

診 療

先天性股関節脱臼による股関節運動障害と妊娠分娩

宮崎医科大学産婦人科学教室 (主任: 森 憲正教授)

河野 恭悟 黒木 透 森 憲正

Key words: Maternal LCC • Gait disturbance • Pregnancy and delivery

緒 言

先天性股関節脱臼は産科合併症としては希なものであるが、種々の骨 (特に骨盤, 脊柱) または関節の異常をきたし, 分娩の障害となることはよく知られている。股関節あるいは骨盤の変形をきたすことが多いため, 分娩方法の選択, 決定には苦慮させられる。

今回, 歩行障害を伴う先天性股関節脱臼合併妊婦で経膈分娩した症例を経験したので, その経過を報告する。

症 例

症例: 24歳3カ月, OGOP, 主婦。

家族歴: 特記事項なし。

既往歴: 昭和32年12月7日, 経膈分娩にて出生, 分娩時特に異常はなかつたといわれている。

1歳時, 2~3歩, 歩いたら倒れていた。先天性股関節脱臼の診断を受け, 2~3カ月間ギプス固定。ギプスを除去してから歩行には不自由なく, 運動も普通に行なっていた。

10歳頃より股関節痛が出現したが, 股関節の可動制限, 開排制限もなく, 歩行, 運動には影響なかつた。

11歳(昭和44年9月), 某整形外科にて右臼蓋形成術を受け, 術後, 右股関節の強直がみられ, 開排制限が生じたため, 某大学病院整形外科受診。重度の先天性股関節脱臼の診断のもとに, 下記の治療を受けた。

13歳(昭和46年8月), 左内反骨切り術。

13歳(昭和46年10月), Pauwels法の左内反骨切り術の追加。

14歳(昭和47年5月), 固定金属抜去。

20歳(昭和53年3月), 右股関節の可動制限と疼痛があり, 左股関節への負担を軽減する目的にて,

右表層置換型人工股関節を装着し現在に至っている。

11歳の術後より現在まで歩行時に杖が必要であり, 同一姿勢の保持, 長時間の歩行, 立位などは股関節痛, 腰痛が強くなるため不可能であった。アヒル様跛行が認められる。坐位での同一姿勢保持も30分が限度である。学校での体育時間は自主的に休んでいた。

23歳4カ月で健康男子と結婚。

月経歴: 初経は14歳3カ月で, 以後整順であり周期は28日, 持続5日間, 経時障害は認めない。

現症: 昭和56年6月13日より5日間の月経を最終月経として妊娠した。某産婦人科医院にて妊婦検診を受けていたが, 先天性股関節脱臼合併妊娠のため当科を紹介され, 同年11月13日受診した。

妊娠経過は, 妊娠32週以後, 妊娠貧血の治療をした以外, 特に異常を認めなかつた。

当科初診以後, 妊婦検診来院毎に分娩台にて分娩体位をとらせ, 練習を反復したが, 股関節の開排制限は重度で, 最大開排時の左右膝関節の間隔は22~27cmであり, 開排によりすぐ股関節痛を訴えた。

昭和57年3月8日(妊娠38週2日), 分娩管理および諸検査のため入院した。

入院時所見: 全身所見では身長154.0cm, 体重56.0kgであり, 血圧110/60mmHg, 脈拍84/分, 尿蛋白(-), 尿糖(-), 腹囲85cm, 子宮底長32.5cm, 児は第1頭位であった。脊柱は腰椎でやや右側に側弯し, 立位では右骨盤が1cm高く, 歩行時右骨盤が下降したが, 両膝を閉じたままの蹲踞は可能であった。

内診所見では軟産道の伸展性は良好で, 子宮腔部は後方に位置しているが柔軟であり, 展退度

60%, 1指開大, 先進部は児頭でやや固定, station (de Lee) 0であつた。

入院経過: 入院後, 児頭骨盤不均衡の有無, 胎児胎盤機能検査, nonstress test などの諸検査および分娩様式選択の検討を行なつた。

分娩体位決定のため, 分娩台を専用固定し毎日練習を行なつた。入院当初, 仰臥位で, 膝を曲げた位置で両側下肢を開排させ, 股関節痛を感じない部位で踵受を固定した。次いで徐々に踵受の位置を外側にずらし, 腹圧が十分かけられ, かつ児頭娩出時, 児頭を十分把持できるだけの空間を確保できるような, また股関節痛の少ない位置を決定した。このためには, 分娩台の頭側を挙上して約10°傾斜させ, 両側の踵受を臀部下面より約25cm下げ, しかも両膝を屈曲, 両下肢を外転, 外旋するように踵受を固定した。そうすることによつて両下肢は比較的楽に開排できるようになり, 両側膝関節間の距離は入院時の27cmから34cmまで拡げることが可能となつた。分娩前日までこれらの練習をくり返し, 患者に経腔分娩の認識と重要性などについて説明し, 鼓舞激励するとともに, 腹圧のかけ方の練習をも行なつた。

また, 骨盤計測の結果は以下の如くであつた。ミハエリス菱窩は非対称であり, 右側に変形をきたしていた

骨盤外計測; 棘間径20.0cm, 稜間径24.0cm, 大転子間径28.0cm, 外結合線18.5cm, 外斜径21.0cm, 側結合線15.0cm。

X線骨盤計測; 産科真結合線12.2cm, 骨盤横径11.7cm, 骨盤縦径12.2cm。入口部は男性型骨盤を呈していた(写真1, 2)。

出口部計測; 横径10.5cm, 後縦径5.5cm。

その他の産科的一般所見として, 尿中E₃値は妊娠38週3日36.3mg/day, 妊娠39週0日28.8mg/day, 妊娠40週0日29.7mg/dayであり, nonstress testはreactive, 超音波断層法においては児頭大横径は94mmであり, 胎盤は子宮底部に付着していた。児推定体重は3,200gであり十分成熟しているものと推定した。

上述の如く, 先天性股関節脱臼手術後の開排制限は認められるが, 分娩台を専用固定し, 踵受の

写真1 骨盤入口面撮影

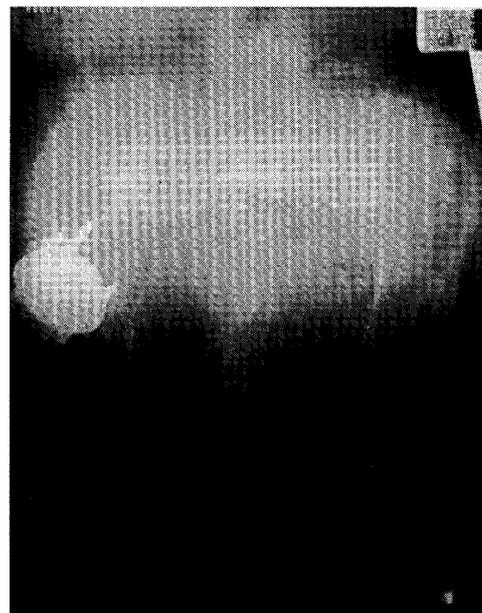


写真2 骨盤側面撮影

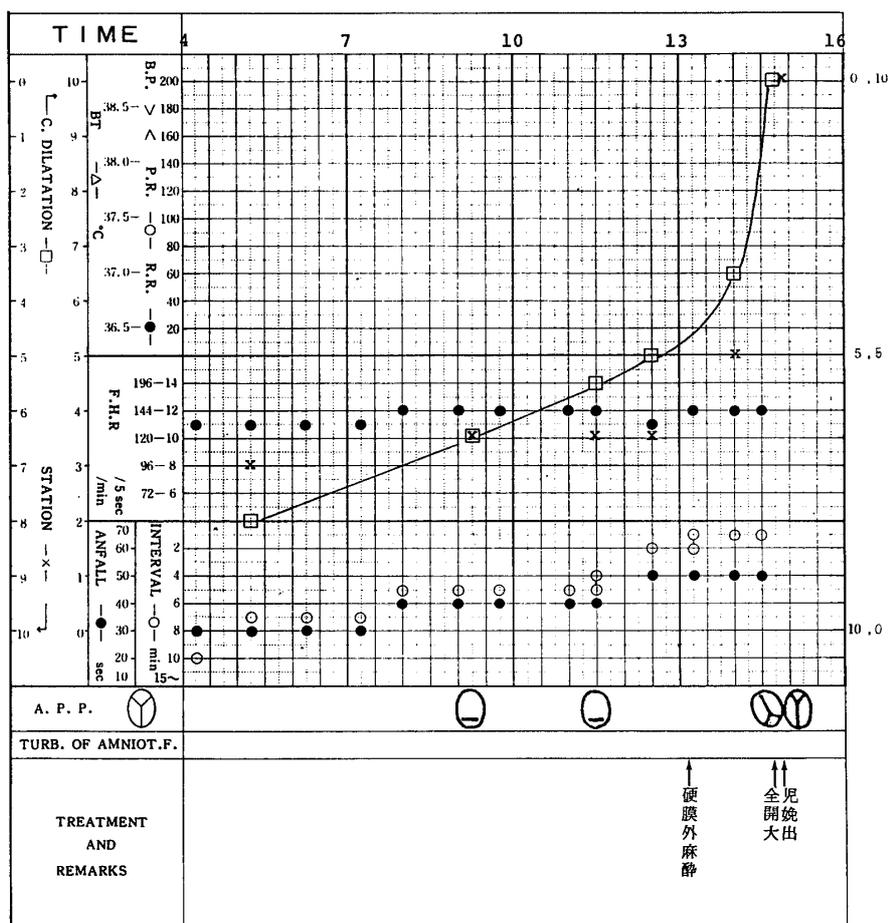


位置を工夫することによつて30~40分間以上は同一体位の保持が可能で, かつ会陰保護操作に支障をきたさない空間を確保できること, 十分に腹圧をかけられること, 児頭骨盤不均衡がないこと, 軟産道の伸展性が良好なこと, 経腔分娩でも股関節脱臼の増悪は考えなくても良いことなどを考慮して, 経腔分娩は可能であると判断した。

分娩経過: 妊娠40週3日および4日に, プロスタルモンE(0.5mg/tab, 1時間毎, 6回投与)投与にて陣痛誘発を試みたが分娩までには至らなかつた。

その翌日(妊娠40週5日), 午前0時頃より10分間歇の陣痛が自然に発来した。以後の分娩経過はpartogram(図1)に示す通り順調に経過した。同

図1 分娩経過



日午後 1 時 10 分、5cm 開大した時点で硬膜外麻酔施行。陣痛は 1 ~ 2 分間歇、50 秒発作であった。その後、分娩は急速に進行し、午後 2 時 35 分、分娩台に移動、一時期小泉門を 4 時方向に触れたが、午後 2 時 45 分子宮口全開大、2 時 50 分、第 1 前方後頂位で 2,989g の男児を自力経腔分娩した。分娩経過中、特に股関節痛を訴えることもなく、分娩は極めて円滑に経過した。

産褥経過：産褥経過は順調であり、分娩 15 時間後より歩行開始した。子宮復古、悪露の性状も良好で産褥 7 日目に軽快退院した。1 カ月検診時においても、先天性股関節脱臼による症状の増悪は認めなかつた。

新生児経過：特記すべきことなく順調に経過した。

考 案

先天性股関節脱臼による骨盤の変形には、側弯部が仙骨に近いほど骨盤の変形が著しい脊柱側弯

症性骨盤、骨盤側壁の平坦化と仙骨翼状部の發育不全により生ずる跛骨盤、その他扁平骨盤、斜狭骨盤などがある。こういった骨盤変形に伴なつて生ずる分娩障害は、変形、狭窄の程度によつて様々である。

高度な病的変形骨盤では、自然経腔分娩は困難であり、帝王切開が行われるが、軽度の場合には分娩法の選択、決定には苦慮させられる¹⁾。

重度の先天性股関節脱臼合併妊婦の自然経腔分娩の報告例は少ない。これは恐らく、このような妊婦に対しては積極的に帝王切開が行われているからであろうと推察される。

Baugh²⁾は 137 例の先天性股関節脱臼合併妊婦の分娩を検討し、骨盤に著明な変形がなく、頭位分娩の場合には児頭骨盤不均衡がない限り経腔分娩を行なうことが可能であり、また、骨盤位分娩や病的変形骨盤の場合には帝王切開を行なうべきであると述べている。

先天性股関節脱臼合併妊娠における分娩時の問題点として、上述の如く、骨盤変形の有無、児頭骨盤不均衡の有無、分娩体位、先天性股関節脱臼による症状の増悪などが問題となる。

本症例では、重度の股関節運動障害があるにもかかわらず、骨盤の変形は軽度であり、児頭骨盤不均衡もなく、問題は分娩体位についてのみであった。当科初診時より分娩体位を検討し、股関節痛が少なく、十分腹圧がかけられ、ある程度の時間同一体位の保持が可能であること、および会陰保護操作に支障をきたさない空間を確保できる体位を選択するために、分娩台の位置を工夫し、十分に練習を行なった。こうすることによって、残された分娩体位における問題点も解決し、自然経腔分娩も極めて円滑に行なうことができた。また、平常訴えていた股関節痛、股関節運動障害（開排および外転運動）の増悪も認められなかつた。著しい病的骨盤がない限り、分娩体位を十分工夫す

ることによって、自然経腔分娩も可能であることを示唆した一症例といえる。

結 語

先天性股関節脱臼手術後の歩行障害、開排制限を伴った妊婦の経腔分娩について報告した。骨盤の慎重な評価、児頭骨盤不均衡の有無などの検査を行い、分娩体位、姿勢の工夫、体位保持の反復練習によって、高度な開排制限を伴っていても、経腔分娩が可能となる場合があることを示す症例と考えられる。

文 献

1. 荒木日出之助, 東郷實昌: 整形外科疾患による変形狭骨盤と妊娠・分娩. 産婦の世界, 31(4): 377, 1979.
2. *Baugh, J.R.*: The obstetric significance of untreated congenital hip disease on the navajo reservation. *Obstet. Gynecol.*, 28(4): 564, 1966. (No. 5158 昭57・9・6受付)