

## 胎位矯正に対する灸施術の効果について

添田 陽子<sup>1</sup> 鈴木 千浩<sup>1</sup> 佐藤 譲<sup>1</sup> 矢野 忠<sup>2</sup>  
石村 朱美<sup>3</sup> 高橋八重子<sup>3</sup> 下村 禎宏<sup>3</sup>

<sup>1</sup>明治鍼灸大学 婦人科学教室

<sup>2</sup>明治鍼灸大学 第一東洋医学臨床教室

<sup>3</sup>医療法人薫風会佐野病院 産婦人科

要旨：今回著者らは妊婦166例（妊娠24週～40週）を対象に、患者自身で簡便にできる特定穴（三陰交と至陰）の灸施術を指導し、胎位矯正の成否を追跡し、その有効症例から胎位矯正率を、無効症例から胎位矯正の阻害因子を検討した。その結果、全症例の76.5%が骨盤位から頭位に回し、非常に高い胎位矯正率が得られた。また、矯正無効症例においては、施灸開始時の妊娠週数が重要な関連因子と考えられた。一方、分娩経験の有無から阻害因子について比較すると、初産婦では臍帯長の過短や子宮の拡張と硬度が、経産婦では臍帯の巻絡がそれぞれの主な因子と結果的に推測された。

## I はじめに

骨盤位分娩では、頭位分娩に比べ児の分娩外傷や hypoxia、遷延分娩などによる fetal distress などのハイ・リスクを伴いやすく<sup>1-3)</sup>、帝王切開（帝切）適用の頻度が高くなる事は周知である<sup>1)</sup>。それ故、母児にとっても骨盤位分娩を出来るだけ避ける必要があり、日常診療でも胸膝位側臥位法や外回転法<sup>4-8)</sup>などの方法により骨盤位矯正が積極的に取り組まれている。また、骨盤位矯正率を高めるための手段として鍼灸治療が改めて見直され、産科領域でもその効果が近年報告されるようになってきた<sup>9)</sup>。この観点から、我々は骨盤位の妊婦に対して簡便で負担の少ない灸施術を試行し、経時的に胎位を追跡しながら、分娩時点で頭位に矯正されていた症例（経膈と帝切を含めて）について有効群としてまとめた。また、矯正が無効であった症例（無効群）については、娩出時に観察した母児の所見も参考にして、胎児と胎内環境に関連した矯正阻害因子を推測した。

## II 対象と方法

## 1. 対象

平成3年11月より平成5年5月までに薫風会佐野病院産科にて妊婦検診を受け、骨盤位を指摘された24週以降の妊婦166名を対象とした。内訳は初産婦（Primipara 以下 P. P. と略す）が93名（56.0%）、経産婦（Multipara 以下 M. P. と略す）が73名（44.0%）であった。妊婦全体の平均年齢は28.2±3.8歳であった。胎位矯正を開始した平均妊娠週数は P. P. が29.3±2.3週、M. P. が29.6±2.8週であった。この時点での胎児の平均推定体重は、P. P. が1416.2±446.3g、M. P. が1476.2±446.3gであった（表1）。

## 2. 調査項目

まず、灸施術の胎位矯正の成功率を集計した。次いで胎位矯正率と胎内・胎児因子との関連性を見るために、以下の項目順に調査した。

灸施術開始時の1) 妊娠週数、2) 胎児推定体重、3) 胎盤の付着位置。

表1 対象

	症例数 (%)	平均年齢	胎位矯正開始時GW	胎位矯正開始時の 児の推定体重
全症例	166 (100)	28.2±3.8	29.4±2.5	1440.9±418.1
初産婦	93 (56.0)	27.2±3.5	29.3±2.3	1416.2±446.3
経産婦	73 (44.0)	29.6±3.6	29.6±2.8	1476.2±446.3

GW:gestational weeks 妊娠週数.

灸施術施行中の4) 膝胸位の胎位矯正法 (knee-chest positioning: kcp) の併用による矯正効果, 5) 灸施術の実施日数.

また, 分娩に際しての, 6) 分娩時の妊娠週数, 7) 分娩方法.

そして, 娩出後の8) 新生児の体重と, 胎児付属物の9) 羊水量, 10) 臍帯長と巻絡.

但し矯正の成否については, 超音波断層法を用いて, 1週間ごとに確認した.

### 3. 灸施術の方法

妊婦の定期検診で骨盤位が指摘された時点か

ら, 灸施術とkcpを基本療法として治療を開始した. 施灸部位は, 胎位矯正法の基本経穴である三陰交と至陰を用いた<sup>10)</sup> (図1).

三陰交には, ほとんどの症例に温灸法 (カマヤミニ: 釜屋もぐさ製, あるいは, せんねん灸: SENEFA製) を用いたが, 温灸法で熱感を得にくい一部の症例には, 半米粒大の艾による直接灸 (知熱灸) を左右に5壮ずつ追加した. 至陰には, 全症例に半米粒大の直接灸を左右に5壮ずつ用いた.

対象となった妊婦には, 家庭でも連日実施でき

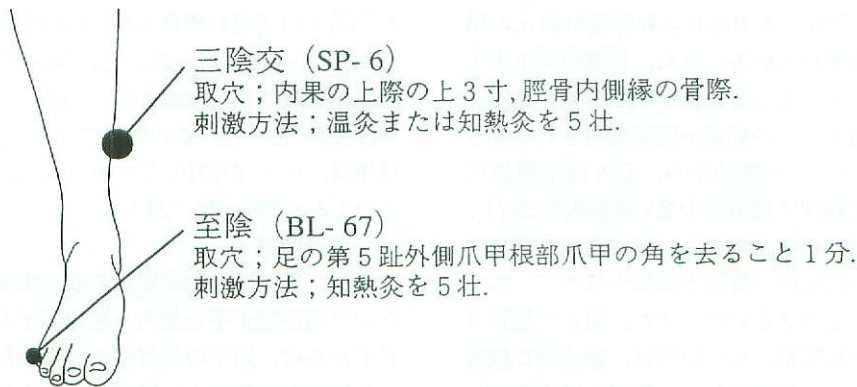


図1 施灸部位

胎位矯正の基本穴であり, 簡易に施灸できる部位である「三陰交」と「至陰」を選んだ. 家庭でも連日実施できるように, 各部位の施灸方法と回数を指導した.

るように、取穴方法と施灸法を指導した。

灸施術は1日1回ずつ連日行い、胎位が矯正されるまで継続した。なお、対象とした妊婦166例のうち86例はkcpを併用し、7例は灸単独であった。他の73例についてはkcpの実施や灸施術が完遂されず、併用症例として採用できなかった。

4. 統計分析

P.P.とM.P.におけるそれぞれの項目全てに関する比較分析は、一元配置分散分析法で有意差を認められたのち、Sheffe法にて多重比較を試みた。統計分析にはAbacus Concepts社のStat ViewとLanguage System Corp.社のSPSS for the Macintoshを用いた。対象となった両群(M.P.とP.P.)の背景(開始週数やその時の胎児推定体重など)を比較した所、明確な差異は認められなかった。

III 結 果

1. 灸施術による胎位矯正率

全体の胎位矯正率を表2に示す。166例のうち127例が頭位となり、76.5%の矯正率を得た。P.P.とM.P.の各群では、P.P.は93例のうち69例(74.2%)で、M.P.は73例のうち58例(79.5%)

の矯正率であった。無効であった39例のうち、P.P.は24例で過半数(61.5%)をしめた。

これらの結果を妊娠月数別でまとめると、7ヶ月では89.3%、8ヶ月では76.9%、9ヶ月では71.0%であった(表3)。更に、P.P.とM.P.に分別すると(図2)、P.P.は7ヶ月で93.3%、8ヶ月で72.1%、9ヶ月で68.8%であり、M.P.は7ヶ月で84.6%、8ヶ月で83.7%、9ヶ月で73.3%であった。しかし、10ヶ月になってから胎位矯正を開始した症例が両群で3例あったが、有効症例はなかった。

2. 灸施術開始時の妊娠週数と矯正成功率

灸施術を開始した妊娠週数は、有効症例で29.1±2.2週、無効症例では32.6±3.1週であった(表3)。P.P.とM.P.とに分別したそれぞれの有効例と無効例とでは、P.P., M.P.とも有効例の方が早い時期に施灸を開始していた。P.P.(29.0±2.0週)とM.P.(29.2±2.3週)の有効例を比較すると、両群の間で差異はなく、無効例ではP.P.が30.3±2.7週、M.P.が31.0±3.8週であり、P.P.がM.P.より比較的早い時期に無効となりやすい傾向がみられたが、有意性は認められなかった(図3, F値=4.11)。

表2 結 果

		症例数 (%)	Mox開始時の妊娠週数	実施日数*	kcp併用症例数**	
					有	無
全症例	有効	127 (76.5)	29.1±2.2	10.7±8.3	68	5
	無効	39 (23.5)	32.6±3.1	—	18	2
初産婦	有効	69 (74.2)	29.0±2.0	11.4±8.4	37	2
	無効	24 (25.8)	30.3±2.7	—	10	1
経産婦	有効	58 (79.5)	29.2±2.3	9.9±8.2	31	3
	無効	15 (20.5)	31.0±3.8	—	8	1

\* : n = 66, \*\* : n = 93.

Mox: Moxibution灸, kcp: knee-chest positioning 膝胸位の胎位矯正法.

表3 妊娠月別の結果

		症例数	矯正率 (%)	Mox開始時の妊娠週数	実施日数*	kcp併用症例数**	
						有	無
全症例	有効	127	76.5	29.1±2.2	10.7±8.3	68	5
	無効	39		32.6±3.1			
7ヶ月 (24週～ 27週)	有効	25	89.3	26.4±0.8	9.6±7.4	14	1
	無効	3		25.3±1.2			
8ヶ月 (28週～ 31週)	有効	80	76.9	28.9±1.2	11.6±9.2	39	3
	無効	24		29.4±1.1			
9ヶ月 (32週～ 35週)	有効	22	71.0	32.7±0.8	9.4±6.4	15	1
	無効	9		33.0±1			
10ヶ月 (36週～ 39週)	有効	0	0	—	—	—	—
	無効	3		38.0±0			

\* : n = 66, \*\* : n = 93.

Mox : Moxibution 灸, kcp : knee-chest positioning 膝胸位の胎位矯正法.

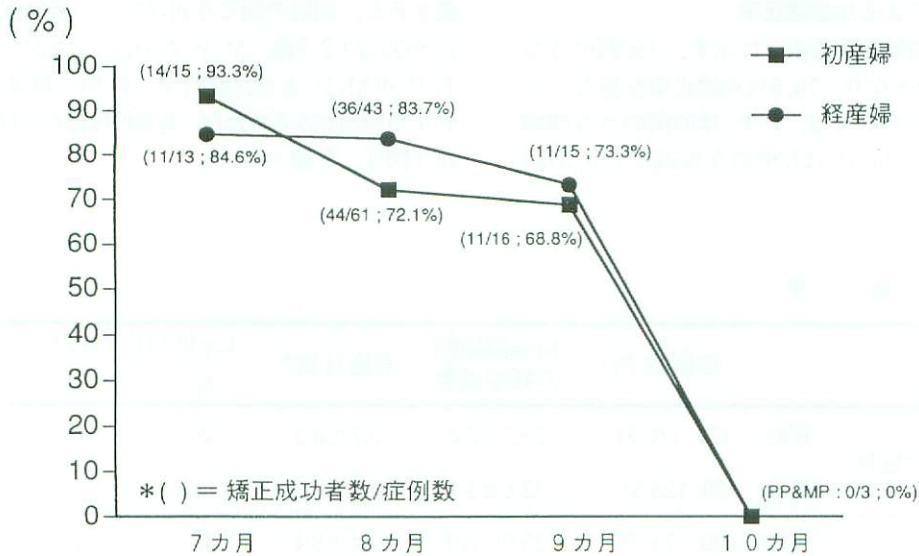


図2 矯正成功率の変化

初産婦と経産婦のそれぞれの妊娠月毎の胎位矯正率をみている。初産婦では月数が進むにつれて矯正率が徐々に低下する傾向が見られるが、経産婦では月数が進んでも矯正率に大きな変化はなく、ほぼ横這い状態であることがわかる。

また、初産婦も経産婦も10ヵ月(36～39週)になると、矯正率が極端に悪くなっている。しかし、今回は症例数が3例(初産婦1例、経産婦2例)と少ないことや、分娩間近になってから施灸を試みており、時間的に余裕が無かったことなどの考慮すべき点があったためであり、今後更に症例数を重ねることで値が変化する可能性が十二分にある。

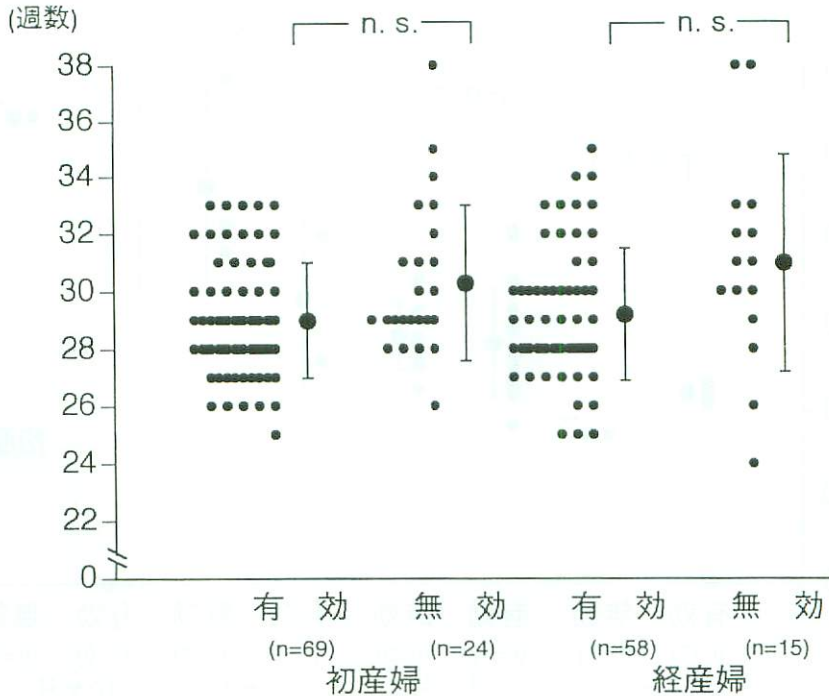


図3 灸施術開始時の妊娠週数

灸施術を開始した時点での妊娠週数を、矯正有効群と矯正無効群とで比較している。両者ともに有意性は得られなかった。

表4 推定胎児体重

		n	7ヶ月	n	8ヶ月	n	9ヶ月	n	10ヶ月*
初産婦	有効	7	1112.3±47.6	18	1407.6±321.6	2	1658.5±518.3	0	—
	無効	1	856.0±0	9	1444.8±197.6	3	2321.7±546.6	1	2720.0±0
経産婦	有効	5	1115.8±60.8	13	1435.5±223.3	4	2063.8±436.4	0	—
	無効	2	692.5±177.5	3	1646.7±407.8	1	2122.0±0	2	2935.0±63.6

\* 10ヶ月の数値は出生時のものを用いた。

3. 灸施術開始時の推定胎児体重と矯正率

灸施術開始時の推定胎児体重を妊娠月数毎にP. P. とM. P. の間で比較検討した(表4)。P. P. での有効例と無効例の関係は、7ヶ月で1112.3±47.6gと856.0±0g、8ヶ月で1407.6±321.6gと1444.8±197.6g、9ヶ月で1658.5±518.3gと

2321.7±546.6g、10ヶ月では無効例のみで2720±0gであった(図4、F値=9.9)。一方、M. P. での有効例と無効例の関係は、7ヶ月で1115.8±60.8gと692.5±177.5g、8ヶ月で1435.5±223.3gと1646.7±407.8g、9ヶ月で2063.8±436.4gと2122.0±0g、10ヶ月では無効例2935.0

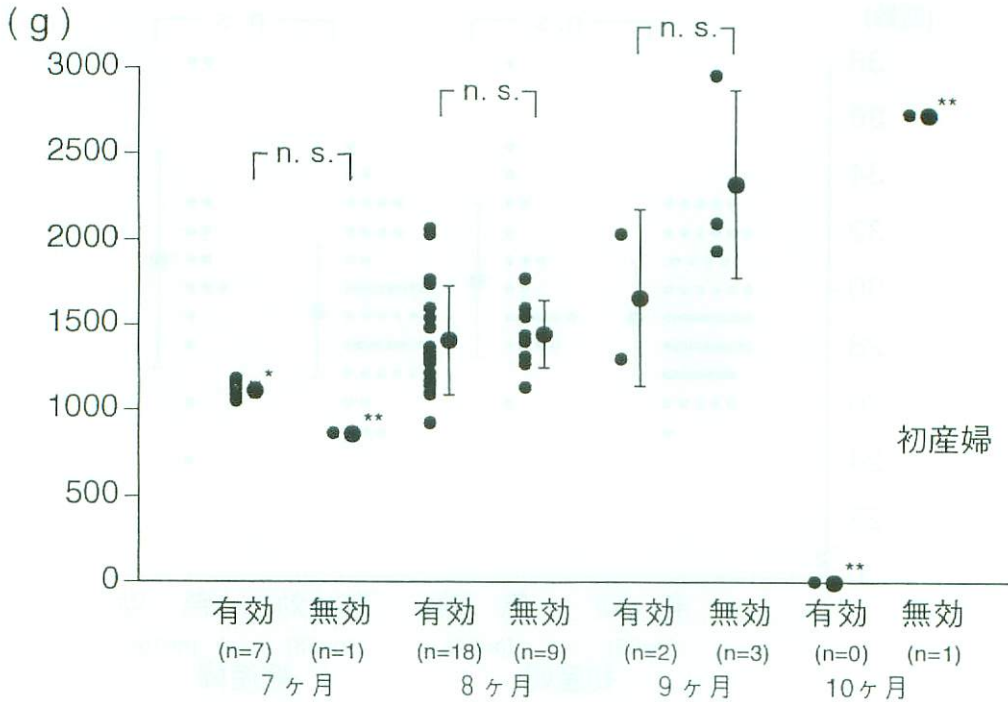


図4 効果別の推定胎児体重（初産婦）

初産婦の妊娠月数別胎児推定体重を有効群と無効群に分けて比較した。初産婦93名中記録できた41名について検討した結果、月数が同じなら妊娠9ヵ月までの胎児の発育程度は胎位矯正にあまり影響しないことが示唆された。また、この時期までの胎位矯正阻害因子として、子宮腔の拡大性や子宮筋の緊張などの他因子が関与していることが考慮された。

\* :  $SD \pm 47.7$  \*\* : 症例数が1または0のため、SDは得られなかった。

$\pm 63.6$  gであった（表4）。P.P.とM.P.のいずれの比較の間にも有意性は認められなかった（図5、F値=19.33）。

#### 4. 膝胸位胎位矯正法の併用と矯正

kcp併用症例については、86例中68例は有効で、18例は無効となり、矯正率は79.1%であった。また、kcpを併用できなかった7例中5例は、灸施術単独で胎位が矯正され、2例が無効となり、矯正率は約71.4%であった（表2）。

#### 5. 灸施術の実施日数と矯正

有効例では矯正されるまでの平均実施日数については、P.P.が $11.4 \pm 8.4$ 日間であり、M.P.のそれは $9.9 \pm 8.2$ 日間であった（表2）。

#### 6. 分娩時期と娩出方法

分娩時期については、いずれの症例も37~42週の正期産で、自然または人工誘発陣痛で、経陰的または帝王切開により出生した。（有効例の平均が $39.3 \pm 1.6$ 週、無効例が $38.2 \pm 1.9$ 週であった）（表5）。

娩出方法については、帝王切開が全症例中51例（30.7%）を占めた。頭位の帝王切開率（14.2%）と骨盤位の帝王切開率（84.6%）との間に、明らかな差異が認められた（表5）。

#### 7. 出生時の児体重と胎位矯正

出生時の児体重については、有効例が $3106.5 \pm 321.4$  g、無効例が $2917.2 \pm 415.5$  gと両者の間に有意差は認められなかったが、有効例の新生児が

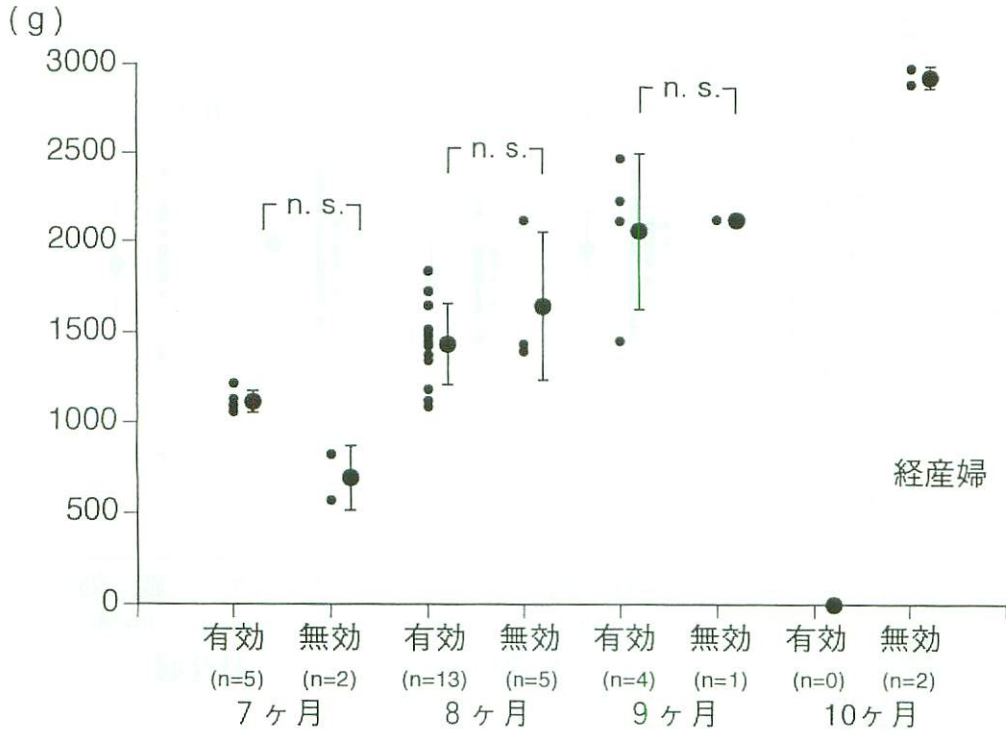


図5 効果別の推定胎児体重（経産婦）

経産婦の妊娠月別の推定胎児体重を有効群と無効群とで比較したが、いずれの症例においても有意性はみられなかった。今回は記録できた症例が少ないため（経産婦73例中31例）、傾向についてのみ述べることにする。7ヶ月という早期では、無効群の平均児体重（692.5g）が一般の平均値（1045g）より低いことから、胎児の大きさその者が阻害因子でないことがわかる。しかし、8ヶ月以降では無効群での児体重が重い、あるいは両群での差が見られないことから、初産婦と同様に胎児の成長に応じた骨盤腔や子宮体腔と胎児の不均衡、胎動などの他因子が問題になる。ことが示唆された。

表5 娩出物の検討

	分娩GW	児平均体重	平均羊水量 (%)			平均臍帯長	臍帯巻絡 (%)	平均巻絡回数	胎盤付着位置 (%)			CS (%)	
			少	中	多				前壁	側壁	後壁		
全症例	有効	39.3±1.6	3106.5±321.4	0	111 (94.9)	6 (5.1)	53.2±12.0	31 (24.4)	1.0±0.9	55 (44.7)	9 (7.3)	59 (48.0)	18 (14.2)
	無効	38.2±1.9	2917.2±415.5	1 (2.9)	33 (97.1)	0	46.6±10.1	9 (23.1)	1.3±1.0	19 (48.7)	4 (10.3)	16 (41.0)	33 (84.6)
初産婦	有効	39.4±1.9	3095.6±315.7	0	59 (95.2)	3 (4.8)	51.6±9.1	19 (27.5)	0.9±0.7	34 (50.0)	3 (4.4)	31 (45.6)	13 (18.6)
	無効	38.5±1.5	2895.9±268.0	1 (5)	19 (95)	0	43.8±10.9	3 (12.5)	0.8±0.8	12 (50.0)	3 (12.5)	9 (37.5)	21 (87.5)
経産婦	有効	39.2±1.1	3128.0±336.8	0	52 (94.5)	3 (5.5)	53.9±12.5	12 (20.7)	1.2±1.2	21 (38.2)	6 (10.9)	28 (50.9)	5 (8.8)
	無効	37.9±2.4	2950.7±589.0	0	14 (100)	0	51.0±7.0	6 (40.0)	1.7±1.0	7 (46.7)	1 (6.7)	7 (46.7)	12 (80.0)

GW: gestational weeks 妊娠週数

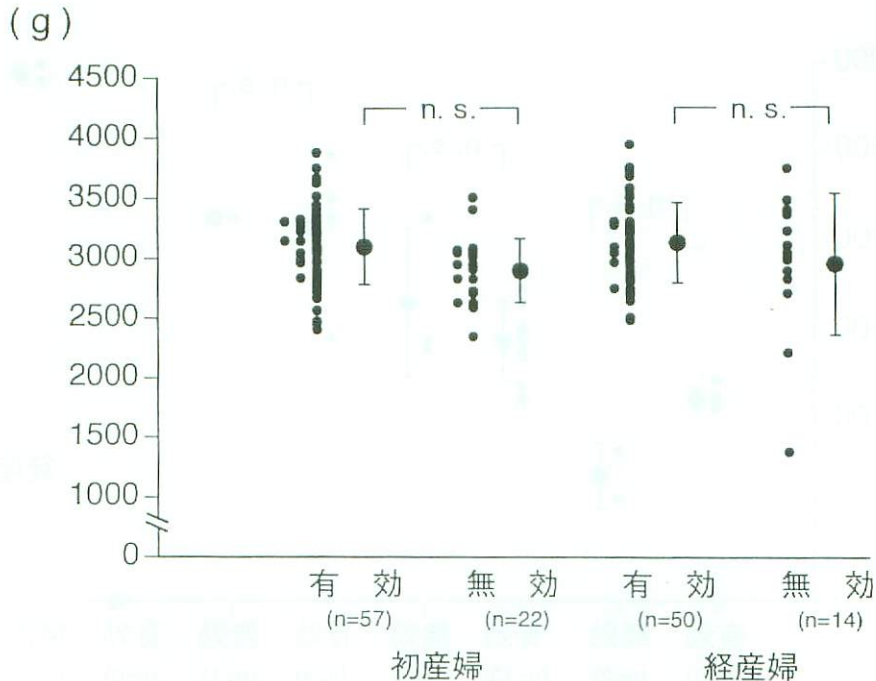


図6 新生児体重

やや重い傾向を示した(表5)(図6 F値=2.83)。

#### 8. 臍帯異常(長短)や巻絡の有無と胎位矯正

臍帯長(平均が約50cm)については,有効例が $53.2 \pm 12.0$ cm,無効例が $46.6 \pm 10.1$ cmで,無効例の過短が目立った(表5)。P.P.の有効例( $51.6 \pm 9.1$ cm)と無効例( $43.8 \pm 10.9$ cm)とでは有意性( $P < 0.05$ )が認められたが,M.P.では差が認められなかった(図7, F値=3.91)。また,全症例での臍帯巻絡の発生率は有効例で24.4%,無効例で23.1%であった。P.P.では有効例(27.5%)より無効例(12.5%)で発生率が低かったが,M.P.では有効例(20.7%)よりも無効例(40.0%)で約2倍の発生率がみられ,しかも無効例では,巻絡回数の多い症例が,より高頻度であった(表5)。

#### 9. 胎盤附着位置や羊水量と胎位矯正

胎盤附着については,有効例では前壁附着44.7

%,後壁附着48.0%であり,無効例では前壁附着48.7%,後壁附着41.0%で,両症例の間に差異は認められなかった。一方,羊水量はいずれの症例においても過多や過少の異常所見はみられず,両者の間で比較は出来なかった(表5)。

#### 10. 合併症や副作用

灸施術により子宮出血や子宮筋の過緊張,微弱陣痛,胎動の低下など,妊娠経過における異常所見は認められず,母児に対する悪影響も生じなかった。

#### IV 考 察

骨盤位分娩における fetal distress の発生頻度や帝切適用率の高さは<sup>1,4-8,11)</sup>,自然で安全に骨盤位のまま経腔分娩させることの難しさを物語っている。急遂分娩における帝王切開術では,母児に対して合併症を伴うなど様々な問題がある。以



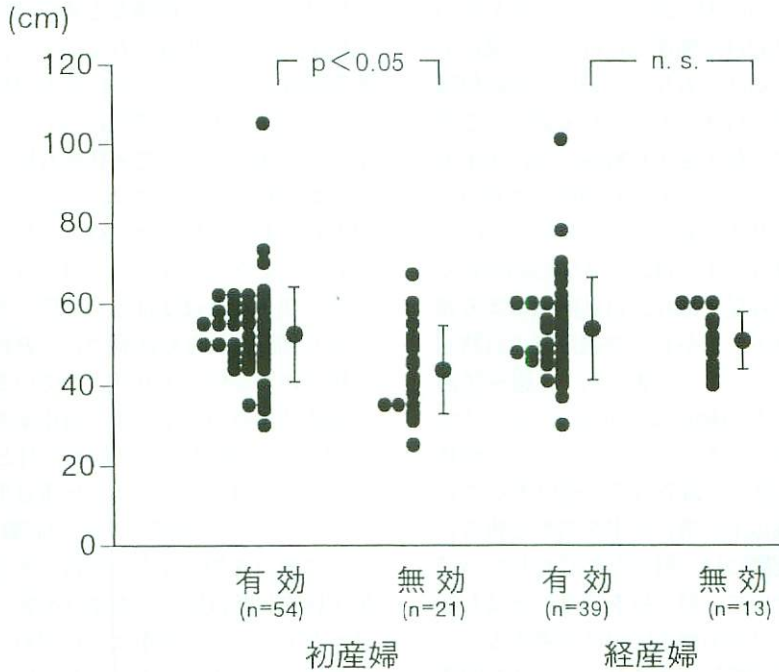


図7 臍帯長

初産婦と経産婦ともに、無効群は平均より短い傾向にあった。特に初産婦では有効群と無効群とで有意性があり、臍帯の過短が矯正阻害因子となり得ることが推測された。一方経産婦では有意性は得られなかった。

表6 自然矯正率

著者	妊娠週数別骨盤位率 (%)				
	～6カ月 (～23週)	7カ月 (24～27週)	8カ月 (28～31週)	9カ月 (32～35週)	10カ月 (36～39週)
吉田浩介 <sup>2)</sup>	45.1	34.4	16.8	8.8	4.5～3.1
	73.2	34.5	16.9	5.5	4.7
伊藤博之 <sup>6)</sup>	50～70	35	16～17	10	4～5
藤井 仁 <sup>7)</sup>	—	33.3	14.7	11.7	4.1
小畑英介 <sup>12)</sup>	45.1	34.3	16.8	8.8	3.8

前は、児の帝切児症候群 (respiratory distress syndrome 呼吸窮迫症候群) の発生が重大問題であったが、麻酔法や手術法が改善された近年では、この合併症の発生率は著しく低下し、児にとっては、むしろ極めて安全性の高い分娩法に変わって

いる。しかし、母体にとっては、子宮壁を切開する開腹手術であり、術中の大量出血、汚染された羊水の腹腔内流入、術後の血栓症の形成、骨盤静脈炎などの併発のおそれもあり、全く弊害がないとは言いきれない<sup>16-18)</sup>。このような合併症を避ける

ためには、骨盤位が原因で適用される帝切分娩の機会を出来るだけ避け、簡便な経膈分娩で娩出することが賢明な予防法にもなる。頭位への胎位矯正は、娩出する側の母体と娩出される側である胎児の双方にとって、負担をより軽減させ、出来るだけ事故を回避する意味でも、妊婦検診において怠ってはならない基本的処置項目であるといえる。

妊娠27週（7カ月）までは、活発な胎動に伴い、体位変換も比較的容易であり、自然回転による頭位復元も期待できる。しかし、28週以降の自然回転率は著しく低下し<sup>2,6,7,12)</sup>（表6）、32週～36週では薬物を投与した積極的な胎位矯正法<sup>13,14)</sup>でも53～67%が限界である。これに反し、吉元や林田ら<sup>9,10,15)</sup>は胎位矯正に鍼灸治療を適用することにより、80～90%以上の矯正結果を得たと報告している。しかし実際には、鍼灸師が常在しない通常の産科診療において、鍼治療を行うことはもともと困難である。日常医療の実用性を考えると、助産婦や妊婦自身が簡易におこなえる方法を開発する必要がある。そこで我々は、施灸点を三陰交と至陰の2経穴に限定した簡易法を試行し、その調査から矯正率と矯正無効症例の検討を行った。結果的には、76.5%の平均矯正率を得ることができた。特に妊娠9カ月より灸治療を開始した症例においても70%という高い矯正率が得られたことは、灸施術のみでも臨床的に充分有用性があると判断できた。

灸施術が効果を奏するメカニズムとしては、灸による胎動の増加と母体の自覚的な下肢の温もりが認められたことから、林田ら<sup>10)</sup>が指摘しているように、皮膚を介した熱刺激が自律神経（血管運動神経）活動を興奮させ、これが骨盤内や下肢の循環動態に影響を与え、結果的に子宮動脈の血管抵抗性の低下や血流量の増加、子宮筋の過緊張の抑制（子宮壁の弛緩）、胎動の増加と胎児の易応形性を引き起こし、胎位が変換しやすくなるものと推察された<sup>19,20)</sup>。

これまでの鍼灸治療による胎位矯正法の報告を検索してみると、無効である症例の約半数に高度の臍帯巻絡や臍帯過短、羊水過多、双角子宮、子

宮頸部や粘膜下の筋腫など矯正不能と思われる器質的異常所見が指摘されている<sup>10)</sup>。これらの事実を確認する上でも、今回、我々は胎位矯正に関連する胎児条件と胎内環境についての情報を結集し、矯正阻害因子について多角的な検討を加えてみた。

妊娠週数と矯正率では、P.P.では妊娠週数が進むにつれて、矯正率が徐々に低下する傾向が見られた。しかし、M.P.ではP.P.より低下はゆるく、矯正率はほぼ横這い状態であった（図2）。つまり初産婦より経産婦では、妊娠週数が進んでも矯正の可能性はより残されているといえる。

施術開始時の推定体重と矯正率をみると、P.P.とM.P.の両群とも、妊娠8ヶ月と9ヶ月では有効例よりも無効例の方が児体重は重い傾向にあった。特にP.P.の場合、93例中記録できた41例について検討を加えると、妊娠8ヶ月までの胎児の推定体重は胎位矯正にあまり影響しないが、妊娠9ヶ月では平均児体重に差が認められ、児の大きさが矯正を阻害する因子となり得ることが推測された。一方、M.P.の症例73名中31名では、何れの妊娠月数においても有効例と無効例とに明らかな差がないことから、M.P.においては胎児の大きさそのものが阻害因子となるのではなく、月数に応じた骨盤腔や子宮体腔と胎児及びその附属物との間の不均衡や胎動などの複数の関連因子が相互に影響してくると推測された。以上より、P.P.においては、妊娠9ヶ月からの骨盤位矯正法の成功の可否を左右する要因に胎児の發育程度が考えられた。一方、P.P.の9ヶ月以前の症例やM.P.の症例においては、妊娠週数に応じた子宮の応形性や子宮の硬度（緊張度）、臍帯血流量が要因として考えられた。しかし、決定的根拠となるデータはなお不十分であり、更に詳細に検討を進める必要がある。

灸施術単独例での矯正率をみると、kepが併用できなかった7例中5例は矯正されており、灸単独でも胎位矯正が期待できる結果（表2）が得られた。しかし、症例の絶対数が少なく、結論づけるには更に今後の検討が必要である。

胎位矯正の観察は1週間ごとに行ったが、ほと

んどの症例は2週間以内に矯正の可能性が判定された。有効例では、矯正までに要した期間はP.P.が11.4±8.4日、M.P.が9.9±8.2日で、M.P.がより短期間であった。無効例では、P.P.とM.P.の間で、最終的な結果を出すに要した期間に大きな差異が認められた。P.P.においては多数の関連因子が集積して、個々により異なる経過を経て阻害因子を形成したためと推測された。一方、M.P.においては、非常に短期間で矯正の可否に決着がつき、少数であるが、決定的となる阻害因子の存在が推測された。

分娩時期に関しては、すべての症例で分娩経過に異常はなく正常通りであった。施灸が原因と考えられる子宮の過緊張や弛緩などは観察されず、早産や過期産に悪影響は見られなかった。分娩方法に関しては、矯正有効群(頭位分娩)の帝切率は、無効群(骨盤位分娩)のそれより低く明らかに矯正による効果が確認された。しかし、諸家の報告では、全分娩例の帝切率は平均11~12%程度<sup>22)</sup>であり、そのうち骨盤位分娩においては、12.0<sup>23)</sup>~30.2%<sup>22)</sup>の範囲である。これらの報告と比べると、我々の全体の帝切症例数は経腔分娩数に対して多く、諸家の骨盤位における帝切率(30.2%)とほぼ同じ頻度で、非常に高率を示した。この原因は有効群の帝切率は14.2%でやや高い程度であったが、無効群で84.6%と極めて高率であったためである。

これらの不一致について検討してみると、①有効例(頭位分娩)でも、臍帯巻絡が比較的高率であった。②臍帯巻絡の頻度が、経産婦では無効例

で非常に高率であった。③臍帯長については、初産婦の無効群で過短が目立った。④娩出法に、出来るだけ患者の希望を取り入れ、骨盤位では積極的に帝切を適用する治療方針をとった等の理由が考えられる。

新生児の体重から矯正の難易性を逆に推測すると、P.P.ではより軽い方が矯正しやすいといえた。しかし、M.P.では体重差(成熟児)は矯正を左右する要因とはなりえなかった。

臍帯長と矯正率を検討すると、無効例(46.6±10.1cm)において平均(50~60cm)<sup>21)</sup>よりも短い傾向にあった。図7で分布をみると、P.P.では40cm以下の症例が21例中8例(38.1%)あり、胎位矯正不成功の一因子となり得ることが推測された。

臍帯巻絡と矯正率では、P.P.においては有効例と無効例での発生率に差はなかったものの、M.P.においては有効例よりも無効例での発生率がほぼ2倍あり、M.P.の矯正無効の因子となり得ることが推測された。

我々の灸施術とkcp併用法が無効であった症例に関して更に検討してみると、診療上の不完全、不備な施灸をのぞけば、上記以外に特記すべき母体や胎児・胎児付属物の所見はわずか数例に見受けられたのみであった。その内容も前回帝切や子宮形態の変化などのわずかな異常で、その影響は無視できないが、母児の重篤な疾患と関連する例外はみられなかった(表7)。

なお、灸施術により子宮収縮や胎児・胎盤系などの母児に対する悪影響は何ら認められず、施灸法とkcpを併用した胎位矯正法はきわめて安全

表7 無効症例の検討

症例	年齢	PP or MP	児体重	羊水量	臍帯巻絡	臍帯長	その他
1	26	PP	2620	中	+	35	IUGR入院中
2	26	PP	3060	中	+	60	子宮が不整形
3	28	PP	3040	中	+	45	至陰の灸をしなかった
4	29	MP	2980	中	+	55	施灸による知熱なし
5	21	MP	1370	中	+	44	前回もCSで患者の希望

性が高い矯正方法であることが確認された。

今後、より高い矯正率を得るためには、kcp併用は無論であるが、三陰交と至陰の施灸のみならず、それ以外の東洋医学的診断法（弁証）に基づく経穴（足三里、曲泉、次髎、志室など）を補助穴<sup>9,10,15)</sup>に加え、積極的な診療方針を発展させる必要がある。

## V 結 語

①三陰交と至陰の灸施術と胸膝位側臥位法の併用による胎位矯正法は、76.5%の骨盤位症例に有効であった。特に9カ月以降でも70%という矯正率が得られ、臨床的に有効な方法であった。

②自然頭位復元が減少する28週以降においても、灸施術により高い矯正率を得ることができた。初産婦では妊娠週数や胎児体重が、経産婦では胎児体重が大きな影響を与える因子であった。従って、灸施術により高い矯正率を得るためには、出来るだけ早期（27～32週）に適用しなければならない。

③胎位矯正の可能性は、約2週間の灸施行期間で判定された。経産婦では初産婦に比べて、より短期間で成否の決着がついた。

④胎位矯正率は、経産婦に比べて初産婦で、より低値であった。胎位矯正の阻害因子として、経産婦では臍帯巻絡が、初産婦では臍帯長の過短が推測された。また、両群に共通した阻害因子として子宮体部の拡張性と硬度の異常が推測された。

⑤帝王切開適応に関して、有効群は14%で、無効群の85%に比べて非常に低かった。これより、灸施術による矯正の成否は帝切適応となる high risk を間接的に予測する結果となった。

## 謝 辞

統計解析にご協力いただいた第一東洋医学臨床教室の石崎直人先生に深謝申し上げます。

## 参考文献

- 久保武士：帝王切開率。産科と婦人科，60：116～117，1993。
- 吉田浩介：骨盤位における帝王切開の適応。産婦人科の実際，31：2007～2011，1982。
- 中嶋 晃：骨盤位における帝王切開の適応。産婦人科の実際，31：2003～2006，1982。
- 村尾昭俊：骨盤位対策，ことに、外回転について。産婦人科治療，37(2)：211～215，1978。
- 長谷川玄：骨盤位の取り扱い方について。産婦人科治療，67(1)：95～98，1993。
- 伊藤博之：妊娠時骨盤位の取扱い。産婦人科の実際，31：1983～1989，1982。
- 藤井 仁，米本季子：妊娠時骨盤位の取扱い産婦人科の実際，31：1991～1997，1982。
- 松永隆元，浜田悌二，石松順嗣ら：子宮収縮抑制剤投与下における妊娠末期骨盤位外回転術の検討。産婦人科の世界，39：63～37，1987。
- 吉元昭治：骨盤位の胎位矯正。鍼灸療法—一般診療と婦人科領域—：230，1990。
- 林田和郎：東洋医学的方法による胎位矯正法。東邦医学会雑誌，34(2)：196～206，1987。
- 岩崎寛治：骨盤位と分娩。産婦人科治療，66(6)：960～964，1993。
- 小畑英介：骨盤位の管理。日本母性保護医協会研修ノート，12：1～3，1978。
- 千村哲朗，舟山 達，三井盾夫ら：骨盤位の自然回転に対する Ritodrine 経口投与の臨床的検討。産婦人科の世界，41：29～31，1989。
- 菅谷 進，笹川 基：塩酸リトドリン経口投与を併用した骨盤位の胸膝位側臥位法について。産科と婦人科，60：1161～1164，1993。
- 有馬靖子：胎児位置異常と至陰穴，近畿学術集会：7，1990。
- 鈴木重統：帝王切開のリスク—とくに大量出血の際に起こりうる止血・血栓学的な立場から，産婦人科治療，66(6)：999～1002，1993。
- 真木正博：産婦人科医のための血液学入門6。産婦人科領域における血栓学，血液幹細胞，66：355～360，1993。
- 岩崎寛和，重光貞彦，河野圭子ほか：帝王切開—とくに帝切率の変遷と適応を中心に—，産婦人科治療，66(6)：950～955，1993。
- 丹羽邦明，野村祐久，新里康尚ほか：骨盤位に対する灸療法の試み，日本東洋医学雑誌，43(5)：136，1993。
- 釜付弘志，金倉洋一，野村祐久ら：骨盤位に対する灸療法の試み，日本東洋医学雑誌，43(5)：136，1993。
- 日本産科婦人科学会：産科婦人科用語解説集，金原出版株式会社：1992。
- 久保武士：帝王切開率，産科と婦人科，60：116～117，1993。
- 松浦俊平，矢野樹理，越智 博：帝切率を減少させるために，産婦人科治療，66(6)：956～959，1993。

## The Correction on Malpresentation by Moxibustion

SOEDA Youko<sup>1</sup>, SUZUKI Chihiro<sup>1</sup>, SATOH Yuzuru<sup>1</sup>,  
YANO Tadashi<sup>2</sup>, ISHIMURA Akemi<sup>3</sup>, ATAKAHASHI Yaeko<sup>3</sup>  
and ASHIMOMURA Sadahiro

*1 Department of Gynecology, Meiji College of Oriental Medicine*

*2 Department of first clinic of Oriental Medicine, Meiji College of Oriental Medicine*

*3 Kunpu-kai Sano Hospital*

**Summary:** In our country to date, acupuncture and moxibustion have been appreciated as useful for the correction of malpresentation. Many available and reasonable reports associated with breech delivery treated by the combination of acupuncture and moxibustion can be found. In particular, oriental medicine is recently reevaluated as a natural procedure in obstetrical clinic. However, the distinct efficacy of the treatment with moxibustion only has not been formally demonstrated.

Accordingly, we examined the effects of moxibustion only on 166 pregnant women with fetal malpresentation diagnosed in the 24-40th gestational week. In practice, moxibustion method was individually developed, but included the two points, Sanyinjiao(SP-6) and Ziyin(BL-67).

Consequently, the correction rate for malpresentation was estimated to be 76.5%, which was unexpectedly high. However, in failed cases, the gestational week at the initial treatment was considered the most important factor in determining the possibility of correction. In primipara patients, the main factors of obstruction were, in order, shortening of the umbilical cord, and dilatation or hardness of the uterine wall. In multipara patients, the main factor was a loop in umbilical cord. In our study, the high correction rate prior to labor using a natural procedure such as moxibustion was identified as very effective since breech delivery is liable to cause fetal distress which may lead to birth trauma or palsy of the newborn.