

生涯研修プログラム ガイドライン解説 産科編

3) CQ406 吸引鉗子分娩

賛育会病院 鈴木 正 明

本邦における産婦人科医事紛争のなかで、分娩に伴う新生児異常は、約30%を占め、偶発事例中最も頻度が多い領域である。そのほとんどは、胎児心音が低下し、急速逐娩（吸引・鉗子分娩）にて新生児死亡、脳性まひになった事例である。したがって、吸引・鉗子分娩の適応と要約に熟知し、その手技に習熟することがこれら事故を防止するよい方法であると考えられる。また、吸引・鉗子分娩は一刻を争う状況で行うことが多い。そのため、分娩予約時など、事前に書面で、その同意を得るようにしておく必要がある。

ガイドラインに示してあるように、吸引分娩術は初回カップ装着から複数回吸引手技終了までの時間（総牽引時間）は20分以内とし、20分を超えて児娩出に至らない場合は、帝王切開を行う。また、滑脱回数を含めて、吸引回数は5回までとする（吸引分娩術回数5回以内ルール）。

一方、鉗子分娩術は出口部、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）における施行を原則とする。回旋異常に対する鉗子や高い中在の鉗子は、特に本手技に習熟したものが施行または指導することが必要である。鉗子分娩は適応と限界さえ知っていれば安全に施行できるものである。そのため、若い産科医は、胎児がどの程度、下降しているかを習得することが重要である。

吸引分娩は鉗子分娩に比較して経膈分娩成功率は有意に低いが、母体の重篤な産道損傷が有意に少ない。吸引と鉗子の優劣については結論が出ず、当該医師が手馴れた方法を用いれば良い。吸引の安全性をたかめるためには、鉗子適位に関する下降度を参考に、吸引適位についても今後十分に検討を進めていく必要がある。

4) CQ404 遷延分娩

とくなが女性クリニック 徳 永 昭 輝

胎児 well-being がよくモニターされた分娩では、遷延分娩が母児に悪影響を与えるとする hard evidence はない。しかし、分娩管理中の時々刻々と変化する母児リスクに対して、適切なタイミングでの医療介入が必要となることが少なくない。遷延分娩の原因は多岐にわたるが、CQ404は微弱陣痛が原因と考えられる遷延分娩のみならず、遷延分娩が懸念される妊婦への対応も含んだガイドラインとなっている。改訂版における重要な点は、①薬剤による陣痛促進時は「子宮収縮剤による陣痛誘発・促進に際しての留意点：改訂2011年版を順守する。合わせて、「CQ412（分娩誘発法）」も参照し、分娩監視装置の脱着に関してはCQ410を参照、陣痛促進中に異常心拍数パターンが出現した

場合には、CQ408を参照し、陣痛促進薬の投与継続の可否について検討する。子宮収縮薬の複数薬剤同時併用は行わない [CQ412参照]、「投与開始前から分娩監視装置を装着し、静注する場合には輸液ポンプを使用し、増量には30分以上の間隔をあけること、開始時投与速度、増量法、ならびに最高投与速度に関しては例外を設けない」(A)、②破水時における「臍帯脱出」を避けるために、人工破膜を実施する場合には「児頭固定確認」後に行う(B)、③母体に38℃以上の発熱がみられる場合には連続的胎児心拍数モニターを行う(CQ304)(B)、④分娩後子宮収縮促進を目的としたプロスタグランジンF_{2α}の子宮筋層局注は、原則として行わない(A)としたことである。