

臨床教育講演

腹膜外帝王切開術について

札幌通信病院部長

小 森 昭

近年種々の理由により帝切率が増加しつつある。現在最も広く行なわれている帝王切開術は、経腹膜頸部帝王切開術である。本法の最大の利点は、手術がやり易いということである。即ち、まず術式が容易であるということで、子宮を直視下に確認しながら容易に切開部位である子宮下部に到達し得ること、第二は手術野が広いので安心して手術を進めてゆけるということである。しかしその反面、腸管を空気に晒す、羊水・血液その他が腹腔内に流入する、術後癒着障害の可能性のある等の欠点を有する。

一方腹膜外帝王切開は、感染した子宮内容物が腹腔内に流入するのを妨げるのを第一義として考案された方法である。従がつてこの目的を遂行するためには、術式としては、まず腹膜を破らないで子宮下部に到達すること、第二にはこの部を拡げて胎児を可及的速やかに且、周囲諸臓器を損傷することなく子宮外に娩出し得るだけの充分な手術野を確保することの二点が必要最小限満足されねばならない。

I. 腹膜外帝王切開術に必要な解剖学

腹膜外帝王切開術を行なう場合には、膀胱周囲の充分な解剖学的知識を必要とする。

1) 横腹筋膜 *Fascia transversalis* : 腹壁前面を縦走する腹直筋の後面を被う筋膜で、膀胱筋膜や膀胱傍結合織の前面を下り単蹠韌帯に附着している。

2) レッチウス腔 *Gavum Retzii* : 恥骨結合後面と膀胱前面との間を膀胱前隙 *Spatium prevesicale* 或いは恥骨後隙 *Spatium retropubicum* といい、又の名を *Retzius' Raum* という。

3) 膀胱筋膜 *Fascia vesicae* : 臓側骨盤筋膜(内骨盤筋膜)のうちで膀胱を被う筋膜をいい、腹腔に面する部分は薄く、後側方部分は尿管・血管・神経等が流入するため良く発達している(膀胱傍結合織 *Paracystium*)。

4) 膀胱筋層及び粘膜 : 外縦・中輪・内縦の三筋層からなり、最外層は排尿筋 *M. detrusor urinae* を形成し、中層は最も厚く、最内層は三角部以外は余り発達していない。筋層より粘膜下層を隔てて移行上皮である粘膜に接している。

5) 中臍韌帯 *Lig. umbilicale medium* : 横腹筋と

壁側腹膜との間を、膀胱頂より臍に至る一本の韌帯(臍尿管索 *Chorda urachi*)をいい、これは胎生期の尿嚢血行に使用された尿管 *Urachus*, *Allantoisgang* の遺残物である。

6) 外側臍韌帯 *Lig. umbilicale laterale* : 内腸骨動脈の末梢より発し、膀胱の外側に沿つて上昇し、前腹壁後面に達し、対側のもとと相接近しながら進み、ついに臍に至る左右一対の韌帯(臍動脈索 *Chorda arteriae umbilicalis*)をいい、これは胎生期の臍動脈 *A. umbilicalis* の遺残物である。

7) 上膀胱動脈 *A. vesicalis superiores* : 臍動脈索の初部で、本動脈の数本が膀胱頂及び体部の上・中部に分布している。

II. 代表的術式の特徴

1. Latzko 氏術式

1) 要約 : 子宮口が開大し、子宮下部が伸展していることが条件とされている。

2) 左側横筋膜を切開し、レッチウス腔を展開し、左外側臍韌帯を左方に圧排又は結紮切断して子宮下部前壁を露出する。

2. Waters 氏術式

1) 要約 : 子宮口の開大度に関係なく実施し得る。

2) 膀胱前面の横腹筋膜及び前膀胱筋膜を切開して膀胱筋層を露出し、中臍韌帯を結紮切断して膀胱頂及び後面を剝離し、最後に後膀胱筋膜及び子宮筋膜を切開して子宮下部前壁を露出する。

理想的腹膜外帝王切開術として、次の如き条件があげられる。

① 子宮口開大度に余り関係なく行なえる。② 手術が系統的で、且比較的容易である。③ 子宮下部前壁が充分に露出されて手術野が広く、何如なる大きさの児でも娩出し得る。④ 副損傷(腹膜・膀胱・尿管・血管)がない。

現在行なわれている腹膜外帝王切開術のうち、最も代表的な *Latzko* 氏術式と *Waters* 氏術式を比較してみると、後者の方が優れているようである。しかし②、④の点でなお、改良すべき余地が残されているように思える。