

385 経膈プローブによる頸管無力症の診断に関する検討

秋田大, 民生病院*

平野秀人, 津田 晃, 幡谷 功, 軽部彰宏,
宮 裕子, 大友公一, 後藤 薫, 樋口誠一,
真木正博, 関口一彦*, 柴田悟史*

〔目的〕現在、頸管無力症の客観的な診断基準はない。したがって、頸管縫縮術の具体的な適応基準もない。これらを明確にすることを目的として、経膈プローブによる超音波検査法で妊娠子宮頸部を観察した。〔方法〕妊娠14～34週の正常妊婦88例、頸管縫縮術施行妊婦12例に、それぞれ延べ122回、34回の超音波検査を施行した。超音波診断装置は、アロカ社 Echo camera SSD 650、プローブは、5.0 MHz の経膈用プローブを用いた。子宮頸管長は、外子宮口から羊膜腔の腔側下端までとした。〔成績〕1. 妊娠24～25週までは、頸管長は不変、あるいは若干の延長傾向を示した。2. 妊娠25週以降は、妊娠週数Xと頸管長Yとの間には、回帰式 $Y = -0.108X + 6.169$ ($r = -0.39, P < 0.01$) と負の相関を示し、頸管長は漸減した。3. 経膈プローブでは、卵膜の頸管内突出の所見を極めて明瞭に確認することができる。この所見を認めた18例中、程度の進んだ10例に頸管縫縮術を施行したが3例は早産に至った。認めなかった82例は、全例満期産を遂げた ($P < 0.001$)。5. 頸管縫縮術を施行した例では大部分、頸管長の維持と羊膜腔の頸管内侵入を予防した。〔結論〕経腹的プローブに比べ経膈プローブの方がより早い時期に、かつ明瞭に内子宮口の開大とそれに引き続く卵膜の頸管内突出所見を発見できた。頸管無力症の超音波画像上の時間的变化は、①子宮内圧の高まりに対する子宮下部の拡大と子宮下部筋層の菲薄化、②内子宮口の開大、③卵膜の頸管内突出像、④羊膜腔の頸管内侵入像、⑤胎胞の形成、膨隆の順である。頸管縫縮術の時期としては、③が適切と考える。

386 妊娠中期における前置胎盤診断の再評価—高周波経膈プローブによるアプローチ—

日本医大

松尾健志, 高木 清, 小畑清一郎, 大池澄孝,
石原楷輔, 菊池三郎

〔目的〕妊娠中期前置胎盤の診断率が高い原因は経腹描写法の再現性に問題があった。しかし妊娠12週～20週での前置胎盤の診断率はいまだ高く、これは未開大の子宮峡部の存在が関与すると考えられる。今回、高解像力の経膈プローブを使用し子宮峡部を経日的に検出し、峡部開大時期と前置胎盤の関連性について検討した。〔方法〕正常妊婦を対象に総計189回の超音波経膈描写法を施行し、妊娠5週から妊娠20週の子宮峡部を経日的に計測、峡部開大時期を検討した。一方、妊娠12週から妊娠20週で前置胎盤とされた12例につき、子宮峡部開大の前後と胎盤位置の変化について検討した。〔成績〕子宮峡部長は妊娠5週から妊娠7週で平均15.4 mm、妊娠8週から妊娠18週で16.5～17.7 mmであった。子宮峡部は妊娠10週まで全例に認められた。妊娠11週になると7.7%が開大し、以後次第に開大し、妊娠14週から妊娠16週で80.0～88.2%、妊娠18週で91.7%とほぼ開大し妊娠19週以降は全例開大した。一方、前置胎盤とされた12例は全例診断時に峡部が未開大であった。このうち11例は峡部開大と同時に低置胎盤となり、1例のみが峡部開大後も前置胎盤で分娩始まで同じであった。〔結論〕子宮峡部は妊娠11週から開大を始め妊娠19週までに全例が開大し羊膜腔に取り込まれる。この時期に診断される前置胎盤は未開大峡部の解剖学的内子宮口と胎盤の位置関係で決定されるため、峡部が開大すると低置胎盤になると考えられた。このことから峡部開大が終了する妊娠19週まで前置胎盤の診断は保留すべきである。