

%, 「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1 mcg/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。