

## 報 告

## 教育・用語委員会報告

## (児頭骨盤不均衡 (CPD) について)

教育・用語委員会委員長

浜 田 宏

旧用語委員会委員長

岩 崎 寛 和

旧分娩関係用語小委員会委員長

荒 木 日出之助

## はじめに

児頭骨盤不均衡 (cephalopelvic disproportion ; CPD) という用語は、明確な定義を持たないまま、広く診断名として用いられてきた。昭和46年、用語委員会の前身である産科諸定義委員会の骨盤の大きさに関する小委員会 (高知小委員長) で、臨床的には狭骨盤より CPD という考え方が実際的であるとされながらも、CPD の定義および試験分娩の限界は明確にされず、狭骨盤だけが定義され、昭和55年の会告によつて統一見解となった。

しかしながら本邦成熟婦人の正常骨盤の大きさと CPD の定義は、臨床的にはいうまでもなく教育的見地からいつても、明らかにしておく必要があるので、用語委員会委員長岩崎寛和教授のもとで、再検討事項として採択され、小委員会 (委員長荒木日出之助教授) が設けられた。

幸い、正常骨盤の大きさについては昭和60年に統一見解を得たが、CPD に関しては、検討の結果いくつかの関連事項について合意が得られたものの、定義を厳密に成文化するまでには至らなかった。

したがってまだ結論には達してはいないが、長年月にわたり委員会で検討した事項について、教育・用語委員会報告として学会誌に掲載し、広く会員諸氏からの御意見を徴したい。

## 1. CPD を診断名として用いることについて

本来、CPD は概念としてとらえておくべきであるが、現実に診断名として常用されており、また分娩中の異常でもあるから、以下の条件を十分理解したうえで、診断名として用いても差し支えないということで合意を得た。

## 2. CPD の概念あるいは定義について

CPD という概念は、単に骨盤の大小だけで分娩の予後を判定するよりも、児頭と骨盤を比較して、児頭の

産道通過性を診断する方が合理的であるという考え方から生まれたものなので、CPD という診断は、原則的には児頭と骨盤の大きさに関する適合性境界例、例えば産科的真結合線 (CVO) または最短前後径 (minAPD) が9.5cm~10.5cm 未満である比較的狭骨盤、入口面法で接する例、Seitz 法 (+) または (±), minAPD (CVO) - BPD が1.5cm 未満などに対して、試験的に分娩経過を観察し、結果的に経膈分娩を果たし得なかつた場合 (帝切例) につけられるべきである。したがって「CPD とは児頭と骨盤の大きさに関係した因子の不均衡による難産状態 (dystocia) をいう」とおおむね理解される。しかし帝切を必要とする難産状態、すなわち分娩停止や試験分娩の臨床的限界について統一見解が得られなければ、定義を成文化することは困難であるが、協議の結果次の関連事項について合意が得られた。

1) 児頭が骨盤より大きいことが明らかで、分娩開始前に児頭の産道通過障害が明らかであるもの、例えば絶対的狭骨盤、著しく巨大な胎児、巨大水頭症などの取り扱い。

分娩開始前に、成熟児の経膈分娩がほぼ不可能と予想される産科的真結合線または最短前後径が9.5cm 未満の絶対的狭骨盤、稀ではあるが入口最大横径が10.5cm 未満の絶対的横狭骨盤、著しく巨大な胎児、巨大水頭症などは、狭骨盤、巨大児あるいは巨大水頭症などによる分娩障害と表現し、その診断名を優先させるべきである。しかしいずれも児頭と骨盤の不均衡が存在するので広義の CPD といつても誤りとはいえない。

2) 児頭の回旋異常・進入異常による分娩障害は CPD から除外する。

3) 軟産道因子、陣痛因子による分娩障害は CPD から除外する。

## 4) 難産状態 (dystocia) の判断について

分娩経過に対する判断であるから、担当医師自身の意見を尊重し、条件をつけないのも一つの方法である。それでも安易にCPDと診断することを避けるために、(1)子宮口全開大、(2)既破水、(3)その後2時間にわたり分娩の進行がみられない、という3条件も考えられたが、現状では厳しすぎるとというのが大方の意見であった。すなわち、難産状態であることを理論的に厳格に判定するには、分娩第2期の試験分娩 (test of labor) の結果、上記の3条件を満たすことが妥当であると思われるが、それではあまりにも厳しい基準なので、既破水、有効陣痛は条件にするものの、子宮口全開大前に判断してもよく (trial of labor)、その場合の限界も case by case で明確な基準は決め難い。ただ fetal distress の徴候が出現すれば、試験分娩の限界であることはいままでもない。

## 3. 児頭と骨盤の数量的関係について

## 1) minAPD(CVO) と BPD の差

CPD の発生は骨盤入口に限るものではないし、また不均衡は産科的真結合線あるいは最短前後径と児頭大横径の関係ばかりではない、さらに児頭には心形機能もあれば回旋もあるので、骨盤と児頭の間どの程度の余裕があれば経腔分娩可能であり、反対にどの程度以下なら経腔分娩不可能であると明確に区分することはできない。したがって骨盤と児頭の差すなわち minAPD(CVO) - BPD の数値を CPD の定義の中に条件として付記するのは問題である。しかしながら CPD 発生に関して骨盤における産科的真結合線または最短前後径および児頭における大横径が他の径線より重要であることは否定できないし、minAPD(CVO) - BPD が小さくなればなるほど帝切率が高まるのも事実である。また minAPD(CVO) - BPD と帝切の関係について、差が1.5cm未満になると帝切率が有意に高くなり、1.0cm未満になると帝切率はさらに高率であるという報告が多く、したがって往年より基

準を甘く考え、差が1.0cm~1.5cmはCPDの発生境界例として試験分娩、1.0cm未満ならば経腔分娩を試みることなく初めから帝切にするのが今日の趨勢のようである。

## 2) 骨盤開角、恥骨弓角、骨盤形態

骨盤開角の狭小は骨盤入口における児頭進入の妨げとなるし、恥骨弓角の狭小は児頭第3回旋の妨げとなる。また扁平仙骨、長骨盤(6椎)、入口扁平型・男性型なども分娩障害の原因となるので、CPDに関係の深い因子といえる。しかしこれらをCPDの概念に含ませると複雑になるので、分娩管理上考慮すべき事項に止めるべきであろうというのが大方の見解であった。

## まとめ

さきの用語委員会で、CPDについて検討した結果、CPDとは児頭と骨盤の大きさに関係した因子の不均衡による難産状態(dystocia)であるという概念にもとづき、その関連事項として次の諸点について合意が得られた。

1) 臨床的に児頭の産道通過障害が明らかな絶対的狭骨盤、著しく巨大な胎児、巨大水頭症などは、狭骨盤、巨大児あるいは巨大水頭症による分娩障害と表現してその診断名を優先させるべきであるが、いずれも児頭と骨盤との不均衡が存在するのでCPDに含まれる。

2) 産科的真結合線または最短前後径と児頭大横径との差が1.0cm~1.5cmの場合はCPD境界域、1.0cm未満の場合はCPDと考える。

3) 児頭の回旋異常・進入異常による分娩障害はCPDから除外する。

4) 軟産道因子、陣痛因子による分娩障害はCPDから除外する。

5) 骨盤開角の狭小、恥骨弓角の狭小、扁平仙骨、長骨盤(6椎)、入口扁平型・男性型などは、分娩管理上考慮すべき事項であるが、CPDの概念には加えない。