

当科における前置胎盤症例の検討

石田 理・斎藤 雅子・浅野 令子・関野 和・香川 幸子・小松 玲奈
中務日出輝・依光 正枝・舩本 明生・小坂由紀子・野間 純・吉田 信隆

広島市立広島市民病院 産科婦人科

Cases of placenta previa managed in our hospital

Makoto Ishida・Masako Saito・Reiko Asano・Madoka Sekino・Yukiko Kagawa・Reina Komatsu
Hideki Nakatsukasa・Masae Yorimitsu・Akio Masumoto・Yukiko Kosaka・Jun Noma・Nobutaka Yoshida

Department of Obstetrics and Gynecology, Hiyoshima City Hospital

前置胎盤は妊娠中や帝王切開時に大量出血を起こす原因となるため、ハイリスク妊娠とされている。早産や出血性ショックなどの合併症を引き起こし、輸血や子宮摘出が避けられないこともある。今回、当科で取り扱った前置胎盤の症例について検討した。

平成18年11月より平成22年8月までの間に当科で、術前の経陰超音波検査で前置胎盤と診断され、帝王切開を施行した77症例を対象とし、背景、帝王切開術中出血量や輸血などを検討した。

平均年齢は32.9±4.7才、初産婦が42例、経産婦が35例であった。全前置胎盤が42例、部分前置胎盤が5例、辺縁前置胎盤が30例であった。他院より紹介された症例が51例、母体搬送された症例が16例、当院で健診をうけていた症例が10例であった。57例で帝王切開術前に自己血が貯血（平均559ml）されていた。帝王切開は平均36.47±1.95週で施行していた。24例で緊急帝王切開を行っていた。

術中出血量（羊水込み）は1,549±758.5gであった。5例で止血のため術中胎盤剥離面の縫合を必要としていた。1例で術後も胎盤剥離面からの出血が続くために再手術（止血）と輸血（同種血輸血）を必要とした。しかし、その1例を除くと自己血以外の輸血を必要とした症例はなく、子宮摘出を必要とした症例もなかった。

妊婦健診において確実に前置胎盤の診断を行い、子宮収縮に注意して管理を行えば、出血のための早産を減らせると考えた。また、前置胎盤の帝王切開では術中出血量は多くなるが、術前に自己血を準備し、子宮収縮で止血しえない胎盤剥離面からの出血を確実に止血すれば、輸血や子宮摘出を必要とする可能性は少なくなると考えた。

It is well known that placenta previa is a cause of high-risk pregnancy because it causes massive bleeding during pregnancy and Cesarean section. Thus far, patients have been managed by storing their own blood and admitting them to the hospital for control of their uterine contractions. However, transfusion and hysterectomy are sometimes inevitable. We examined 77 cases of placenta previa managed in our hospital with regard to the background of the patients and their blood loss on Cesarean section. The blood loss increased during Cesarean sections with placenta previa. However, transfusion and hysterectomy were rarely needed if autologous blood was prepared before the operation and if hemostasis to stop the bleeding with contraction was ensured.

キーワード：前置胎盤、帝王切開

Key words：placenta previa, cesarean section

緒 言

前置胎盤はハイリスク妊娠とされ、妊娠中や帝王切開時に大量出血を起こす原因となるため、これまでも入院安静管理や自己血貯血などが行われてきたが、早産や帝王切開時の輸血や子宮摘出が避けられないこともある。そこで当科で取り扱った前置胎盤症例について帝王切開の時期や帝王切開時の出血に対しての同種血輸血などを検討した。

対象と方法

平成18年11月より平成22年8月までの間に当科で、術前の経陰超音波検査で前置胎盤と診断され、帝王切開を施行した77症例を対象とし、背景、術前の自己血貯血、帝王切開の時期、帝王切開時の出血量や同種血輸血の有無などについて後方視的に検討した。

全前置胎盤、部分前置胎盤、辺縁前置胎盤の分類は超音波断層法により、組織学的内子宮口を覆う胎盤の辺縁から同子宮口までの最短距離が2 cm以上の状態を全前

②

置胎盤, 上記距離が2 cm未満の状態を部分前置胎盤, 同距離がほぼ0の状態を辺縁前置胎盤とした¹⁾。

結 果

年齢は21歳から41歳に分布し, 平均年齢は 32.9 ± 4.7 歳であった(図1)。初産婦が42例(54.5%), 経産婦が35例(45.5%)であった(図2)。人工妊娠中絶既往が8例, 子宮手術(帝王切開術, 筋腫核出術)既往が4例, 不妊治療後の妊娠が9例含まれていた。

妊娠初期より当院で妊婦健診を受けていた症例は10

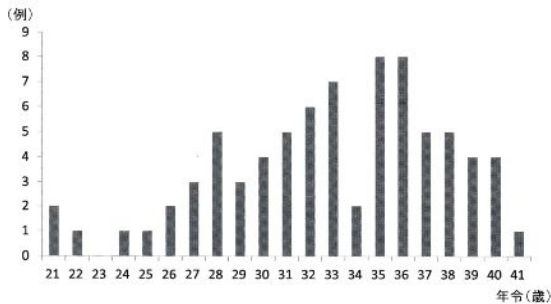


図1 年齢分布: 32.9 ± 4.7 歳(平均 ± 標準偏差)であった。

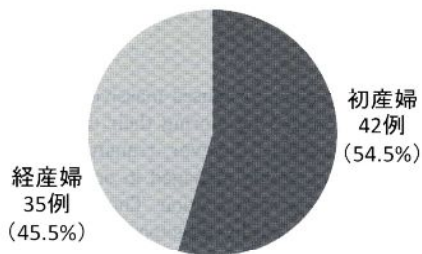


図2 初産婦, 経産婦の割合: 初産婦が54%であった。

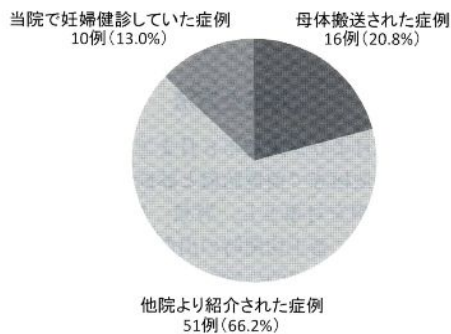


図3 母体搬送, 紹介された症例の割合: 他院からの症例が87%を占める。

例(13.0%)であり, 他院で診断後に紹介された症例が51例(66.2%), 母体搬送された症例が16例(20.8%)であった(図3)。他院より紹介されたものは19週から36週までの時期にあったが, 大部分は27週から34週までの時期であった。母体搬送は妊娠中の出血時に搬送されていたが, 2例を除き28週から35週の時期であった(図4)。

分娩方法はすべて帝王切開であった。術前最後の超音波検査所見で全前置胎盤は42例(54.5%), 部分前置胎盤が5例(6.5%), 辺縁前置胎盤が30例(39.0%)であった(図5)。自己血は57例で帝王切開術前に用意されており, 平均貯血量は559mlであった(図6)。術前最後の超音波検査所見で子宮頸管長はほとんどの症例で26mm以上が保たれていた(図7)。

帝王切開は30週から39週で施行されていた。平均は 36.47 ± 1.95 週であり, 37週での施行が大部分を占めた(図8)。24例で緊急帝王切開を行っていた。帝王切開

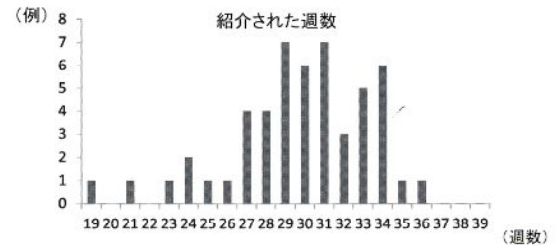
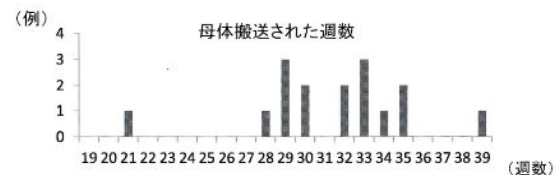


図4 母体搬送, 紹介された週数の分布: 傾向的には変わらない

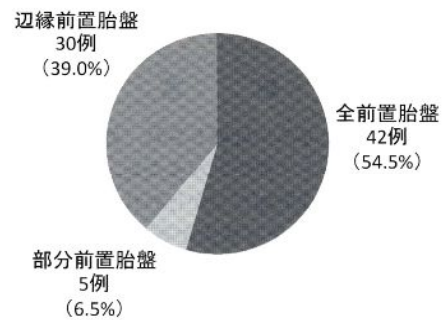


図5 全前置胎盤, 部分前置胎盤, 辺縁前置胎盤の割合: 部分前置胎盤は少数にとどまっている。

時の出血量（羊水込み）は平均 $1549 \pm 758.5g$ であった（図9）。

帝王切開時に5例で止血のため術中胎盤剥離面の縫合を必要としていた。また1例では術後胎盤剥離面からの出血が続くため、止血のため再手術を行い、同種血輸血を必要とした。しかし、その1例を除くと他に同種血輸血を必要とした症例はなく、子宮摘出を必要とした症例もなかった。

考 察

前置胎盤は全分娩数の0.3~0.85%にみられ、初産婦より経産婦に多く、前回帝王切開例で増加すると言われている。また5%にplacenta accreataを伴うとされている²⁾。

当院の症例では他院で診断後に紹介されたものが66.2%を占め、その大部分は27週から34週までの時期であった。前置胎盤の診断が妊婦健診時の経膈超音波検査で容易にできるようになったことと、妊娠24週~26週以降は胎盤の移動がほとんどみられない²⁾ ために出血に先駆け紹介されたもので、病診連携がとれていると考えられた。

妊娠中の出血時に母体搬送されたものが16例であった

が、2例を除き28週から35週の時期であった。搬送後当院では母体の生命に関わらない出血量で、胎児肺未成熟の時期であれば子宮収縮抑制剤の投与と安静で止血を試みるが、多くの例で搬送後止血し妊娠継続ができています。これは前置胎盤の外来管理において28週頃からは出血の症状が出る可能性を念頭におき、子宮収縮を認める場合には安静や子宮収縮抑制剤投与などの予防が有効であることと考えられた。

帝王切開術前に800~1,200mlの自己血貯血が望ましい²⁾と言われているが、今回検討した症例では57例(74%)が自己血貯血で帝王切開を行い、平均貯血量は559mlであった。紹介された時期、貧血などで貯血が制限され少なめであるものの、帝王切開時に同種血輸血を必要とした症例が1例のみであったことは、自己血貯血が関与していると考えた。

児の予後調査などから37週台の帝王切開が妥当³⁾と言われている。当院でも前置胎盤症例は通常37週で選択帝王切開を行っているが、一部では手術予約枠の関係で38週に行っている。そのため37週で帝王切開を施行したものが多く、平均が 36.47 ± 1.95 週となっている。帝王切開予定日の数日前に陣痛発来や出血のため緊急帝王切開になることもあり、24例の緊急帝王切開のうち半数は36

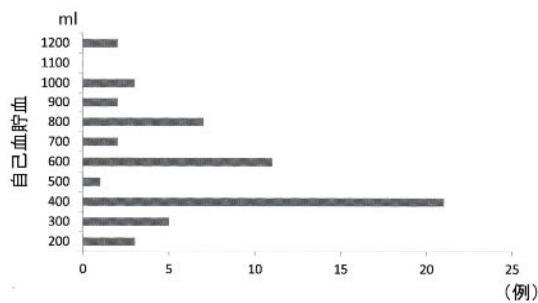


図6 術前の自己血貯血量 57例、平均採血量 557.9ml

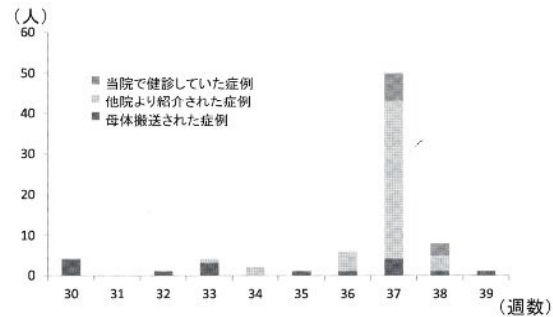


図8 帝王切開を施行した週数：ほとんどの症例が37週で行われている。

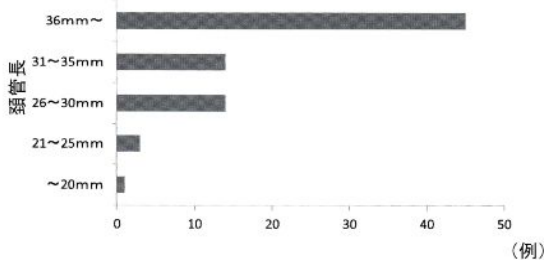


図7 術前の子宮頸管長：26mm以上がほとんどである

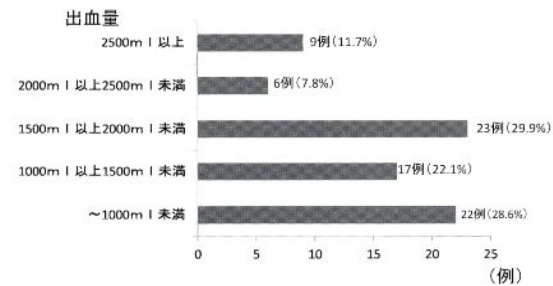


図9 帝王切開時の出血量（羊水込み）： $1,549 \pm 759g$ （平均±標準偏差）であった。

週以降であった。

帝王切開時の出血量（羊水込み）は多くなる。一部で癒着胎盤が原因となるが、大部分は弛緩出血と子宮下部の血管が発達しているためであり、当院では帝王切開時、胎盤が自然に容易に剥離する場合（癒着胎盤でない場合）は子宮収縮剤の投与を行い、卵膜遺残がないことや子宮口開大の確認など最小限のことを行った後は筋層縫合を早く行うことを心がけている。筋層縫合を行い子宮を元の形に戻すことが子宮収縮を良好にしているように考えている。

しかし胎盤が自然に剥離しない場合は癒着胎盤であり、術中胎盤剥離面の縫合止血などが必要となる。今回の対象では6例（1例は再手術）で止血が必要となったが、当院では癒着した胎盤を剥離する前にネラトンカテーテルを子宮頸部に巻き子宮動脈からの血流を遮断し、剥離後に出血点が確認し易いようにしている。癒着部位は上方の子宮体部の筋層と子宮頸管部の筋層の間に位置し、その部位は子宮収縮では止血しないため、両筋層をロック縫合して癒着胎盤の部分筋層を被ってしまうことにより止血を図っている^{4,5)}。

今回の検討では1例を除くと他に同種血輸血を必要とした症例はなく、子宮摘出を必要とした症例もなかった。これはこの期間に頑固な癒着胎盤症例がなかったことなどもあるが、術前に自己血を準備し、子宮収縮で止血しえない胎盤剥離面からの出血を確実に止血することが重要であると考えた。

文 献

- 1) 岡井 崇：前置胎盤・低置胎盤と癒着胎盤の超音波診断。日産婦誌，2008，60：201-209
- 2) 山本樹生，永石匡司，中村晃和：前置胎盤。産科と婦人科，2009，76：1074-1080
- 3) 竹田 省：管理と出血の対処法。日産婦誌，2008，60：211-218
- 4) 吉田信隆ほか：前置胎盤と癒着。日本生殖外科学会雑誌，2006，19：35-39
- 5) 吉田信隆ほか：前置胎盤における子宮温存のための子宮筋層縫合法。産婦人科手術，1997，8：27-32

【連絡先】

石田 理
 広島市立広島市民病院産婦人科
 〒730-8518 広島県広島市中区基町7-33
 電話：082 221 2291 FAX：082 223 1447
 E-mail：d51720d51612@yahoo.co.jp