

## D. 産科疾患の診断・治療・管理

### Diagnosis, Therapy and Management of Obstetrics Disease

## 10. 異常分娩の管理と処置

### Management and Treatment of Abnormal Labor and Delivery

#### 12) 頸管裂傷(cervical lacerations)

頸管裂傷の成因は頸管の急激な伸展、過度な伸展、伸展性の不良などが挙げられ、分娩の急激な進行(子宮収縮薬による陣痛増強も含む)、子宮口全開大前の怒責、鉗子・吸引分娩、巨大児分娩、子宮口に癒着が存在する場合などに発症する危険が高い。

臨床症状は児娩出後ただちに現れる無痛性の持続的な鮮紅色の出血で、子宮収縮は良好である。

診断には触診が頻用されるが不確実であるため、必ず腔鏡をかけ、頸リス鉗子で頸管を牽引して直視下に出血部位を確認すること(視診)が重要である。好発部位は3時、9時の方向で、裂傷の上端の部位と裂傷の深さを確認することが重要である。裂傷上端の確認は適確な縫合に必須である。さらに、円蓋を越して子宮体部まで延長している場合や頸管が完全断裂せず、内側だけに裂傷が入り延長している場合があるので留意する(触診では診断できない)。

動脈性の出血の場合、出血性ショックの危険もあるため、常に出血量を正確に把握しつつ速やかに縫合を開始する。裂傷の両側を頸リス鉗子で牽引して直視下に吸収糸で縫合する。裂傷の上端の少し上部から縫合を開始することが肝要である。

#### 13) 子宮内反症(uterine inversion)

子宮内反症とは、子宮が内膜面を外方に反転した状態をいう。産褥性と非産褥性(筋腫分娩などに伴う<sup>1)</sup>)があるが、後者はきわめてまれで、通常子宮内反症といえば産褥性のものをいう。反転の程度により完全子宮内反症(反転した子宮体部が外子宮口を越えて子宮内面が露出された状態)、不全子宮内反症(反転した子宮体部が外子宮口を越えない状態)、子宮陥凹(子宮底がわずかに陥没した状態)に分類される。子宮内反症の発症頻度は2,000~20,000分娩に1例との報告<sup>12)</sup>と幅があるが、比較的まれな疾患である。

##### 1. 病因

病因としては、外因性と内因性があり、多くは外因性のものである<sup>1)</sup>。外因性のものとしては、胎盤剥離前の臍帯牽引によることが最も多く、癒着胎盤や過短臍帯、臍帯巻絡、急速遂娩による臍帯牽引、さらに不当なクレーデ胎盤圧出法により発生することがある。内因性のものとしては、子宮奇形に伴う子宮筋の弛緩、多胎妊娠、巨大児、羊水過多などの子宮筋が弛緩した状態が起こりやすい。また、外因性と内因性が複合して発症する場合もある。また医原性のものとして、硫酸マグネシウムの静脈内投与も発症に関与する<sup>2)</sup>との報告もある。

##### 2. 臨床症状

臨床症状としては、分娩直後の強烈的な疼痛と大量出血、虚脱状態などで気付かれる場合が多い。内反した子宮体部は収縮不全の状態にあり、かつ内膜面が過伸展した状態であるため、生物学的血管結紮の機転が働かず、胎盤剥離面から大出血する。一方、子宮下筋や

頸管は収縮している(頸管輪)ことが多く、このため内反部がこれらに締め付けられてますます内反して陥凹状態となり、悪循環に陥る。大出血による出血性ショックと腹膜刺激による神経性ショックをきたす。

### 3. 診断

診断は、触診、視診、画像診断(主として超音波断層法)で行う。完全子宮内反症は反転した子宮内膜面が露出した状態であるため、容易に診断できる。一方、不全子宮内反症は反転した子宮内膜面が直視下に見えないので、視診による診断は困難で、触診や画像診断で診断する。子宮陥凹も子宮底がわずかに陥没した状態なので、不全子宮内反症と同様に視診による診断は困難で、触診や画像診断で診断する。不全子宮内反症や子宮陥凹では、触診による腹壁からの子宮底確認が困難になり、内診では子宮体部が触れにくくなると同時に粘膜下筋腫の筋腫分娩のような腫瘤を触知する場合(不全子宮内反症では触知できるが、子宮陥凹では困難)が多い。視診(腔鏡診)では、腔内(完全子宮内反症)または子宮頸部の奥(不完全子宮内反症)に暗赤色の腫瘤を認める。ときに胎盤遺残や筋腫分娩と見誤ることがあるので鑑別が重要である。この場合は超音波断層法が有用で、子宮底部が陥凹、内反した像の「内反漏斗」が描出され、同時に upside down, inside out の像が見える。

### 4. 治療

治療には非観血的用手整復術と観血的整復術(手術的整復)がある。子宮内反症と診断されたら、ただちに出血性ショックと神経性ショックに対する治療(迅速な血管確保と輸液、必要に応じて昇圧薬、ステロイドホルモン、輸血の用意)を行う。具体的には十分な輸液・輸血と抗ショック療法を行った後に導尿を行い、非観血的用手整復術を試みる。導尿は膀胱損傷を防ぐ上で重要である。

用手的整復術は Johnson 手技と呼ばれ、発症直後で子宮頸管輪の形成前であれば、用手的整復法による整復が可能である。この際、子宮収縮抑制剤を用い、同時に厳重な無菌操作を行い、必要に応じて抗生物質を投与して、感染症の予防を心掛ける。具体的な手技は、内診指を反転した子宮底部にあて、産道に沿って逆行するように押し上げながら、外診指で上手に誘導して子宮体を骨盤腔から腹腔内へ押し戻す。整復後はすぐには子宮収縮が得られず、再度内反が起こる可能性があるため、しばらくの間双手圧迫を行い、同時に子宮収縮薬を経静脈的に持続投与する。発症後、時間が経過し無麻酔での用手的整復術が困難な場合には、麻酔下に上述の用手的整復術を行う。

用手的整復術が不成功の場合、観血的整復術(手術)を全身麻酔下に行う。具体的な整復方法には、Huntington 手術(開腹して、内反漏斗部の子宮体表面をマルチン単鉤鉗子またはミューゾー双鉤鉗子で繰り返し牽引して整復する)、Haultain 手術(Huntington 手術が困難な場合、子宮後壁に縦切開を加えて、切開口から内反部を牽引して整復する)、Küstner 手術(後腔円蓋、後腔壁、子宮後壁を正中切開し、子宮を整復する)、Spinelli 手術(前腔円蓋、前腔壁、子宮前壁を正中切開し、子宮を整復する)、腔式子宮全摘術(内反していることを十分考慮し、解剖学的位置関係に気を付けて行う。腹腔鏡補助下に行うとよい)がある。

1. 金倉洋一. 子宮内反症の処置. 産婦人科治療 2004; 88: 962—965
2. Platt LD, Druzin ML. Acute puerperal inversion of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1981; 141: 187

〈関 博之\*〉

索引語：頸管裂傷，子宮内反症，大量出血，ショック