

2) 3例共術前外妊を疑われフリードマン反應陽性(第1, 2例)であり, 何れも手術により確認された。

3) 性器結核の診断は剔出標本(第1, 2例)と子宮内膜搔爬片(第1例)の組織學的檢索竝に術後腔分泌物結核菌培養成績(第3例)によつた。

4) 性器結核と外妊の合併は從來考えられていた程稀なものではないから, 過去に結核性既往症のある患者で子宮外妊娠の疑われる場合には外妊の臨床的檢索と平行して性器結核の組織學的竝に細菌學的檢査が必要である。

文 獻

- 11) Alexander u. Mockowicz: Mschr. Geb. u. Gyn. 13: 182, 1900. —2) Bovin: Mschr. Geb. u. Gyn. 41: 492, 1915. —3) Busby & Fisher: Amer. J. Obst. & Gyn. 39: 125, 1940. —4) Bland: Amer. J.

- Obst. & Gyn. 40: 271, 1940. —5) Freedricks: Zbl. Gyn. 22: 1275, 1898. —6) Höppner: Zbl. Gyn. 55: 1269, 1931. —7) Kröner: Arch. Gyn. 105: 169, 1916. —8) Latzka: Zbl. Gym. 61: 277, 1937. —9) Limpach et Boy: Gynec. et Obst. 38: 359, 1938. —10) Müller: Arch. Gyn. 112: 317, 1920. —11) Reifferscheid: Zschr. Geb. u. Gyn. 118: 38, 1939. —12) Schröder u. Rau: Zbl. Gyn. 44: 972, 1920. —13) Stein: Amer. J. Obst. & Gyn. 38: 1068, 1939. —14) Sureau et Merger: Comptes Rendus du 12 Congrès Français de Gynéc. 113: 1948. —15) Warthin: Jahrb. Geb. u. Gyn. 11: 694, 1897. —16) Wharton & Stevenson: Ann. Surg. 109: 976, 1939. —17) 石井, 牧野: 醫學, 1: 236, 昭21. —18) 岩淵: 東北醫誌, 28: 93, 昭16. —19) 江崎: 産科と婦人科, 16: 128, 昭24. —20) 久保: 産科と婦人科, 16: 568, 昭24. —21) 篠田: 臨床醫學, 25: 1172, 昭12. —22) 棚橋: 産婦紀要, 24: 1231, 昭16. —23) 野口, 貴家: 東北醫誌, 32: 391, 昭18. —24) 橋爪: 原色産婦人科顯微鏡圖譜, 昭10. (昭26・10・3受付)

臍帶卷絡が分娩障礙を來した9例

京都大學教授 三 林 隆 吉
西 村 敏 雄

緒 言

臍帶卷絡は稀なものではなく Zangenmeister の如きは30%という數値をすら擧げている。これによつて重篤な分娩障礙を起し, 胎兒假死或は死亡の原因となる事もあるが, 從來この合併症は異常分娩としては軽く扱われ, その診断治療には餘り積極的な努力は拂われていない傾向があつた。此の合併症は普通臍帶の長い時に起り易い。斯る場合には兒頭娩出時助産婦の簡単な處置によつて事なきを得る事が多い爲であろう。然し臍帶が長くなくて起つた場合には, 兒頭娩出前に既に分娩障礙, 又は母兒の危険の起る可能性は多い筈である。

然しこれを事前に豫知する事は困難であり,* 又豫知し得たにしても, これによる分娩障礙をさける爲には帝王切開以外に適當な方法がないため, 大抵は本合併症が治療の對象となるのは障礙が現實に現われた際に限られている。

余等は最近1カ年餘りの間(自昭和25年12月13日至昭和27年3月30日)に, 本合併症による障礙

例9例を経験した。各症例を詳細に検討する事により本症の診断治療上大いに得る所があつたのでここに煩雜ながら先ず各症例の分娩經過を記述する事にする。

實驗例

症例1. 山〇〇〇子, 32歳, 初産婦。

入院月日. 昭和25年12月13日。

分娩豫定日. 昭和25年12月10日。

現症. 全身所見異常なし。子宮底は劍臍中央。兒は第1頭位で, 兒頭は骨盤入口上に異常に高く浮動している。胎兒心音は臍下左方に明瞭に聴取し, 臍帶雜音は聴取されない。子宮腔部は退展せず子宮口は閉鎖している。軟産道の強靱は認められず, 骨盤は外計測上尋常であり, 仙骨岬は内診指で到達出来ない。

分娩經過. 14日午後2時ブジャーを挿入した。陣痛は發來せず午後11時自然に脱出した。翌日15日は處置を加えず經過を観察した。翌16日午後5時更にブジャーを挿入した。翌17日午前6時陣痛が整調となつたのでブジャーを拔出した。子宮口一指通過。兒頭の位置は依然として高い。翌18日正午胎兒心音が聴取される臍下左方に臍帶雜音を

聴音した。午後3時臍帯雑音は漸次著明となつて胎児心音は微弱となる。午後5時には胎児心音が110と180の間を動揺した。臍帯雑音は強く聴取された。子宮口は尙1指を通過するのみ。臍帯巻絡の疑のもと胎児救出のため直ちに腹式帝王切開術を施行した。

手術所見。胎児は第一頭位で、臍帯は強く緊張し、胎児頸部に巻絡ありこれを強く絞扼している。恰も胎児が子宮腔内に吊り下げられた如き觀があつた。胎盤は子宮底近くの子宮前壁にあり、臍帯はその内部に附着してゐることが分つた。新産児は體重3120gで一度の假死であつたが、人工呼吸により蘇生、臍帯長は51cmであつた。

術後母體にペニシリン60萬單位を分割皮注し経過順調にして術後3週間目に母は全治退院した。

症例2. 山○光○, 28歳, 初産婦。

入院年月日。昭和25年12月28日。

分娩豫定日。昭和25年12月30日。

昭和25年12月28日午後8時陣痛發來。直ちに入院。

現症。全身所見に異常はない。子宮底は劍下3横指。胎児は第1頭位。兒頭は骨盤入口上異常に高く浮動。心音は左臍棘間中央で明瞭に聴取され、臍帯雑音は聴取されない。軟産道は強靱でなく子宮腔部は退展せず子宮口は閉鎖していた。骨盤は外計測上尋常、内診では仙骨岬はふれない。陣痛は整調にある。

分娩経過。翌29日午前10時子宮口2横指徑開大。兒頭の位置は前の通り。午後3時兒頭は骨盤入口へ下降したが尙固定せず子宮口3横指徑開大。30日午前0時兒頭骨盤へ嵌入。子宮口は全開大となる。陣痛發作時兒頭は骨盤狹部へ進入、間歇時著明に潤部へ後退するのがみられた。午前1時自然破水。羊水中に胎囊の混入があり胎児心音1分間90となる。直ちに鉗子索引術を施行した。兒の頸部に3回臍帯巻絡があり兒顔面には著明な鬱血状態がみられた。顔面の血管努張、眼球突出はみられない。新産児は體重2710gの成熟女子であり、第1度の假死であつたが人工呼吸により蘇生した。臍帯長は70cmであつた。

症例3. 奥○○○子, 29歳, 1回經産婦。

入院月日。昭和26年1月17日。

分娩豫定日。昭和26年2月10日。

現症。全身所見異常なし。子宮底は劍下3横指、兒は第2頭位。兒頭骨盤入口上異常に高く浮動。兒心音は臍下右方に明瞭に聴取される。子宮腔部は退展していない。骨盤は外計測上尋常、仙骨岬は内診によつてふれない。分娩経過。翌18日午後3時ブジー挿入。午後11時陣痛は發來したが熱發のため直ちに拔去。時に子宮口1指通過。ヒンテルモン0.5cc皮注により陣痛増強したが午後10時以後微弱陣痛となる。翌20日午前11時メトロイ

ンテル挿入。正午陣痛増強し午後4時メトロイリンテルが自然に脱出した。子宮口3横指徑開大、胎胞緊満し子宮口邊緣柔軟となる。依然として先進兒頭の骨盤進入は認められなく、骨盤入口部は空虚であり、兒頭は骨盤入口上部に浮動していた。兒心音に異常はなく陣痛整調なるままに経過を觀察した。翌21日午前9時子宮口殆んど全開、時に胎児心音が急に悪化したので胎児救出のため萬止むを得ず直ちに人工破水して高位鉗子術を施行した。術時分娩臺が移動する程の強力な索引を要し、兒頭娩出に際し臍帯が頸部につよく2回緊縛しており兒は體重3240gで第1度の假死であつた。人工呼吸に依り蘇生した。臍帯長は50cmであつた。

症例4. 川○み○○, 31歳, 2回經産婦。

入院年月日。昭和26年1月25日

分娩豫定日。昭和26年1月30日

現症。全身所見に異常はない。子宮底は劍臍中央。兒背は右側にあるが斜に傾き、小部分を臍の右上方及び左下方に觸れ、兒頭と思われるものは骨盤入口高くあり左方に偏し浮球感が著明に證明された。子宮腔部は退展せず子宮口は閉鎖す。骨盤は外計測上尋常であり、内診にて仙骨岬は觸れない、臍帯巻絡或は胎児畸形の疑を一應おいた。

入院當日午後2時ブジー挿入。午後10時陣痛發來し整調となつたので午後10時半ブジーを拔去した。子宮口2指通過。26日正午自然に破水。時に子宮口は4横指徑開大していた。兒頭は稍々下降するも骨盤入口上左方にあり、内診するに上肢又は臍帯の脱出はなく兒頭の矢狀縫合は前後に向い、兒頭の右頭頂骨の一部が骨盤入口部へ進入していた。そのためか羊水の流出はとまつたので患者に左側臥位をとらしめて兒頭の自然固定を期待した。午後1時子宮口全開大となつたが兒頭の骨盤内嵌入は認められない。午後4時産瘤が骨盤腔内膨隆す。兒心音に異常はない。午後陣痛は弱くなつた。午後10時陣痛は稍々強くなつたが、兒頭の骨盤嵌入は認められない。心音に異常はない。臍帯雑音も聴取されない。患者の希望もあり臍帯巻絡の疑のもと腹式帝王切開術を施行した。

手術所見。胎児は背部を稍々前方に向けた軽度の第1斜位を呈し兒頭は内診所見と同様の状態を呈していたが面白いのは臍帯が頸部を緊縛して兒頭が子宮腔内に吊下されており、胎児の斜位及び兒頭の高在從定位は明らかに臍帯巻絡のためである事が分つたことである。胎盤は子宮前壁左上部に附着していた。娩出兒は體重2880gの成熟男兒であり、第1度の假死で人工呼吸により蘇生した。臍帯長は46cmである。術中子宮腔内及び腹腔内にホモスルフアミン6gを撒布し、術後母體にペニシリン

100 萬單位分割皮注し、母體術後の経過良好で術後3週間目に全治退院した。

症例5. 服〇〇子, 23歳, 初産婦。

入院年月日. 昭和26年2月9日

分娩予定日. 昭和26年2月7日

現症. 全身所見に異状はない, 子宮底は剣下3横指, 胎児は第2頭位, 児頭は骨盤入口上異常に高く浮動している。児心音は臍下右方に明瞭に聴取され, 臍帯雑音は聴取されない。子宮腔部は退展せず, 子宮口は閉鎖す。骨盤は外計測上尋常で, 内診では仙骨岬はふれない。

分娩経過. 入院翌日の10日午前10時ブジーを挿入した。正常陣痛發來し午後9時陣痛が整調となつたのでブジーを抜去した。子宮口は2横指徑開大していた。翌11日午前11時陣痛は整調, 子宮口は3横指徑開大していたが, 児頭の固定はみられない。午後11時破水。子宮口は尙3横指徑開大。羊水が少量ずつ流出するのでコルポイリントルを緩く挿入した。陣痛が整調にあるので, 子宮口の開大及び児頭の固定を待期した。翌12日午前1時コルポイリントル自然脱出と共に児頭は骨盤入口へ固定した。午後1時半子宮口は全開大して児頭は骨盤潤部へ進入した。心音の数が95になつたので直ちに鉗子牽引術を施行した。児頭牽引時, 児の頸部へ臍帯の絞扼1回が認められ, 顔面には強度の鬱血がみられた。頸部の絞溝, 顔面の浮腫, 眼球突出は認められない。臍帯を切断して後續部の分娩を終了した。新産児は體重2580gの成熟女児で活潑に産聲をあげた。臍帯長は51cmであつた。

症例6. 鈴〇〇〇子, 30歳, 2回經産婦

入院年月日. 昭和26年3月1日

分娩予定日. 昭和26年3月7日

現症. 全身所見異常なし。子宮底は剣下3横指。胎児第1頭位。先進児頭は骨盤入口上異常に高く浮動して, 恥骨面より突出す。児心音は臍下左方に明瞭に聴取し臍帯雑音は聴取しない。子宮腔部は退展せず, 子宮口は閉鎖す。骨盤は外計測上尋常で仙骨岬は内診によりふれない。

分娩経過. 同日午後4時メトロイリントル挿入。午後10時陣痛發來。陣痛は微弱であるためヒンテルモン0.3ccを皮注して整調とした。翌3月2日午前10時メトロイリントルを抜去した。子宮口は3横指徑開大。胎胞緊満す。依然として児頭の骨盤進入は認められない。午後6時以降陣痛は微弱となつた。翌3日午前9時メトロイリントル再挿入。午前10時メトロイリントル自然に脱出。陣痛は強い。午後0時40分児心音聴取部位に臍帯雑音が聴取された。午後1時14分臍帯雑音が著明となると共に心音は微弱となり1分間95となつた。子宮口は殆んど全開す。直ちに人工破水, 内廻轉, 次いで骨盤位娩出術を施

行した。臍帯が頸部に1回強く絞扼し娩出時かなりの抵抗を感じた。臍帯を緩めると餘裕がなく, 切断してファイスメリー氏法により児頭の娩出を終了した。新産児は第2度の假死であり, ビタカンファ0.5cc, アトムラチン0.5ccを皮注し人工呼吸を10分間行い蘇生した。児は體重3020gの成熟男子であり, 臍帯長は42cmで胎盤は内廻轉時子宮體前壁上部にあることを知つた。

症例7. 井〇高〇 24歳, 1回經産婦

入院年月日. 昭和26年7月10日

分娩予定日. 昭和26年7月15日

昭和26年7月10日午前5時陣痛發來し, 午前7時入院。

現症. 全身所見に異常はない。子宮底は剣下3横指。胎児は第1頭位。児頭は骨盤入口上異常に高く浮動の状態にあつた。胎児心音は臍下左方に明瞭に聴取し臍帯雑音は聴取しない。子宮口は2指通過。骨盤外計測上尋常。内診により仙骨岬はふれない。陣痛は整調。翌11日及び12日は陣痛殆んど整調なる儘に觀察した。13日午後6時子宮口は全開したが, 児頭は骨盤に嵌入しない。児頭と骨盤の不均衡は認められない。陣痛も整調にある。臍帯巻絡の疑のもと患者の希望もあり腹式帝王切開を施行した。

手術所見. 胎児は第1頭位であり, 臍帯が左肩胛部より右腋下にたすき狀に緊縛していた。胎児は子宮腔内に吊下の状態を呈し, 胎盤は子宮體前壁上部の右側にあり臍帯は胎盤中心部より稍々上方に附着していた。娩出児は體重3020gの成熟男子で臍帯長は47cmであつた。術後母體にペニシリン60萬單位を分割皮注し, 経過順調にして術後3週間目に全治退院した。

症例8. 西〇〇〇子, 41歳, 2回經産婦

入院年月日. 昭和26年9月8日

分娩予定日. 昭和26年8月30日

9月8日午前2時陣痛發來し, 午前3時入院。入院の途中破水を來した。

現症. 全身所見異常なし。子宮底剣下3横指。児は第2頭位。児頭は骨盤入口上異常に高く浮動する。児頭の大きさは尋常。胎児心音は臍下右方で明瞭に聴取した。臍帯雑音は聴取しない。子宮口は2指通過。胎胞はなく羊水は少量ながら流出。骨盤は外計測上尋常で内診時仙骨岬はふれない。コルポイリントルを羊水の流出なき程度に緩く挿入した。陣痛が微弱であるので午前9時ピツイタン0.5cc皮注。陣痛の増強はない。午後8時更にアトニン0.5cc皮注。尙増強をみない。午後9時熱發したのでコルポイリントルを抜去した。内診するに児頭の固定はなく骨盤入口部には産瘤の膨隆がみられた。そのため羊水の流出のないままに経過を觀察した。翌9日午

前1時平熱に復す。午前10時ピツイタン0.5cc皮注と共に陣痛は整調となり爾後2時間観察したが児頭の骨盤嵌入は認められない。子宮口には2指通過するのみ。午前11時母體發熱39.5度(攝氏)に及び疲勞は極度に達した。胎兒心音に異常なく臍帶雜音も聴取しない。患者生兒を欲すること強く臍帶卷絡の疑ひもと胎兒救出のため腹式帝王切開術を施行した。

手術所見。羊水の量は稍々少く軽度に混濁し胎兒は第2頭位で臍帶は頸部に緊縛し、第1例同様に胎兒は子宮腔内に吊下されていた。胎盤は子宮壁上部に存し、臍帶は胎盤中心部より稍々下方についていた。娩出兒は體重2820gの成熟男子で臍帶長は38cmであつた。術中子宮腔内及腹腔内にホモスルフアミン10gを撒布し、術後母體にペニシリン60萬單位を分割皮注した。母體術後の経過は順調で8日目に抜糸。腹壁創癒着良好で術後19日目に全治退院した。

症例9. 杉〇〇子, 25歳, 初産婦

入院年月日。昭和27年3月26日

分娩豫定日。昭和27年3月30日

現症。全身所見に異常はない。子宮底は劍下4横指。

胎兒は第1骨盤位で先進臀部は骨盤入口上高く可動性を呈していた。兒心音は臍部左方で明瞭に聴取した。臍帶雜音は聴取されない。子宮口は1指通過。骨盤は外計測上尋常で、内診で仙骨岬はふれない。

分娩経過。27日午後5時半ブジャーを挿入。翌28日午前7時半陣痛發來して整調となつたので午前8時ブジャーを抜出した。子宮口は1指通過、以後多少の消長はあつたが陣痛の持續があるので経過を観察した。29日午後9時20分破水。時に子宮口2指通過。先進臀部の骨盤嵌入は認められない。羊水が少量ずつ流出しているのでコルポイリソテルを挿入した。30日午前7時、コルポイリソテルを抜去した。陣痛は整調であり、羊水の流出はない。先進臀部の骨盤嵌入はない。午前10時子宮全開大と共に臀部骨盤へ進入。少量の胎糞排出があつた。兒心音は整調。午前10時35分前方の臀部排臨。時に兒心音稍々弱く100と140の間を動揺した。陣痛は極めて強い。10時45分心音が90となる。後方臀部の娩出はない。直ちに骨盤位娩出術を施行した。強力な抵抗を排して娩出を急いだ所、臍帶が胎兒頸部を絞扼しており、そのために臍帶をゆるめることが不可能。よつてこれを切斷し、兒頭をフアイスマリー氏法により娩出した。骨盤位娩出時の抵抗は臍帶の牽引による事がわかつた。胎兒頸部には絞溝が認められ顔面の鬱血は著明であるが、顔面浮腫眼球突出は認められない。胎兒は體重2880gの成熟男子であつたが、第2度の假死であり強心劑、人工呼吸等萬全の處置をしたが

産聲をあげず、分娩後2時間にして死亡した。臍帶長は38cmであつた。

考 按

臍帶卷絡は一般に過長臍帶の場合に起り易い事は周知であるが、余等の症例では臍帶の長さは第2例の70cm例を除き他は最長51cm最短38cmで各症例の臍帶長は第1表に示した。即ち余等の症例は第2例を除き、長からざる臍帶の卷絡例と云つてよく、第4例に於て先進兒頭が骨盤入口上左方に偏して、胎兒が斜位を呈していたのは、46cmの短臍帶が卷絡のため過短となり、胎兒を牽引したためであり、第2例の70cmの長臍帶でも3回の頸部卷絡のため臍帶の過短を來したものである。

第1表

症 例 名	臍 帶 長 (cm)
1	51
2	70
3	50
4	46
5	51
6	42
7	47
8	38
9	38

こゝに臍帶の長さと關連して臍帶の胎盤附着部位及び胎盤の子宮附着位置が問題となる。胎盤の位置については、前置胎盤、低位置胎盤に臍帶の卷絡が多い(田口)ことは首肯されるが、臍帶卷絡による分娩障碍という觀點からは、余等の腹式帝王切開(以下單に帝切と略す)の4例にみられる如く、胎盤の位置が高く而も卷絡していた事は注目を要する。

即ち分娩の障碍は短臍帶が卷絡し而かも胎盤が高位にある場合に特にひどく起つている。臍帶卷絡の診斷に關しては諸家の報告はあるが、確實な診斷方法は見當らない。只Gardinerの分娩遅延、兒心音異常、胎位異常は注目されてよいと思う。こゝで余等の全9例を通じて特に注意をひく様な症候に就て述べてみたい。

先ず妊娠末期における先進部殊に先進兒頭の骨盤に對する位置と、子宮腔部の状態があげられる。通常の妊婦では妊娠末期になると、先進兒頭が骨盤入口へ下降し、初産婦では固定するものであるが、第9例の骨盤位を除く他8例に於て、何れも

先進児頭が骨盤入口の上で異常に高かつた事は注目すべき点であつて、骨盤と児頭の大きさの不均衡なくしてかゝることの起つた場合先ず巻絡臍帯の牽引を考へべきであり、余等の帝切を施行した第1, 第4, 第7及び第8例の子宮腔内に於る胎児の吊るし下げられた状態がまさに之を立證している。

又子宮腔部の分娩開始前の状態として、第1, 第2, 第3, 第4, 第5及び第6例の6例に於て腔部の退展がみられなく、其中第1, 第2及び第5例の如き初産婦に於ても退展のない事は興味深きことであり、狹骨盤の場合と同様、先進児頭が子宮腔内で高位置にあることがかゝる結果を來たしたのであろう。この様な状況のもとで、分娩が自然或は人工的に開始された場合に第1, 第3, 第4, 第6, 第7及び第8例の如く、先進部殊に先進児頭が骨盤へ下降嵌入しない事と、第2第5及び第9例の如く下降嵌入はしてもそれに長時間を要することは又注目されねばならない。これに関連して注目すべき点は、勿論余等の症例では人工分娩誘導を行つたものが多いためかも知れないが、分娩第1期が長いことである。全9例について分娩第1期持続時間をみるならば第2表の如くである。帝切4例はその執刀までを第1期とした。

第2表

症 例 名	持 続 時 間 (時)
1	35. (執刀迄)
2	28.
3	58.
4	15. (執刀迄)
5	49.5
6	39.23
7	85. (執刀迄)
8	33. (執刀迄)
9	50.5

$$\bar{x}=43.7$$

$$S=20$$

5%の危険率で

$$59.0 > m > 28.3$$

 \bar{x} : 標本平均

s: 標本標準偏差

m: 母平均

即ち分娩第1期の持続時間は59時間と28時18分の間にあることが信頼しても良い事となり、著明

な分娩遅延が認められている。

而かも興味ある事は児頭が高いに拘らず、早期破水を來したものが9例中4例にすぎず、狹骨盤の如きに比して案外多くない事である。次に臍帯雑音は胎糞漏出と共に臍帯巻絡の有力な診断根拠と考えられているが、巻絡時必ずしも聴取されるものではないとの報告はある(田口)。余等の例では第1及び第6例に於て臍帯雑音の聴取後、兒心音が悪化している。

以上挙げた諸症候即ち骨盤と児頭間に不均衡が認められないにも拘らず、妊娠末期に先進児頭が骨盤入口に異常に高く、子宮腔部の退展のみられないこと、陣痛は發來し難く、發來しても微弱となり勝ちで、従つて開口期遅延を來すこと、而かも早期破水は案外少い事等は、臍帯巻絡を推測させる一つの手がかりとなるべく、更に臍帯雑音の聴取及び骨盤腔内に於ける先進児頭が間歇時に著しく後退する事があれば、ほゞそれと診断してよいであろう。

次に治療としての帝切についてのべる。分娩はあくまで期待的に處置すべきであるが、胎児に危険が迫つた場合、積極的に急速遂娩が講ぜられねばならない。

臍帯巻絡による分娩障碍で帝切を行つたという報告は、余等の渉獵する範圍では、余りなく、僅に Gardiner Guchtmere, 絲井等の報告をみるにすぎない。

余等の帝切4例について云えば、何れも先進児頭の骨盤嵌入のない開口期遅延例に臍帯巻絡を豫想して兒救出のため帝切が行われている。即ち第1例は子宮口1指通過の時、兒心音が悪化し、第8例は子宮2指通過時、爾後の分娩持続が胎児に危険を與えると判断し、第4及び第7例は子宮口全開せるにも拘らず先進児頭の骨盤嵌入がなく、分娩の繼續が兒へ危険をもたらしと考へて執刀したものである。何れも生兒を得たが第1, 第4例の2例に於て第1度の假死がみられている。

第3例, 第6例では萬止むを得ず帝切に代つて高位鉗子術及び内廻轉, 骨盤位娩出術を行つたもので生兒を得たが夫々第1度第2度の假死がみら

れた。

こゝに目を母體側に轉するならば、帝切4例中2例に於てブジー、或はメトロイリントルが分娩誘發法として使用され、第4、第8例は早期破水を來しており、就中第8例の如きは早期破水後32時間を経過して發熱するに至つてゐる。

從來かゝる感染の恐れのある際、帝切は禁忌とされてゐた。況んや第8例の如く母體が發熱を來した場合、通常母體を救出するには、胎兒の穿頭術をすべき所、生兒を強く熱望したがため、止むなく胎兒救出のため帝切を執行したのであり、從來ならば腹膜外帝切が至當と考えられる例である。

然しながら帝切時、執刀開始より娩出迄の時間が長い腹膜外帝切は胎兒假死を招來するので好ましくなく(第4回近畿産婦人科學會發表)而かも母體の狀態が急速分娩を必要としたため敢てこれをやらなかつた。因に我が教室では通常執刀より胎兒娩出迄の所要時間は2分乃至3分にすぎないものが大部分である。而して母體感染に對する治療として抗生劑、即ちペニシリン、スルフアミン劑の効果を一應期待しつつ経過を觀察した所、母體は豫期以上に順調な経過をたどつたのである。

即ち臍帶卷絡による分娩障礙は當然帝切の適應としてよく、而かもブジールン、メトロイリゼ或は破水後でも今日に於ては必ずしも禁忌とすべきではない。然し感染に對する關心は、從來と何等變る事なく、余等の第8例の如きは止むを得ざる例外的な症例と考えてゐる。

次に臍帶卷絡が分娩第2期に胎兒へ危険をもたらした場合、直ちに急速遂娩をしても胎兒の豫後が不良であることは、胎兒死亡例について幾多の報告のある所であるが、余等の第9例は骨盤位娩出術時、時間を要し、娩出兒第2度の假死を來し遂に死亡したものである。第2例と第5例は鉗子娩出術により生兒を得た例である。

結 語

余等は臍帶卷絡が明らかに分娩障礙を來した9例を経験し、これを検討する事により、分娩障礙等臍帶卷絡の診斷的根據として、次項のことを列挙したい。

即ち妊娠末期に於ける先進部、殊に先進兒頭の位置が異常に高いこと、陣痛は發來し難く、發來しても微弱となる傾向のあること、開口期が著しく遅延する事、早期破水は案外多くない事である。又臍帶雜音の聴取されること、胎兒の位置異常及び骨盤腔内に於ける先進兒頭の間歇時後退も有力な參考所見となる。

治療としては、臍帶卷絡による分娩障礙が豫測された場合、腹式帝王切開術が胎兒救出のため最も安全な方法である。

文 獻

- 1) Bloch: Zbl. Gyn. 1931. S. 103 — 2) Bruthan: Kausnist. K d. Nabelschnurumschlingung Zbl. f. Geb.u. Gyn. 1981, S 55.— 3) Derume: Zur Diagnost. K d. Kindeslage d. Nabelschnurumschlingung u. d. Überdrehung intrap. Zbl. f. Geb. 1924, Bd. 48, S. 1691.— 4) Frist: Zbl. Gyn. 1928, S. 2621.— 5) Gardiner: J. Amer. Med. Assoc. Vol. 98, S. 598, 1932, Vol. 102, S. 277, 1934.— 6) Gerhard: Zbl. Gyn. 1934, S. 1841.— 7) Harsting: Berichte Gyn. Bd. 11, S. 332.— 8) 小島: 近畿婦人科學雜誌, 18巻, 4號.— 9) 中村: 産科婦人科紀要, 19巻, 11號, 昭11.— 10) Schmidt: Halban Seitz's Biologie u. Pathologie d. Weibes, Bd. 6, II. Teil.— 11) 都築: 名古屋醫學會雜誌.— 12) 田口: 日本婦人科學會雜誌, 28巻, 上, 下, 昭8.— 13) Tuma: Zbl. Gyn. 1915, S. 350.— 14) 山田: 日本婦人科學會雜誌, 30巻, 昭10.— 15) 坂口: 産科婦人科紀要, 22巻, 6號, 昭14.— 16) 江木: 産科と婦人科, 16巻, 5號, 昭24.— 17) 濱田: 産科と婦人科, 15巻, 9號, 昭23. 16巻, 1號, 昭24.— 18) 八木: 産科と婦人科, 18巻, 1號, 昭26.— 19) 三林: 産婦人科の進歩, 3巻, 1號, 學會抄.— 20) 三林, 西村: 産婦人科の進歩, 3巻, 4號 學會抄。

(昭27・6・11受付)