

前回帝王切開妊婦の最近の取り扱い

自治医科大学
産科婦人科教授
佐藤 郁夫

はじめに

近年、わが国の帝王切開（帝切と略）率は諸外国同様、増加傾向にある。その要因の一つとして、前回帝切の反復帝切が注目されている。帝切は比較的安全とはいえ、その合併症は、出血、輸血、感染、イレウスなどから近年増加傾向にある重篤な肺塞栓症までさまざまであり、安易な帝切は厳に慎むべきである。その意味からも、帝切率減少のために、前回帝切後経陰分娩（Vaginal birth after cesarean section VBAC）が推奨され、その安全性、有用性についても多くの研究がなされている。ただし、VBACの実行に当たっては、症例を厳選し、十分なインフォームドコンセントを旨とすることはいうまでもない。

本論文ではまず教室の過去10年間における分娩数と前回帝切例の分娩様式について言及し、次いで前回帝切妊婦の内外における取り扱い法について考察し、これらをもとにわが国における取り扱い指針の検討を行う。

教室における過去10年間の分娩数と前回帝王切開例の分娩様式

表1は過去10年間の分娩統計と前回帝切例の分娩様式について検討したものである。分娩数は昭和61年の1,007例をピークに減少している。これは当院の役割上ハイリスク妊婦の分娩前管理症例数の増加と体外受精の普及による多胎妊娠の増加も原因の一つと考えることができる。

（表1）教室における過去10年間の分娩数と前回帝王切開例の分娩様式

年	分娩数	帝王切開	前回帝王切開	今回の分娩様式	
				帝王切開	経陰分娩
昭和60年	1,002	*	**	***	
61	1,007	116(11.6)	53(4.5)	35(6.6)	18
62	959	131(13.0)	46(3.5)	28(6.0)	18
63	971	114(11.9)	39(3.4)	19(4.8)	20
平成元年	988	132(13.6)	46(3.4)	21(4.5)	25
2	942	144(14.6)	43(2.9)	23(5.3)	20
3	942	152(16.1)	58(3.8)	26(4.4)	32
4	862	165(19.1)	52(3.1)	21(4.0)	31
5	768	177(23.0)	55(3.1)	30(5.4)	24
6	667	191(28.6)	57(2.9)	44(7.7)	13
7	701	230(32.8)	59(2.5)	47(7.9)	12
合計	8,867	1,552(17.5)	508(3.2)	294(5.7)	213

* / \ 分娩に占める割合(%)

** / \ 帝王切開に占める割合(%)

*** / \ 前回帝王切開に占める割合(%)

一方帝切数ならびに率についてみると、昭和60年から平成元年までは12~15%を推移していたが、平成2年以後急増し、平成3年には862分娩中165例19.1%、4年は768例中177例23.0%、5年には667例中191例28.6%、6年には701例中230例32.8%とついに30%を超えた。ところが前回帝切例の推移をみると、過去10年間の症例数には増減はみられず、帝切数は増加しているので前回帝切例の占める割合は低下し、平成6年は25.7%にすぎない。さて教室における前回帝切例妊婦の取り扱い方針は可能な限り経膈分娩を努力するというのが原則である。今回帝切（緊急帝切プラス選択的帝切）となった症例についてみると昭和60年を除き、昭和61年から平成4年までの期間中40~60%で明らかな増減はみられなかった。しかし、平成5年以後、インフォームドコンセントを徹底したところ、結果として77.2%、79.7%、と帝切例が激増し、経膈分娩は約20%に低下した。

前回帝切症例の取り扱いに関する現状と問題点

〔Ⅰ. 米国における現状〕

まず米国の現状から解説する。1980年代に拍車のかかった米国の帝切率を危惧した NIH (National Institutes of Health) は1981年に反復帝切の代わりに VBAC を推奨する論文を発表し、米国産婦人科学会 (ACOG: American College of Obstetrics and Gynecology) は帝切後の経膈分娩 (VBAC) のガイドラインを勧告¹⁾した。これらは帝切率に最も寄与している選択的反復帝切を減少させるのが主たる目的である。ちなみに1990年における米国の帝切率は22.7%で、わずかながら減少傾向がみられるが、しかし、WHO や United States Department of Health and Human Services の目標とする15%には程遠い。

勧告の要旨は以下の如くである。

1. 慣例的な反復帝切を取りやめ、子宮下部横切開例では経膈分娩を試みる。
2. 2回以上の下部横切開の症例も、経膈分娩を否定しない。
3. 前回帝切のデータが不十分の場合、trial of labor (TOL) するか否かは、妊婦ごとにリスクを再評価する。
4. 前回帝切が体部縦切開法（古典的帝王切開術）の場合はVBACは禁忌である。
5. 分娩中の緊急事態に際し、手術決定から開始まで迅速に対応できる施設である。
6. 分娩進行を評価し、帝切を施行できる医師が常時待機していること。

ACOG の Committee は VBAC のガイドラインの最後に、陣痛誘発や促進、硬膜外麻酔は禁忌でないと記載している。しかし双胎、骨盤位、4,000 g 以上の児、前回帝切が low vertical incision（頸部縦切開法）の VBAC に関しては、あえて答えを出していない。米国での前回帝切における VBAC 率は1980年が3%、85年が7%、90年が19.5%と年々増加しているが、なお80%が結果的に反復帝切である。

ACOG の勧告のなかで、わが国で前回帝切例を取り扱う際に問題となるのは、2. の2回以上の帝切例の経膈分娩、5. の緊急事態に対する迅速な対応、6. の帝切ができる医師が常時待機する点などである。さらに陣痛誘発、促進、硬膜外麻酔は禁忌としている施設が多数を占める。

〔Ⅱ. わが国における現状〕

小林²⁾は前回帝切妊婦の取り扱いについて大学病院9施設、国公立病院14施設、民間基幹病院9施設、さらに厚生省心身障害研究/ハイリスク妊娠に関する研究（平成4・5年度、班長東京女子医科大学武田佳彦教授、19施設参加）のデータから次のように解説している。

それによると、前回帝切1,826例中反復帝切1,296例（71.0%）、VBAC530例（29.0%）

であったが、このうち TOL の回答が得られた施設に限ってみると、前回帝切1,241例において、選択的帝切768例 (61.9%), TOL473例 (38.1%), TOL のうち VBAC 成功例は315例 (66.6%) であった。結果として反復帝切が926例 (74.6%), VBAC は25.4%にとどまった。

この数字はあくまでも平均であるので、各施設ごとにみると、選択的帝切率は40.0~77.5%, TOL 率は22.5~60.6%, VBAC 成功率は38.6~97.5%, 反復帝切率は48.6~86.4%と大きな差がみられたとしている。

次に前回帝切例に限ってみると、大学での反復帝切率は最も低く、前回帝切即反復帝切という考え方は少ないようである。これに反して、国公立のそれは大学の2倍以上と高く、4施設が always a section の立場をとり、3施設が原則として帝切、または前回帝切が他施設の場合は帝切としている。

一方民間基幹病院の反復帝切率は大学より高いものの、総分娩数に対する帝切率は最も低く、VBAC に積極的に取り組んでいる。これには、公立と私立のシステムの相違によると解釈できる。always a section の立場をとった理由として、病院のシステムの問題（当直制か待機制か、30分以内に手術不能など）のほか子宮破裂の問題があげられる。

小林の調査で、子宮破裂が11施設19症例にみられたが、問題点としては子宮破裂は発症の予測が困難、一旦破裂が起これば母児は短時間で危険な状態に陥る、反復帝切時に前回切開創が裂けんばかりになっているのをみた経験があるなどがあげられる。子宮破裂を経験すれば、TOL に消極的になる心境は理解できる。

わが国における前回帝切妊婦の取り扱いに関する最近の考え方

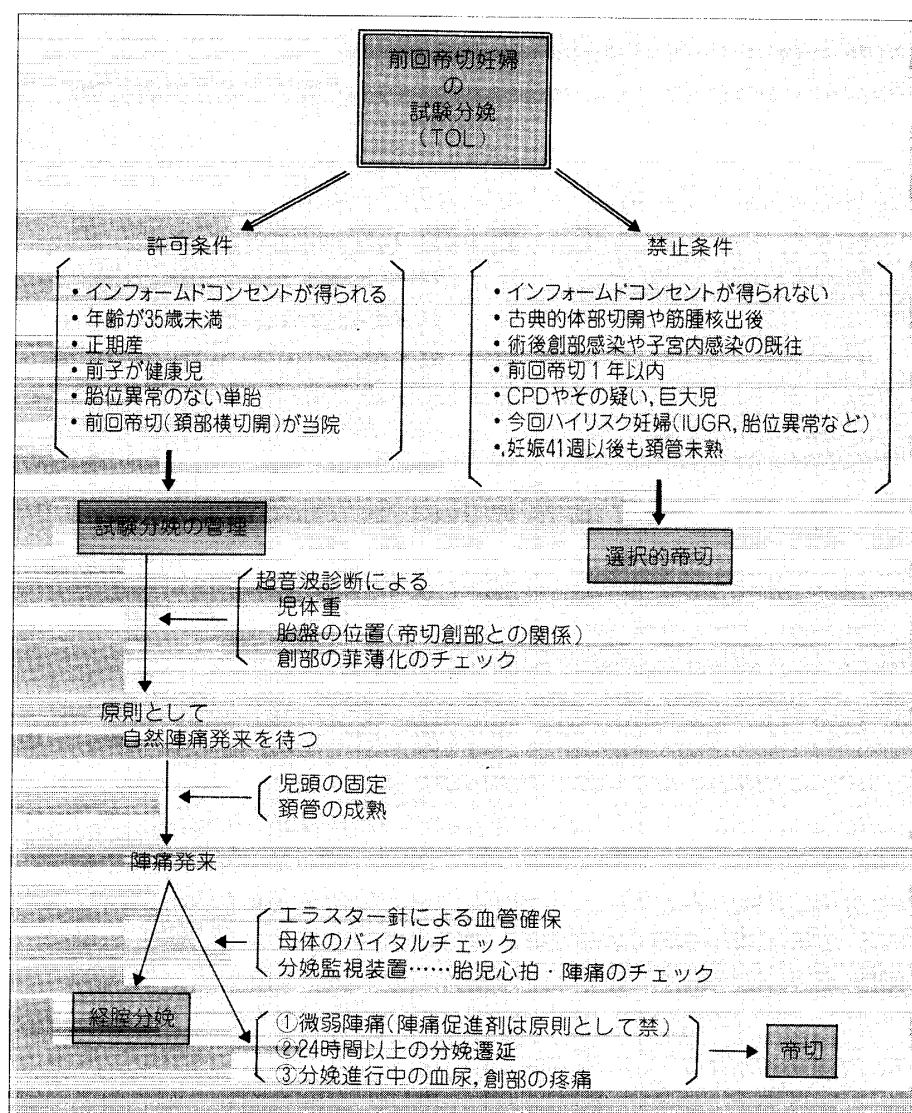
最近の ACOG や小林らのアンケート調査、さらにはわが国における医療施設の現状を考慮に入れて、前回帝切妊婦の取り扱いについてまとめると以下のような結論になる。

〔Ⅰ. 試験分娩 (trial of labor: TOL) の適応〕

前回帝切妊婦に対する試験分娩の許可条件と分娩管理法ならびに禁止条件を表2に示した。経陰分娩を試みる場合には、まず家族へのインフォームドコンセントをとり、常に double set up の体制がとられ、30分以内での帝切が可能な施設に限られるべきである。したがって、試験分娩の許可条件として、年齢が35歳未満、正期産、前子が健康児、胎位異常がなく単胎、前回帝切が当院で頸部横切開であることなどがあげられる。と同時に超音波による児体重、胎盤の位置、創部の菲薄化の有無についてのチェックは必須である。そして陣痛発来を待つ。経陰分娩が成功するためには児頭の固定と頸管の成熟が前提となる。陣痛発来後は血管を確保して母体のバイタルチェックや胎児心拍・陣痛のチェックを行う。分娩第1期の活動期に微弱陣痛となり分娩遷延しても陣痛促進剤の併用は好ましくないし、分娩中の血尿や創部の疼痛が出現した場合も試験分娩を中止して帝切に変更することが望ましい。

〔Ⅱ. 選択的反復帝切の適応〕

選択的帝切が適応となる条件としては (表2)、患者や家族の試験分娩に対する了解が得られない、古典的な体部切開や筋腫核出の既往、術後局所の感染が疑われた、前回帝切が1年以内、CPD や巨大児、今回もハイリスク妊婦である、予定日を過ぎても頸管が未熟である場合などがあげられる。



(表2)

まとめ

わが国における前回帝切妊婦の分娩の取り扱いについて、その適応と禁忌について解説し、あわせて試験分娩の管理についても言及した。重要なことは、前回帝切妊婦に対して安易な帝切は厳に慎むべきではあるが、試験分娩を実施するに際して、子宮破裂などの緊急事態に対する監視と、すみやかな対応ができるシステムの確立が必須事項である。

《参考文献》

- 1) American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after cesarean delivery: Committee Opinion 64. ACOG, Oct. 1988
- 2) 小林隆夫. 特集「前回帝切妊婦の取り扱いにかかわる諸問題」わが国における現状. 産婦の世界 1994; 46: 897-903