

症 例

前回帝切妊婦の取り扱いについて

市川清美¹⁾ 田中康一¹⁾

はじめに

子宮破裂は分娩時、まれに妊娠時に起こる子宮壁の裂傷であり、その発生頻度は1000~2000分娩に対して1例¹⁾と低いが重篤な産科救急疾患の一つである。一方、近年、麻酔法の進歩、有効な抗生剤の開発により安全に帝王切開ができるようになった。このため比較的容易に行われるようになり、前回帝切妊婦の経膈分娩に立ち会う機会も多くなってきた。しかしながら、子宮破裂に占める帝切瘢痕破裂の頻度は50~70%と高率であるという報告²⁾もあり、前回帝切後分娩を取り扱ううえで常に子宮破裂を念頭に置かなければならないことは言うまでもない。今回前回帝切の試験分娩が遷延分娩となり瘢痕子宮破裂に至ってしまったが、幸い母児ともに予後は良好であった症例を経験し、当科での前回帝切症例の統計を加えて報告する。

症 例

患 者：33才主婦

家族歴：特記すべきことなし

月経歴：不整（3~4カ月に1回）、持続7日間

妊娠分娩歴：3妊1産

昭和59年7月 軟産道強靱、胎児仮死のため帝王切開（他施設）

前期破水で入院し子宮口約5cm開大の時点で施行されている

昭和61年9月 自然流産

同年12月 診断スコアから臨床的絨毛癌のためMAC療法6コース

今回の妊娠経過：昭和63年8月23日~5日間を最終月経に妊娠成立し、10週初期エコーで分娩予定日を平成元年6月26日に修正。28、36週に貧血を認め鉄剤を内服した。36週の内診でビショップスコア0点であり、子宮頸管熟化不全のため37週からマイリスを投与。

6月9日（39週0日）尿中E₃値、血中hPL値より胎児胎盤機能不全を疑い管理入院を勧めたが同意を得られず、頻回の外来管理となった。6月24日（41週1日）不規則な陣痛が発来し入院となった。

入院経過（図1）：入院時の内診所見ではBishop score 2点で、CTG上4~10分毎の軽度子宮収縮を認めreactive patternを示していた（図2）。前回帝王切開の分娩既往もあり分娩促進は行わずに経膈分娩を試みる方針とした。その後陣痛は不規則なまま内診所見もほぼ変化しなかった。また、骨盤計測にてCPDを認めないことを確認した。翌25日4:00に高位破水し、子宮口の開大を認め始めた。その後徐々に子宮口は開大していたが、14:00頃約7cm開大した時点で軽度下腹部痛を感じるようになった。19:00の診察で軽度持続性疼痛を認めたが内診上では子宮口7cm、Sp-2、回旋異常はなく、また分娩促進は行っておらずCTG上も過強陣痛はなくreactive patternであり、vital signにも異常を認めないため経過観察とした。深夜帯のCTGはreactive patternであったが、6月26日早朝のCTGではFHR60~80台のDip II出現し（図3）、妊娠41週遷延分娩・胎児仮死の診断で緊急帝王切開を施行した。開腹時、腹腔内には混濁羊水が存在し小量の凝血塊が浮遊しており、子宮の下部1/3を覆う膀胱の癒着を剝離すると前回帝切瘢痕部左端に約2cmの完全子宮破裂を認めた。

3400g男児をアプガールスコア3点（5分後9点）で娩出した後、横切開中央から左前方に向かう縦裂傷を修復し子宮を温存して手術を終了した。胎盤には肉眼的にも病理学的にも特記すべき所見を認めなかった。

術後経過は順調で母児共に14日目に退院となった。

考 察

Craginの反復帝切論に対し、Cosgroveの”Once a cesarean, not always a cesarean”が発表され、瘢痕破裂を回避できるのであれば反復帝切よりも経膈分娩が望ましいという立場から多くの施設で試験分娩が

1) 刈羽郡総合病院 産婦人科

図1 入院経過

FHR	子宮収縮	8~10分毎	7~8分毎	3~5分毎	4~5分毎	4~6分毎	4~6分毎	不規則	不規則	3~4
モニター		reactive	reactive	reactive	reactive	reactive	reactive	reactive	reactive	Dip II

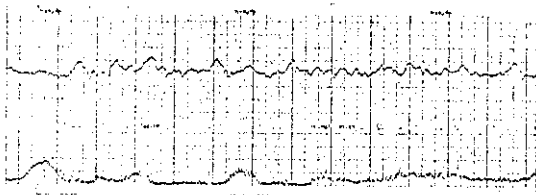
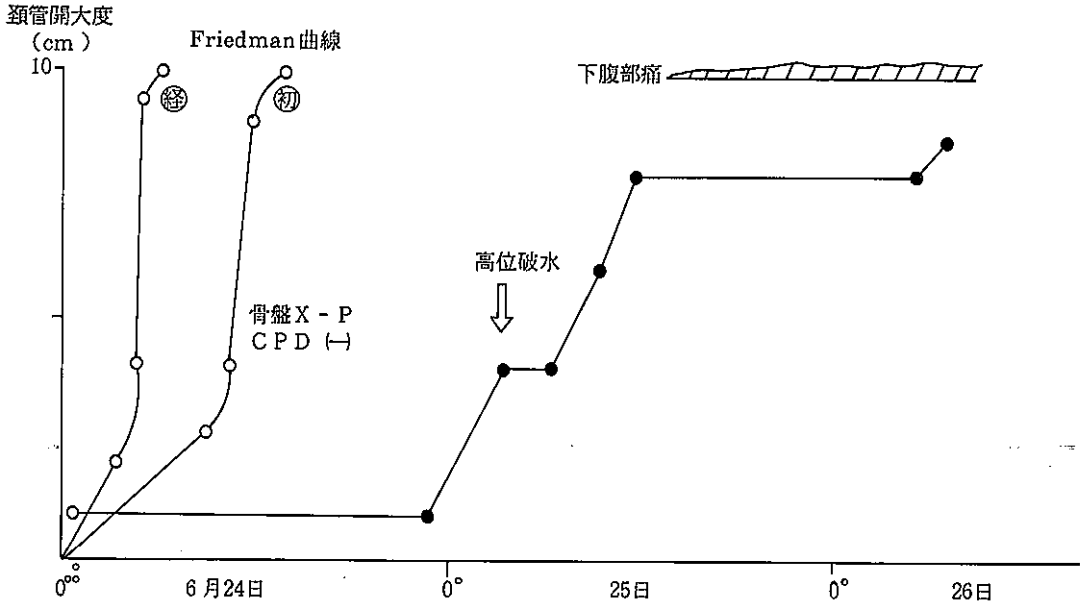


図2

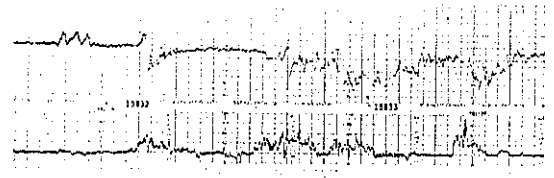


図3

行われている。当科では(表1)昭和61年から平成元年までに総分娩数2102例に対し既往帝切症例は70例(3.33%)あり、そのうち28例に試験分娩を行い26例が経産分娩に成功している。しかし、経産分娩成功の可否についてあらかじめ予測ができないため、その適応・禁忌を決定することは困難であり、原則としてCPDがないこと、前回の術式が子宮頸部横切開であること、その術後経過に発熱・長期間の悪露の持続がな

かったものなどに限られている。

癒痕部破裂の予測はできないまでも、試験分娩の前に癒痕部の治癒状態を知る目的で子宮卵管造影や超音波断層法が試みられている。子宮卵管造影は帝王切開後3~6カ月後に施行し、側面像で5mm以下の小突起・膨隆状の突出を示すものは正常の癒痕形成をしており、経産分娩可能であるとされている。³⁾しかし、他施設での帝切症例や里帰り分娩などでは情報を得ることがむ

表1 当科における前回帝切症例(昭和61年～平成1年)

	総 分 娩 数	前回帝切症例		試 験 分 娩 数	経 膣 分 娩 成 功 数
		数	頻度		
S 61	492	13	2.64%	9	9
S 62	592	23	3.88%	8	8
S 63	529	21	3.96%	6	5
H 1	489	13	2.66%	5	4

ずかしいという問題点を有している。荒木ら⁴⁾は超音波断層法を用いて帝切瘢痕の局在部位である子宮頸部前壁の厚さの指標として膀胱壁-胎児表面間隔(B-F間隔)を観察し、前回帝切瘢痕の性状の評価を試みている。前回手術創の両縁の中等度の非薄の検出や、B-F間隔4mm以上の場合でも非薄の否定診断には問題を有しているが、不完全離解の肯定診断には有用であったと報告している。また、長谷川ら⁵⁾は妊娠末期の頸管成熟度が試験分娩の成否をある程度反映しうることから、頸管熟化不良例は反復帝切の対象にするのが望ましいと報告している。これらの情報を総合的に判断すれば症例を選択する目安になるものと思われる。

では試験分娩を開始してから子宮破裂を回避するためには、どの時点で帝王切開に変えるべきか。臨床症状つまり切迫子宮破裂症状に注意しなければならないことは言うまでもない。しかし瘢痕部破裂の場合には典型的症状を示さない場合も多く、また患者の訴えも曖昧であることが多々あり、軽度の下腹部痛でも過小評価することなくsevereに受け止めて帝王切開に切り替える柔軟な姿勢が必要と思われた。また、神保ら⁶⁾はsilent ruptureや切迫子宮破裂の際には必ずと言っていいほどCTG上にfetal distressの徴候が現れると報告しており、頻回のCTG検査は有用な参考所見になると思われる。

古谷ら⁷⁾は子宮口が3横指以上開大してから前回帝切を受けたものは次回経膣分娩で経産婦の経過をとると報告している。今回の症例のように前回帝切時子宮口が5cm開大していたような場合、当科では15例中11例が10時間以内に分娩を終了している。分娩所用時間については11～17時間の報告が多い。また、米本ら⁸⁾は分娩経過に関して、有効陣痛が持続してから1～2時間の経過で内診所見の変わらない場合は子宮破裂のriskが高まるとしている。これらの報告から、前回帝切時の分娩進行状況をふまえて順調にバルトグラムがFriedman曲線をたどらないような場合その時点で帝王切開を考えるべきではないかと思われる。

遷延分娩の原因がCPDを除いた産道抵抗や微弱陣痛である場合に、積極的に試験分娩を行っている施設では、未熟な頸管にラミナリアを用いて熟化をはかりプロスタグランジンやオキシトシン・硬膜外麻酔による分娩促進を試みている。⁹⁾¹⁰⁾ 無論峻重な監視下のもとにはあるが、分娩促進に関しては賛否両論あるのが現状で、症例選択と行うタイミングを十二分に検討する必要はあるだろう。

む す び

前回帝切後、経膣分娩が遷延し瘢痕部破裂に至った症例を経験した。分娩遷延の原因は軟産道強靱・微弱陣痛にあると思われたが、当科では分娩促進は試みず自然経過にまかせ、典型的症状を見ないまま子宮破裂に至った。試験分娩中、どの時点で帝王切開に切り替えるか、分娩促進を試みるべきか否かで迷った症例であった。しかし、今回の症例を通して軟産道因子や陣痛因子が分娩遷延の原因となっている場合、バルトグラムがFiedman曲線をたどらなくなった時点で帝切を行ったほうがよいのではないかという印象を持った。当科では常勤医が2名、準夜・深夜帯の看護婦が2名であり、今後、安全に前回帝切後の試験分娩を行ううえでスタッフの充実した日勤帯に終了できるよう計画的に分娩を進める工夫も必要と思われた。

参 考 文 献

- 1) Schrimsky D.C. et al: Rupture of the pregnant uterus, Obst. Gynec. Surv, 33:217, 1978.
- 2) 高見沢裕吉 他: 子宮破裂, 産婦実録, 31:1731, 1982.
- 3) 橋高祥次 他: 前回帝切産婦の子宮破裂の2例と帝切後の子宮造影検査, 産と婦, 52:1645, 1985.
- 4) 荒木常男 他: 妊娠末期における前回帝切瘢痕の性状に関する超音波断層法の価値について, 日産婦誌, 34:738, 1982.
- 5) 長谷川功 他: 当科における前回帝切妊婦の取り扱い, 日産婦新潟地方部会誌, 36:23, 1985.
- 6) 神保利春 他: 帝切の適応と帝切率をめぐって, 日産婦誌, 38:1664, 1986.
- 7) 古谷博 他: 帝王切開後の産科的諸問題, 産婦世界, 20:780, 1968.
- 8) 丸山英一: 既往帝切, 周産期医学, 12:1205, 1982.
- 9) 井戸芳樹 他: 既往帝切妊婦の分娩取り扱いについて, 日産婦関東連会報, 41:75, 1985.
- 10) 秦俊昭 他: 既往帝切例の経膣分娩について, 日産婦関東連会報, 46:115, 1987.