

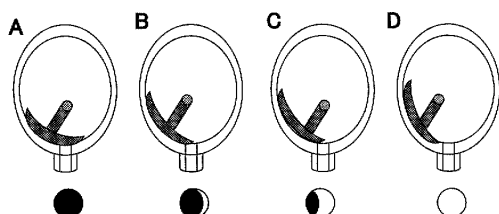
3) 胎盤の異常

I. 前置胎盤・低置胎盤

胎盤が正常より低い部分の子宮壁に付着し、組織学的内子宮口を覆うかその辺縁が同子宮口にかかる状態。

	胎盤が開大した内子宮口	超音波断層法によって組織学的内子宮口を覆う胎盤辺縁から同子宮口までの最短距離が
全前置胎盤 (total placenta previa) (A)	の全部を覆う状態。	2cm以上の状態。
部分前置胎盤 (partial placenta previa) (B)	の一部を覆う状態。	2cm未満の状態。
辺縁前置胎盤 (marginal placenta previa) (C)	の辺縁に達する状態。	ほぼ0cmの状態。
低置胎盤 (Low lying placenta) (D)	を覆っていない状態。 (正常より低い部位の子宮壁に付着)	組織学的内子宮口とそれに最も近い胎盤辺縁との最短距離が2cm以内を目安とする。

(日本産科婦人科学会編 産科婦人科用語集・用語解説集 改訂第2版)



CQ305 前置胎盤の診断・管理は？

Answer

- 前置胎盤は妊娠中期超音波検査にて「前置胎盤疑い」診断を行い、31 週末までに経腔超音波で「前置胎盤」の診断を行う。(B)
- 「自院では緊急時の対応困難」と判断した場合は 32 週末までに他院を紹介する。(C)
- 「自院で管理」とした場合は 34 週頃の夜間緊急帝王切開も考慮した準備を行う。(C)
- 癒着胎盤の合併を考慮する。特に帝王切開の既往がある場合は注意する。既往帝王切開創が胎盤に近い場合には特に注意する。(B)
- 前回帝王切開創を胎盤が覆っている場合には、癒着胎盤有無を慎重に評価する。(B)
- 予定帝王切開は妊娠 37 週末までに行う。(B)
- 予定帝王切開は輸血(自己血あるいは同種血)ができる体制を整えて行う。ただし緊急帝王切開の場合には手術と並行して輸血の準備を進める。(A)
- 輸血と子宮摘出の可能性について説明しておく。(A)

(産婦人科診療ガイドライン産科編2011)

CQ306 低置胎盤の診断・管理は？

Answer

- 妊娠 36～37 週時、胎盤辺縁が内子宮口から 2cm 以内の場合には帝王切開も考慮される。(C)
- 前壁付着で帝王切開既往がある場合には癒着胎盤に注意する。(B)
- 分娩後には(経腔分娩・帝王切開分娩ともに)子宮出血に注意する。(A)

(産婦人科診療ガイドライン産科編2011)

研修コーナー

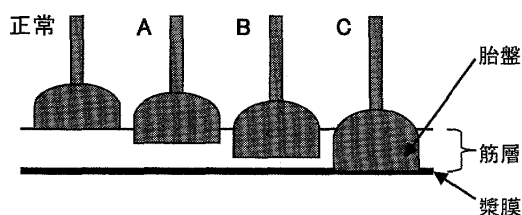
Ⅱ. 癒着胎盤

胎盤の絨毛が子宮筋層内に侵入し、胎盤の一部または全部が子宮壁に強く癒着して、胎盤の剥離が困難な状態。

危険因子：子宮内膜炎・内膜搔爬術・粘膜下筋腫・帝王切開術・子宮形成術の既往など

(狭義の)癒着胎盤 (placenta accreta) (A)	絨毛が子宮筋層の表面のみに癒着し、筋層内に侵入していない状態。
嵌入(かんにゅう)胎盤 (placenta increta) (B)	絨毛が子宮筋層深く侵入し、剥離が困難な状態。
穿通胎盤 (placenta percreta) (C)	絨毛が子宮壁を貫通し、漿膜面にまで及んでいる状態。

(日本産科婦人科学会編 産科婦人科用語集・用語解説集 改訂第2版)



帝王切開既往のある前置胎盤(前壁付着)時には癒着胎盤を想定し準備を進める。

Ⅲ. 常位胎盤早期剥離

子宮体部に付着している胎盤が、妊娠中または分娩経過中の胎児娩出以前に、子宮壁より剥離する状態。剥離部位によって外出血をみる場合と、剥離した胎盤と子宮の間に溜まった外出血をみない潜伏出血とがある。

CQ311 常位胎盤早期剥離(早剥)の診断・管理は？*Answer*

1. 妊娠高血圧症候群、早剥既往、切迫早産(前期破水)、外傷(交通事故など)は早剥危険因子であるので注意する。(B)
2. 妊娠後半期に切迫早産様症状(性器出血、子宮収縮、下腹部痛)と同時に異常胎児心拍パターンを認めた時は早剥を疑い以下の検査を行う。
 - ・超音波検査 (B)
 - ・血液検査(血小板、アンチトロンビン活性[以前のアンチトロンビンⅢ活性], FDPあるいはD-dimer, フィブリノゲン, AST, LDHなど)(B)
3. 腹部外傷では軽症であっても早剥を起こすことがあるので注意する。特に、子宮収縮を伴う場合、早剥発症率は上昇するので、胎児心拍数モニタリングによる継続的な監視を行う。(C)
4. 早剥と診断した場合、母児の状況を考慮し、原則、急速遂娩を図る。(A)
5. 母体にDICを認める場合は可及的速やかにDIC治療を開始する。(A)
6. 早剥による胎児死亡と診断した場合、DIC評価・治療を行いながら、施設のDIC対応能力や患者の状態等を考慮し、以下のいずれかの方法を採用する。(B)
 - ・オキシトシン等を用いた積極的経陰分娩促進
 - ・緊急帝王切開
7. 早剥を疑う血腫が観察されても胎児心拍数異常、子宮収縮、血腫増大傾向、凝固系異常出現・増悪のいずれもない場合、週数によっては妊娠継続も考慮する。(C)

(産婦人科診療ガイドライン産科編2011)

早剥関連 DIC 診断スコア（産科 DIC スコアより抜粋）

I. 基礎疾患	点数
a. 常位胎盤早期剥離	
・ 子宮硬直, 児死亡-----	5
・ 子宮硬直, 児生存-----	4
・ エコーあるいは CTG 所見で診断-----	4
II. 臨床症状	
a. 急性腎不全	
・ 無尿 (～ 5mL/ 時間)-----	4
・ 乏尿 (5.1 ～ 20mL/ 時間)-----	3
d. 出血傾向	
・ 肉眼的血尿, メレナ, 紫斑, あるいは皮膚, 粘膜, 歯肉, 注射部位からの出血-----	4
e. ショック症状	
・ 以下, それぞれに 1 点 (例えば 2 つあれば 2 点) 脈拍数 ≥ 100 / 分, 収縮期血圧 ≤ 90 mmHg, 冷汗, 蒼白	
III. 検査所見	
以下, それぞれに 1 点 (例えば 3 つあれば 3 点) 血清 FDP $\geq 10\mu\text{g/mL}$, 血小板数 ≤ 10 万/ μL , フィブリノゲン $\leq 150\text{mg/dL}$, プロトロンビン時間 ≥ 15 秒またはヘパプラスチンテスト $\leq 50\%$, 赤沈 $\leq 4\text{mm}/15$ 分または赤沈 $\leq 15\text{mm}/$ 時間, 出血時間 ≥ 5 分	

注：基礎疾患，臨床症状，検査所見の総合点数が 8 点以上で DIC としての治療を開始できる。

例えば，エコーで早剥が疑われ（4 点），乏尿（3 点）と冷汗（1 点）があれば，血液検査結果を待たなくとも DIC 治療を開始できる。

（産婦人科診療ガイドライン産科編2011）

CQ316 分娩時大出血への対応は？*Answer*

1. SI 値と計測出血量で循環血液量不足（出血量）を評価する. (B)
SI 値; shock index = 1 分間の脈拍数 ÷ 収縮期血圧 mmHg
2. SI 値 ≥ 1.0 あるいは経陰分娩時出血量 $\geq 1.0L$ (帝王切開分娩時出血量 $\geq 2.0L$) の場合には, 出血原因の探索・除去に努めながら以下を行う.
 - 1) 太めの針での血管確保と十分な輸液 (A)
 - 2) 輸血開始の考慮と高次施設への搬送考慮 (B)
 - 3) 血圧・脈拍数・出血量・尿量の持続的観察 (A)
 - 4) SpO₂ モニタリング (C)
3. 上記の状態からさらに出血が持続する, SI 値 ≥ 1.5 が頻回に認められる, 産科 DIC スコア ≥ 8 , あるいは乏尿・末梢冷感・SpO₂ 低下等出現の場合には出血原因の探索・除去に努めながら以下を行う.
 - 1) 「産科危機的出血」の診断 (A)
 - 2) 輸血用血液到着後ただちに輸血（赤血球製剤と新鮮凍結血漿）開始 (B)
 - 3) 高次施設への搬送 (C)
 - 4) 産科 DIC スコア ≥ 8 では抗 DIC 製剤投与と血小板濃厚液投与も行う. (C)
4. 産科危機的出血時, あるいは出血による心停止が切迫していると判断された場合であって交差済同型血が入手困難な場合には未交差同型血, 異型適合血, 異型適合新鮮凍結血漿・血小板濃厚液の輸血も行える. (B)

(産婦人科診療ガイドライン-産科編2011)

《参考文献》

1. 産科婦人科用語集・用語解説集(改訂第2版). 日本産科婦人科学会(編). 東京: 金原出版. 2008
2. 産婦人科診療ガイドライン産科編2011, 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会編, 東京: 日本産科婦人科学会. 2011