

専攻医教育プログラム 5

骨盤位分娩の管理

筑波大学 小 畠 真 奈

2000年にLancet誌に発表された多国籍多施設共同研究 term breech trial が全世界の産科臨床に与えた影響は甚大で、2002年の米国における骨盤位の帝王切率は86.9%に達した。予定帝王切群の児の短期予後が予定経陰群よりも明らかに良い一方で、母体の短期予後は両群で有意差が認められなかったからである。しかしながら、この研究では癒着胎盤や子宮破裂などの次回妊娠時のリスクについては評価されていなかった。また、この研究は研究方法そのものに対する批判と peer review のあり方に対する批判を巻き起こすことになる。

既往帝王切に対する反復帝王切が増加する一方で、医療費高騰の観点から trial of labor after

cesarean section TOLAC のシステマティックな管理が重要視され、臨床研究の対象となってきたのと同様、骨盤位においても経陰分娩の管理は、選択肢の一つとしてその技術を継承するとともに検証していかななくてはならない。2006年のPREMODA study group によるフランスとベルギーにおける観察研究では、厳密な基準によって症例を選択することにより、満期の骨盤位経陰分娩は安全な選択肢となることが示された。

本プログラムにおいては、まず骨盤位分娩に関する臨床試験を概観し、次に分娩方針の決定に関する要素を提示した後、実際の分娩管理方法について解説する。

産科手術—吸引・鉗子分娩

東京女子医科大学 牧 野 康 男

吸引分娩は鉗子分娩に比べて母親への危険性が少ないことや、操作が容易であることより、最近、一般に普及している。しかし、現時点では「確実に吸引分娩の成功を予測する方法」は存在しない。Cochrane Library (2010年)では、吸引分娩は鉗子分娩に比較して経陰分娩成功率は低いが、母体の重篤な産道損傷が有意に少ないことを報告している。そのため、妊娠35週以降で吸引分娩成功の可能性が高いと判断された場合には母体損傷を最小限にするため、吸引使用が勧められる。一方、吸引分娩は鉗子分娩に比較して有意差は認められていないものの、児の網膜出血の増加や5分後の低Apgar score 頻度が上昇する傾向が報告されており、吸引と鉗子の優劣に関しては結論が出ていない。

1998年アメリカ食品医薬品局は、吸引分娩による帽状腱膜下血腫等の症例が多発したことを受

け、「これらの防止のため、吸引分娩にあたっては、産道方向に沿って一定の力で牽引し、前後左右に揺り動かしたり、回転させる動きは危険である」としている。

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（推奨レベルB）。また、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回までとする。（B）

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。と記載されている。

本講演では産婦人科診療ガイドライン産科編2014を中心に述べる。