特別講演

鍼灸による胎位矯正法

林 田 和 郎*

近年東洋医学の発展はめざましいものがある。骨盤位妊娠および分娩の重要な諸問題解決のため針灸を主体とした東洋医学を取り入れ、その効果と安全性、さらには理論的背景を検索した。

I 研究の背景

骨盤位分娩は全分娩の3~5%を占めるに過ぎないが、児に対する重大な risk factor という点で、今日なお産科領域におけるもっとも重要な問題の一つとなっている。これに対しては分娩時の児牽出法に関する種々の考案や改良がなされてきたが、周産期における児の死亡率や罹病率は依然として頭位分娩に比して有意な高値を示している。また妊娠中に適当な方法で頭位に矯正することができれば骨盤位に関する問題は一挙に解決するわけであるが、従来用いられてきた矯正法は、いずれも有効性あるいは安全性において疑問があり、より安全で有効率の高い矯正法の出現が望まれている。

東洋医学の経穴の中に、禁針穴・禁灸穴があり、足の太陰脾経の穴・三陰交は妊婦では禁針禁灸穴とされている。しかしながら、石野は妊娠中の三陰交施灸により胎位異常を矯正し、分娩に良好な影響を及ぼすことができたと述べている。

今回、私は妊娠36週の妊婦に三陰交の灸頭針を用い、歯痛治療に著効を奏したことを手始めとして、さらに妊娠37週2日の骨盤位の妊婦の至陰に施灸し、三陰交に灸頭針を試みたところ、治療中に著明な胎動を認め施行後約6時間で胎位が頭位に矯正された。この経験をもとに、昭和53年以降500例以上の妊娠28週以降の骨盤位症例に対し、鍼

灸による胎位矯正法を施行したところ、予想以上に良好な胎位転換成績が得られたので、ここに報告する。

II 対象および方法

1. 対 象

昭和53年12月1日より59年12月31日までの約6年間における藤枝市立志太総合病院での分娩例中、妊娠中に胎位異常(骨盤位、横位)のために「さかご外来」において、鍼灸による胎位矯正法施行の対象としたのは584例であった。矯正法施行前に頭位に自己回旋したものはもちろん、妊娠28週未満の症例、多胎妊娠、重症妊娠中毒症、前置胎盤などの異常妊娠例および34週以後に初めて本院を受診した妊娠は今回は適応外として、本法施行の対象としなかった。

2. 方 法

a. 東洋医学的胎位矯正法 (Table 1)

主矯正法と補助的矯正法に区分した。

Table 1 Displacement method and time of application

I. Primary procedures and points of application	
1) Shiin(bladder point 67):	A) moxibustion B) needle insertion
2) Saninko(spleen-pancreas point 6):	A) needle insertion B)moxa needle C) moxibustion
II. Supplemental procedures	
1) Chinese herb administrations	
2) Acupuncture under oriental medical examination	
3) Hysterospasmolytics administrations	
III. Optimal time for application: 30 ± 2 gestational weeks	

- 1) 主矯正法として、①至陰の灸あるいは刺針
②三陰交の刺針、灸頭針あるいは灸。

* Kazuo HAYASHIDA 東邦大学医学部第一産婦人科学教室

2) 補助的矯正法は主矯正のみで矯正できなかった場合に主矯正法と併用した。①漢方薬の投与 ②東洋医学的診断に基づく至陰、三陰交以外の針治療 ③子宮筋鎮痙剤の投与。

b. 胎児・母体の観察

胎位の確認は超音波断層法によった。また矯正法施行中は分娩監視装置を用いて胎児心拍数、胎動、子宮収縮を記録した。一部の症例については赤外線診断装置（サーモトレーサ・6T66，日本電気三栄）および筋電計（多用途誘発反応記録装置 model MEB-3102）を用いて、至陰の灸あるいは三陰交の灸頭針施行時の下肢皮膚温の変化，下肢筋の筋電図を記録した。

III 成 績

1. 成功率

本法施行後，頭位に回転した症例は584例中525例(89.9%)であり，残り59例な骨盤位のまま分娩に至った(Table 2)。

2. 矯正確認までの時間

成功例のうち矯正法施行後，連日来院させ観察することのできた176例について，頭位への回転が確認された時までの時間を見ると，92例(52.3%)が24時間以内であった。とくに30分以内という短時間内のものが22例(12.5%)に見られたことは注目すべきである(Fig. 1)。

Fig. 1 Time course from the abnormal presentation of achievement of the normal one.

3. 治療回数および副作用

矯正成功までに要した矯正法施行回数は3回までに310例(59%)，4回までに412例(78.5%)が矯正されている(Table 3)。

なお反復施行した場合にも，副作用は全く認められなかった。

4. 矯正不成功例の検討

矯正不成功例については，分娩時に母児の詳細な観察を行なった結果，なんらかの合併症を伴うものが43例(72.9%)に認められた(Table 4)。

5. 下肢皮膚温および筋電図

3例について下肢皮膚温の測定を行なったが，至陰の灸によっては皮膚温の変化はほとんど認められず，三陰交の灸頭針を施行した時，程度の差

Table 2 Abnormal presentation treated by the displacing method

No. of abnormal presentation	presentation types	spontaneous cephalic version	No. of cases treated		success rate %	No. of deliveries under breech or shoulder presentation
641 (19.5%)	breech 622	57	584	success 525	89.9	59 (1.8%)
	shoulder 19			failure 59		

1) Dec. 1, 1978~Dec. 31, 1984

2) total No. of deliveries without cases excluded from application : 3293

3) () : moment of total No. of deliveries (3293)

4) gestation age : 28~38 weeks

5) cases excluded from application of the displacing method tried by the author

① multiple pregnancy

② severe toxemia of pregnancy

③ stillbirth

④ abruption of placenta

⑤ abortion and premature labor of gestation ages less than 28 weeks

⑥ disease of blood (for example, thrombocytopenia, etc.)

⑦ pregnancy of congenital anomaly

⑧ pregnant women under the care of another hospital to gestation age of 33 weeks

Table 3 Number of successful cases per times treated

Times treated	1	2	3	4	5	5 over
No. of successful cases	78 (14.9%)	91 (17.3%)	141 (26.9%)	102 (19.4%)	50 (9.5%)	63 (12.0%)

Table 4 Complications of pregnancy in unsuccessful cases

Complication	No. of unsuccessful cases
Umbilical cord {Coiling of the cord	19 (32.2%)
Short cord	5 (8.5)
Oligoamnion	9 (15.3)
Bicornuate uterus	5 (8.5)
Fetus with congenital anomaly	3 (5.1)
Myoma uteri	2 (3.4)
No complication	16 (27.1)

Fig. 2 Schematic representation of sagittal B-scan of a fetus (Case 1 before the treatment)
1. head 2. breech

はあったが3例ともに皮膚温の上昇がみられた。皮膚温の上昇は三陰交の近くの部位に限定せず、大腿部にまで及んだ。

至陰の灸施行時の筋電図を、右大腿四頭筋および右腓腹筋について測定したが、いずれも灸施行中に、波形は1～4相性の微小および中等度の筋収縮現象が頻繁に認められた。

IV 症 例

症例1：30才、正常分娩1回の経産婦で、妊娠30週0日の骨盤位の妊婦。本胎位矯正法施行前に骨盤位妊娠で胎盤付着部は子宮後壁であることを超音波断層法にて確認した(Fig. 2)。

治療前より治療終了約16分後まで、胎児心拍数、子宮収縮、胎動を分娩監視装置にて連続記録した。至陰の灸施行時、さらに三陰交の灸頭針施行中より治療終了後にも著明な胎動を自・他覚的に認めた。なお胎児心拍数は全経過を通じ、120～160/分の正常整脈を持続した(Fig. 4-1, 4-2)。治療終了約16分後の時点で外診法さらに超音波断層法にて、頭位に矯正されていたことを確認した(Fig. 3)。

V 考 察

骨盤位分娩における諸問題を解決するために、従来から外回転術や胸膝位法などの胎位矯正法がなされてきたが、これらによる矯正率は無処置の場合の自己回転による自然矯正率と有意差がないという報告も多く、その効果には疑問が持たれている。またとくに外回転術に関しては、それによる陣痛発来や胎盤剥離などの危険も皆無ではない。

針灸の分野の古書「灸鍼阿是要穴：岡本一抱、元禄16年(1976年)」に「逆産刺大陰」などの記載のあることから明らかなごとく、東洋医学においても古くから胎位異常を治療の対象としており近年、わが国においても石野が異常胎位に対する三陰交施灸の影響について述べている。今回は妊娠28～37週までの胎位異常584例に対し、至陰の灸および三陰交の灸頭針を主とする東洋医学的胎位矯正法を試みたのであるが、このような多数例についての組織的な研究は従来全く行なわれていない。

本法施行後分娩までの間に、頭位に回旋した症例を成功例とすれば、本法の成功率は89.9%であった。

Fig. 3 Schematic representation of sagittal
B-scan of a fetus
(Case 1 after the treatment)

東洋医学的胎位矯正法は外回転術のごとく直接的、機械的な矯正法ではなく、胎動を促す、むしろ自己回転促進法とでもいうべきものである。今回成功例の10%以上が30分以内という短時間内に回転しており、さらに約50%が24時間以内での回転が確認されているということは、本法が明らか

に自己回転を促進する効果を有することを示すものと考えてよいであろう。

近時、東洋医学の価値が見直されるようになって、東洋医学的治療法の奏効機序を西洋医学的手法を用いて解析することにより、両者の融合を図ろうという試みがなされつつある。今回も針灸による胎位矯正の理論的背景を探る目的で、下肢皮膚温の変化と筋電図を測定した。皮膚温は三陰交の灸頭針により著明に上昇を示し、これは三陰交の周辺にとどまらず大腿を含む下肢全体に及んだ。このような皮膚温の上昇は当然皮膚血管の拡張、血液粘性の低下、血流量の増加など下肢血行動態の変化を伴うが、それはさらに骨盤内血行動態にも影響を及ぼすことにより、子宮・胎盤循環の変化をもたらす。そしてそれによりひき起こされる子宮筋緊張状態の変化や胎動の亢進が胎児の回転を促進するのではないだろうか。筋の収

Fig. 4-1 The records of fetal heart beats, labor pains and fetal movements (Case 1)

- 1 Moxibustion at point Shiin
- 2 Acupuncture at point Saninko (left)
- 3 Acupuncture at point Saninko (right)

Fig. 4-2 (continued)

- 1 Moxa needle at point Saninko (first time)
- 2 Moxa needle at point Saninko (second time)
- 3 Moxa needle at point Saninko (third time)
- 4 The end of treatment

縮に関しては、弱い筋収縮の持続中に筋血流量が徐々に増加することが知られている。至陰の灸により生じた下肢筋の収縮が、下肢血行動態の変化を通じて、上記と同様に子宮・胎盤循環に影響を及ぼすことによって、胎動が促され胎児の自己回転を促進するという可能性も否定はできない。さらには、至陰の灸さらには三陰交の灸頭針が母体のカテコールアミン（アドレナリン、ノルアドレナリンなど）分泌に影響を及ぼし、その変化が胎児に伝達され胎動が亢進され、胎児の自己回転を促進するということが推察される。

以上、今回試みた鍼灸を主体とした東洋医学的胎位矯正法は、妊婦の禁針穴、禁灸穴とされてきた三陰交の刺針、灸頭針を用いたにもかかわらず認むべき副作用もなく、成功率の高い優れた方法と思われる。もちろんその奏効機序を西洋医学的

立場から完全に解明することは、まだ困難であるが、今後なおその努力を続けるとともに、他の産科領域における東洋医学応用の可能性を検討して行きたい。

本特別講演に際し、御指導ならびに御協力を賜った東邦大学第一解剖学教室 幡井 勉名誉教授、東邦大学学長・生化学教室 浅田敏雄名誉教授、東邦大学第一産婦人科教室 百瀬和夫教授、同 平川 舜教授、同 伊藤元博助教授、同 前田光士講師、東邦大学第一病理学教室 秋間道夫教授、東邦大学放射線科学教室 木暮喬教授に深謝致します。

(〒143 東京都大田区大森西6-11-1
東邦大学医学部第一産婦人科学教室)