全例で超音波検査上消失しており、血腫が膿瘍化した症例も皆無だった。

考 案

当院では1973年に腹腔鏡を導入して以来約20年間、腹腔内出血の全症例、計1,000例以上に腹腔鏡

表1 臨床所見

		A 群 (N=105)	B 群 (N=128)	合 計 (N=233)
年 齢(歳)	[Mean±S.D.]	27.9±7.0	25.3±6.0	26.3±6.7
	[内訳(%)]			
	10～19	8	17	13
	20～29	55	58	57
	30～39	31	23	27
	40～49	5	2	3
	50～59	1	0	0
婚姻率(%)		54	42	48
経産回数(回) [Mean±S.D.]		1.0±1.3	0.8±1.1	0.9±1.3
月経歴(日)	[Mean±S.D.]	27.7±12.5	25.0±9.1	26.4±11.8
	[内訳(%)]			
	～ 9	0	2	1
	10～14	7	4	5
	15～19	19	19	19
	20～24	24	28	26
	25～29	11	29	21
	30～34	21	6	13
	35～39	7	3	5
	40～	11	9	10
推定誘因(%)	(1)性行為	14	34	25
	(2)出血性素因	7	3	5
	(3)不明	79	63	70
妊娠反応陽性(%)		17	20	19
ダグラス窩穿刺液 Hct 値(%)				
	[Mean±S.D.]	27.0±11.8	26.7±12.4	26.9±12.9
	[内訳(%)]			
	～ 9	6	6	6
	10～19	15	17	16
	20～29	48	38	42
	30～39	17	27	23
	40～49	10	6	8
	50～	4	6	5
腫瘍径(mm)	[長径[Mean±S.D.]	46.5±14.7	47.2±15.0	46.8±15.7
	[短径[Mean±S.D.]	39.8±14.5	37.8±12.3	38.6±14.1
	[内訳(長径)(%)]			
	～20	0	0	0
	20～39	32	30	30
	40～59	55	54	54
	60～79	13	14	14
	80～99	0	1	1
	100～	0	1	1
発症側(%)	[右 側	62	71	66
	[左 側	38	29	34
推定腹腔内出血量(g)				
	[内訳(%)]			
	～ 250	62	67	65
	～ 400	7	4	5
	～ 600	8	9	9
	～ 800	3	9	6
	～1,000	7	5	6
	～1,500	7	5	6
	～2,000	4	1	2
	～3,000	3	0	1

を行ってきた²⁾経緯があるが(表1, A 群), 90年代に入り方針の見直しが必要となった。なぜならば高感度妊娠試薬が出現したことで, 腹腔内出血があっても妊娠反応陰性ならば子宮外妊娠を否定できるようになっただけでなく³⁾, 経腔プローベ法の出現により骨盤内の詳細な観察が可能となった

うえ, ダグラス窩貯留液の見落としがほとんどなくなったからである。

しかし経腔プローベをもってしても, 貯留液の性状や色調までは判別できない。やはりダグラス窩穿刺は必要であり, 穿刺液の色調や性状を詳細に観察することは, チョコレート嚢胞破裂(濃褐色

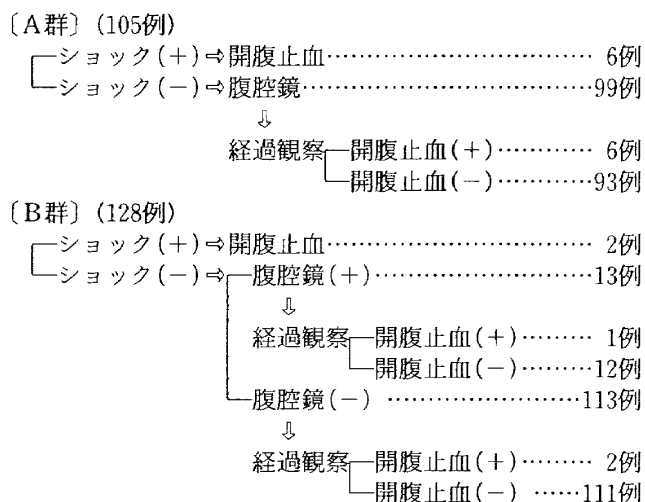


図3 臨床経過

の内容液を吸引)や卵巢腫瘍の破裂(腫瘍内容液を吸引)等との鑑別診断上、極めて重要である。

こうして高感度妊娠試薬、経腔プローベ法、ダグラス窩穿刺の3者を活用すれば、腹腔内出血の全例に腹腔鏡を行わずとも多くの症例で鑑別診断は可能と判断し、1992年以降は鑑別困難症例のみ腹腔鏡を行うこととした(表1, B群)。今回の検討で、黄体出血での腹腔鏡施行率はA群の94%からB群の10%へと激減したが(図3)、誤診例はA群では腹腔鏡検査で卵巢妊娠を黄体出血と誤認した1例なのに対し、B群でも漿膜下筋腫表面血管の出血2例、子宮肉腫破裂1例を当初黄体出血と判断した計3例にとどまり、実地診療上、大きな支障はないものと解釈された。

腹部超音波検査による腹腔内出血量の推定法は、もともとは救急外科領域で交通事故等の腹部外傷による腹腔内出血の把握を目的として考案された手法である(図2, 原著者の了解を得て一部改変)³⁾⁴⁾。これは①バイタルサインや末梢血のHct値などの間接的手法と異なり、腹腔内出血量を直接数値で示す。②CTと異なりX線被曝の心配もなく、超音波診断装置という広く普及した機器を使った検査法で、所要時間も2~3分で済む。③現在の出血量をリアルタイムで把握できるうえ、一定時間ごとに検査を繰り返すことで、腹腔内出血量の経時的推移を把握することができる、などの長所をもつ。我々は黄体出血だけでなく、子宮外妊娠における腹腔内出血量の推定⁶⁾、卵巢過剰刺激症候群や癌性腹膜炎における腹水量の推定な

ど、さまざまな局面でこの方法を活用している。

今回の検討で、黄体出血は特に止血処置を行わなくても9割以上で自然止血し、開腹止血の必要はないことが判明した。このことは、同じく腹腔内出血を来す類似疾患であっても、全例切除を原則とする子宮外妊娠とは治療方針が全く異なることを意味する。したがって今後は両者の正確な鑑別診断が極めて重要となるだろう。

最後に腹腔内の遺残血液による癒着形成についてである。従来、腹腔内の癒着の主な原因は漿膜の損傷、血液、異物(縫合糸、手術用手袋のタルク等)、感染症などが原因とされてきた。今回のように黄体出血に保存的治療を行った場合、①大多数の出血は自律的に止血し、人為的止血手技を伴わない。②外傷、異物、腫瘍、感染症等と無関係。③腹腔内臓器の漿膜の損傷が一切ない、という特徴があり、血液以外の癒着要因がすべて除去された観察環境とみなすこともできる。そして今回、次回手術時に14例全例で癒着がなかったことは、腹腔内の血液と癒着という視点から一般化して考えても興味深い。症例数が少ないうえ、本稿の本来の目的からは離れるかもしれないが、血液と癒着をめぐる議論にも一石を投じるものになるかもしれない。

文 献

1. Hallatt JG, Steele CH, Snyder M. Ruptured corpus luteum with hemoperitoneum: A study of 173 surgical cases. Am J Obstet Gynecol 1984; 149: 5-9
2. 屋比久武, 稲福 薫, 山城竹信, 玉城 修, 上原清昇, 瑞慶山茂, 稲福恭雄. 婦人科領域における腹腔内出血の診断と治療方針について. 救急医学 1979; 3: 931-933
3. 松本廣嗣, 真栄城優夫, 平安山英盛, 翠宮城正典. 外傷2. 腹部一肝・脾破裂一. 外科 1984; 46: 270-274
4. 松本廣嗣, 宮城良充. 腹腔内出血の指標. 救急医学 1994; 18: 488
5. 村尾 寛, 金城国仁, 上村 哲, 宮川桂子, 高橋慶行, 橋口幹夫, 宮城 源, 稲福恭雄. 高感度妊娠診断試薬を用いた腹腔内出血の治療方針. 臨婦産 1992; 46: 370-373
6. 村尾 寛, 金城国仁, 上村 哲, 高橋慶行, 橋口幹夫, 稲福恭雄. 超音波断層装置による、子宮外妊娠の腹腔内出血量の推定. 日産婦誌 1993; 45: S270

(No.7975 平10・9・7受付)