

生涯研修プログラム クリニカルカンファレンス (周産期領域)

2. 分娩時の出血への対策を考える

1) 分娩時出血例の管理

北里大学総合周産期母子医療センター助教授 天 野 完

出血の予測は困難であり、予め静脈路を確保し、晶質液、膠質液の輸液により循環を保持しつつ系統的に出血原因を検索する。頸管裂傷、腔壁裂傷は確実に縫合止血し、深部頸管裂傷、子宮破裂は子宮全摘出を行う。子宮内反症の用手整復が困難であれば、開腹のうえ修復あるいは子宮全摘出とする。子宮弛緩症で保存的、薬物療法に加え、brace suture(B-Lynch 法など)、子宮動脈結紮、内腸骨動脈結紮、TAE(transcatheter arterial embolization)によってもコントロールがつかない場合は子宮全摘出とする。

1,500ml以上の出血では等張アルブミン製剤、濃厚赤血球輸血を考慮し、循環血液量を凌駕する程の出血では新鮮凍結血漿、血小板輸血に加え抗ショック、抗DIC療法を併用する。DICとなればTAEが止血に極めて有用である。

帝切時出血ではとくに前壁付着前置癒着(嵌入)胎盤の管理が問題になる。子宮筋層の菲薄化、膀胱との間の豊富な血流を認める場合は膀胱鏡により穿通の有無を確認しておく。自己血貯血、ステロイド投与、子宮収縮抑制により34週ごろに予定帝切とする。膀胱切除の可能性を考慮し泌尿器科医との連携のうえ術前に尿管ステントを留置する。内腸骨動脈にカテーテルを留置しておき、胎盤を避けて児娩出後、子宮切開創を縫合、IABO(intraarterial balloon occlusion)、TAEにより出血をコントロールしつつ慎重に膀胱を剝離し子宮全摘出を行う。

分娩時出血では初期対応が重要であり、ショック、DICに陥れば集学的治療が必要になる。自験例を提示し管理の実際について述べる。

2) 弛緩出血への対応

順天堂大学教授 竹 田 省

産褥異常出血は、妊産婦死亡原因の20%前後を占めており、鑑別診断と同時に早急な対応が求められる。その主なものは弛緩出血と子宮破裂、軟産道裂傷であり、大量出血になると播種性血管内凝固症候群(DIC)を伴いやすくその治療も問題となる。弛緩出血は墜落産や遷延分娩、母体疲労、巨大児、多胎、筋腫合併妊娠などに多い。弛緩出血として搬送されたものの中には、子宮破裂や産道裂傷なども多く、視診、内診、超音波検査などで手早く鑑別診断を行なう。大きな頸管裂傷は認めないが、不全裂傷や挫滅創が頸管内腔に存在していることがある。

弛緩出血では子宮双手圧迫法、子宮収縮薬に反応しない場合、全身管理を行ないつつ子宮腔内強

填タンポンなどの可及的一次止血を行いつつ高次医療機関に搬送する。DICを併発したり、止血できない場合は、経カテーテル的動脈塞栓術(TAE)が有効である。TAEの普及により弛緩出血での開腹子宮摘出症例は激減している。帝王切開時の症例でも同様に、圧迫法、子宮収縮薬の投与、ガーゼ充填法でも止血しなければ、内腸骨動脈結紮術や子宮摘出術を行う。

母体死亡をなくするためには、個々の施設で緊急時の対策をあらかじめ練っておき、シミュレーションしておくことが大切である。また、高次医療機関との連携も重要で、地域の症例検討会などを通じて日頃より意思疎通をはかっておくことが大切である。