

症例・プライマリー・ケア（救急）

Case Study and Primary Care Medicine

妊娠初期出血・中期出血

Genital bleeding during early stage or mid stage of pregnancy

症例

25歳，女性。

既往歴，家族歴：特記すべきことなし

結婚歴：2年前に結婚，夫：29歳，健康

妊娠歴：0妊0産

現病歴：無月経を主訴に近医を受診し，妊娠8週と診断された。この時少量の性器出血があったが，すぐにおさまった。その2週間後，中等量の性器出血があり，下腹部痛も認められたため，受診した。

理学的所見：内診所見；子宮は手拳大，軟，子宮内腔より流出する茶褐色帯下が中等量認められた。

経陰超音波断層検査：胎児頭臀長31mm，胎児心拍動は認められる。羊膜腔外にエコーフリースペースが認められる（図1）。

腔分泌物培養：Gardnerella vaginalis 2+

血液検査所見：血算：白血球数 $9,200/\text{mm}^3$ ，赤血球数 $420 \times 10^4/\text{mm}^3$ ，ヘモグロビン値：11.2g/dl，ヘマトクリット値32.3%，血小板数： $21.0 \times 10^4/\text{mm}^3$ ，CRP：陰性。入院管理とし，安静，止血剤服用により経過を観察した。その結果，一時止血が得られたため，外来管理としていたが，その後も少量の出血が断続的に認められていた。妊娠23週，大量の性器出血および腹部緊満感があり同院を受診した。出血が大量であり，当科へ母体搬送となった。

理学的所見：腹部は軟であるが，子宮体部に軽度圧痛が認められた。体温は 37.6°C 。

内診：子宮口閉鎖，子宮頸部の硬さは中等度，展退度0%。

超音波断層検査：胎児推定体重は780g，羊水ポケット2.0cm，胎盤後血腫，前置胎盤の所見は認められず，胎盤辺縁の所見は図2のとおり。

主な血液検査所見は以下のとおりであった。

一般末梢血検査：白血球数； $11,800/\text{mm}^3$ ，赤血球数； $310 \times 10^4/\text{mm}^3$ ，ヘモグロビン値；8.2g/dl，ヘマトクリット値；29.5%，血小板数； $18.4 \times 10^4/\text{mm}^3$ ，フィブリノーゲン；320mg/dl，FDP；10 $\mu\text{g/ml}$ 以下，ATⅢ；95%，CRP 4.0



（図1）

mg/dl.

腔分泌物検査

培養検査: Gardnerella vaginalis 3+, Enterococcus faecalis 2+

顆粒球エラストーゼ: 50.5 μ g/ml

癌胎児性フィブロネクチン: 100 ng/ml

1. 診断の手順

1) 妊娠経過

ポイント

◆妊娠初期に出血が認められる場合、子宮内に胎嚢が確認されるかどうか、また確認される場合児の生存が確認されるかどうか。

◆安静、加療により完全な止血が認められるかどうか。

◆妊娠中期に出血が認められる場合、腹痛の程度がどうか、すなわち「板状硬」などの状態でないかどうか、子宮体部に圧痛がないかどうか、また、発熱がないかどうか。

本症例では

(1) 妊娠初期に胎児の生存が確認されている(当然胎嚢は確認されている)。

(2) 性器出血は経過中断続的に認められている。

(3) 妊娠中期の出血に伴い、子宮体部に圧痛を認めるものの「板状硬」といった状態ではない。

(4) 発熱が認められる。

2) 超音波断層法による画像所見

ポイント

◆妊娠初期に出血が認められる場合、子宮壁と卵膜の間にエコーフリースペースが認められないかどうか。

◆妊娠中期の出血が認められる場合、前置胎盤の所見(胎盤が子宮口を覆うような所見)が認められないかどうか。子宮壁と卵膜の間にエコーフリースペースが認められないかどうか。胎盤後血腫の所見が認められないかどうか。

◆妊娠中期の出血が認められる場合、羊水腔は正常かどうか。

◆妊娠中期の出血が認められる場合、胎児発育は正常かどうか。

本症例では

(1) 妊娠初期の出血の際に、子宮壁と卵膜の間にエコーフリースペースが認められている。

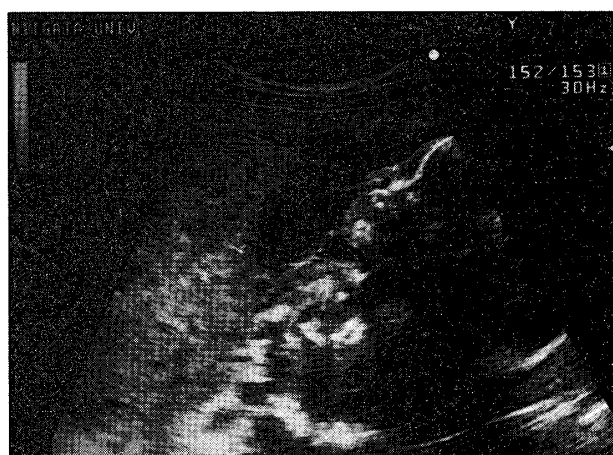
(2) 妊娠中期の出血の際にも、子宮壁と卵膜の間にエコーフリースペースが認められているが、胎盤後血腫の所見、前置胎盤の所見は認められていない。

(3) 胎児発育は正常であるものの、羊水腔は狭少化が認められる。

3) その他の検査所見

ポイント

◆妊娠初期の出血が認められる場合、腔分泌物培養により病原性を有する細菌が検出さ



(図2)

れないかどうか.

◆妊娠中期の出血が認められる場合, 腔分泌物培養により病原性を有する細菌が検出されないかどうか.

◆妊娠中期の出血が認められる場合, DIC を疑わせる血液所見が認められないかどうか.

◆妊娠中期の出血が認められる場合, 感染マーカーの異常は認められないかどうか.

本症例の場合

(1) 妊娠初期の出血の際に, 腔分泌物培養で *Gardnerella vaginalis* が検出されている.

(2) 妊娠中期の出血の際に, 血液凝固検査に異常は認められず, DIC を疑わせる所見は認められていない.

(3) 妊娠中期の出血の際に, 白血球増多, CRP 陽性, 腔分泌物中顆粒球エラスターゼ, 癌胎児性フィブロネクチンがいずれも陽性である.

(4) 妊娠中期の出血の際に, 腔分泌物培養で *Gardnerella vaginalis*, *Enterococcus faecalis* が検出されている.

2. 診断

本症例の診断は, 1 切迫流産, 2 絨毛膜下血腫, 3 切迫早産, 4 絨毛膜外性胎盤疑い, 5 絨毛膜羊膜炎疑いとなり, 最終的な診断は3, 4および5となる.

3. 解説

妊娠初期・中期に性器出血が認められる疾患として以下のような疾患が挙げられる.

- (1) 流産
- (2) 切迫流産
- (3) 子宮外妊娠
- (4) 切迫早産, 早産
- (5) 絨毛膜羊膜炎
- (6) 絨毛膜下血腫
- (7) 絨毛膜外性胎盤
- (8) 前置胎盤
- (9) 常位胎盤早期剥離

妊娠初期から中期にかけて性器出血が認められる場合にはその病態が何であれ, (1), (2)あるいは(4)の診断が下される.

(3)はこれら以前の問題となる.

(5)から(9)は具体的な病態を示す診断である. また, (5), (6), (7)は相互に関連し合う病態である.

(1) 流産 Abortion

①定義: 妊娠22週未満で妊娠が終了すること. 妊娠12週未満の流産を初期流産, 妊娠12週以降の流産を後期流産と呼ぶ.

完全流産, 不(完)全流産, 稽留流産に分類される.

流産の判断には正確な妊娠週数を把握することが重要であり, 基礎体温, 頻回の超音波断層法が有用である.

②原因: 初期流産; 散発性の流産では, 胎児の染色体異常が約半数を占める.

後期流産; 絨毛膜羊膜炎, 絨毛膜下血腫, 絨毛膜外性胎盤, 頸管無力症

③治療: 流産の場合には, 十分な説明を行い同意を得たうえで子宮内容除去術を行う.

(2) 切迫流産 Threatened abortion

①定義：胎児が生存しており(妊娠7週以前では不明のこともあり)、出血、腹痛などが認められる場合。いわゆる流産ではない。

②原因：妊娠初期；原因不明であることが多い。ときに絨毛膜下血腫、妊娠中期；絨毛膜羊膜炎、絨毛膜下血腫、絨毛膜外性胎盤、頸管無力症など

③治療：安静、止血剤投与、子宮収縮抑制剤投与、抗生物質投与、腔洗浄

(3) 子宮外妊娠 Ectopic pregnancy

①定義：受精卵が子宮腔以外の場所に着床し、生育した妊娠。

②原因：骨盤内炎症、腹部手術の既往、子宮内膜症他

③診断

i. 内診所見：子宮は妊娠週数に比較して小さい。付属器に腫大と圧痛を認めることがある。

ii. ヒト絨毛性ゴナドトロピン(hCG)値測定

iii. 超音波断層法：正常妊娠の場合、妊娠5週後半までに100%に子宮腔内に胎嚢が確認できる。したがって、hCGが十分分泌されており、胎嚢が確認できない場合に強く疑う。

④治療：主として開腹術あるいは腹腔鏡手術による手術療法

(4) 切迫早産 Threatened preterm labor, 早産 Preterm delivery

①定義：切迫早産(Threatened preterm labor)；臨床症状、検査成績を総合的に判断して、妊娠22週以降から妊娠37週未満の妊婦に、早産徴候を認めるが、妊娠の継続している状態。

早産；妊娠22週以降から妊娠37週未満の間に分娩となること。妊娠に伴う出血という点では、切迫早産が問題である。

②原因：絨毛膜羊膜炎、絨毛膜下血腫、絨毛膜外性胎盤、頸管無力症など

③症状：腹部緊張感、性器出血、下腹痛、など。

④治療

i. 子宮収縮抑制療法：塩酸リトドリン、硫酸マグネシウムなど

ii. 抗生物質

前期破水症例では必ず抗生物質の投与を行う。切迫早産症例では感染徴候を認めた場合、頸管培養により有意な菌が検出された場合に使用する。

iii. 子宮頸管縫縮術：頸管無力症が疑われる場合に施行する。；Shirodkar 手術、McDonald 手術

以下の(5)、(6)、(7)は切迫流産、切迫早産の病態をなす場合が多く診断、治療などで重複するものがある。

(5) 絨毛膜羊膜炎 Chorioamnionitis

①定義：絨毛および羊膜に炎症が生ずること、病理学的には卵膜、胎盤実質への好中球の浸潤で診断がなされる。

②検査

i. 腔分泌物培養：起炎菌として重要なものはB群溶連菌(GBS)、E. coli、E. fecalis、Gardnerella vaginalis、Bacteroides などである。

ii. 頸管分泌物中顆粒球エラスターゼ

iii. 癌胎児性フィブロネクチン

iv. 末梢血白血球数、CRP

感染症関連検査項目が陽性の場合には、羊水穿刺を行い、羊水の性状を確認することもある。

③治療：絨毛膜羊膜炎が疑われる場合には、感受性のある抗生物質の投与を行う。また、腔洗浄も行う。炎症の程度により妊娠の終了を考慮する。

(6) 絨毛膜下血腫 Subchorionic hematoma

①定義：絨毛膜と子宮壁の間隙に血腫を生ずること。超音波断層法により、絨毛膜と子宮壁の間隙にエコーフリースペースを認めることにより診断される。

②治療：絨毛膜羊膜炎の発症を抑制することが重要である。腔分泌物培養を実施し、有意菌が認められる場合には腔洗浄および抗生物質投与を考慮する。

(7) 絨毛膜外性胎盤 Placenta extrachorialis

①定義：絨毛膜板に比較し、胎盤の胎児面が狭い状態の胎盤をいう。羊膜は胎盤辺縁より内側で折返り、羊膜腔も狭くなる。以下の2つに分類できる。

周郭胎盤(Placenta circumvallata)：羊膜の折返りの部位が襞壁を形成しているもの。

画縁胎盤(Placenta circummarginata)：襞壁を形成していないもの。

羊膜の折返りの部位の母体面に死腔が生じ、ここが感染巣となることがある。

②症状

- i. 出血は妊娠初期から持続していることが多い。
- ii. 子宮収縮
- iii. 羊水過少を合併することが多い。
- iv. 子宮内感染兆候

③診断

- i. 上記の症状が認められた場合に絨毛膜外性胎盤を疑う。
- ii. 超音波断層法により胎盤辺縁にフリースペースが認められることがある。

④治療

- i. 絶対安静
- ii. 子宮収縮抑制剤
- iii. 抗生物質
- iv. 腔洗浄および抗生物質含有腔錠

妊娠初期から出血が持続する場合には絨毛膜外性胎盤となる可能性があるので注意する。特に羊膜外に血腫様の像が認められる時には入院管理とし、腔洗浄などを行う。

(8) 前置胎盤 Placenta previa

①定義：前置胎盤とは「胎盤の一部または大部分が子宮下部(子宮峡部)に付着し、内子宮口に及ぶもの」をいう。

②分類：従来は内診指で胎盤を直接触知し、子宮口を覆う胎盤の程度により、全前置胎盤、部分前置胎盤、辺縁前置胎盤に分類した。しかし現在では超音波画像による分類が行われる。

- i. 全前置胎盤：胎盤が内子宮口を覆う。覆う程度に関係しない。
- ii. 辺縁前置胎盤：胎盤の辺縁が内子宮口に位置する。

③症状

i. 子宮出血：妊娠中期から無痛性の外出血をくり返す(警告出血, Alarm bleeding)。分娩時出血；陣痛発作時に強くなる。

ii. 胎位異常：前置胎盤のため、児頭が固定せず骨盤位、横位が多い。

④診断：上記の無痛性出血により本症を疑い、超音波断層法により確定診断する。

スクリーニング的な超音波断層法により、診断がなされることもよくある。

⑤治療：前置胎盤が確定的であれば、帝王切開術による分娩となる。大量出血に備え、輸血の準備を行う。最近では自己血輸血が行われる。

前置胎盤では、癒着胎盤が合併しやすい。このため、子宮摘出術が必要なことがある。

(9) 常位胎盤早期剥離 Placental abruption

①定義：妊娠後半期に、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に先立って剥離するものをいう。

②症状

- i. 突然の腹腔内の激痛、緊張性鈍痛に移行。
- ii. 胎動の減弱、または消失感。
- iii. 急性貧血、ショックを伴うことも多い。
- iv. 多くは外出血を伴い、陣痛間欠期に増量、量はあまり多くない。
- v. 急激な子宮底の上昇、子宮体の膨隆および圧痛、腹壁の緊張(板状硬、子宮強直、Tetanus of the uterus)
- vi. 胎児心音および胎動は、認めにくくなる。
- vii. 陣痛は不定

③診断：上記、症状および以下の検査項目により、診断する。

i. 超音波断層法：胎盤が厚く、胎盤と子宮壁の間に血腫によるエコー欠落部分を認める(開腹時子宮には、子宮筋層に浸潤した血液のため、子宮漿膜面が暗紫色に見えるクブレル徴候(Couvelaire sign)が認められる)。

ii. 胎児心拍モニタリング：頻脈、基線細変動の減少、遅発性一過性徐脈の出現など、さざ波様子宮収縮。

iii. DICに関連した検査所見。

④治療

i. 診断がつき次第、急速遂娩術を行う。

ii. 分娩後は、止血、子宮収縮を積極的に促し、合併症(出血、ショック、DICなど)の治療を行う。

iii. 胎盤剥離の発症から、胎児・胎盤娩出までの所要時間がその後の母子の予後を左右する。5～6時間以上経過すると予後不良。

iv. 子宮収縮が不良で出血が持続し、母体の状態が悪化する場合には、子宮全摘出術を施行する(Porro手術)。

〈高桑 好一*〉

*Koichi TAKAKUWA

*Department of Obstetrics and Gynecology, Niigata University School of Medicine, Niigata

Key words : Bleeding · Pregnancy · Abortion · Threatened preterm labor ·
Primary care