

5) 胎位異常：anomaly of the presentation

胎位とは子宮の縦軸と胎児躯幹との関係をいい、一致したものが、縦位(頭位、骨盤位)であり、両者が交差すれば斜位あるいは横位と呼ばれ、頭位以外は胎位異常である。

1. 骨盤位 breech presentation

骨盤位は5~6%の頻度でみられ、臀部、膝、足のいずれかが先進し、経腔分娩した場合の危険度はこの順に増す。下肢が躯幹とどのような位置関係にあるかにより単殿位、全複殿位、不全複殿位、全膝位、不全膝位、全足位、不全足位に細分類される。

1) 診断

レオポルド診察法で児頭を子宮底部に、臀部を恥骨部に触知する。そして、内診で先進部を確認することにより診断されるが、肥満妊婦や先進部が固定していない場合は診断が困難なことがある。このような場合は、超音波検査で確認しておく。

2) 妊娠中の胎位矯正¹⁾

骨盤位では最も周囲経の大きい児頭が最後に娩出するため、分娩時に危険度が増す。したがって、妊娠中に頭位に戻しておくことが望ましく、矯正法としては胸膝位あるいはブリッジ法と外回転術がある。

①胸膝位あるいはブリッジ法

妊娠32週頃になっても骨盤位が持続する場合、就寝前に約15分骨盤高位をとり、児の腹側を下にした側臥位で休むことにより胎児の自己回転を促す方法である(図D-10-5)-1)。

②外回転術

腹壁から用手的に矯正する方法である。時に児心音悪化、胎盤早期剥離を起こすため十分インフォームドコンセントをとり、緊急事態に対応できる準備を整えて実施する。特に、子宮収縮抑制剤を点滴しても子宮が弛緩しない症例、胎盤の前壁付着例では実施を控える¹⁾。

3) 分娩法の選択

骨盤位では、帝王切開(以下帝切)の方が新生児予後が良好であるとの報告²⁾³⁾があり、帝切の頻度が高くなりつつある。しかし、帝切の場合は手術に伴うリスク、次の妊娠時のリスクの上昇もあり、両者をよく検討したうえで分娩法を選択する。また、足位、膝位では臍帯下垂、臍帯脱出の危険性が高く、未熟児の場合は未熟性、躯幹より児頭が大きいことから予定帝切が望ましい。臀位で経腔分娩する場合も、その危険性につき十分インフォームドコンセントをとっておく。

4) 分娩前の胎児骨盤不均衡の評価

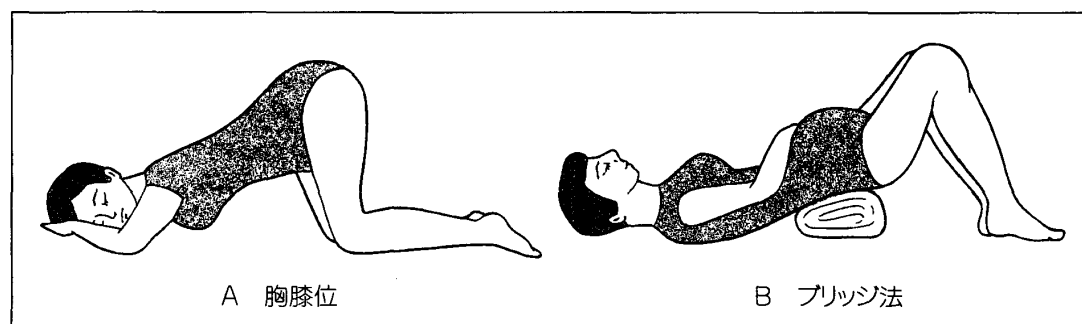
経腔分娩を行う場合には、妊娠末期にレントゲンによる骨盤計測を行い児頭骨盤不均衡(CPD)のないこと、同時に骨盤形状に異常のないこと、反屈位でないことを確認する。

5) 骨盤位の分娩機転

第1単殿位では骨盤入口では胎児殿部横径が第2斜径に一致し、第1回旋で脊柱が右に屈曲し左殿部が先進する。第2回旋では左殿部が前方へ回旋し、骨盤前後径に一致する。第3回旋では左股関節部が恥骨結合に支えられ、そこを視点に後在の右臀部が娩出される。第4回旋では捻れがとれ児背が前方に回旋する。後続の肩幅も同様の回旋を行う。

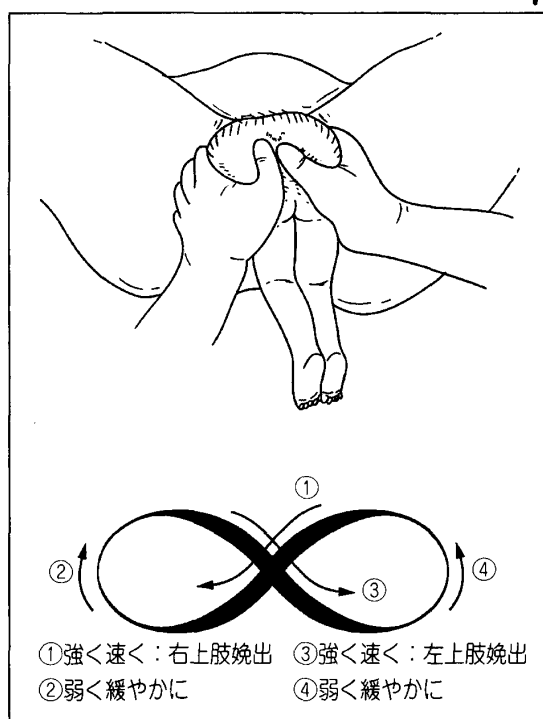
6) 骨盤位娩出術⁴⁾⁵⁾

先進部が下降してきたら陣痛微弱にならないように注意し、必要に応じ陣痛促進剤を投与する。殿部が下降し排臨近くになったら、陣痛時に先進部を押し上げるようにし胎児の屈位を保つ。数回陣痛がくると児が飛び出しそうになるので、圧迫を中止すると臍上部まで娩出されてくる。場合により上肢まで娩出されることもあるが、通常、引き続き以下の



(図 D-10-5)-1) 胸膝位あるいはブリッジ法

眠前に腹帯をはずし胸膝位(A)あるいはブリッジ法(B)を10～15分程度行う。この姿勢を取ったあと胎児の腹側を下にして側臥位になって眠る。



(図 D-10-5)-2) 横8字型骨盤位娩出法

- ①強く速く：右上肢娩出 ③強く速く：左上肢娩出
②弱く緩やかに ④弱く緩やかに

ような娩出術を行う。手技の詳細は他の成書を参考にしていきたい。

①横8字型骨盤位娩出法(竹岡)

児腰部を把持し横8字型にゆっくり牽引する。向かって右前方から左後方に牽引するとき児の右上肢が娩出され、逆方向に牽引するとき左上肢が容易に娩出される(図 D-10-5)-2)。児頭も続いて娩出することもあるが、通常、引き続き Veit-Smellie 法で児頭を娩出する。

② Bracht 法

上肢、肩甲、児頭を一連の操作で娩出させる方法であるが、児が容易に娩出できると判定される場合に行う。むりやり行くと児頸部神経損傷などが起こることがある。

③古典的上肢解出法

躯幹が娩出されても上肢が娩出されない場合に行う。児を横向きにし、陣痛間歇時に後在上肢を娩出させる。児右上肢が後在にある場合は、術者の左手で児の両足を上方に持ち上げ、児の背中側から右手を挿入し前腕を把

持し、児の顔から胸をなでるように解出する。次いで児を180度回転し、他側上肢を同様に解出する(図 D-10-5)-3)。

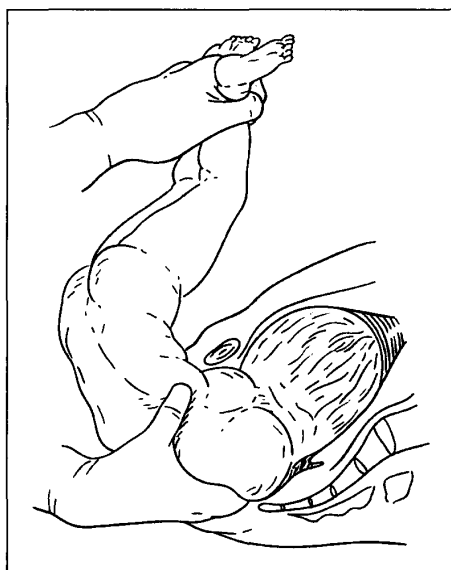
④ Veit-Smellie 法

児を下向きにして一側の腕の上に児を乗せ、示指を児の口に入れ顎を引き、他側の示指と中指を開いて両肩にかけ両手で児の頸部を固定し、骨盤誘導線の方に牽引し児頭を娩出する。助手が恥骨上を圧迫するとさらに娩出させやすい(図 D-10-5)-4)。

⑤後続児頭鉗子娩出術

児頭娩出のためにパイパー鉗子を挿入し娩出する方法もある。

以上の骨盤位娩出術は児の臍部まで娩出された後に、その時の児の状態に応じて方法を



(図 D-10-5)-3) 古典的上肢解出法



①はじめ下方へ ②ついで前上方へ牽引する

(図 D-10-5)-4) Veit-Smellie 法

選択し短時間に実施しなくてはならないため、熟練した医師が行うことが重要である。

2. 斜位 oblique presentation

1) 診断と分娩前処置

外診と超音波検査にて診断する。自己矯正あるいは軽く外回転し、縦位に矯正するよう試みる。

2) 分娩の取り扱い

妊娠末期まで直らない場合は帝王切開⁶⁾を行う。子宮切開は通常の部位でよいが、人工破膜と同時に横位にならないように子宮外壁から助手が圧力をかけた状態で切開し、縦位にして娩出する。

3. 横位 transverse presentation

1) 診断

外診で恥骨部に先進部がないことで疑い、子宮側壁に接し児頭を触知することで診断できる。超音波検査で確認しておく。

2) 分娩法

予定帝王切開を行う。術直前に児頭の位置、児背が上方か下方かよくみておく。子宮切開部位は胎勢、胎向を考慮して調整し、やや大きめの切開を加え、両足を把持し足位で娩出すると比較的娩出しやすい。人工破膜と同時に胎位が変化することがあるため注意が必要である⁶⁾。

《参考文献》

1. 平松祐司. 骨盤位矯正術—特に外回転術について. 産婦人科治療 2007; 94: 107—111
2. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet 2000; 356: 1375—1383
3. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery.

Cochrane Database Syst Rev 2001 ; (1) : CD000166

4. 平松祐司：骨盤位娩出術．豊田長康監修 コア・ローテーション産婦人科 改訂2版
京都：金芳堂，2007；303—305
5. 正岡直樹，佐藤和雄．胎児の異常．A．胎位異常．新女性医学大系26 異常分娩．
寺尾俊彦 編 東京：中山書店，1999；95—112
6. 平松祐司．帝王切開（3）子宮筋腫合併時，胎位異常（骨盤位・横位）時の帝王切開
術．産婦人科治療 2007；94：1002—1006

〈平松 祐司*〉

*Yuji HIRAMATSU

**Department of Obstetrics & Gynecology Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences, Okayama*

Key words : Breech presentation · Oblique presentation · Transverse presentation · Veit-Smellie's maneuver · Bracht's maneuver

索引語：骨盤位，斜位，横位，骨盤位娩出術
