初妊婦の人工流産術による 頸管瘢痕狹窄の2 障碍例について

Two Cases of the Cicatric Stenosis of Cervical Canal
after the Artificial Abortion of Primigravida

日本醫科大學第一醫院産婦人科教室 (主任 石川正臣教授)

公立酒田病院産婦人科 (院長 齊藤漢教授
指導 田村治雄助教授)

醫員助手 高 松 茂 雄

Takamatsu Shigeo

I. 緒 言

人工流産術に際して、子宮頸管の急速擴張がしばしば頸管裂傷を伴うことは、既に我々が日常経験するところであり、この瘢痕治癒が將來何等かの障碍を起さないだろうかと危惧していたところ、私は最近初妊婦に於てこの瘢痕治癒後の狹窄のために、分娩時、及び次回人工流産術施行の際困難を來した2 例に遭遇したので簡単に報告する。尚ほこの豫防法としてラミナリア桿 (以下「ラ」桿と略) 挿入時間について少し検討してみたので併せて報告する。

II. 症 例

第1例 [] 25歳6月

初診 昭和23年7月20日

既往歴 初潮14歳2月、整調、持續4日、月經時下腹痛、及び乳房腫脹感、特記すべき苦患はないが、17歳の時に妊娠2カ月にて人工流産術をうけたことがある。

結婚 25歳1月

最終月經 13/Ⅱ'48より4日間

診断 妊娠4カ月及びトリコモナス膣炎。爾後妊娠は順調に経過し、分娩豫定日1月20日を過ぎるも陣痛が發來しないので、誘導分娩の目的を以て1/Ⅱ'49入院。

入院時所見

子宮底 劍狀突起下3指横徑、子宮底高33cm
腹圍 93cm、第1頭位、兒心音に異常なし、血
壓 100~80 mmHg、尿中蛋白(-)、異常所見と

しては、子宮腔部は圓形やゝ小で妊娠初期と同様な状態、普通の妊娠末期のような組織の潤軟を認め難い。

経過 入院當日、リチヤ油、キニーネ法を行つたが陣痛發來せず、依て2/Ⅱ フーチー挿入法を行うに、子宮腔部は依然として強靱な感じで、外子宮口は狭く、フーチーは1本より挿入出來ない。次で卵膜穿刺を行い、後葉劑の分割皮注を行うに陣痛あり、發作45秒、間歇2分となつたが、翌3/Ⅱ 午前6時に至り消失す。12時時見、外子宮口の開大悪く幸うじて1指挿入し得るのみ、兒頭固定やゝ不良、既に卵膜穿刺を行つており、時間の遅延による感染の増大を考えねばならないので、同日午後5時50分より帝王切開術を行い成熟女兒(3140g)を得た。その後順調に経過し術後21日目に退院した。

第2例 [] 21歳11月 旅館女中

既往歴 生來健康で苦患を知らない。初潮15歳3月、整調、持續4日、月經時障礙なしⅡ'50妊娠2カ月で人工流産術をうけた。淋菌性内膜炎を數回経験す。

初診 昭和26年6月1日

今回は最終月經22/Ⅱより4日間にて妊娠し優生保護法第13條を適用し中絶のため入院した。

入院時所見

體格營養共に中等度、全身狀態に特記すべき所見はない。子宮は後屈傾、柔軟、約鴛卵大で

附屬器はふれない。子宮腔部や、小リビド着色著明、腔内容に淋菌(一)

子宮内腔を測定せんとするに、頸管狭窄著明で子宮消息子は勿論、外科消息子すら挿入不能、止むなく腔式切開を行うこととして一時退院、4/Ⅶ再入院し腔式切開により内容除去術を行つた。術後順調に経過し2週間で退院した。

III. 考 按

軟産道の病的變化、例えば頸管の瘢痕狭窄が稀なこと乍ら分娩時障礙を來すことは成書に記載するところであり、第1例は結婚前の人工流産術であり、當時の社會狀態から考え極めて秘密裡に施行されたことがうかがわれる。又第2例は旅館女中(接客婦)と云う特殊職業のためにしばしば淋疾に罹患し、前回中絶後、未だ完全治療しないうちに再感染しその結果高度の瘢痕狭窄を來したものと思われる。第2回日本産科婦人科學會總會における宿題報告中、小島秋氏擔當の「子宮内容除去術による失敗例」では(1)子宮穿孔 (2)内容遺殘 (3)感染 (4)頸管裂傷 (5)ラミナリア桿による失敗の順に多いとされているが、(1)、(2)は多分に術者の技術によるけれども、(3)、(4)、(5)は注意深く施行すれば大いに減することが出来ると思われる。上記の宿題報告中、人工妊娠中絶法について、柏原、小島、橋爪、尾島諸氏により結論されている中で妊娠3カ月迄のものうち初妊、その他胎兒に比し頸管狭少例にては「ラ」桿その他により頸管開大の後、2次的に内容除去を行うのが安全であると云われ、此の點について安井氏も述べているように産婦人科醫は誰でも一應分つてをり乍ら、而も尙實際には相當數の不詳事が發生していることを認めざるを得ない。例えば前記小島氏の報告によると頸管裂傷中、ヘガール擴張器によるものが62%を占め、うち初妊婦は14例中9例、經妊婦34例中22例の多きに見られたと云うが、一般に子宮穿孔は失敗例と認めるけれども、頸管裂傷は左程重要な失敗例と認められていないのが現状ではなからうか。

IV. 「ラ」桿挿入による細菌感染、及び挿入時間

「ラ」桿使用のための細菌感染については、前記の失敗報告例24例中10例(41.7%)に感染例を認め、そのうち敗血症2名(うち1名死亡)を見たといひ、その他 Amersbach は26例中11例に、Straus は30例中2例に、荻野氏は198例中約19%に發熱を見たといつてゐる。此等の細菌感染について、小島氏は第1に「ラ」桿消毒の困難性、第2に「ラ」桿挿入時の細菌侵入による感染、第3に「ラ」桿抜去操作による感染をあげてゐるが、私はこの他に「ラ」桿の挿入時間の長短も與つてゐると考える。「ラ」桿の消毒については小西、木内氏によりフォルムアルデヒドガスによる滅菌が最優秀なりとせられ、「ラ」桿挿入時の細菌感染については、兩氏は完全消毒済の「ラ」桿にては何等細菌を認めずといひ、寺田、井上氏は本邦製「ラ」桿をブイオン中に投入して細菌培養を行い、同種細菌を認めたといふ。又中富氏の實驗によると「ラ」桿挿入前に凡て陰性であつたものが1日挿入後抜出の際、先端部に種々な細菌を證明した點、及び小西、木内氏の流産手術時の腔内細菌検査は消毒前は勿論、消毒後も1日の培養により種々な細菌を證明したと云う點から見て小島氏は「ラ」桿挿入時、細菌も共に頸管内に、時に子宮腔内に侵入せしめることはあり得ると推定してゐるが、私はその他腔内の自淨作用と云う點から見て、異物としての「ラ」桿の挿入時間も細菌感染の輕重に關係すると考え、この時間が短縮出来れば細菌感染も輕度に済むものと推定する。

次に「ラ」桿挿入後大體24時間後抜去して内容除去を行うのが普通であるが、この2日間に亘る2重操作を行わねばならぬ點が繁雜であり、種々の事情で略す例が多いのではないかと思われる。「ラ」桿使用後の内容除去術が比較的容易なのは「ラ」桿の膨脹による頸管擴張の他に頸管組織の潤軟化と云う點も與つてゐる。従つてこの點から云えば、短時間の使用では意味が少く、或一程度の時間を必要とするが、私はこの兩者に適合すために「ラ」桿の時間的膨脹を見るため、先づ 37°C の試験管内(滅菌蒸溜水)における「ラ」桿の膨脹を見たところ、別表(1)の如く

3時間で最大に達するが、実際に使用して「ラ」桿の膨脹を時間的に観察したところ、別表(2)の如くであつた。(個々の例により、例えば頸管分泌物の多いものは膨脹も早いわけであるが、實際は餘り變化は認められなかつた。)

別 表 (1)

使 用 前	直徑約 2×2 mm
30 分	" " 6×6 "
1 時 間	" " 7×7 "
2 時 間	" " 8×8 "
3 時 間	" " 10×8 "
4 時 間	" " 10×8 "

シリモリキ産(國産)「ラ」桿測定は先端の最も狭い部位にて行つた。

別 表 (2)

使 用 前	直徑約 2×2 mm	
挿入後 3 時間	" 7×7 "	
" 4 "	" 7×8 "	
" 5 "	" 7×8 "	
" 6 "	" 8×8 "	
" 8 "	" 8×8 "	
" 10 "		} 利用價值が少い つて觀察せず
" 12 "		
" 20 "	" 10×11 "	
" 24 "	" 10×11 "	

別表の如く3時間挿入の場合は直徑7×7mm迄膨脹しているが、頸管組織の潤軟は未だ不充分である。又3~4時間位の時は「ラ」桿は内子宮

口附近にて縊れてヒョウタン型となることが多く、先端が7×8mmに膨脹していても縊れた部分は5×5mm位しか膨脹しない。「ラ」桿の實際使用價值の減少する原因の1として2日間に亘る2重操作が障碍になるのであり、感染を最少限に防ぐためには挿入時間が短い程よいわけであるから、これらの目的のためには、午前中に「ラ」桿を挿入し、午後抜去して中絶術を行えば當日中に手術を終了することが出来、この意味から云えば「ラ」桿の挿入は5~8時間位が適當と思われる。

V. 結 語

(1) 私は初妊婦の中絶術施行後發生したと思われる高度の頸管狹窄のために分娩時、及び次回中絶術時にそれぞれ障碍を來した2例を経験した。

(2) 初妊婦の人工流産術に際して豫め「ラ」桿を挿入して頸管擴張を圖るのが安全である。

(3) 「ラ」桿の挿入時間は感染を少くする點、及び2日間に亘る2重操作を避けるために最短5時間位の挿入に止めても使用効果が認められる。

文 献

- (1) 眞柄正直: 最新産科學(異常編)
- (2) 小島 秋: 産婦人科の世界(第3巻第7號)
- (3) 小島 秋: 日産婦誌(第2巻第4號)
- (4) 安井修平: 産科と婦人科(第18巻第6號)
- (5) 小西連水, 他: 産科と婦人科(第18巻第7號)