

生涯研修プログラム「症例から学ぶ」 II. 症例から学ぶ周産期医学

4) 分娩

骨盤位分娩と臍帯脱出

大阪大学助教授 坂 田 正 博

満期単胎の骨盤位は、約3~4%である。多胎、羊水量異常、水頭症、無脳児、過去の骨盤位などでは、骨盤位の頻度が増加する。骨盤位分娩では、頭位分娩に比し周産期死亡率・罹病率が有意に増加する。臍帯脱出の発生率は、単殿位では約0.5%であり、頭位の約0.4%と大きな差がないのに対し、複殿位では約5%、足位では約15%と増加する。骨盤位分娩は、児頭より小さい部分が先進するため、後続児頭の母体骨盤の通過が問題となる。経膈分娩の適応基準として、単殿位であること、児頭が屈位であること、胎児の推定体重が2,500~3,500gであること、臍帯下垂がないことなどが示される。何よりも、分娩の進行が良好なことが経膈分娩のよい指標となる。分娩時には、緊急帝王

切開術になることも多く、人的要因の確保も必要となる。また、臍帯長は有意に短く臍帯の巻絡も多いため、変動性徐脈が起こりやすく胎児心拍の連続モニタリングを行い、破水時には臍帯脱出の有無を確かめる。骨盤位の娩出機転に習熟した産科医が、経膈分娩の際に、卓越した骨盤位牽出術を行うことが肝要である。しかしながら、Hannah et al. の報告(2000)によると、骨盤位分娩の経膈分娩と帝王切開術の比較では、母体の死亡率・罹病率には有意差はなかったが、周産期死亡率・罹病率は、経膈分娩群で有意に増加した。今後、骨盤位の経膈分娩の環境は厳しいものになるといわざるをえない。

VBAC

九州大学講師 佐 藤 昌 司

VBAC (vaginal birth after cesarean) は、従来の古典的帝王切開(帝切)術に比較して子宮下節横切開における相対的な子宮破裂リスクが低いとの報告、および帝切分娩数の増加に伴う反復帝切率の上昇に対する反省とが相まって1980年代から提唱された手技である。ACOGの多施設共同研究成績によれば、子宮下節横切開術後の子宮破裂率は0.2~1.5%(約1/200)と報告されており、現在では既往帝切時の手術適応、術中・術後合併症および既往帝切回数を検討したうえで、インフォームド・コンセントが得られた正期産単胎例をVBAC適応とする取り扱いが一般的である。しかしながら、VBACの可否を論ずるにあたっては、医

学的適応のみならず、各医療施設における緊急帝切時の設備・マンパワーからみた対応能力、試験分娩中の管理レベルに即した判断が不可欠である。さらに、統計学的にも子宮破裂の有無、新生児予後あるいは経膈分娩成功率など多岐にわたる目的変量のいずれを重視するのかによって本法の評価は変わってくるため、一義的なgolden standardを設定することは困難である。本セッションでは、当施設において分娩管理を行ったVBAC症例120余例の転帰について後方視的に検討するとともに、切迫子宮破裂の正診・誤診例などの重要症例を提示し、文献的reviewも加えながら本法の現状と問題点を論じてみたい。