

〔妊婦が入院したら〕 会陰切開の方法

下伊那赤十字病院
産婦人科部長
高橋 正明

はじめに

会陰切開 (episiotomy) とは、胎児娩出に際して、会陰および腔壁裂傷を予防し、分娩第2期を短縮させ、母児双方にとって安全な分娩を行うことを目的に児娩出直前の会陰部に種々の切開を加えることで、1742年に Fielding Ould が初めて施行したといわれている。また、我々産婦人科医が行う、分娩時の軟産道・会陰・出口部の開大手術としては最も基本的な手技であり、ともすれば産婦への説明と同意なしに、しばしば安易に施行されている傾向もあるので、Informed consent がとかく問題となる昨今では、一応留意すべき点の一つであろう。

適 応

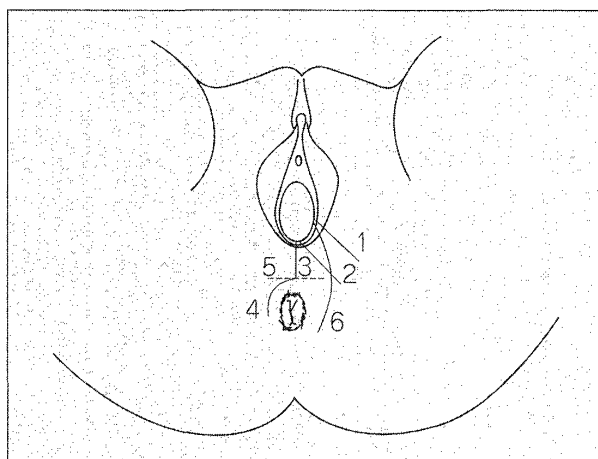
1. 高度な腔・会陰裂傷の予防を目的に行う。
 - 1) 高齢初産などで軟産道強靱症があり、会陰の伸展が不良な場合。
 - 2) 恥骨弓 (pubic angle) が鋭角で、会陰部に児の抵抗が強くなる場合。
 - 3) 腔入口部が狭い場合。
 - 4) 巨大児の分娩の場合。
2. 分娩第2期の短縮および児へのストレス軽減目的で行う。
 - 1) 鉗子手術など、急速遂娩を行う場合。
 - 2) 骨盤位胎児牽出術を行う場合。
 - 3) 未熟児の分娩の場合。
3. Cosmetic な創傷治癒を目的に行う。

創の大小にかかわらず、自然に発生する会陰および腔壁裂傷よりも、創部が直接的で不整形にならず短時間で正確な縫合が可能であるため、Scarless wound healing を目的に施行される場合もある。

手 技

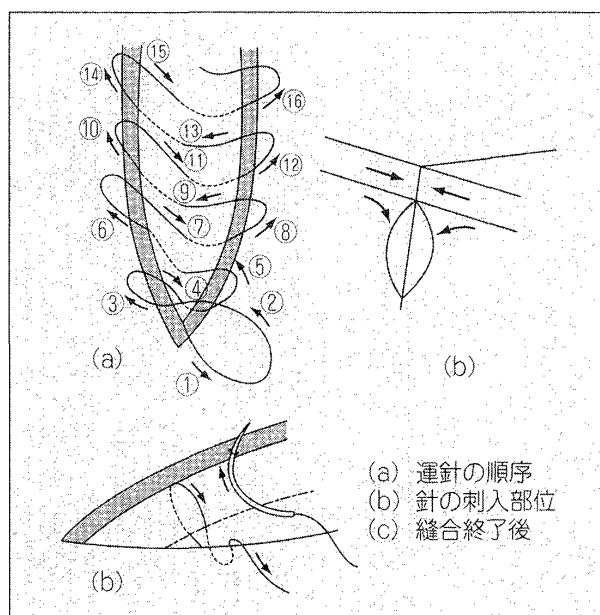
会陰を剃毛し、腔入口部を中心に広く消毒した後、通常、切開部位に局所麻酔を行うのが一般的ではあるが、注射針刺入部よりの出血や血腫を作ることがある。陰部神経遮断麻酔 (pudendal nerve block) や硬膜外麻酔による無痛分娩の場合などは必要ない。また、排臨や発露の状態まで待ってからの切開が可能な場合は、陣痛発作にあわせて必要十分な切開を一気に行えば、切開による疼痛はあまり気にならないことが多いようである。

会陰切開の主たる目的が児に対する会陰の抵抗を軽減することにあるので、児が骨盤底に達し、先進部が圧迫され始めた時が、適切な切開のタイミングである。あまり早く切開を行うと、会陰部が厚く、娩出までの時間差があるため出血が多くなる。一方、遅すぎると、児が過度な会陰の抵抗によるストレスを受け、本来の適応からはずれることになる。



(図1) 会陰切開の種類

1. 側切開法, 2. 正中側切開法, 3. 正中切開法, 3+4. 正中J字切開法, 3+5. Modified median episiotomy, (Mayによる)¹⁾, 6. Schuchardtの切開.

(図2) 皮下連続Z縫合法の運針のしかた(進, 大坪, 荒木1998)²⁾

また予期せぬような複雑な裂傷や擦過傷が起こる場合もあり, 遅くとも, 児先進部と会陰の間に, なんとか指の入れる余裕がある状態で第2指, 第3指を挿入し, その2本の指の間に切開を加えることが望ましい.

種 類

図1のごとく, 側切開法, 正中側切開法, 正中切開法, 正中切開法の変法, Schuchardtの切開法など種々の切開法があるが, 主に行われるのは以下の3法である.

1. 側切開法 (lateral episiotomy)

後連合より2～3 cm 側方で、膣入口縁から坐骨結節の方向に切開を加える方法で、会陰の極端に狭い産婦など、肛門や直腸損傷の危険性が大と判断された場合に行われることがある。外陰や骨盤底の筋肉群を傷つけることは少なく、Ⅲ度、Ⅳ度裂傷の危険はほぼ回避できるが、出血量も多く、切開創が斜めに入るため、歩行時両脚を動かす度に創面に張力がかかり、炎症が持続する原因となり、疼痛も強く、創傷の治癒も遅れる。また、切開時バルトリン腺を損傷する可能性もある。

2. 正中側切開法 (mediolateral episiotomy)

初心者に勧められる方法で、正中切開と側切開のほぼ中央（5時又は7時の位置）、又は正中切開の中央起始部から、肛門を避けて左又は右に2～3 cm 斜めに切開を加える最も多く施行されている切開法である。側切開と同様、切開創が延長しても肛門括約筋は損傷を受けず第Ⅲ度、Ⅳ度裂傷を避けることができる。しかし、切開創が小さすぎたり、外側にずれると、会陰部への抵抗を十分に軽減することができないため、思わぬ大きな裂傷を発生させることになる。また小さな切開を繰り返して加えると、創面が不規則になり好ましくない。陣痛発作にあわせ、一気に必要充分な切開を加えるよう、心掛けることが大切である。創傷治癒に関しては、いかに上手に縫合ができたとしても、切開創が斜めであるという同様な理由で、創部の腫脹、疼痛は長引きやすい。

3. 正中切開法 (median episiotomy)

後連合中央部より肛門に向かって、縦方向、正中に切開を加える方法で、前述の2種類の切開法と比較し、切開の大きさに対する会陰の開大効果が優れており、またこの部位の皮下は会陰腱中心と呼ばれ、浅会陰横筋、球海綿体筋、肛門括約筋が付着し、腱組織で構成されているため、血管・神経分布が少なく出血、疼痛が少ない。しかも切開が正中で左右対称なため縫合しやすく、産褥の歩行においても、両脚を動かす動作に伴う創面のずれが生ぜず、創傷治癒がスムーズである。このように極めて長所の多い切開法であるが、切開創の延長がそのままⅢ度、Ⅳ度裂傷につながることから、その実施を躊躇する産科医も多い。もちろん充分な会陰保護を行うことにより、そのほとんどは回避可能と考えるが、会陰の短い初産婦や急速遂娩が必要な時などは、他の切開法を選択する方が賢明である。またⅢ度、Ⅳ度裂傷を回避するため正中切開だけで膣入口の開大が不充分と判断された場合は、外肛門括約筋を弧状に避けて切開を延長する方法（正中J字切開法）や、肛門括約筋直上で正中切開線に垂直に左右の皮下の腱膜のみに2.5cm程度の切開を行うMay¹⁾らのModified median episiotomyなど、種々の変法も存在する。切開を行う時に注意しなければならないことは、先進部が下降し会陰が伸展されると直腸壁の一部が挙上されることで、特に陣痛発作時にその傾向は強い。陣痛発作時に、深く一刀両断に切開を加えると人工的な第Ⅳ度裂傷をつくる危険がある。陣痛間欠時に注意して徐々に切開すればその危険は軽減される。また、荒木らの会陰三段正中切開法も有用である。

縫合法

会陰切開創の縫合を始める前に、頸管裂傷の有無と子宮腔内の状況を確認し、必要なら頸管裂傷縫合又は、子宮腔内清掃術を行い、切開創以外の裂傷の有無を確認後、まず創面の出血の多い部位をコッヘルやペアンにてつかみ、細い人工吸収糸で結紮止血を行う。次いで切開起始部を確認のうえ、創面の縫合に移る。

1. 腔壁縫合

腔壁創断端を1cmほど越えた奥より縫合を開始する。これは腔壁創上部では、切断さ

れた血管が創面より短縮している可能性もあり、腔壁血腫形成を予防する目的で行う。結節縫合、連続縫合いずれでもよく、間隔は1cm程度とし、処女膜縁まで縫合する。縫合糸は抜糸をしなくてもすむよう、組織反応が少なく、異物として残らない吸収糸が一般的には使用される。また縫合に支障を来さない程度の、なるべく細い糸が理想である。針も血管や組織の損傷を少なくするという意味で角針より丸針が、弾機針(Split-eyeneedle)より無傷針(Atraumatic needle)が望ましい。通常#2-0又は#3-0の丸針付きのクロミックカットグートや人工吸収糸(バイクリル[®]、バイクリルラピッド[®]、デキソン[®]、モノクリル[®]など)が使用されている。

2. 皮下縫合

皮下組織の創傷が深い場合は、皮下縫合(埋没縫合)を行う。結節縫合、連続縫合いずれでもよく、後日抜糸ができないことから、腔壁縫合と同様な、組織反応が少なく、異物となりにくい吸収糸を使用する。

3. 皮膚縫合

会陰皮膚縫合は通常、創最下端より開始される。正中側切開では切開創の陰唇側の皮膚がやや上方に退縮し会陰側の皮膚から著しく偏位しているため、左右のバランスをとり、できあがりの状態を想定しながら縫合する。絹糸又は合成吸収糸が用いられる。進ら²⁾は#3-0、#4-0の合成吸収糸を用いての、皮下連続逆Z縫合(図2)がdead spaceの形成もなく、縫合糸を軽く緩やかに牽引することで、創部が全面接合し、疼痛、腫脹および癒痕形成もほとんどない理想的な縫合法であると述べている。

全縫合操作終了後には、必ず直腸診を行い、直腸粘膜面に糸が出ていないことを確認しておく。

結 語

以上、会陰切開の方法について述べた。さて、分娩に際して会陰切開が必要であるか否かは、その適応は前述のごとくであるにせよ、我々産科医の判断によるところが大きい。事実ほとんどの経産婦の正常分娩や、十分な時間をかけることができる状況で産婦の協力さえ得られれば、初産婦の分娩においてさえ、会陰切開を行うことなしに、ほとんど裂傷を伴わない分娩は可能なはずである。しかし、こうした症例に対しても、かなりのケースに会陰切開が施行される傾向があるのも事実であり、これが正しいか否かに関しては議論の余地もあると思うが、少なくとも直線的な切開創の修復のしやすさと、短時間で分娩を終了させること(もちろん児の安全性につながる部分もあるが)のみを目的としたルーチン化された安易な切開は慎むべきであろう。会陰切開は健康な女性に対して行われる外科的な侵襲であり、つい見過ごされがちな操作ではあるにせよ、やはりきちんとした適応とInformed consentが重要である。

文 献

- 1) May JL. Modern median episiotomy minimized the risk of third-degree tears. Obstet Gynecol 1994 ; 83 : 156—157
- 2) 進 純郎, 大坪保雄, 荒木 勤. 会陰切開における縫合の工夫. 産婦人科の実際 1998 ; 47 : 1295—1300