

## 生涯研修プログラム「症例から学ぶ」 IV. 産婦人科手術

### 3) 産科手術

#### 流産手術—待機的管理法との選択をめぐって—

小阪産病院院長 竹 村 秀 雄

臨床的に妊娠を診断されたものの15~20%は流産となるが、ごく早期に自分でも気付かないまま流産しているものを加えると50~70%にも及ぶとされている。流産に対する診断と治療は、かつては下腹痛を伴う性器出血や、胎児・胎盤の排出などの臨床症状によって行われ、流産手術、つまり子宮内容清掃術が標準的治療法とされてきた。抗生素がなく敗血症の脅威にさらされていた頃から永年に亘り標準的治療法として行われてきた流産手術ではあるが、近年待機的管理法とのEBMに基づく比較検討が行われ、再評価が試みられている。さらに医療の評価に患者側視点が加わり、全人的医療やQOL、さらにインフォームド

チョイス・インフォームドコンセントが求められるようになった結果、一律に流産手術を行うことへの見直しが行われている。経腔超音波検査が広く用いられるようになった1990年代以後、進行流産や不全流産などすでに流産症状を呈しているものでは、待機的な管理法は流産手術を行う場合と身体的な予後に差はなく、患者の満足度や精神的苦痛の面では優れているとの報告がみられるようになった。今回はこうした流産症状を呈していない枯死卵や胎芽、胎児死亡、さらに着床部位不明の妊娠(Pregnancy of unknown location: PUL)も含めて、診断と治療法の選択に関して症例から学んだことについて報告してみたい。

#### 子宮頸管縫縮術

北里研究所メディカルセンター病院部長 泉 章 夫

いわゆる頸管無力症と診断される症例には妊娠12~16週に予防的頸管縫縮術を行う。Shirodkar手術とMcDonald手術の選択に関して、術中術後の破水や上向性感染、子宮収縮誘発などの副作用と早産予防効果を総合的に判断したコンセンサスは得られていないと考えるが、我々はほとんどの症例で2号ナイロン糸を使用したMcDonald手術を選択している。我々の予防的McDonald手術後の流産は9.2%であり、その適応を十分に検討し同意を得る必要があると考えている。手術前日のCRP値が0.5mg/dl以上の場合には絨毛膜羊膜炎対策を優先し、手術延期も考慮している。双胎妊娠における予防的頸管縫縮術の正当性については意見の分かれるところであるが、我々は妊娠30週未満の早産を減少させる効果があると判断し積

極的に行っている。

頸管開大や胎胞形成している症例に対する緊急頸管縫縮術はMcDonald手術を行っている。適応はCRP値4.0mg/dl未満かつ白血球数14,000/ $\mu$ l未満としている。それ以上の場合には術後7日以内に分娩になる可能性が高いため、感染対策を優先している。手術時の工夫は多数報告されているが、①できる限りの骨盤高位をとり、②濡れガーゼを用いて胎胞を包み込むように子宮腔内に押し込み、③頸管鉗子4~6本で全周性に牽引し、完全に視野を確保してから運針することにしている。

今後は瘤胎児性フィブロネクチンや顆粒球エラスターなども用いて、頸管縫縮術の適応についてより厳密に検討されるであろう。