

- 1) 児死亡の主因としての奇形：66/533=12.4%
- 2) 死亡例中の奇形出現頻度：80/533=15.0%
- 3) 分娩総数に対する奇形の頻度：259/27807=0.9%
- 4) 周産期に死亡する奇形の頻度：80/259=30.9%

という成績を得たが、さらに日産婦広島地方部会員提供の周産期児死亡 439例の剖検成績を整理し、死産のうち奇形を主因とする頻度：51/283=18.0%。2) 新生児死亡の奇形を主因とする頻度：40/156=25.6%。3) 周産期死亡児中、内臓奇形のみが占める頻度：77/190=40.5%という結果を得た。また周産期児死亡の奇形例で染色体検査を施行、26/43 (60.4%) で検索に成功、D trisomy 2, E trisomy 1, 計3例を発見した。周産期児死亡の主因として奇形の占める役割を強調し、その対策について見解を述べ結語とした。八神助教授は名市大の周産期児死亡99例について検討し、Anoxia 38.4%, 肺呼吸不全 7.1%, 出血 6.1%, 感染 6.1%, 奇形19.2%, 母体疾患 3.0%, 医原性 3.0%, 不明17.2%という死因分析結果を得た。Anoxia 例では妊娠および分娩管理の不徹底が目立ち、改善の余地が大きいことを指摘、分娩誘発群では死亡例の殆んどが分娩遅延→Anoxiaの経路を辿つたとしている。したがって妊娠および分娩管理の厳格な実施、新生児処置の適切な励行に活路を見出し得ると述べた。最後に安部助教授は久留米大の分娩総数 7,722例を検討、150例(1.94%)の周産期児死亡を認めたが、帝切・鉗子で特に高率であつた。また未熟児・SFD児の死亡率がきわめて高く未熟性が要因と考えられたので久留米市内の教育病院未熟児センターの実状と今後の問題点を論じた。次で最近の周産期児剖検 135例の病理形態学的観察結果を報告、所見の頻度は肺換気異常、奇形、分娩傷害、無酸素症、感染の順であり定形的組織病変像を多数供覧した。さらに2, 3の完全症例を検討「剖検の限界」について触れ、剖検に対する家族の理解と同意、産科・小児科・病理3部門の直結、周産期臨床病理学の確立等が周産期児死亡率改善の急務である、というシンポジウム演者全員の総意を反映した意見を開陳し、結語とした。

予定追加発言

132. 周産期児死亡因子の検討

(川崎市立病院) 山本 浩, 小林 英郎
宮坂 昌人, 猪俣 吉広

昭和44年および45年に、川崎市立病院産婦人科において、妊娠38週で娩出された新生児の初体重について検討を加えた。

1) 初体重を、分娩間近の母の血色素量で分類すると、血色素量が減少するにしたがつて、初体重が減少する。この関係は、初産および1回経産群と分けても、それぞれの群の中において認められた。さらに、貧血治療との関係を見ると、無貧血群と、貧血治療を行なっているにかかわらず悪化している群との間には5~10%の危険率で、有意差が認められた。統計処理をすることにより幾分の変動は認められるけれども、妊娠末期の母の血色素量は、新生児初体重決定因子、ひいては周産期の児の状態へ影響を与える一因子として考究さるべきものと考えられる。

2) 日産婦中毒症委員会の分類にしたがつて、軽症中毒症、重症中毒症および正常群との間で比較を行なつた。母の血色素量では、差異はみられなかつたが、軽症中毒症の新生児初体重は正常群の新生児初体重に比し、有意に高かつた。この点については、稿を改めて検討するつもりである。

3) 家庭婦人と勤労婦人の場合の比較ということで、健保家族、健保本人および国保家族の保険別検討を行なつた。母の血色素量は3群とも全く同様であるが、新生児初体重は、健康本人と国保家族で低く、この傾向は、経産において顕著であつた。38週以外についても、逐次報告していく予定である。

133. 周産期死亡率減少策について

(国立福山病院)

金岡 毅, 岡田 悦子, 清水 潤司
森 巍, 藤井 剛

(1) 国立福山病院における最近8年7カ月間の分娩 6,530例に対する周産期死亡率は22.7となるが、すでに院外より子宮内胎児死亡として、または分娩直前に児死亡が予想されて送院された症例を差引くと修正周産期死亡率は16.6となり、また本年のそれは10.1である。(2) 40才以上の妊婦の新生児周産期死亡率は 870, 19才以下のそれは40.0であるが、高年初産婦のそれは24.2にすぎない。(3) 生下時 1,000g以下の低出生体重児の周産期死亡率は 837.8, 1,001~1,500gのものは 937.5, 1,501~2,000gでは 222.2, 2,001~2,500gでは70.0, 2,501~4,000gでは 7.8, 4,000g以上では43.4となる。周産期死亡の66.2%は 2,500g以下の低出生体重児による。(4) 出生体重 1,501~2,500gのものでも妊娠36週前の児では周産期死亡は 154.9, 37週以後では 81.9である。(5) 周産期死亡の主因別にみると「奇形」21.0%, 「胎盤機能不全」19.6%, 「肺呼吸不全」17.6

%, 「胎盤呼吸障害」14.2%の順となる。奇形の内訳は無脳児, 水頭症, 心奇形, 内臓破裂の順である。(6) 周産期死亡の中, 41.9%が妊娠中毒症を作っており, 重症子癇前症がその中25例, 胎盤早剥が3例ある。(7) 胎盤呼吸障害(臍帯異常, 胎盤早剥, 前置胎盤等)と肺呼吸不全(仮死, RDS, MAS等)を合計すると「周産期無酸素症」が周産期死亡の31.8%を占める。(8) 双胎の周産期死亡率は151.0, 単胎のそれは20.1である。(9) 自然分娩の周産期死亡率は17.8, 吸引分娩のそれは15.3に比べ, 骨盤位では114.6, 帝王切開では32.9と高い。

134. 周産期死亡と骨盤位分娩, 殊に C.P.D. の判定について

(岡山市市民病院) 高知 床志, 岡崎 忠雄
高田 智介, 山本 善嗣

骨盤位分娩における周産期死亡を減少させるために種々の問題が提起されている。今回, われわれは, 第1に骨盤位娩出術の改善について, 第2に児体重骨盤不均衡の問題についてわれわれの見解を述べたいと思う。

1) 骨盤位娩出術の吟味: 昭和28年から38年の間は従来の古典法で介助し, 117例の骨盤位分娩の周産期死亡率145であった。昭和38年から46年6月までは müller の変法ともいべきわれわれの改善術式で行ない, 345例の骨盤位分娩の周産期死亡率46と約 $\frac{1}{3}$ に減少せしめた。また, 後者の死因分類は未熟児5例, 重症仮死5例, その他6例である。

2) 骨盤位における不均衡判定について, この問題に関し, 従来, 後続児頭と骨盤との関係が主に論じられているが, われわれは児体臀部も一つの円柱とみなし, 児体臀部と骨盤との関係 (Fe to pelvic Disproportion) という概念で律すべきだと考える。したがって骨盤入口周辺の狭窄による児体骨盤不均衡時には, 頭位分娩同様, 分娩の遷延ないしは停止を起すと考え, 骨盤位分娩にお

いても試験分娩を導入すべきだと提案する。

次に, 後続児頭の娩出困難は出口ないしは中部産道の狭窄によることが多く, われわれはスクリーニングとして全例の出口外計測を行ない, 狭窄が疑われる場合はX線撮影を行ない, 狭窄例には帝王切開術を行なうべきであると考え。

昭和45年以降, 以上の考えで骨盤位分娩を取扱い, 周産期死亡率の向上を見ている。

135. 胎児子宮内感染(羊水感染)の予防に関する研究(その1)

(川崎医大) 高瀬善次郎

前期破水後の羊水中への細菌の上昇は, 破水後の時間の長いほど, 検出率は高くなり, 全体的には47.9%にみられる。その菌種は E. coli を主体とするグラム陰性桿菌と無芽胞嫌気性菌が, その大多数を占めている。

これらの菌の抗生物質感受性は, グラム陰性桿菌では CER, KM, AB・PC, GMなどがすぐれており, 嫌気性菌では CER, AB・PC, TC, EM, CP, GMなどがすぐれていた。

ところで, 抗生物質を母体に投与した場合の胎盤通過性は, 一般に母体血清中濃度の3分の1から6分の1が胎児に移行するものであるが, 羊水中への移行は一般に低く, そのほとんどが1mcg/ml以下である。そのなかでも比較的移行の高い抗生物質は CER, AB・PC, KM, VSMなどである。

また, 胎児臓器内への移行は, CER, KMなどでは, 腎, 肺, 肝, 心の順に移行が高い。

すなわち, 前期破水後, 外陰部や腔内の細菌が, 羊水中に上昇することが直ちに感染を意味するものではないが, 羊水感染を通して, 胎児の子宮内感染および死亡, 母体の感染, 産褥熱, 産褥敗血症あるいは新生児感染症などにエスカレートする危険があり, 前期破水時には抗生物質による感染予防が必要である。