

研修医のための必修知識

C. 産科疾患の診断・治療・管理

Diagnosis, Therapy and Management of Obstetric Disease

2. 子宮内容除去術

Dilatation and Curettage

研修医のための必修知識

子宮内容除去術 dilatation and curettage

子宮内容除去術は人工妊娠中絶手術、胞状奇胎妊娠中絶手術、流産手術、胎盤・卵膜遺残除去などの手技を総称した手技である。人工妊娠中絶術や流産手術は産婦人科医が行う手術としては分娩後の裂傷縫合を除けば最も多く行われるものである。人工妊娠中絶術は母体保護法指定医のもとで行われるが、手技的には流産手術と併せて論じられることが多い。慣れてくると比較的容易な手技としてとらえられがちであるが、それ故に依然としてトラブルが絶えないこともまた事実である。研修の初期に覚えた技術が良くも悪くも生涯「クセ」としてつきまとう。したがって初期研修の段階できちんとした手技を学び、実際の手技を行う際には細心の注意を払う必要がある。

術前の検査・処置・モニタリング

処置を始める前に、充分な問診を行う。感染症の検査のほか、血液型不適合の感作の機会となりうることを考慮し、可能であれば血液型を確認する。手術直前には患者の確認を行い、内診、超音波による最終診断を行う。また、患者の不安をできるだけ取り除くために、これから行う処置の流れについてよく説明しておく。

緊急性がない限り基本的に術前6時間は絶飲食とし、緊急に手技を行う際には嘔吐による気道閉塞などのアクシデントに対応できるよう十分な準備をしておく。子宮頸管拡張は、手術開始時にヘガールの金属拡張器を用いることもあるが、出血や陣痛の軽減、裂傷の回避などの点から考えると術前より緩徐に行う方が望ましい。用いるのは物理的拡張器としてラミナリア桿、ダイラパン[®]、化学的拡張器としてラミセルなどがある。挿入に当たっては、穿孔や感染に気をつける。

患者に麻酔をかける時は必ずモニタリングを行う。心電図、血圧、経皮酸素モニターを最低限観察しながら手技を進める。緊急事態に備えて静脈ラインの確保も是非行いたい。

麻酔 anesthesia

静脈麻酔薬、準静脈麻酔薬が主に用いられる。鎮痛薬と睡眠薬併用による静脈麻酔を表1に示した。傍頸管ブロックを併用してもよい。

実際の手技 procedure

(表1) 子宮内容除去術に用いられる主な麻酔

ケタミン / ベンゾジアゼピン
ケタミン / パルビツレート
ケタミン / プロポフォール
ペンタゾシン / ドロペリドール (NLA 変法)
ペンタゾシン / ベンゾジアゼピン (NLA 変法)
ペンタゾシン / パルビツレート

NLA : neurolept analgesia

(古賀義久. 産婦人科領域における静脈麻酔と安全性. 産婦治療 1998; 77: 531-535 より引用)

研修医のための参考用語

吸引を用いる場合もあるが、主に胎盤鉗子（流産鉗子）とキュレットの組み合わせで行われることが多い。

まず術前の内診、超音波の情報を基に拡張した子宮頸管にゾンデを注意深く挿入する。特に、術前に子宮腔の向きが極度の前屈や後屈が確認されている場合は、塚原氏鉗子を用いて充分に子宮を牽引しつつゾンデを挿入する。このとき、ゾンデを正しく、軽く持つことを忘れてはならない。子宮腔の向き、深さを確認したら拡張の程度に適した鉗子を軽く持って挿入し、子宮底に軽く当たった時点でわずかに戻し、鉗子を把持し直す。開閉、回転、牽引の動作を組み合わせてできるだけ一塊に妊娠卵を摘出する。この操作を丁寧に行うと妊娠卵と絨毛組織のほとんどが一塊のまま摘出される。内容がほとんど摘出されると、泡沫状の血液が排出されると同時に、鉗子の開閉に伴って独特の音がする。続いてキュレットをこれも優しく挿入し、子宮腔全周にわたって搔爬する。このときも、ほとんど子宮筋層に達したときには凹凸を削るような音がする。卵管角の部分には極小さなキュレットを用いて遺残がないようにする。

術前に炎症がなく、術後の超音波で内容遺残が無いと確認された場合、流血はほとんどないが、必要に応じて子宮収縮剤を用いることもある。止血のために頸管を基点にガーゼを充填してもよい。

子宮収縮剤について：メチルエルゴメトリン製剤が比較的よく用いられるが、冠血管の攣縮などの非常に重篤な副作用を持つことを忘れてはならない。ルーチンで使用するのではなく、必要性と危険性を充分に考慮したうえで投与することが望ましい。繰り返しになるが、問診を充分に行い、不測の事故を未然に防ぐよう努める。

その他の注意点：術中に生じる可能性のある主なトラブルは子宮頸管拡張に伴う頸管裂傷とゾンデ・拡張器・胎盤鉗子・キュレットによる子宮穿孔である。これらはラミナリアなどの使用、超音波の使用により回避できるが、乱暴な手術操作を行わないことが何よりも大切である。万が一子宮穿孔を起こした場合は、手技を速やかに終えるかまたは中止し、子宮収縮剤を投与し注意深く経過を観察する。必要であれば抗生素投与も行う。

術後の管理：術後の出血の原因は内容の残留、頸管裂傷、子宮内感染などが挙げられる。特に内容遺残については、術中超音波が無理な場合でも、術後の超音波による確認を行うと容易に分かる。摘出した子宮内容については、胎児（芽）、絨毛、胞状奇胎の有無を必ず肉眼で確認する。人工妊娠中絶以外では必ず摘出した標本の組織学的検査を行い、診断を確定する。

術当日に帰宅させることも可能であるが、数日後に必ず発熱や疼痛など子宮内感染の有無、異常出血の有無、内容遺残の有無をチェックする。胞状奇胎妊娠中絶の後であれば適宜再搔爬を行う。

《参考文献》

- 古賀義久. 産婦人科領域における静脈麻酔と安全性. 産婦治療 77: 531-535, 1998
(高橋 剛*, 岡村 州博*)

*Takeshi TAKAHASHI, *Kunihiro OKAMURA

*Department of Obstetrics, Tohoku University School of Medicine, Sendai

Key words : Dilatation & Curretage