

整、奇癖感なし。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：O₂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，○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%であつた（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%であつた。無症候群で後に顕性の腎盂腎炎になつたものは無治療群の20%治療群の9%であつた。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. では差がなかつた。年令別経産別で細菌尿発現頻度の差はなかつた。未熟児出生率流早産中毒症発現頻度も差はなかつた。妊娠月数別でも大差はなかつた。産褥での細菌尿発現頻度は 362例中19例5.25%であつた。10⁵以下10³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10⁵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つた。

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10⁵/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。臨床に注目すべき症状は，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，ウイルス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

は少なかつた。

そこで、この種の合併症においても胎盤のうける影響は他の臓器に比べて少ないものと思われる。

回答 大下 陸郎

胎盤については特に検索はしておりませんが、肉眼的所見としては、特に異常なかつたように記憶しております。

29. 心臓手術と妊娠・分娩

(市立札幌病院) ○土門 洋哉, 石川 睦男
鷺塚 紀夫, 岡野 敬多

われわれは過去4年間に、心手術後、妊娠・分娩したもの11例・16妊娠、妊娠中に人工心肺の下で心手術を受けたもの3例を経験した。

僧帽弁疾患はM.S.の2例とM.S.Iの2例で、4例とも妊娠中に心不全の発現をみたが、5妊娠中3例に成児を得、2例は初期人工妊娠中絶を施行している。僧帽弁手術の効果は限られた期間であるので、妊娠は手術の効果の最大の時にこなわれなければならない。

人工大動脈弁置換術後の分娩は2例で、いずれも妊娠中心不全を呈さず、成児を得ている。しかし、人工弁の特殊性から、妊娠はあくまでも心予備力に準じて行なうべきである。

A.S.D.の術後の妊娠は4例・6妊娠で、いずれも妊娠中に心不全を認めず、1妊娠は稽留流産、1妊娠は早産(生後死亡)、他の4妊娠は成児を得ている。この疾患の性質上、術後に障害がないならば、ほとんど通常の妊婦と同様に扱ってもよいものと考えられる。

妊娠中、体外循環の下で、心手術を受けたものは、大動脈縮窄、A.S.D., A.S.Iの3例で、A.S.Iのは術後流産をきたしたが、他の2例は満期分娩している。適応は充分に考慮されねばならないが、その適応と人工心肺の利用法によつては成功する可能性が示唆された。

以上、心手術と妊娠・分娩に関しては、術後の心疾患の改善の度合い、および妊娠初期からの心予備力に対する適確な判断と充分な管理が行なわれれば、充分に妊娠・分娩に耐えることができるものと思われる。

*30. 心手術後の分娩

(札幌医大) 佐竹 実, ○酒井 潔
川瀬 哲彦, 金上 宣夫

1) 研究目的: 近年、心疾患に対する手術の適応が拡大されつつあるが、それに伴つて産科医は手術後の妊娠・分娩に遭遇する機会が多くなつた。われわれは心手術後の産婦の分娩管理や分娩方式の決定をいかに行なう

べきかにつき研究した。

2) 研究方法: 当札幌医大産科において分娩した心手術後の産婦16名につき、手術術式、臨床所見、分娩経過などを産科学的観点から検討した。

3) 研究成績: 手術術式の主なるものは、僧帽弁形成術6例、心室中隔欠損部閉鎖術4例、大動脈弁置換術(人工弁)3例などである。16例中経膈分娩を行なつたもの12例(内骨盤位1例)、帝王切開術4例であつた。

経膈分娩の場合、不安や疼痛による心負荷を軽減するのに薬物性無痛分娩が効果がある。分娩第2期の短縮には吸引遂娩術が有効である。帝王切開術を行なつた4例中3例は産科的適応によるもので、1例は心の代償不全によるものであつた。

以上の経験から心手術後の患者も適切な管理によつて充分、妊娠・分娩に耐えられることがわかつた。

回答 (東京女医大) 広沢弘七郎

Fallot 四徴は平均寿命が6年とか10年とか、言われる重い病気である。40才以上に達することはまれとされる。

心疾患患者の妊娠、分娩につき考える場合、「母親のいない子供が残つてはいけない」ということが大事な点である。母親の心疾患の悪化→死の経過は、分娩時に限定されているわけではない。分娩後のことも考えなければいけない。

心疾患といつても、種類が多く、その病態は様々である。之に重症度をかけ合わせて Natural history がきまる。先天性心疾患と後天性心疾患と較べてみても随分違うが、後天性心疾患の中でも例えば大動脈弁閉鎖不全症をあげてみると、かなり重くなるまで自覚的な苦痛がない。一旦、苦痛が出始めたら2、3年の間に死に至るという特徴がある。その中には分娩間近に急死した先程のスライドの次の様なこともある。同じ弁膜症でも他の僧帽弁膜症とはかなり異なる。うつかり妊娠や出産を許せないが、之もそういう natural history を知っていなければ分らないことである。この辺の判断は、残念ながら、Cardiologist に委せていただくより他にない。弁膜症全体としてみると、何らか次症状が発現してから、または、弁膜症の診断を受けてから起算し、5年後には1/3、10年後には2/3、20年後には90%以上が死亡しているというのがわれわれの調査成績である。

心房中隔欠損症はもし機能失調がおこるとすれば比較的重い人で中年以後に心不全、之と相前後して心房細動がおこるが、30才以前に失調をおこすことはきわめて