—臨床医のために—

産婦人科領域の急性腹症

佐々木 茂*

日本医科大学産婦人科学教室

Acute abdomen in obstetrical and gynecological practice

Shigeru Sasaki*

Department of Obstetrics and Gynecology, Nippon Medical School

はじめに

急激な腹痛を訴えて来院した患者が診断もつかないうちに容体が急変し、そのために緊急開腹手術を行わざるを得ないような一連の疾患群を総称して急性腹症 acute abdomen と呼んでいる。主として外科、産婦人科の領域に見られる疾患で、中には開腹を必要としない症例もあるので原因疾患を見極めることが重要となってくる。かつては開腹すべきかどうかの決断を短時間のうちに下すには困難であった症例も、最近の診断機器の進歩によって比較的容易に的確な診断が得られるようになってきた。とくに産婦人科領域では経腔プローブの開発により超音波画像診断が飛躍的に進歩している。本稿では産婦人科急性腹症について概説し、その診断のすすめ方について述べる。個々の疾患についての詳細は成書にゆずるが、日常比較的多く遭遇する子宮外妊娠については最近の知見について少し触れてみたい。

1. 原因疾患による分類

産婦人科領域で急性腹症の原因となる疾患について表1に分類してみた。われわれの領域では思春期後半から更年期周辺までの広範な年齢分布にわたって常に妊娠の可能性がある。急性腹症で来院した患者についても例外でなく、まず妊娠の可能性を疑い、妊娠に関連した疾患でないかを鑑別

することが重要なポイントとなる。俗にむかしから「女性を診たら妊娠を疑え」と教えられた教訓は今日も生きている。もちろん妊娠に直接関連しないものとして掲げられた中にも、妊娠に合併し

表1 産婦人科急性腹症の分類

-
1. 産科急性腹症 (妊娠に関連するもの)
 - 1) 妊娠前半期
 - 子宮外妊娠
 - 流産
 - 子宮内容清掃術後の穿孔
 - 2) 妊娠後半期
 - 早産
 - 常位胎盤早期剝離
 - 子宮破裂
 2. 婦人科急性腹症
 - 1) 月経、性周期に関連するもの
 - 月経困難症
 - 子宮内膜症
 - 卵巣出血
 - 卵巣過剰刺激症候群 (OHSS)
 - 2) 炎症に関連するもの
 - PID (急性付属器炎、骨盤腹膜炎)
 - 3) 腫瘍、類腫瘍に関連するもの
 - 卵巣腫瘍捻転
 - 子宮筋腫 (筋腫分婉など)
 - 子宮腺筋症
 - 子宮内膜症
 - 婦人科悪性腫瘍
 3. 他科との関連疾患
 - 心因性下腹痛
 - 自律神経性下腹痛
 - イレウス
 - 虫垂炎
 - 腎盂腎炎
 - 尿路結石など
-

た卵巣嚢腫の茎捻転や虫垂炎といった症例があるので注意を要する。腹痛とともに呼吸困難を訴えていきなり救急車で運ばれてきた初診の患者で著明な胸水と腹水の貯留を認め、かつ妊娠を合併していた卵巣過剰刺激症候群*の1例を著者は最近経験している。

妊娠前半期の急性腹症ではなんといっても子宮外妊娠が頻度も多く日常的に認められる疾患である。子宮外妊娠については後述するが、卵管破裂をきたした症例では、激烈な腹膜刺激症状や腹腔内出血によるショック症状などから、その診断は比較的容易である。一般的に子宮外妊娠の診断は後から診察する医師ほど診断を得やすいので、他医から転送されてきた患者の場合には「これがわからなかったのかな」といった不用意な発言は禁句である。

時に飛び込みで常位胎盤早期剥離の患者を診ることもあるが、妊娠後半期の場合には一般的に言って、いずれもその妊娠の経過を診察してきた医師のもとを訪れることが圧倒的であるので、その診断はすみやかになされることが多い。妊娠後半期の急性腹症ではむしろ、その後の対応と処置に問題がある。

妊娠に関連しない婦人科疾患の中にもまたすぐに開腹を必要としないものがあるので鑑別には慎重でありたい。とくに午前中の外来で朝の出勤時間帯に額にあぶら汗をにじませて激烈な腹痛を訴えて救急車で運ばれてくる若い女性の中には、鎮痛剤の注射1本ですみやかに症状が改善されてしまうような月経困難症の患者をみることがある。

急性腹症も疾患の分類に用いられている手法に従って、①妊娠に関連する疾患、②月経および性周期に関連するもの、③炎症によるもの、④腫瘍、類腫瘍に属するもの、⑤他科との関連疾患と分けると診断をすすめていくうえで整理されてくる。

* 卵巣過剰刺激症候群 (ovarian hyperstimulation syndrome, OHSS): 主として不妊症の患者に対してゴナドトロピン療法によって排卵誘発を行った際に生ずる一連の症状に対して命名されている症候群で、卵巣腫大、腹水や胸水の貯留、腹痛等を主症状とする。過剰刺激症状の最も初期に現れる所見は尿中、あるいは血中のエストロゲン増量反応である。

2. 全身状態の把握

急性腹症の患者が来院したら、まず意識状態、呼吸、脈拍、血圧などの vital sign をすばやくチェックする。そして血管の確保を行いバルーンカテーテルを留置する。大量出血の症例には直ちに輸血の準備を行ってショックにそなえる。すでにショックをきたしている症例には気管内挿管による呼吸管理、輸液を行い電解質やアシドーシスの補正に努め、副腎皮質ホルモンや昇圧剤の投与、保存血、濃厚赤血球や新鮮凍結血漿などを用いて可及的すみやかにショックに対する処置を行う。産科領域の疾患ではDICを併発しやすいことを常に念頭において、初期の時点で凝固系の検索のための採血を行って対処しておくことを忘れてはならない。全身状態が把握でき救急処置が落ち着いた時点で、表2に示すように問診からはじめて現病歴を捉えて診断をすすめていくこととなる。

3. 診断のすすめ方

問診では既往歴、手術歴、アレルギーの有無など一般的なものから月経歴、妊娠歴、分娩歴などについて順次尋ねていく。とくに最終月経や最近の人工妊娠中絶術の有無などは重要な問診事項である。若年者の場合は家人が側にいると真実を語らないことがある。腹痛に関してはその部位、程度、性質などに注意する。とくに日頃の性交疼痛や月経時疼痛の有無などは鑑別診断に有用である。補液や輸血などの影響をなるべく受けないうちに、採血を行って検査所見を得ておくことが必要であることは前に述べた。妊娠の有無について

表2 産婦人科急性腹症診断の進め方

1. 問診 (月経歴、妊娠歴、最近の人工妊娠中絶術の有無、排卵誘発剤使用の有無など) …若年者の場合家人がいると真実を語らないことがある。
2. 採血 (血液一般、血沈、CRP など)
3. 腹部の診察、その理学的所見
4. 内診 (双合診、直腸診)、カテーテル尿採取 (妊娠反応、尿一般、沈渣、ケトン体など)
5. 超音波診断 (経膈、経腹の超音波診断)
6. ダグラス窩穿刺
7. 腹腔鏡
8. 腹部レントゲン撮影
9. CT, MRI など

は実際には、来院時すばやく留置したカテーテル尿について、すでに妊娠反応を行っているのが一般的である。腹部の理学的所見についても表2に示した手順に従って行うのではなく、実際は来院時の全身状態の把握のときに、性器出血の有無を見るとともにいちはやく所見を得ていることが多い。従って内診にいたるまでにすでに妊娠に関連したものかそうでないのか、緊急開腹が必要か否かについての大まかな診断はつけることができているといっても過言ではない。内診時には腔鏡診からはじめて双合診、直腸診によって注意深く所見を得る。よく見逃がされる余り大きくない卵巣嚢腫も直腸診によってよく触れることがある。最近超音波診断にたよって内診をおろそかにする傾向があるが内診は産婦人科医の基本であることを忘れてはならない。とくに腔と直腸に示指と中指を同時に挿入して行う直腸診は非常に有用な診察手段であることを強調しておきたい。この時点で必要に応じて子宮内膜の試験診査切除術を行って標本を得ることもあるし、ダグラス窩穿刺を行うことも多い。ただしダグラス窩穿刺については必ずしも吸引できないこともあり、超音波検査後に改めて行うこともある。

双合診に続いて超音波検査を行う。経腹的超音波検査は妊娠後半期や大きな腫瘍の症例にはとく

に有用である。骨盤内の余り大きくない腫瘍や卵胞、胎囊、ダグラス窩の状態などは子宮との関係において経腔プローブを用いることによって極めて鮮明な画像としてその所見を捉えることが可能である。図1は子宮頸部にあるナボット卵とともに子宮後方に直径10.7mmのecho free spaceを認める。本症例は未破裂の左卵管膨大部妊娠であることを、その後に施行した腹腔鏡によって確認した。患者の全身状態が落ち着いていて診断が確実でない場合や、腹部の充実性腫瘍で悪性かどうかの判定が術式に影響を与える場合など、時間的に余裕のある場合には腹腔鏡を施行したり、CTやMRIといった精密な画像診断機器による検査も積極的に行って確実な診断を得る努力をしていく。しかし、そこまで余裕をもって診断のための検査が行える場合には、すでに急性腹症の概念からはずれた疾患といえよう。

4. 子宮外妊娠における最近の見解

急性腹症をきたす産婦人科領域の代表的な疾患といえばやはり子宮外妊娠であろう。子宮外妊娠の頻度については、わが国では一般に全妊娠の0.5~1.0%といわれている。図2は米国のCDCによる資料から作成したものであるが、1987年には妊娠1,000あたり17、すなわち1.7%と徐々に

図1 超音波所見
(破裂前に診断がつけられた左卵管膨大部妊娠の1例)〔著者自験例〕

図2 子宮外妊娠の罹患率および死亡率の年度別推移（米国，1970～87年）

増加する傾向を認めている。一方，死亡率については減少しているのがわかる。最近若年婦人における性交経験者が増え，そのうえクラミジア感染症などによるPIDも頻繁に見られるようになったことが子宮外妊娠の増加に関係があるように思える。一方，hCGモノクローナル抗体による低単位hCGの検出が極めて容易となり，さらに超音波診断の発達が生子外妊娠の早期発見を可能にしている。かつてのように顔面蒼白で意識レベルの低下したショック状態で運ばれてくる患者を見ることが少なくなった。診断の進歩が死亡率の減少につながっていることは間違いのないことであろう。表3はわれわれの多摩永山病院における過去2年間の子宮外妊娠の頻度を対分娩数で示してある。わずか2年間の統計であるがわれわれのところで増加の傾向が窺える。

ところで子宮外妊娠が未破裂の状態でも早期に診断が可能となったことにより，最近子宮外妊娠の保存療法が積極的に行われるようになってきた。子宮外妊娠の保存療法としては表4に示すような方法がある。マイクロサージャリーによる端端吻合や内容の圧出除去，着床部切開縫合などの方法については従来から行われてきており，われわれも多く症例に試みてきたいいわゆる旧来の方法である。最近行われている方法は未破裂の卵管妊娠や頸管妊娠に対して，積極的にMTXを投与し絨毛を壊死に陥入らせることにより，卵管の切除や子宮の摘出を未然に防ごうという方法である。

もちろんまだ厳密な適応がある訳でなく施設に

表3 子宮外妊娠頻度

	外 妊	分娩数	総手術件数
1991年	11 症例	707 症例 (1.6%)	266 件 (4.1%)
1992年	21 症例	719 症例 (2.9%)	324 件 (6.4%)

（日本医科大学付属多摩永山病院産婦人科）

表4 子宮外妊娠の保存的療法

1. マイクロサージャリーによる端端吻合
2. 非破裂症例の内容圧出除去，着床部切開縫合
3. MTX全身投与方法
4. MTX局所投与方法（腹腔鏡下，経膈超音波下）
5. プロスタグランディン局所投与方法（同上）

よってその方法は異なっている。プロスタグランディンの卵管妊娠部分への直接投与方法も行われているが，これもプロスタグランディンによって血管の強力な収縮を誘発させMTX投与によると同様絨毛組織を壊死に陥入らせようとする方法である。いずれにしる診断技術の進歩向上が，このような試みにつながっていることは間違いなく，近い将来急性腹症という概念もやがて失われる日がくることになるかも知れない。

おわりに

産婦人科領域における急性腹症について概説し，その診断のすすめ方について述べた。

本論文の主旨は，日本医科大学医師会主催による平成5年度第1回生涯教育講座において講演した。

（受付：1993年8月30日）