

生涯研修プログラム 周産期

共同企画-1 産科医療補償制度原因分析委員会より脳性麻痺児発生予防のために 3) 産科処置の際の基本的留意事項

③子宮収縮薬による陣痛誘発・陣痛促進に際しての留意点

北海道大学 水 上 尚 典

医学的適応のない妊娠41週未満の分娩誘発が予後を改善するとのエビデンスはない。また、感染や胎児心拍パターンについて胎児の状態がよくモニターされた分娩では分娩時間延長と妊娠予後に関連は認められない。したがって、児の状態に問題がなければ、陣痛誘発、陣痛促進いずれであれ、子宮収縮薬を用いないという選択肢がある(すなわち悪性腫瘍時の抗がん剤使用や膠原病時のステロイド使用のような「強い必然性」に乏しい)。そのため、子宮収縮薬使用を選択した場合にはその有害事象を最小とするよう社会から求められている。日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会は「子宮収縮薬による陣痛誘発・陣痛促進に際しての留意点：改訂2011年版(以下、『留意点2011』と記載)」(全文が「産婦人科診療ガイドライン-産科編2011」巻末に記載されている)を2011年4月に発刊した。「産婦人科診療ガイドライン-産科編2011」はCQ404, CQ405, CQ409, ならびにCQ

412のAnswer中で、「留意点2011」の順守を推奨レベルAで求めている。したがって、子宮収縮薬を使用する場合には、常に「留意点2011」を参照し、使用基準から逸脱しないよう最大限の努力を払う。

分娩監視装置装着後、子宮収縮薬投与を開始する。PGE₂経口錠の場合であっても同様とする。子宮収縮薬投与中はトイレ歩行時以外、分娩監視装置を外さない。開始時投与速度(オキシトシン5単位/500mLの場合12mL/時間以下の速度、PGF_{2α}3,000μg/500mLの場合30mL/時間以下)を確認し、増量する場合には前回増量から30分以上経過していることを確認する。胎児心拍パターンについて注意を払い、異常胎児心拍パターン出現時には「子宮収縮薬投与継続の可否について検討する」。必要と認めた場合には子宮収縮薬の減量あるいは投与を中止する。

④吸引分娩におけるクリステレル圧出法の問題点

北里大学 海 野 信 也

クリステレル胎児圧出法は、児および母体への侵襲の大きさ・合併症の危険という観点から、行うべきでないとする成書もあり、行う場合も他の術式の補助手段として慎重に行うべきであるという記載が多い。その一方で特別な器械を必要としない手軽さとその成功率の高さから、安易に施行されている傾向がある。本法についても、産科手術として適応と要約を明確に認識した上で施行される必要がある。吸引分娩において補助手段として施行される場合は、通常の吸引遂娩術の要約に加えて、「母体腹部に異常所見がない。」「子宮奇

形・子宮腫瘍がない。」「成熟児で重度の胎児仮死徴候がない。」という3項目の追加が必要である。また、単独で施行される場合は、牽引による骨盤誘導線にそった誘導ができない点を考慮して児頭の高さについてより厳しい条件が必要であり、「吸引適位」から「児頭排臨(あるいは児頭出口部)」に変更するべきであろう。

本講演では、歴史的な考察を含め、現代の産科医療におけるクリステレル胎児圧出法の位置づけについて検討する。