

ち、自然に陣痛が発来して浸軟児を死産した。以後対症療法とともに全身状態は急速に改善されたが、尿蛋白のみは容易に消失しなかつた。また発作前後における逆行性健忘症があつたが、眼底検査、脳波、電解質、肝機能等においてはほとんど異常を認めなかつた。

本例の問題点として、妊娠中毒症の症状がなく突然発来した妊娠中期の発作が子癇であるのか、または癲癇であるのかまず鑑別されなければならない。そして子癇発作であるならばその機序はどのように考えるべきか(?) 仲々困難ではあるが種々考察を行なつた。なお本例についての数カ月にもわたるfollow upでは特に異常を認めていない。

#### 24. 常位胎盤早期剝離の経験例とその検討

(群馬大)

佐藤 郁夫, 江原 洋一, 黛 隆介  
(富岡厚生病院) 小泉 浩吉

(研究目的並びに方法)

近年、常位胎盤早期剝離例は妊娠中毒症の減少傾向とともに低下しつつあるのが現状である。今回私どもは昭和42年から昭和43年までの2年間に富岡厚生病院産婦人科において8例の常位胎盤早期剝離例を経験したので、その個々の症例について詳細に検討するとともに、早剝の主たる原因である中毒症やこれらを紹来する基礎疾患および地域特異性などに注目し考察した。

(研究成績)

私どもの経験した8例の症例は、全例経産婦であり、全症例とも妊娠中毒症を合併し、尿蛋白と浮腫を認め、5例に高血圧を認めた。そして全例とも腹痛、腹部強直、児心音消失等の典型的な症状をもつて来院している。分娩様式は、帝切が4例、経膈分娩が4例で、7例は児がすでに死亡しており、1例は生児を得たが3日目に死亡している。また3例で Afibrogenemia を呈し大出血を来した。さらにこれら早剝例で興味あることは、8例中7例に末梢血液検査の結果高度の貧血を、1例に軽度の貧血を認めている。私どもは以前富岡地区の妊婦貧血の調査結果高率にそれを認めている。そこで今回早剝の成因を検討する手段として特に妊娠貧血に注目した。そして妊婦貧血と妊娠中毒症および早剝との関連性について考察した。

回答 (群馬県) 小泉 浩吉

1例で Ope 後、oligourie を示しましたが、利尿剤等の投与で改善されました。

死亡例はありません。

#### \*25. 前置癒着胎盤 (Placenta previa accreta) の1例

(倉敷中央病院) 浮田 昌彦, 兼吉 章

癒着胎盤は Kraul は約 6,000回の分娩に3例あつたと報告し、Eastman は約 7,000回の分娩に1例もなかつたと報じている。本症は分娩第3期にはじめて発見され、強出血を伴うことが多く、特に、前置癒着胎盤は非常に危険で、Koren, Kistner 等は文献より、30%以上の死亡率を報告している。私達も最近、前置癒着胎盤の1例に遭遇したが、速やかな決断により、危うく、救命し得た。患者は31才。1回経産、6回経妊、このうち3回は妊娠中期に流産している。今回も、妊娠第17週で、切迫流産、子宮頸管短縮のため、Shirodkar 氏手術をした。妊娠第31週に軽度出血と腹部緊満を訴えて入院、以後約6週間静養加療した。本年6月10日(妊娠第39週はじめ)に Shirodkar 氏手術の糸を抜去し、同時に C.P.D.の疑いで人工遂娩のために入院した。卵膜剝離を試みたところ、出血が始り、全前置胎盤として、G.O.F 挿管麻酔下に帝王切開術を施行した。子宮頸部横切開で胎盤を切開して 2,970g の女児を娩出さし得たが、胎盤は剝離せず、ひつばれば子宮が内翻してくるので、やむを得ず、指先でひきちぎるようにしながら剝離を強行したが、子宮の組織は網目のようになって、強出血するので、剝離を断念し、迅速に子宮を単純全別した。術中、術後に 1,800cc 輸血したが、術後第17日に、母子ともに無事退院した。病理組織学的にも、癒着胎盤であることを確認した。

#### \*26. 前置血管断裂の一症例

(札幌通信病院)

小森 昭, 〇池川 洋, 佐藤 俊昭  
坪内 昭彦, 本谷 尚

臍帯の卵膜付着の場合、臍帯血管は臍帯の付着点から胎盤に向かい一方向に走るが、もし卵膜上を走る血管が胎胞の形成されるべき子宮口を通過する場合は、特に前置血管 Vasa praevia と称せられ、分娩に際して断裂しやすく、胎児の失血による死亡、または児頭の圧迫による血行障害により胎児の窒息をきたすことがあるとされている。

われわれは低位胎盤性出血を伴える前置血管の破綻による胎児の失血性死亡例を経験したので報告する。

症例: 33才の1回経産婦、妊娠10カ月予定日15日前、妊娠中毒症なし。主訴: 突発せる性器出血。入院時内診所見: 凝血塊45g、子宮口 2.5cm 開大、卵膜は厚く不

整、奇癢感なし。診断：分娩第I期および低位胎盤の疑い。分娩経過：陣痛の自然発来と順調な頸管の開大および児心音の悪化徴候なし。方針：経陰分娩可能および急速遂娩。処置：O<sub>2</sub>吸入、陣痛強化術および人工破膜。分娩所要時間：6時間49分+6分+28分。出血量：481g+250g+400g。分娩後児の状況：全身白色、Apgar Score 4点、2時間40分後死亡。

出生35分後児血液検査：貧血。胎盤所見：低位胎盤および前置血管動脈静脈断裂。児剖検所見：心循環系を含めて何らの異常を認めず。最終総合診断：低位胎盤性母体側出血に隠蔽された前置血管の破綻による胎児の失血性死亡。なお本症例は本邦においては未だ報告例がない。

### 27. 妊娠時の細菌尿に関する研究(第2報)

(東京警察病院)

荒井 清, 高山 忠夫, 宮原 忍  
千野 憲司, 〇田淵義夫, 小柳 隆久  
中山 政美

妊娠時の尿路感染症は例えそれが無症候でも後で顕性の腎盂腎炎になるものが多くまた中毒症流早産未熟児出生の原因になるとも云われ注目されている。過去3年間に当科を訪れた妊婦からカテーテル中間尿を取り定量培養を行ない検討した結果1,418例中81例5.71%に細菌尿を認めこの内無症候のものは1,366例中59例4.32%である。既往尿路感染の有無に関しては既往のない群の3.67%に対し既往のある群では10%であった(以上無症候群)原因菌はE. coliが多く47.9%を占め無症候群では38%であるが症候群では72.7%であった。無症候群で後に顕性の腎盂腎炎になったものは無治療群の20%治療群の9%であった。沈渣白血球では症候性では1視野4個以上のものが大部分だが無症候性では約77%が正常範囲内である。

I.P.による腎下垂度は細菌尿群無細菌尿群非妊婦群に差はないが細菌尿群に左右差の大きいものが多く、また右腎の下垂の大きいものが目立つ。腎機能検査では熱発群が無症候性群、症候性非熱発群より濃縮能低下しているがP.S.P.では差がなかった。年齢別経産別で細菌尿発現頻度の差はなかった。未熟児出生率流早産中毒症発現頻度も差はなかった。妊娠月数別でも大差はなかった。産褥での細菌尿発現頻度は362例中19例5.25%であった。10<sup>5</sup>以下10<sup>3</sup>以上の細菌尿ではfollow upしていると1週間から25週間の間に10<sup>5</sup>以上となるものが50%に認められ内1名は後に顕性の腎盂腎炎となった。

質問

(順天堂大)松田 静治

妊婦カテーテル尿を用いて検索している理由は如何10<sup>5</sup>/ml以上の菌数があれば自然排出中間尿でもカテーテル尿でも差がないと思うが。

回答

1) カテーテル中間尿で検査しているのはよく教えても患者によつては実際にその通りに採取しないものが多い事による。

これは数例自然放出中間尿とカテ尿を比較したがかなりの差が出た為カテ尿を使用している。

### 28. 妊娠に合併した黄疸

(金沢市・聖霊病院) 大下 陸郎

6例の妊娠に合併した黄疸の臨床経過、および1例の剖検所見を報告する。

4例は急性流行性肝炎で、黄疸と全身痒感を訴えたが入院治療により完治し、分娩後も障害を残さなかつた。临床上、注目すべき症状は、尿ウロビリノーゲン反応、黄疸の著現に先立つて痒感を訴えたことが印象的であつた。

1例は、いわゆる肝・腎症候群に属するもので、黄疸のほかに蛋白尿、血清BUNの上昇、大量の腹水を伴つた一般状態の悪化(激甚嘔吐、血圧下降)によつて帝王切開術を行なつたところ生児を得て、症状は急速に寛解治癒した。

1例は、産科的急性黄色肝萎縮(Sheehan)で、剖検により診断を確定したものである。食欲不振、嘔吐、意識障害、児死亡と急速に症状が進行し、陣痛発来して死児を分娩、その後3日目に黄疸発来、肝性昏睡で死亡した。剖検によつて急性黄色肝萎縮と決定した。本症は、本邦では2例の報告しかなく稀有の症例であるので、剖検所見とともに、その臨床経過、他種の黄疸との鑑別点を報告することとした。

質問

(共立蒲原病院) 山田 耕司

Virusは同定されましたか。

回答

大下 陸郎

ビールスの同定はしておりませんので、ビールスとの言葉は取り消して、流行性肝炎と訂正させていただきます。

質問

(横浜市大) 伊藤 俊一

この症例の妊娠経過中にhormone assayを行なつたか、またその剖検で胎盤の病理組織検査を行なつてみたか。

われわれは血中HCG値と胎盤の病理所見との関係を検討しているが、ウイル病を合併死亡した一例における血中HCG値は比較的高く、胎盤の病理所見でも抛傍度