

骨盤位分娩に対する骨盤位指数の応用について

金井忠男, 笹森源弘

はじめに

骨盤位分娩において、新生児の予後が頭位分娩に比して劣ることは周知の事実であって、これの改善のために古来多数の臨床家が苦心を重ね、数多くの論文が発表されている。更に、最近では医事紛争激増傾向の中で、健児を得られない時は担当医師の過失として訴訟に巻き込まれることも少くない。

そこで、経膈分娩即ち骨盤位牽出術をさけて腹式帝王切開術によって娩出をはかれば新生児の周産期死亡率は明らかに低下して、頭位分娩のそれと全く変わらないものとなるので、世界的にも骨盤位に対する帝王切開術が増加していることは否定できない事実である。

しかし、帝王切開術は安全に行われるようになったとはいえ、危険がないわけではなく、また、開腹手術である以上は癒著その他の術後後遺症の問題もあり、更に、次回分娩時に子宮の癒痕破裂を惹起する危険をはらむであろうこともまた否めない事実である。

そこで、必要最少限の腹式帝王切開術で、最低の周産期死亡率を得たいというのが産科医の願望であるが、ある程度まで進行した経膈分娩中に帝

王切開術に切り替えることの難しい骨盤位にあっては、これが言うに易く行うに難いのである。そこで、我々もここに著目して、すでに先人により報告されている骨盤位指数を我々の施設むきに改変して作成し、これを利用すれば骨盤位分娩の分娩開始時に経膈分娩可否の判定を下すのに役立つであろうことを報告した¹⁾。

今回、実際にこの指数を使用し始めてから2年間を経過したのでその結果を報告する。

我々の骨盤位指数

既報と重複するが、簡単にその要点を述べることとする。昭和49年から同51年までの3年間における妊娠8ヵ月以降の総分娩数は1,465例、この間の総帝切数は95例(頻度6.5%)。この期間内の骨盤位分娩は71例(初産34例, 経産37例, 頻度4.8%)であって、このうち帝切は19例(帝切率26.7%)。この間の骨盤位出産児の周産期死亡は6例。このうち早期新生児死亡は4例で、2例は3,770gと3,500gの成熟児, 他の2例は1,640gと1,420gの未熟児であった。

このうち、なかんづく前二者の死亡に反省すべき点ありと考えてスコア利用を考えたわけである。Zatuchini および Andros, 及びこれの改変で

表 1.

項 目	- 1	0	1	2
経 産 妊 娠 週 数	満 41 週以上	初 産 38-40 週	経 産 37 週	36 週以下
子 宮 底 長	40 cm 以上	36-39 cm	32-35 cm	31 cm 以下
既 往 骨 盤 位 分 娩		0 回	1 回	2 回
入 院 時 頸 管 開 大		2 cm	3 cm	4 cm 以上
先 進 部		足	臀	

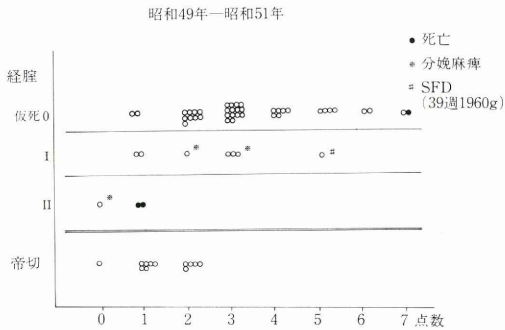


図 1.

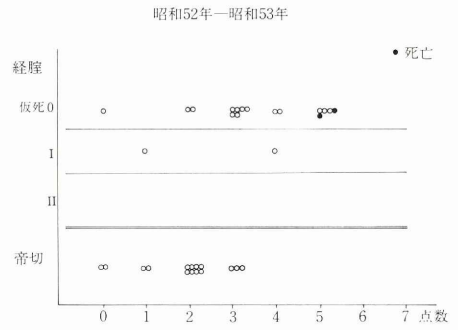


図 2.

ある関²⁾のスコアを我々の施設むきに改めて表1の如きスコアを作り、この3年間の例にあてはめたのが図1である。もちろん、これには胎児死亡2例、双胎2例、前回帝切2例、前置胎盤3例、臍帯脱出1例の計10例は他の産科因子が大きいので除外し、61例について考察したのである。

要点をまとめると、

- 1) 帝切を行ったものはスコア2点以下に限られた。
- 2) スコア1点以下で経膣分娩を行ったものは仮死I度2例、仮死II度3例(うち2例は先述せる成熟児の死亡、1例は生存したが上肢分娩麻痺)におよび、仮死0度は2例にすぎず、予後不良のものが多かった。
- 3) 他に仮死I度になったものは、スコア2点

に1例(これも分娩麻痺)、スコア3点に3例(このうち1例に分娩麻痺)があり、スコア5点に1例あるが、これは満39週で出生の1,960gのSFD児であった。

4) スコア7点の死亡例は、満30週、1,640gで出生、14時間後RDSで死亡せる1例である。

以上から、我々のスコアで1点以下は原則として帝切を、3点を超えれば経膣分娩を一応の方針としてよく、2点の場合はいわゆるダブルセットアップで両者いずれにももってゆける姿勢で対応すればよいのではないかの結論を得たのである。

この指数を使用しての成績

次に、実際にこの指数を採用して方針をきめるようにした2年間の状況を報告する。昭和52年か

表 2.

	年 度	妊8以降の総分娩	全帝切	骨 盤 位		骨盤位出産児死亡	
				う ち 帝 切	死 産	新生児死亡	
	昭和49	503	23	24	4	1	1
	昭和50	516	40	24	9	0	2
	昭和51	446	32	23	6	1	1
昭和49-51	小 計	1,465	95 (6.5%)	71 (4.8%)	19	2	4
	昭和52	432	46	16	7	0	1
	昭和53	483	49	17	8	0	1
昭和52-53	小 計	915	95 (10.4%)	33 (3.6%)	15	0	2
昭和49-53	総 計	2,380	190 (8.0%)	104 (4.4%)	34	2	6

ら同 53 年に至る 2 年間の妊娠 8 カ月以降の総分娩数は 915 例、この間の総帝王切数は 95 例（頻度 10.4%）。この期間内の骨盤位分娩は 33 例（初産 21 例、経産 12 例、頻度 3.6%）であって、この 33 例の骨盤位のうち帝王切を行ったものは 15 例（帝王切率 45.4%）。この間の骨盤位出産児の周産期死亡は 2 例で、いずれも早期新生児死亡であるが、のちに詳しく述べる。

この昭和 49 年から同 53 年に至る 5 年間のまとめを、指数作成に用いた前半 3 年と、指数を使用し始めた後半 2 年に分けて示したのが表 2 である。

前報告において、我々の骨盤位指数を作成し、点数により方針を決定する基本として示した図と同じ要領で、この後半 2 年間のスコアと成績を示したのが図 2 である。

その結果をまとめると、

1) スコア 3 点で帝王切を行った 3 例はすべて前回帝王切で今回骨盤位のもの、スコア 2 点で帝王切した 8 例には、前回帝王切、臍帯脱出、斜位各 1 例をふくみ、胎位以外の産科因子が主因となったものである。

2) スコア 1 点以下で経膈分娩を行ったものは 2 例あるが、スコア 0 点の 1 例は双胎第 2 児で、第 1 児は頭位で分娩しており、実質的には 0 点ではない。スコア 1 点の 1 例は分娩担当医師との連携不十分で帝王切の時期を逸して経膈分娩を行い、結果的には仮死 I 度となったが蘇生に成功した。

3) スコア 4 点で仮死 I 度となったのは、満 39 週で出生せる 2,640 g の SFD 児であった。

この 2 年間に早期新生児死亡が 2 例あったがその状況を述べると、症例 1 は母は 35 才、1 回経産、重症妊娠中毒症合併、満 32 週で早産となり足位で娩出、1,420 g、5 日目 RDS で死亡。症例 2 は母は 34 才、2 回経産、重症妊娠中毒症合併、満 35 週で早産となり臀位で娩出、1,380 g の SFD 児で 3 日目頭蓋内出血で死亡。以上いずれも high risk 例であり、成熟児の死亡は全くみとめられなかったし、この期間に分娩麻痺も経験しなかった。

考 按

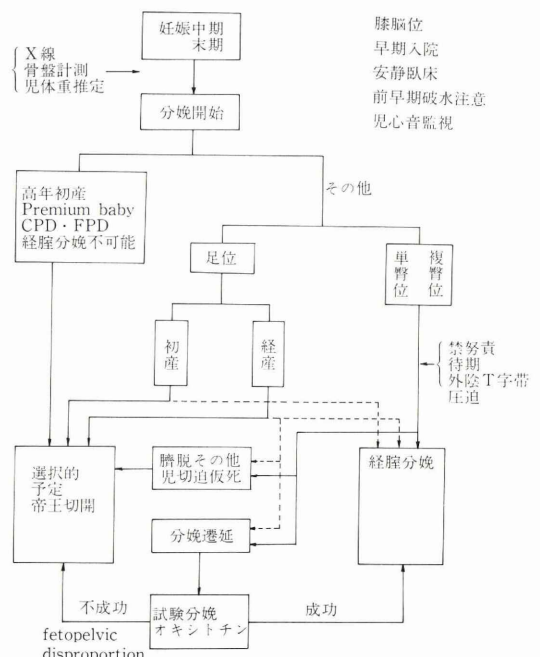
骨盤位分娩児の長期のフォローアップについては必ずしも資料は多くないが、アテネ大学小児科の Alexopoulos³⁾ は産科医にとって戦慄的な予後を報告し、重症仮死のみならず、軽度の仮死でも後遺症を残し得ることを警告している。

我々は残念ながら新生児の長期のフォローアップを試みていないが、短期的予後をみても過去 5 年間に骨盤位牽出術を行った 2 例の成熟児を失っており、痛恨の念を禁じ得ない。

かといって、殊に予後の悪い初産骨盤位は即帝王切を行うという Wright 等に始まる帝王切多用の考え方には、産科医として多少の抵抗を覚えるのも事実である。

しかし、分娩進行中に状況によって帝王切開術に切り替えることが随時可能な頭位分娩と異って、骨盤位分娩にあっては一定時点まで進行してからは帝王切開術に切り替えることは至難であるという宿命をもっている。即ち、このターニングポイントを超えるまでの間に経膈分娩をとるか、

表 3.⁴⁾



帝切をとるかの方針を決定しなければならない。

これについて、雨森ら⁴⁾は表3のような日赤医療センターの基準を、鈴木ら⁵⁾は陣痛発来前は表4、陣痛発来後は表5のような警友総合病院の基準を示しているが大いに参考となるが、実際の運用になると、医師の主観の差が入りすぎて複数のスタッフで勤務しているような場合に応用にはかなり困難がある。

表4. 陣痛発来前の帝切適応の決定⁵⁾

① 狭骨盤を主とする骨盤異常 (内診, X線骨盤計測)
② 高年初産
③ 不妊症治療後の妊娠
④ 巨大児(子宮底, 超音波胎児計測, X線胎児計測, 尿中エストリオール)
⑤ 前回帝切
⑥ 筋腫核出術後
⑦ 骨盤内腫瘍の合併
⑧ Poor obstetric history

そこで、近年になって骨盤位指数の名のもとに点数化をはかり、多少とも客観的に判定を下そうとする試みがなされ、本邦においても関²⁾が日本人向きに考案した表6のような指数がある。

我々の施設では、外来の妊婦検診担当医師と、実際分娩担当医師が一致することが必ずしも多くないし、且つ医師が少いため、夜間などの入院時の診察はすべて助産婦に委ねているため、助産婦でも簡単にチェックできるような簡便なスコアを作成してみた。即ち、関の指数を母体として、推定児体重を子宮底長におきかえ、先進部の高さは診察者の主観の差が著しいことがわかったので除外した。又、国立大蔵病院の堤⁶⁾の案をとって先進部が臀部の場合には1点を与えた。妊娠満41週以上の場合には胎児胎盤系機能検査を加える余裕がないこともあるのであらかじめ1点を減じ、子宮底長40cm以上の場合には統計上巨大児が多くなるので1点を減じた。

表5. 陣痛発来後の適応⁵⁾
Breech scoring index Zatuchni-Andros(1965)

因子	0	1	2
経産回数	初産	経産	
妊娠週数	39週以上	38週	37週以下
推定児体重	3630g以上	3629g~3176g	3175g以下
既往骨盤位分娩	なし	1回	2回
入院時子宮口開大	2cm	3cm	4cm以上
入院時先進部位置	SP-3より高い	SP-2	SP-1より低い

3点以下 帝切

4点以上 その後の分娩経過中の児心音、陣痛、破水時期、軟産道浸軟状態、分娩の進行状況、妊婦及び家族の身体的精神的状態をみて足位ではゆるめる

表6. Breech index(骨盤位指数)²⁾

点数	0	1	2
経産	初妊婦	多産	
妊娠週数	39wk以上	38wk	37wk以前
推定胎児体重	3.51kg以上	3.5~3.01kg	3.0kg以下
既往骨盤位分娩	無	1回	2回以上
頸管開大	2cm以下	3cm	4cm以上
Station	-3あるいは高在	-2	-0あるいは低在

0~3点 予後不良、帝切

4点 再評価

5点以上 予後良好、経膈分娩

表7. 横8字型娩出法による児の死亡率及び損傷⁷⁾

第1期 1933-1937 古典的方法	総数 1031例 (2500g以上)	死亡率 12.41% (128例)	損傷 8例
第2組 1938-1945 横8字型移行期	1137 (2500g以上)	7.91% (90例)	8例
第3期 1946-1962 横8字型完成期	1475 (2500g以上)	4.48% (66例)	5例
第4期 1963-1968	936 (2000g以上)	2.0%	

このように改変して作成したスコアを過去の例にあてはめてみたところ、充分使用に耐えると考えられたので発表した。今回はこれを実際に使用して治療方針を決定して診療に当たったが、すでに述べた如くほぼ満足すべき成績を得た。

骨盤位経腔分娩即ち牽出術は、産科手術の中ではもっとも修練を要するものの一つであって、たとえば本邦の第一人者とうたわれ、且つ娩出法の一つの横8字法の創案者である竹岡秀策博士⁷⁾の著書より引用すると表7のようであって、驚くべき多数例の経験と、多くの犠牲の上に技術を完成したことがうかがえるといったらいすぎであらうか。

現在の情勢では望むべくもないという印象をうけるのである。

我々は経腔分娩の修練の大切さを否定するものではないし、骨盤位は帝王切のみでよいとするわけでは毛頭ないが、いたずらに産科医の面子ばかり考えて母子に不幸を与えることがあってはならな

いし、経腔分娩で予後良好を期待できそうなケースにまで帝王切を濫用することはつづしみたいものと考えている次第である。

む す び

骨盤位分娩に際して、経腔分娩策をとるか、開腹手術策をとるかの方針を決定するのに有力な手段となると考えられる骨盤位指数を作成した。そしてこの指数を実際に使用して診療に当り、ほぼ満足すべき結果を得ていることを報告した。

文 献

- 1) 金井忠男他：骨盤位経腔分娩可否の判定に対するわれわれの試み。周産期医学，8(2)；188-190，昭53。
- 2) 関 智己：骨盤位経腔分娩可否の判定。産婦の実際，25(1)；41-44，1976。
- 3) Alexopoulos, K.A.: The importance of breech delivery in the pathogenesis of brain damage, end results of a long-term follow-up. Clin. Pediatrics, 12(4)；248-249, 1973.
- 4) 雨森良彦，他：骨盤位対策。産婦の実際，24(10)；845-857，1975。
- 5) 鈴木健治，市川敏明：骨盤位の帝王切開の適応についての基準。産婦人科診療。Q & A, p. 1012-1013, 六法出版，東京，1977。
- 6) 堤 紀夫：骨盤位管理における2-3の問題点。第282回日産婦会宮城地方部会における講演，1977。
- 7) 竹岡秀策：骨盤位娩出術。金原出版，東京，1971。
(昭和54年5月28日 受理)