

〔症例〕

産褥性急性子宮内反症の3例

——用手整復時全身麻酔の重要性について——

布山隆史* 稲葉憲之* 岩崎秀昭*
長田久夫* 岡嶋祐子* 高見澤裕吉*

(平成4年8月7日受付, 平成4年12月7日受理)

要 旨

産褥性の急性子宮内反症は稀な疾患であるが, われわれは短期間に3例の産褥性急性子宮内反症を経験した。2例は非観血的用手整復に成功し, 1例は開腹, Huntington 手術に至った。

これらの症例を検討し, 用手整復時における全身麻酔の重要性を確認したので, 整復手技を含めて報告する。

Key words: 子宮内反症, 用手整復, 全身麻酔, Huntington 手術

I. 緒 言

産褥性の急性子宮内反症は稀な疾患であるが, 発症と同時に激しい痛みと多量の外出血を伴い, 初期の対応を誤ると容易にショック状態となる¹⁻²⁾。しかし, 早期診断を行い, 全身状態悪化の前に適切な用手整復を施行できれば, 非観血的整復の成功率も高い³⁾。

今回われわれは, 非観血的用手整復に成功した2症例と, 開腹 Huntington 術式を行った1症例の子宮内反症を短期間に経験した。これらの症例を詳しく分析し, 用手整復の成功要因について考察した。

II. 症 例

症例1: 22歳, 初産

1990年4月17日午後11時, 他院にて3,100gの男児を分娩。児娩出24分後に胎盤娩出したが, 直後より多量の出血と強い痛みを訴えた。子宮内反症と診断し用手整復を試みたが成功せず, 血圧低下しショック状態となり, 当科緊急入院となった。

輸液, 輸血を行い血圧90前後に維持したが, 出血と疼痛も持続し, 用手整復困難なため, 全身麻酔下で開腹, Huntington 手術を行った。図1は, 開腹時の子宮で,

子宮底に陥凹した内反漏斗を認め, そこに両側の円靱帯と卵巣, 卵管が入り込んでいる。両側円靱帯を2本のAllis 鉗子で把持, 牽引し, 徐々に子宮を引き上げると同時に, 経腔的にも内反を上方に圧排した(図2)。図3は整復後の子宮である。

手術時間は45分で, 術後再発はなく, 11日目に退院した。総輸血量は5,200mlであった。

症例2: 30歳, 初産

妊娠41週, 微弱陣痛にて, 人工破膜後プロスタルモンFで陣痛誘発を行っていた。1992年1月7日午前0時25分, 吸引, Kristeller 圧出法により, 3,298gの男児を解出。胎盤剝離徴候みられず, 児娩出15分後に用手剝離を行ったが, 一部に胎盤剝離不全を認め, 用手剝離時に子宮内反症をおこした。

用手整復を試みるが, 疼痛強く行えず, 出血も2,000mlに達したため, 全身麻酔下に用手整復術を施行した。手術所要時間は25分であった。総出血量は3,000mlで, 輸血を800ml行った。

再発はみられず, 8日目に退院となった。

症例3: 25歳, 初産, 既往にSLE

1992年1月13日午前0時33分に2,790gの男児を自然分娩。児娩出13分後に Crede 圧出法を行い胎盤娩出と

* 千葉大学医学部産科婦人科学講座

Takafumi NUNOYAMA, Noriyuki INABA, Hideaki IWASAKI, Hisao OSADA, Yuko OKAJIMA and Hiroyoshi TAKAMIZAWA: A Clinical Report on 3 Cases of Acute Puerperal Uterine Inversion-Clinical Significance of General Anesthesia at Manual Replacement.

Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Chiba University, Chiba 260.

Received August 7, 1992, Accepted December 7, 1992.

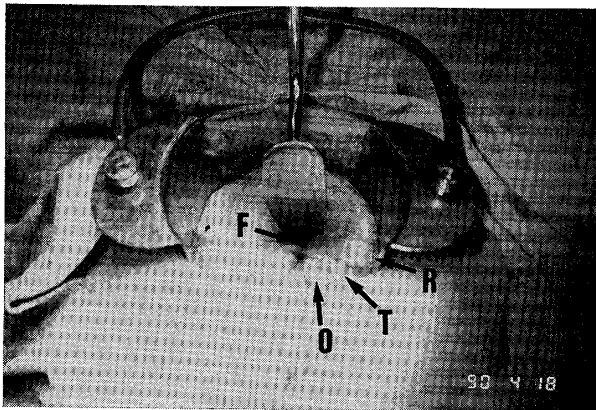


図 1. 子宮底 (F) は陥凹し内反漏斗を形成している。そこに、両側の円靱帯 (R), 卵管 (T), 卵巣 (O) が入り込んでいる。

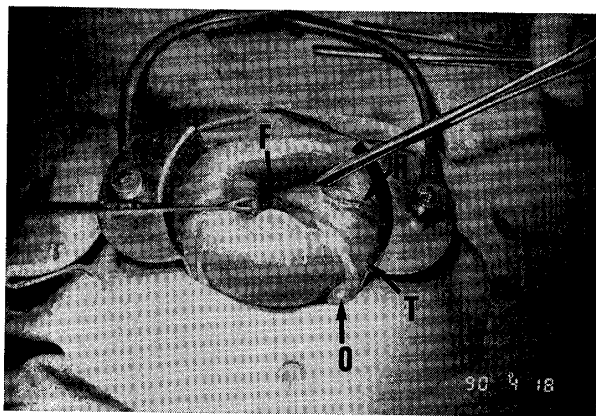


図 2. 円靱帯 (R) に Allis 鉗子をかけ牽引し、卵管 (T), 卵巣 (O) が引き出されている。

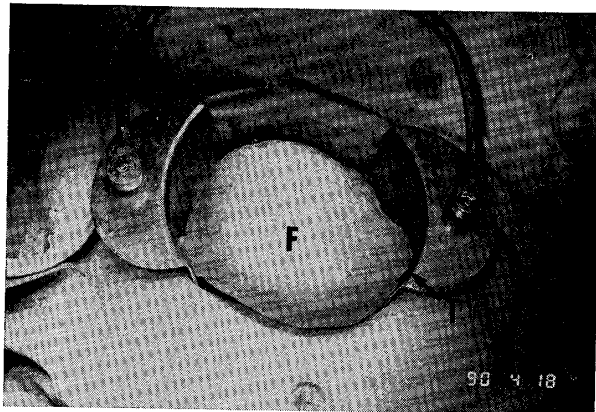


図 3. 整復後の子宮底 (F) で、卵管 (T) の一部が見える。

なるが、その際、子宮内反症を発症。直ちに、チオペンタール静脈麻酔下で用手整復を行い、整復成功する。

疼痛は少なく、出血も 100ml で輸血は行わず、5 日目に退院となった。

III. 考 察

子宮内反症の発生頻度は低く、報告者によって異なる

が、2,000~60,000分娩に1例と言われる²⁾。従って実際に当合併症に遭遇した事の無い産婦人科医が大部分で、その知識も出血による hypovolemic shock 対策程度に限られているのが現状である。しかし今回われわれは短期間に産褥性急性子宮内反症を3例経験し、その非観血的整復には早期診断は言うまでもなく、子宮内反により生じた「疼痛」対策が肝要であると思われた。勿論子宮内反症即出血性ショックと言われるごとく、血管確保、輸血準備等を平行して行うことは大切であるが、本報告では主として子宮内反時「疼痛」対策、および観血的・非観血的整復術の手技について考察を加えたい。

子宮内反時の疼痛は子宮反転による腹膜や子宮傍結合組織内の神経が圧迫される neurogenic なものが大部分であり、時に陥凹部分に小腸や膀胱が巻き込まれて激しい痛みを引き起こし primary shock を惹起することもあり⁴⁾。さて、用手整復時の疼痛対策であるが、まず始めに試みるべきはチオペンタール等の静脈麻酔であろう³⁻⁵⁾。発症直後であれば麻酔なしでも用手整復可能であるとの見解もあるが⁶⁾、全身麻酔が極めて安全に施行可能となった現在では患者に無用な不安と痛みを与えるよりはむしろ始めより静脈麻酔を試みるべきであろう。本症例でも症例3は初めより麻酔を施行し、比較的容易に用手整復に成功しているが、症例1, 2では無麻酔下に整復に失敗した。症例2は静脈麻酔下に改めて用手整復に成功したものの、症例1は結局開腹し、Huntington 手術を行った。他院にて発症した症例1のごとく、子宮内反後数時間を経た症例は非観血的整復が収縮輪の形成の為に困難となり、Huntington 手術や時には子宮摘出が必要となるため⁸⁾、始めより気管内挿管麻酔が第一選択であろう。

患者が疼痛によりパニックに陥る前に静脈麻酔等の処置が整えられても非観血的用手整復の手技は頭で考える程容易ではない。以下症例に即してその手技に若干触れたい。まず内外双合圧迫を試みるのが常道である。これは腔内に手掌を挿入して内反環を拡大させながら内反漏斗底を挙上し、他方の手で腹壁上より内反漏斗方向へ圧迫させるものである。症例3ではこの操作により整復された。症例2では腔内挿入手で子宮体を挙上する、所謂 Johnson 氏法により円靱帯を牽引して整復に成功した。

用手整復に成功しない場合は、開腹して、Huntington 手術を行う。内反漏斗の左右に鉗子をかけて支持させたのち、さらに2本の鉗子を交互にかけて内反子宮を徐々にひきあげる。使用する鉗子は、Martin 単鉤鉗子よりは、把持力の強い Museux 双鉤鉗子、あるいは Allis 鉗子が適していると思われる。症例1では、さらに経陰

的に内反漏斗底を挙上させて、整復に成功した。

整復後は、子宮収縮剤を十分に投与し、腔内にガーゼタンポンを入れておく。また、感染予防に抗生剤を投与する。用手整復後1週間目の再発の報告もあるので⁷⁾入院期間にも十分考慮されたい。

IV. 結 語

今回3例の産褥性急性子宮内反症を経験し、以下の教訓を得た。

- 1) 極めて稀な合併症とは言え、常にその可能性を念頭におく。それなくしては早期診断は望み得べくもない。
- 2) 診断がついたら疼痛および出血対策を可及的速やかに行う。
- 3) 非観血的用手整復は必ず全身麻酔下に試みる。処置は早ければ早い程整復しやすい。他方、内反した子宮は元に戻り難い事も事実であるので分娩3期出血量が概ね1,000ml を越えた場合には開腹術を躊躇すべきではない。
- 4) あらゆる手術には解剖学的知識が不可欠である。特に子宮内反時は通常の骨盤内所見とは似ても似つかない「奇妙な光景」を呈する。まず第一に卵管、卵巢、子宮円靱帯を識別することである。
- 5) Huntington 手術の際、子宮側壁の器具による挙上は極めてゆっくり、慎重に行うべきである。さらに、第4助手に腔・子宮内に手指を挿入し、内反子宮底部を押し上げてもらうのも有用である。

SUMMARY

Although acute puerperal uterine inversion is a rare complication in the third stage of labor, we have encountered 3 cases of the complication in a short time. Of these 3 puerperas, two could have the uterus replaced manually, but the other required laparotomy and Huntington procedure.

This report analyzes therapeutic approaches done in these 3 cases and focuses on clinical significance of general anesthesia at manual procedure.

文 献

- 1) 片桐信之, 高橋恒男: 産科ショックの管理. 臨床看護 11: 1731-1740, 1985.
- 2) 館野政也: 子宮内反の救急処置. 周産期医学 19: 45-49, 1989.
- 3) 道本知子, 岸 淳二, 星野達二, 島田逸人, 姫野清子, 棚田省三, 小野吉行, 池内正憲, 諏訪美鳥, 高島英世: 急性産褥性子宮内反症の6例. 産婦人科の実際 38: 933-938, 1989.
- 4) Sato Y.: Acute puerperal inversion of the uterus. J. Kyoto Pref. Univ. Med 95: 1031-1038, 1986.
- 5) 淵 勲, 小野孝四郎, 吉岡忠亮, 奥村嘉英, 野田起一郎: 子宮内反症整復術における麻酔. 分娩と麻酔 68: 6-9, 1991.
- 6) McHenry AG: Management of acute inversion of the uterus. Obstet Gynecol 16: 671-677, 1960.
- 7) 永田一郎, 須永 光, 古谷健一, 加藤宏一: 再発性産褥期子宮内反症と Huntington 手術. 産婦人科治療 51: 798-801, 1985.