

「切迫早産における胎胞膨隆例にたいする 子宮頸管縫縮術の効果について」

分担研究：「ハイリスク分娩の予防と妊婦健康診査のありかたに関する研究」

研究協力者 鳥居 裕一 (聖隷浜松病院産婦人科)

共同研究者 村越 毅、成瀬 寛夫、加嶋 克則、永田 寛、青木 茂、中山 理、西垣 新、望月 修、
大澤 みつぎ、西村 満、岡田 久 (聖隷浜松病院産婦人科)

要約：

早産予知管理のなかで絨毛羊膜炎と続発する前期破水例は予後を含め臨床上重要な位置をしめる。しかし一部には破水をおこさず内子宮口の開大や胎胞膨隆といった臨床経過をとるものがある。今回、1992年から1995年の四年間に聖隷浜松病院産婦人科において分娩を取り扱った中で、妊娠経過中に胎胞膨隆をおこし、少なくとも麻酔下に還納を試みた症例につき臨床的な検討を行った。四年間で品胎の2例を含む26例の症例があり、麻酔のみで手術を中止した1例を除き、25例に計27回(2例が2回づつ)頸管縫縮術が施行された。母体年齢は19歳から40歳まで各年齢層に分布し、初産婦と経産婦の比も12:13でほぼ同数であった。妊娠22週で施行されたものが6例と最多であり、ついで21週、24週の順であった。術中破水例が4例あり、また流産1例を含み4例の新生児死亡があり管理の困難さを感じさせたが、25例中13例で4週間以上の妊娠期間の延長が得られ児の予後の改善に役立ったと思われた。予後不良因子と思われた血中CRP高値との相関関係は明確でなく、子宮頸管の開大も5cm以下であれば手術遂行に影響は少ないと思われた。しかし、手術を中止し待機的に治療したなかにも長期妊娠延長例があり、縫縮術をすべきか否かの検討が今後必要であると思われた。また、胎胞が腔内にまで膨隆する前段階、すなわち内子宮口の開大を外來レベルで経膈超音波法にて的確に診断する事が今後必要である。

見出し語： 早産、胎胞膨隆、頸管縫縮術

はじめに

早産予知や早産のなかで前期破水の管理の困難さを報告してきた。なかには破水をおこさず子宮外に胎胞の膨隆する場合が時にみられる。これらに、積極的に子宮頸管を縫縮すべきか、待機的に管理すべきかはっきりした結論は現在のところ得られていない。胎胞膨隆例に対し従来積極的に縫縮術をできるだけ行う方針でやってきたが、最近では待機的治療を中心に管理を行っている。今回、従来行ってきた胎胞膨隆例に対する縫縮術の効果についての解析を行った。

研究方法：

1992年から1995年の四年間に聖隷浜松病院産婦人科において分娩した妊婦(1992年1519、1993年1694、1994年1625、1995年1592)6430人のうち、妊娠中期に胎胞膨隆をきたし麻酔下に還納を試みた26症例(総分娩数の0.4%)を対象として母体年齢、経産回数、妊娠週数、母体搬送の有無、出生児体重、分娩様式、妊娠期間の延長、児の予後につき検討した。

結果：

母体年齢分布

胎胞膨隆を来した妊婦の年齢は、19歳から40歳まで26例あり各年齢層に均等に分布し、好発年齢層は認められなかった。

既往妊娠・分娩回数

縫縮術を行った25例についてみると、既往分娩回数では、初産婦12例、経産婦13例(1回経産婦11例、2回以上の経産婦2例)とほぼ同数であった。妊

年度	症例	年齢	妊産	搬送	胎動週	日経縮	麻酔	分娩週日	方法	適応	児体重	性別	AP1	AP5	NICU	CRP	開大	延長日	備考						
92	1	28	0	0	有	23	2 dM	全麻	24	0	帝切	胎児仮死	536	M	0	2	死亡	0.2	10cm	5	滑脱				
	2	35	1	0	有	24	1 SM	全麻	27	0	自然		1056	M	7	8	入院	0.5	5cm	20	頸管裂傷				
	3	29	3	0		27	4 SM	全麻	30	6	帝切			1526	M	1	4	入院	0.3	2cm		縫縮すみ			
														1672	M	4	6	入院							
														1400	F	3	7	入院							
	4	27	1	1	有	21	0 SM	全麻	27	4	帝切		830	F	4	7	死亡	0.4	3cm	46	破水				
	5	40	3	3		28	2 SM	全麻	30	5	自然		1642	M	3	6	入院	0	4cm	18	破水				
	6	16	0	0	有	24	1 SM	全麻	32	0	帝切		1620	F	7	8	入院	0	4cm	55	破水				
	7	31	2	1		21	3 SM	全麻															0.3	3cm	
21																							5 SM	全麻	25
8	30	0	0		19	4 S	全麻																7cm		術中破水
																							21	4 SM	全麻
9	35	1	1		26	2 SM	全麻	27	0	帝切		999	M	6	8	入院	1.5	6cm	5	破水					
93	10	27	1	1	有	26	4 SM	全麻	27	2	帝切	臍帯下垂	954	F	1	9	入院	3cm	5	術中破水					
	11	31	0	0	有	26	3 dM	全麻	27	1	帝切		930	F	6	8	入院	0.7	10cm	5	術中破水				
	12	33	0	0		22	3 SM	全麻	26	5	帝切			908	M	1	5	入院	0.1	7cm		縫縮すみ			
														860	M	2	6	入院							
														870	M	1	5	入院							
	13	26	0	0	有	22	0 SM	全麻	27	3	帝切		1014	M	6	9	入院	1cm	38	陣痛					
	14	27	0	0	有	27	4 dM	全麻	30	2	自然		1786	M	4	8	入院	1.1	5cm	19	破水				
	15	37	1	1		24	5 SM	全麻	39	5	自然		3246	M	9	9		2cm	105	陣痛					
	16	28	1	1	有	31	4 dM	脊髄	37	2	自然		2746	M	9	9		7cm	40						
	17	25	1	1	有	25	5 dM	全麻	26	0	帝切		781	F	1	7	入院	0.8	10cm	2	破水				
	94	18	21	0	0	有	22	2 dM	全麻	24	0	自然		688	M	1		死亡	0.5	4cm	12	術中破水			
		19	23	0	0	有	24	0 SM	全麻	34	6	自然		2372	M	8	9	入院	0.1	3cm	76				
		20	28	1	1	有	27	4 dM	全麻	29	3	帝切	胎児仮死	1173	F	1	7	入院	1.2	3cm	41				
21		38	1	1		22	4 SM	全麻	28	6	帝切		1170	M	1	7	入院	0.2	2cm	44	陣痛				
22		27	0	0		21	0 dMS	全麻	30	1	帝切		1688	M	4	7	入院	0.2	3cm	64	破水				
95	23	29	2	1	有	22	4 MS	全麻	25	6	帝切	胎児仮死	529	F	1		奇形	3cm	23	(18-トリソミー)					
	24	33	2	1		22	0 dS	全麻	29	6	帝切	中毒症	963	F	1	4	入院	1.3	3cm	53					
	25	34	2	2		23	0 SM	全麻	29	1	帝切	臍帯下垂	1298	F	2	5	入院	0.3	3cm	43					
94 A	19	0	0	有	25	0	不能	全麻	25	0	帝切	骨盤位	793	M	2	4	入院	0.3	10cm	0					

S:Shirodkar ope M:McDonald ope d:double M:男児 F:女児

表:胎胎膨隆例の臨床経過(1992~1995)

娠回数についても特に頻回の流産既往を持つ者はいなかった。

胎胎膨隆の時期

胎胎膨隆がおきた時期は19週から31週まで分布し、その前後は待機的治療が行なわれたていた。妊娠22週での縫縮術施行例が6例(24%)と最多であり次いで21週、24週の4例が続いた。治療上特に問題となる妊娠26週以前の症例は17例(68%)であった。

母体搬送の有無

25例中14例(56%)が母体搬送されていた。しかし、院内管理例からも胎胎膨隆が発生し、品胎の2例は妊娠13週前後に予防的に頸管縫縮術をあらかじめ受けていたが、縫合糸が滑脱した。

麻酔方法

縫縮術時の麻酔方法は25例中24例(96%)が全身麻酔であった。これは子宮筋の弛緩作用のある麻酔剤を併用し、子宮筋の緊張を緩和し胎胎へかかる圧力を減少させる事を期待する目的もあった。

分娩時期

妊娠37週以降の満期分娩となったものは、25例中2例(8%)にすぎず、保存的管理を選択するものなかには満期まで継続できたものもある。12例(48%)が28週未満に分娩になった。

分娩方法

25例中18例(72%)が帝王切開での分娩となった。胎児仮死や早産骨盤位などの児側の適応と、妊娠中毒症や炎症の増悪によるものが多かった。経膈自然分娩は7例(28%)でそのうち経産婦が4例であった。

新生児体重

出生児29名(品胎2組)中1000g以下の児は13例(44.8%)を占め、1500g以下の児は19例(65.5%)であった。

新生児予後

奇形(18-トリソミー)の1例と19週での流産例(双胎妊娠の第一児)1例以外に、2例の新生児死亡があった。

妊娠期間の延長

再縫合した2例を含み0日から最長105日の妊娠期間の延長が得られた。1週間以内に分娩となったものは5例(20%)であり、29日以上延長は13例(52%)で得られた。破水をおこしたために妊娠中断にいたったものが多くみられた。

術前CRP値

術前のCRP値は0から1.5まであり、低値のものでも術中や術後早期に破水をおこしているものがみられた。

術前子宮口開大度

頸管縫縮術施行時の子宮口の開大は、1cmからほぼ全開大(8から10cm程度)までいろいろなタイプが見られた。5cmをこえて開大した9例のうち、早期に破水したり縫合糸が滑脱したものが5例あるが、残りの4例は1週間以上の妊娠期間の延長が得られた。

考察：

妊娠中期の切迫早産管理において前期破水は妊娠期間の延長が期待しにくくかつ炎症のコントロールが難しい。このため、出生児を救命できても、慢性呼吸器疾患などのトラブルをかかえる児も少なくない。しかし一方では、破水をおこさず胎胞膨隆というかたちでの切迫早産例がある。このような症例に術中破水を覚悟の上の積極的な頸管縫縮術がよいか、安静・腔洗浄・抗生物質や子宮収縮抑制剤の投与などの待機的な治療法がよいか、評価は定まっていないといつて良い。今回は1992年よりの4年間についての検討であるが、頸管縫縮術を積極的に行った時期についての検討を試みた。1996年途中以後はむしろ待機的治療を選択し子宮収縮抑制剤の投与、抗生物質の投与、腔洗浄、腔錠の投与などを行っている。

昨年報告したように、早産は若年者で初産婦に多いが、今回の症例では年齢や経妊・経産回数に関係は認められず背景因子を抽出することはできなかった。このことは、外来での妊娠中期のルーチンな経膈超音波法による内子宮口の観察により、胎胞膨隆の前段階と考えられる内子宮口の開大や子宮頸管の短縮を早期発見する必要性を示唆するものと思われる。最近、本研究班で妊娠中期の経膈超音波法を外来患者に施行しているが、なかに臨床症状が軽微または無いにもかかわらず、内子宮口が開大し放置すれば破水か胎胞膨隆をおこすと思われる症例が見つかってきている。このようなレベルでの治療が奏功するであろうことは言うまでもないであろう。

また、我々は妊娠28週以降は無理な在胎期間の延長を図ることをしていない。このため、頸管縫縮術を行った症例は妊娠22週を中心とした時期に幅広く分布した。22週から26週の時期は児の生存の境界期間であり、積極的に頸管縫縮術を施行したほうがよいか否かは意見の別れるところであろう。

術中破水の症例が4例あり、当然の事ながら妊娠期間の延長は短く児の予後もあまり良くなかった。しかし全体的には妊娠期間の予想外の延長がみられる症例も多く、約半数は4週間以上の延長が可能であった。このことは縫縮術の有効性を示すものであり、子宮口が5cm以上開大したり、CRP値が高値のものは数日間の保存的治療を行って子宮収縮と炎症の沈静化を図ってから頸管縫縮術を行うのがよいと考えられ現在この方針での管理効果を検討中である。

今回の25例中2例が品胎妊娠であり、妊娠初期に予防的に頸管縫縮術を施行したにもかかわらず、胎胞膨隆をきたした。これは品胎妊娠では頸管縫合法をあらかじめ二重にするなどの工夫が必要であることを示唆するものと思われる。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:

早産予知管理のなかで絨毛羊膜炎と続発する前期破水例は予後を含め臨床上重要な位置をしめる。しかし一部には破水をおこさず内子宮口の開大や胎胞膨隆といった臨床経過をとるものがある。今回、1992年から1995年の四年間に聖隷浜松病院産婦人科において分娩を取り扱った中で、妊娠経過中に胎胞膨隆をおこし、少なくとも麻酔下に還納を試みた症例につき臨床的な検討を行った。四年間で品胎の2例を含む26例の症例があり、麻酔のみで手術を中止した1例を除き、25例に計27回(2例が2回づつ)頸管縫縮術が施行された。母体年齢は19歳から40歳まで各年齢層に分布し、初産婦と経産婦の比も12:13でほぼ同数であった。妊娠22週で施行されたものが6例と最多であり、ついで21週、24週の順であった。術中破水例が4例あり、また流産1例を含み4例の新生児死亡があり管理の困難さを感じさせたが、25例中13例で4週間以上の妊娠期間の延長が得られ児の予後の改善に役立ったと思われた。予後不良因子と思われた血中CRP高値との相関関係は明確でなく、子宮頸管の開大も5cm以下であれば手術遂行に影響は少ないと思われた。しかし、手術を中止し待機的に治療したなかにも長期妊娠延長例があり、縫縮術をすべきか否かの検討が今後必要であると思われた。また、胎胞が腔内にまで膨隆する前段階、すなわち内子宮口の開大を外来レベルで経膈超音波法にて的確に診断する事が今後必要である。