

卒後研修プログラム 4. 産婦人科診療ガイドライン（産科編）の注意点

7) 吸引・鉗子分娩について

賛育会病院 鈴木 正 明

以下に述べる、1～8は吸引鉗子分娩の適応と要約および施行時の注意事項に関する周産期産婦人科診療ガイドラインである。

1. 吸引・鉗子は原則としてその手技に習熟した医師本人、あるいは習熟した医師の指導下で医師が行う。(B)

2. 吸引・鉗子による分娩中は可能な限り胎児心拍モニターを行う。(C)

3. 以下の場合、吸引・鉗子分娩の適応がある。(B)

- ・分娩第二期遷延例や分娩第二期停止例
- ・母体合併症（心疾患合併など）や母体疲労が重度のため分娩第二期短縮が必要と判断された場合
- ・胎児機能不全 (non reassuring fetal status)

例

4. 吸引・鉗子分娩術を実施する場合は以下を満たすことを条件とする。

- ・35週以降 (C)
- ・児頭骨盤不均衡の臨床所見がない (A)
- ・子宮口全開大かつ既破水 (B)
- ・児頭が嵌入し、十分に下降している (B)

5. 原則として陣痛発作時に吸引・鉗子牽引する。(B)

6. 吸引分娩における総牽引時間（吸引カップ初回装着時点から複数回の吸引分娩手技終了までの時間）が20分を超える場合は、鉗子分娩あるいは帝王切開を行う（吸引分娩総牽引時間20分以内ルール）。(C)

7. 吸引分娩総牽引時間20分以内でも、吸引術（滑脱回数も含める）は5回までとし、6回以上は行わない（吸引分娩術回数5回以内ルール）。(C)

8. 鉗子分娩は出口部、低在（低位）、低い中在（中位）において、かつ、前方後頭位で矢状縫合が縦径に近い場合（母体前後径と児頭矢状径のなす角度が45度未満）においての施行を原則とする。回旋異常に対する鉗子や高い中在の鉗子は、特に本手技に慣れた者が施行または指導することが必要である。(B)

(A)(B)(C)は推奨レベル（強度）を示している。Aは実施すること等を強く進める。Bは実施すること等が進められる。Cは実施すること等が考慮される。

8) VBACと骨盤位分娩取り扱いについて

東京大学 藤井 知行

帝王切開既往妊婦に対し経膈分娩を選択する場合は、文書によるインフォームドコンセントを得たうえで、以下のすべての条件を満たすことが勧められる。すなわち、1) 既往帝王切開数が1回、2) 既往帝王切開術式が子宮下節横切開であり、術後経過が良好、3) 子宮体部筋層まで達する手術既往あるいは子宮破裂の既往がない、である。なお、児頭骨盤不均衡が疑われる場合や、緊急帝王切開および子宮破裂に対する緊急手術ができない場合は、経膈分娩を選択しない。また、経膈分娩中は、分娩監視装置による胎児心拍数モニターを行い、分娩誘発あるいは陣痛促進の際には、プロスタグランジン製剤を使用しないこととする。さらに、経膈分娩後、母体のバイタルサインに注意する。

正期産単胎骨盤位分娩の取り扱いについては、「帝王切開の方が経膈分娩より児の周産期予後が

よい」という報告（Lancet, 2000年）が存在し、以来、世界的に経膈分娩の頻度が減少しているが、この報告に対しては多くの批判も存在し、日本において必ずしもすべての骨盤位妊娠を帝王切開で分娩させるべきということにはならない。すなわち、膝位、足位、低出生体重児、早産、児頭骨盤不適合のいずれかまたはそれが疑われる場合には帝王切開を行うべきだが、それ以外の骨盤位の場合には、骨盤位娩出術への十分な技術を有する医療スタッフが常駐する施設であれば、経膈分娩、帝王切開双方の、危険性と利益に関し、妊婦に十分説明したうえで、文書による同意を取って、経膈分娩を選択できると考えられる。また、外回転を施行する場合は、1) 緊急帝王切開が可能、2) 帝王切開既往がない、3) 児が十分に成熟している、のすべての条件を満たすことが望ましい。