

## 生涯研修プログラム 安全な産婦人科医療を目指して一事例から学ぶー (日本産婦人科医会との共催)

## I. 医療安全対策シリーズ 3. 産科手術と処置

## 3. 鉗子分娩の手技の基本

順天堂大学 竹 田 省

わが国での鉗子・吸引分娩は分娩全体の9～15%を占め、分娩第2期の母児の危機を回避するのが目的で行われており、産科医にとっては必須の手技である。現在、両者の技術の習得は大学病院や研修病院で行われるが、責任者の考えで鉗子か吸引かのどちらか一方のみであり、吸引分娩が主流となっている。その理由として鉗子技術の継承が難しいこと、昔の高在鉗子の悪いイメージなどが挙げられる。しかし、適応と限界さえ知っていればどちらも安全に施行でき、どちらがより優れているかなどの議論は意味がなく、それぞれの利点欠点を十分理解し、適応を守り、安全確実に施行できるようにすることが大切である。その一方で吸引分娩の裁判事例は後を絶たず、適応、限界の正しい理解が必要である。

我々の施設では、一貫して鉗子手術のみを指導してきたが、そのなかで最も重要視してきた点は鉗子技術そのものより内診が正確にとれ、児頭の

最大周囲径の位置を正確に推定できること、かつその所見を説明でき、症例検討会などで症例を共有することである。鉗子手術はトライアルという概念がないため、内診が正確でなければ鉗子手術は安全に施行できないからである。つまり教育目標はここまで児頭が下降すれば安全に確実に娩出させられる、という児頭の位置を習得させることにある。このためより客観的実践的な内診所見が得られるように、児頭の下降度評価として従来のstationの概念ではなく、骨盤誘導線にそったstation(東大式)を使用している。また、研修レベルによって鉗子適位(児頭の最大周囲径位置)が異なってもよいことにしている。

これらの経験を踏まえ、児頭の最大周囲径位置の推定法、鉗子分娩の特徴、利点、欠点などを解説し、症例から安全で確実な鉗子手術手技を提示する。

## 4. 吸引分娩の手技と基本

大分県立病院総合周産期母子医療センター 佐 藤 昌 司

吸引分娩術は、自然経陰分娩と帝王切開を補完する術式として有用である一方で、稚拙な手技が母体および児の損傷に直結する可能性を持つ娩出術ともいえる。1996年に出された米国のガイドラインでは、吸引・鉗子分娩の要約に6つの事項、すなわち①子宮口が全開大、②児頭が骨盤内に嵌り、③児頭骨盤不均衡(CPD)が無い、④破水後、⑤帝王切開に移行する準備が整っている、⑥術者が手技に習熟している、を掲げている。文献的には、さらに⑦児頭骨が十分に骨化していること(妊娠週数の規定)、⑧著しい反屈位でない、の2項目を加えているものもあり、さらに吸引分娩術に限って子宮口は全開大に近いものも適応に含む、とする正書もある。母体合併症として会陰・陰裂傷および陰・外陰血腫などの産道損傷、ならびに骨盤底(筋群)機能異常、児の合併症として膨隆・

カップ痕・擦過傷などの外表損傷、網膜出血、頭血腫および帽状腱膜下血腫・脳内損傷などの重度損傷が問題となる。むろん、これらの合併症は必ずしも手技の優劣のみに起因するとは限らないが、児頭が高位であるほど吸引分娩術は必然的に腔壁裂傷、腔血腫の原因となること、数回の滑脱あるいは術者の‘動揺’など付加的因子、ならびに牽引の方向、吸引カップのサイズ、カップ装着から分娩までの陣痛回数と所要時間の‘見積もり’等、安全な吸引分娩を達成するうえで術者の習熟度に依る部分が大であることは論を待たない。このような背景を念頭に置いて、本セッションでは、文献的報告に加えてコンピュータシミュレーション画面も用いながら具体的な基本的手技を提示し、安全面からみた吸引分娩術のあり方を論じてみたい。