

(東京・台東産院)

福岡 俊一, 植村 一郎, 阿蘇 哲
鵜野 和也, 見常多喜子

当院に於て、昭和32年1月より昭和40年12月迄に妊娠中頸管無力症を合併した400例に対して、習慣性流早産、切迫流早産を予防するために、各種の子宮口閉鎖術を行つた。この期間の分娩総数は11,298例であつた。成功率は Central os tracheloplasty では4例中全例失敗したが、McDonald氏法は185例中155例83.8%、Shirodkar-福岡氏変法は162例中132例81.5%、2回McDonald氏法を行つたものは8例中4例50%、Shirodkar-福岡氏変法施行後McDonald氏法を追加したものは25例中24例96%、Shirodkar-福岡氏変法施行後2回McDonald氏法を追加を行つたものは2例中1例50%であつた。400例中14例は現在経過観察中である。成功例の平均新生児体重は2831g、平均分娩週数は39週であつた。縫合材料には昭和36年3月以降より braided black silk 3号を2本使用した。手術時期は8週より36週に亘り主に15週から26週に peak が認められた。外子宮口開大速度は妊娠 F/Ⅲ より M/Ⅸ 迄の175例では closed より1指弱開大に1~23週(平均9週)、1指弱より2指開大に1~13週(平均7週)であつた。59例の習慣性流早産患者の術前術後の結果を比較すると、術前の survival rate は11.4%、術後成功率は69.5%を得た。手術成功例の有効期間は流産予防では術後平均18週、早産予防では平均10週であり、手術による感染例はなく、麻酔による母体死亡例1例があつた。不成功70例の原因を検討すると、手術時機を逸したもの32例、卵膜に defect ありと思われるもの14例、premature onset of labor 11例、結紮糸の弛んだもの8例、胎内死亡3例、胎盤剝離1例、手術中卵膜穿刺したもの1例であつた。400例の既往歴より、前回迄の人工流産が原因と思われるもの130例32.5%、前回迄の分娩が原因と思われるもの139例34.8%、流早産の既往なく初回妊娠で頸管無力症を認めたもの32例8%であつた。以上当院に於ける400例の手術成績に就いて述べた。

10. 子宮頸管縮少術 270例の治療成績

(国立岡山)

藤森 博, 浅桐 英男, 江口 浩美

習慣性流早産に対し非妊時に行つた Lash-Palmer 法の有効率は38.4%、生児獲得率は46%、Shirodkar 法の有効率並びに生児獲得率はそれぞれ80%であつた。次に妊娠時に行つた McDonald 法の有効率は78%、生児獲

得率は85%、Shirodkar 法の有効率は85%、生児獲得率は90%を示し妊娠時非妊時を問わず Shirodkar 法が最もすぐれた成績を示した。

未熟児出生予防のため切迫流早産に対して行つた McDonald 法 133例 の有効率は85.7%、生児獲得率は96%であつた。

手術施行時期と有効率との関係は Shirodkar 法では妊娠4~5カ月に於ける成功率が最も高く、McDonald 法では妊娠前半期に比し中期以後に行つた場合により高い成功率を示したのは Shirodkar 法は主として予防的、McDonald 法は主として治療的(救急的)な手術として行つたためと考えられる。陣痛様疼痛・出血・胎胞形成などの異常所見を認めた場合、Shirodkar 法では有効率は25%の低率で特に妊娠初期に異常所見の認められた場合には全例無効であつた。McDonald 法では約60%の有効率を示した。

前置胎盤・胎胞膨隆・双角子宮の場合の効果はそれぞれ50%、37%、75%であつた。

McDonald, Shirodkar 法共に流早産3回までは両者の間に大差は認められないが4回以上の場合には Shirodkar 法が遙かに有効であつた。

術後不妊を訴えた者は Lash-Palmer 法では13例中4例であつたが Shirodkar 法では1例も認められず術後3~12カ月で妊娠が成立し甚だ有効な方法であると考えられる。

縮少術施行後発来した陣痛様子宮収縮に対し Duvadilan の点滴静注は非常に有効で全例陣痛の消失を認め、且つ胎胞が突出した症例に Duvadilan の点滴静注を数日間試みた結果胎胞が消失しその後縮少術を行い成功した数例を経験したことは頸管縮少術の効果を高めるために Duvadilan の併用、特に点滴静注は有効である。

討論 (東京医歯大) 齊藤 幹

1) 頸管無力症に対し縫縮術が有効なことは周知の通りであるが、渡辺教授らは症例が非妊時において施行した種々のテストの条件を満足する割合が高い程、現今の手術療法では成績が悪いと述べておられる。従つて、この意味においても、演者らは、症例の診断法、手術適応条件について、もつと明確に指示する必要がある。

2) 高度の頸管裂傷を有する無力症に対しては、現行の McDonald 法及び Shirodkar 法では好成績は期待できない。

追加 (国立金沢) 遠藤 幸三

頸管裂傷の高度なものが、習慣流産を起す場合も無力症の範疇に入られると思われるが、この場合に Shirodkar

手術が不可能なことがある。これに対して私は Emmet 手術と同時に Shirodkar 手術を併用している。

追加 (新潟県) 渡辺 福明

1) 非妊時37例にラース氏法を行い16例は受胎し生児を得た。3例は受胎したが流産した。妊娠率51%に当る。

2) 32例にマックドナルド氏法を行い22例成功し成熟児を得た (68%)。

3) シロッカ氏法 6 例中 1 例が流産し 5 例に奏効し生児を得た (83%)。

11. 安全確実なる腹式単純子宮全剔除術式に関する研究

(茨城・水戸赤十字)

梶 英雄, 吉田 澄子, 岩崎瑠璃子
木村 喜三

産婦人科手術の中でも腹式単純子宮剔除術はしばしば行われる手術の一つであるが、私共が 448例に行つた術式で、殊に尿管、膀胱処理及び止血等について、安全で確実と思われる方法について報告する。麻酔は主として腰麻を使用する。

腹壁正中切開を行い腸管の排除を行う。癒着のあるものは丁寧に剝離した後、子宮鉗子で把持、牽引し円靱帯の結紮切断を行い、次で付属器を剔除又は残す場合、夫々型の如く処理する。骨盤漏斗靱帯の結紮に際しては靱帯内の集束血管を透見し之をはずして針を刺入する。尿管の走行所在を内側から確認しておく。靱帯は二重に結紮して止血と牽引の役を分ける。次に膀胱子宮窩をつまみ切開し、膀胱を子宮頸部前壁及び腔壁から剝離する。

子宮を牽引し、子宮側縁組織を下方に圧排すると、子宮動静脈が鬆疎な組織に包まれたのが見られる。次に広靱帯を把持緊張させ、後葉の前面を展開すれば尿管を認められるが拇指と示指、中指等で広靱帯を下部から上方へ触診すると尿管の走行を Macaroni でも触れる如く確認出来る。慣れれば膀胱への進入路即ち尿管トンネル部も明確に知り得る。次に子宮動脈を露出し Deschamps 針又は Cleveland 誘導器で 6 号絹糸を通し二重に結紮切断する。仙骨子宮靱帯を切断し、子宮腔部迄剝離し、次で基靱帯の上部を 2～3 回に分け腔迄挾鉗切断結紮を行う。この際終始尿管の走行、所在に留意すればその損傷を完全に避け得る。もし断端部から少量の静脈性出血がある時は更に Z 縫合を追加すれば完全に止血する。

腔切断の前に腔側縁で、旁腔結合織の上頂と腔側壁とを的確に彎曲鉗子で挟んでおく。そして腔を切断した

ら、両側の結合織断端の結紮を夫々行う。腔は絹糸で Z 縫合又は U 字縫合を行う。諸断端の止血を確認してから、骨盤腹膜を閉鎖し、腹壁を縫合する。術後出血、尿管損傷等は全く無い。術後自尿開始、排ガスも比較的早く、平均14日目に全治退院している。手術時間は45分～1時間10分位であるが、止血及び尿管、膀胱処理については極めて安全な術式であると考えられる。

12. 腔式子宮全剔自験 400例よりの反省

(富山赤十字) 辻 啓

一部は既に第15回日産婦総会に於て発表したが、昭和36年以来 407例の腔式単純全剔自験例を再び振り返り、気付いた点を述べる。安全にして容易なる腔式全剔には次の事項が必要と思われる。即ち

1) 先ず第一に慎重なる腔式適応の決定が肝要であり、それには手術場に於て手術直前、麻酔がかゝり充分な腹壁の弛緩を得てから再度内診し、こゝで最終的な適応の決定を行うべきである。

2) 腔式の場合は腹式に比し、術後腔断端より絹糸の脱出及びそれに伴う出血性肉芽の発生が多いが、その対策として術中の縫合は全部クロミックカットグート (3号) の使用が望ましい。

3) 腔式の場合、術中諸断端の結紮糸の牽引が必要とされ、従つて結紮糸の滑脱する危険性が多い。その対策として単純結紮の他に保強結紮として断端部をまたぐようにして Z 縫合による第 2 結紮を行なうと良い〔小林 (隆) 式断端結紮法〕。

4) 膀胱子宮窩腹膜及びダグラス窩腹膜が一次的に開放し難い場合には、二次的に開放すれば極めて容易である。それでも開かない場合には、腔式腹膜外式子宮全剔を行なえば良い。

5) 開腹術等の既往の癒着があつても腹腔内移動性臓器との癒着であるならば、腔式全剔にほとんど支障を来たさない。特に腹腔内臓器の癒着高度の為、腹式に子宮の全剔が不可能な症例でも、腔式に行なうならば容易に全剔可能な場合が案外多い。しかもそのような場合腔式腹膜外式全剔になり易く、術後経過はかえつて良好となる。

6) 腹式全剔よりも腔式全剔の方が、術後腔の下垂や脱を発生し難いが、更にその腔脱防止効果を強める為に、腔断端縫合に際して、縫合糸を円靱帯断端、付属器断端、基靱帯断端等に通して、それらの靱帯断端を腔断端に縫合固定するのが望ましい。

質問

(新潟) 倉品克一郎