

昭和41年8月1日

第1群 解剖及び手術に関する問題 (B)

903—107

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) 非妊娠時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全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例に行った術式で、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剥離した後、子宮鉗子で把持、牽引し円靭帯の結紮切断を行い、次に附属器を剔除又は残す場合、夫々型の如く処理する。骨盤漏斗韌帯の結紮に際しては靭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。靭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腹壁から剥離する。

子宮を牽引し、子宮側縁組織を下方に圧排すると、子宮動静脈が髄疎な組織に包まれたのが見られる。次に広靭帯を把持緊張させ、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、中指等で広靭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。仙骨子宮靭帯を切断し、子宮底部迄剥離し、次に基靭帯の上部を 2~3回に分け腹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。

腹切開の前に腹側縁で、旁腹結合織の上頂と腹側壁とを的確に弯曲鉗子で挟んでおく。そして腹を切断した

ら、両側の結合織断端の結紮を夫々行う。腹は絹糸で 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. 腹式子宮全剔自験 400例よりの反省

(富山赤十字) 辻 啓

一部は既に第15回日産婦人会に於て発表したが、昭和36年以來 407例の腹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腹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腹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) 腹式の場合は腹式に比し、術後腹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) 腹式の場合、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) 膀胱子宮窓腹膜及びダグラス窓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、腹式腹膜外式子宮全剔を行なえば良い。

5) 開腹術等の既往の為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、腹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、腹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腹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) 腹式全剔よりも腹式全剔の方が、術後腹の下垂や脱を発生し難いが、更にその腹脱防止効果を強める為に、腹断端縫合に際して、縫合糸を円靭帯断端、附属器断端、基靭帯断端等に通して、それらの靭帯断端を腹断端に縫合固定するのが望ましい。

質問

(新潟) 倉品克一郎