

## 報 告

## 産科諸定義委員会

委員長 梅 沢 実

## 「分娩時胎児の器械学的諸相の表現法」に関する小委員会報告

小委員長 尾 島 信 夫

小委員会委員 川上 博 坂元 正一 楠本 雅彦

分娩時の胎位・胎向・胎勢・定位・下降度などの表現法に関する本小委員会においては、問題の性質上まづ日産婦用語委員会の編集した産婦人科用語集からこれらに関する用語を項目別に分類抜萃してプリント(11頁)をつくり、これについて検討を行なつた。その結果、記載用語は概ね適当と認めたと、**「先進部」と「定位」**について改訂を行なうこと、および胎向・下降度などについて新しい表現法をも併せて採用することが望ましいという見解に達した。そこで昭和42年10月16日に小委員会の前記4項目に関する試案を、小委員会提案要旨として印刷した1枚と、前記産婦人科用語集抜萃のプリント1部とを産科諸定義委員会全委員および全国大学産婦人科教室主任教授各位に郵送して検討を依頼した。

昭和42年10月23日米子市福祉会館において公開の産科諸定義委員会が催された際にその第1部として本小委員会の公開討議を行なつた。先づ尾島小委員長から前記プリントを資料として提案説明を行なつた後、川上・坂本・楠本の各小委員から補足説明があり、ついで提案の各項について産科諸定義委員その他会員から小委員との間に熱心な質問あるいは討論が行なわれた。その要旨は次のごとくである。

## 1. 先進部と前置部(下向部)の区別

(提案) 従来邦語においても、また外国語(たとえば presenting part)においても、先進部と前置部の区別があいまいで混同されやすい憾みがあつたので、

先進部 Leitstelle, lowest part, leading part

前置部 Vorliegender Teil, presenting part

たとえば 頭あるいは骨盤は 前置部

後頭あるいは殿部は 先進部

と両者を区別して使用することとしたい。

(討議) これに関しては1~2の委員を除いてほとんど全出席者がその主旨を是としたが、解剖学的に頭側と尾側という主旨を重んじて、前置部という意味は母体の前方ではないので、むしろ下向部の方が適当であるとの意見がのべられ、すでに下向部という用語も存するので、結局**「先進部と下向部とを区別して使うことがのぞましい」**という見解に到達した。

## 2. 定位と進入との区別

(提案) 従来**の定位**という用語が骨盤入口における児頭進入の傾斜を表現する場合と、高在縦定位、あるいは低在横定位のごとく異常な回旋状態に停滞する場合との両方に用いられているが、両者は本質的に異なるものであつて、外国語では明かに区別されている。そこで

現用語

新用語

正軸定位

順軸進入

不正軸定位

傾軸進入

前(後)頭頂骨定位

前(後)頭頂骨進入

高在縦定位、低在横定位はそのままとし、進入および定位各用語の外国語用語は従来通りとする。

(討議) 本提案の主旨を誤解したと思われる1~2の反対論の外は、進入と定位の両者を区別する方針は大多数の委員によつて賛成されたが、順(傾)軸進入という新しい名称そのものについてはもつとほかに適当な用語をのぞむ論者が多く、さらに適切な術語が案出されるならば進入に代つてそれを採用したいという方針に達した。

## 3. 胎向について

(提案) 従来胎向という場合には児背の向きを主として問題としてきたが、分娩時に重要な児頭の向きを表現する場合にも使用されたことがあり、また時間的に複雑

に変化する児頭の向きを簡明に表現する方法は不充分であつた。そこで次の様な方式が考えられる。

胎向を分けて背向と頭向とする。たとえば第1背向、第2頭向など。頭向のこまかい表現法として方位点 (point of direction, denominator) による方式を認める。すなわち産婦骨盤の区分を

前A, 左前LA, 左横LT, 左後LP, 後P, 右後RP, 右横RT, 右前RA  
の8方向で示し、後頭O, 額F, 頤M, 仙骨S, 肩甲骨Scの5方位点と組み合わせて下向部の向きを示す。組み合わせの順序は、

L > denominator < A  
R > < T  
P

とする。胎勢の分類は必要に応じて併記する。たとえば、LOA, RMA, LST全足位など。各胎勢と方位点の関係は次表に示す。

胎位	胎勢	先進部	方位点	備考
頭位	後頭位 (屈曲)	後頭あるいは後方頭頂	後頭	0 前方後頭位OA
	頭頂位	頭頂	後頭	0 後方後頭位OP
	前頭位 (軽度反屈)	前頭	額	F
	額位 (反屈)	額	額	F
	顔位 (強度反屈)	顔	頤	M 頤後方顔位MP 頤前方顔位MA
骨盤位	骶位			
	単骶位	骶部	仙骨	S
	複(合)骶位 (骶足位)	骶部	仙骨	S 骶片足位 骶両足位
	膝位	膝	仙骨	S 全膝位 不全膝位
	足位	足	仙骨	S 全足位 不全足位
横位	各種	肩・腕・軀幹	肩甲骨	Sc

(討議) 種々な質疑が行なわれたが主旨としてすでに国際的に使用されている方位点による方式の採用に反対する異論は少なかつた。ただし方位点の代りに先進部の略称を用い、縦軸回旋と横軸回旋(屈曲および反屈)とをあわせ表現させてはとの議論があつた。併し先進部は産道の中心部に近く位置することもあり、先進部を以て方位点に代えることは理論上からも明かに不合理であつて本方式の代案とはならない(後頭位といつても先進部は頭頂後方に近い)。また助産婦に本方式を理解せし

め得るかとの質疑もあつたが、新制度の助産婦はすべて高等学校を卒業しており、アルファベットの略称を使用することに抵抗はあり得ないと考えるし、また実際に教育しつつある旨、小委員長から解答した。

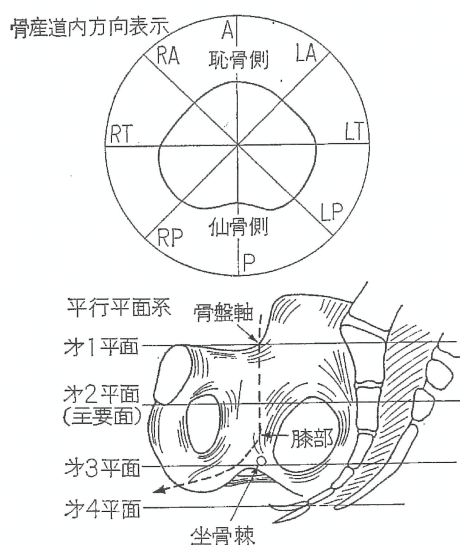
#### 4. Hodge 平行平面系を基準とする児頭下降度の表現方式

(提案) 骨産道内の児頭下降度の臨床的表現方法については各医家が苦心されており、独自の方法を用いられる方も多い様であるが、骨盤潤部など古典的平面系による方式は骨盤内に触診上確実な指標をふれ難くレントゲン側面撮影像について論ずる場合の外は、実用的でない憾みがある。DeLeeに始まり米国において常用されている棘間線から先進部までの距離による方法は、児頭が骨盤軸の膝部を通過して前方に屈曲進行する程に下降してからは、適当な方法といえるが、膝部に達する前に、ほぼ入口面に垂直に進行する期間においては、Hodge氏平行平面系の第2平面、すなわち骨盤主要面(chief plane of pelvis, 恥骨結合下縁を含み、骨盤入口面に平行)と先進部との垂直距離によつてCP±x cmと表現する方式が試案として考えられる。本平面は内診指を腸骨稜とほぼ平行に挿入することによつて適切な方向が得られるので、少し習熟すれば先進部の高さを推定することは容易であり、CP+2 cm以上、すなわち第2平行面より2 cm以上先進部が下降していれば、下降中の児頭の最大水平断面が入口面より下にあること、すなわちengagement が起つていることを推定し得ることなどをスライドにより小委員長が説明した(産婦人科の実際第13巻9号771頁)。

(討議) 児頭の下降度を先進部の位置によつて判断するのは産瘤によつて誤りを生ずることがあるではないかとの異論があり、産瘤がある場合はこれを割引きして考える必要があり、また前述の値はすべて後頭位についてであつて、反屈位については先進部と最大水平断面との距離が後頭位より大となることを考慮することが必要であると小委員長から解答した。骨盤のレ線検討を行なう場合にも平行平面系を使用する考えかという質問には、レ線骨盤計測では潤部平面も写真上明かに認め得るので古典的平面系の使用が可能であり、平行平面系は内診上の方式であると答えた。産後連合あるいは肛門から先進部までの距離による方法が実際的と思われるとの説に対しては、移動可能な軟産道によつて計測を行なうことは不合理であり、実際に膣陰陰切開を行なえば1瞬にして

計測基準点が失われることを指摘して答えた。腸骨稜は弯曲して第2平行面の方向は推知し難いとの異論に対しては、その変曲は弧状だから弦を想像すればよいし、内診指はそう長くないから、多少その方向は狂つても計測値に大きい差は生じ得ないと述べた。児頭の進行径路は必ずしも入口面に垂直とはいえないとの異論に対しては、正確な垂直でなくともほぼ垂直であれば進行度を先進部の垂直距離で比較することに無理はないと思うと答えた。本問題は実際に本方式を経験せずに推理の上で討論される傾向があり、実際の効果についてはまだ理解が不足している様に見受けられた。

附 図



**結論** 以上の様な討議の結果本小委員会の提案は10月23日の公開委員会において大体承認されたが、学会の名において決定する前に全会員に公示し、批判を経た上で最終決定に至るのが適当であるとの結論に達し、小委員長が委員長を経て報告書を日産婦学会誌に発表することに決定した。

本小委員会の扱う諸定義は、各臨床家が多年実施してきた産科における診察法と緊密な関連があり、すでに各自の方式に習熟して平素の診療をされている以上各位の従来の表現方式、ひいては従来の診察法を改変するという事は非常に困難である。併し学会としては、産科臨床の進歩に応じ、また医学の国際化したがつて合理的と信ぜられる方式を採用することは専門医の修練、あるいは臨床水準の向上をはかる上にゆるがせにできぬ学会の使命ともいうべきである。したがって従来慣用せられ

きつた方法を排除するというよりは、これと併用し得るよう合理的と信じられる方式を加えて採用することが目下の道であり、やがてある期間を経れば真に優秀な方法が自然に普及し、不適当な方法は過去のものとして自然の選択に耐えずに消失すると思われる。

以上の諸提案に対して会員各位の御意見が本小委員会に寄せられるならば幸である(42年10月29日)。

## 生産の定義小委員会報告

三 谷 茂

昭和42年3月日産婦学会総会時の産科諸定義委員会にて提起せる事項につき、大学教授ならびに産科諸定義委員会委員81名に解答を願い、56名から返答をうけた。その内訳は

### 1) 在胎期間について(おのおの賛意者数)

- イ) 在胎25週以降 49名
- ロ) 在胎21週以降 2名
- ハ) 在胎27週以降 1名
- ニ) 在胎28週以降 1名
- ホ) 在胎29週以降 1名
- ヘ) 生の徴候の有無から 1名
- ト) その他 1名

### 2) 生下時体重との関係は

- イ) 在胎期間のみでよい 9名
- ロ) 生下時体重のみでよい 0名
- ハ) i) 在胎期間を主、生下時体重を従とする 22名
- ii) 生下時体重を主とし、在胎期間を従とする 17名

具体的に2)、ハ)について、

- i) 在胎21週以降、生下時体重 500g以上 2名
- ii) 在胎25週以降、生下時体重 500g以上 32名
- iii) その他および無解答 7名

すなわち在胎期間のみでよいとする9名を加えると、在胎25週以上49名中、32名はさらに、生下時体重 500g以上を支持。在胎期間と生下時体重の何れを主とするかでは、在胎期間のみを含め在胎期間を主とする意見は31名、生下時体重を主とするもの17名である。

なお経産の定義について参考意見を伺ったが、妊娠7ヵ月以降の分娩歴を以て経産とする意見は42名、現行妊