

日本産婦人科医会共同プログラム

5. 事例からみた脳性まひ発症の原因と予防対策：産科医療補償制度再発防止に関する報告書から

3) 子宮破裂症例からみた帝王切開既往妊婦の経陰分娩管理

国保旭中央病院 小林 康 祐

子宮破裂は、分娩時や稀に妊娠中に起こる子宮の裂傷で、発症は突発的であり、児の娩出や子宮破裂部位の縫合または子宮摘出術など、迅速な診断と適切な対応が求められる疾患である。そして、未だその早期発見のための予兆や危険因子を認めた場合の管理指針が明確にされない部分も多く、予防は難しいのが現状である。

発症原因より、帝王切開の既往や、子宮筋腫核出術、子宮奇形手術後などの子宮筋層の瘢痕部位に発症する子宮瘢痕破裂、人工操作が加わらずに自然に発症する自然子宮破裂、急速な分娩や子宮収縮による過強陣痛、吸引・鉗子・子宮底部圧迫法などにより発症する外傷性子宮破裂などに分類できる。

中でも、以前施行した帝王切開術の瘢痕部離解の頻度が最も高く、その妊娠・分娩管理には注意

が必要となる。とくに、帝王切開既往妊婦が経陰分娩を試みることを希望した(TOLAC)際には、子宮破裂の可能性を常に念頭におき、以前の帝王切開時の術式や術前後の情報を把握するとともに、『産婦人科診療ガイドライン産科編 2014』内の記載を十分検討することで、本当にTOLACが可能か否かを評価する。そして、妊娠経過中や分娩時には、子宮破裂を示唆する異常徴候の早期発見と、その迅速な対応につとめる。また、子宮破裂の最初の徴候が胎児心拍数モニタリングにおける胎児の一過性徐脈である事例があることから、モニタリングを不用意に中断したり、異常所見を見逃すことのないようにする。そして、各施設では、緊急帝王切開術が迅速に行えるように、各部署での手順を日頃から確認しておくことが重要である。

4) クリステレル胎児圧出法について再考する

東京女子医科大学 牧 野 康 男

「クリステレル胎児圧出法(子宮底圧迫法)」はKristellerが1867年に初めて提唱した手技である。「産婦人科診療ガイドライン産科編 2014：以下CQ406」において、子宮底圧迫法の手技は、最初に脊椎に対して30～40度の角度で子宮底に手を置き、骨盤に向かって子宮底をやさしく圧をかけ、圧をかける際には母体の脊椎を圧迫しないように脊椎に対して90度の角度で持続的に子宮底を押し、子宮の収縮と収縮の間では子宮底の上方をしっかりと圧をかけることが提唱されている。

日本産婦人科医会医療安全部からの「子宮底圧迫法についての調査報告」(2014年)において、子宮破裂6例が報告されており、発症率は0.0015%であった。さらに膀胱破裂1例、子宮内反症1例が報告されており、これらの有害事象と本法との直接的な因果関係は不明であるが、このような事例があることには注意が必要である。

子宮底圧迫法の実施条件は、1)急速遂娩が必要と判断される 2)子宮口全開大、かつ先進部がステーション+4～+5に達している。あるいは「吸引・鉗子分娩時の補助として必要」と判断される 3) 双胎第一子ではない 4) 手技者は分娩台のかたわらに立ち実施する 5) 陣痛発作に合わせて実施 6) 実施回数は5回以内とされている(CQ406)。「産科医療補償制度再発防止委員会の第4回再発防止に関する報告書」における脳性麻痺に関する160事例の報告において、実施回数が6回以上施行されていた事例が5例あり、その他にも前述の実施条件を逸脱している事例が報告されている。

本講演では、産科医療補償制度再発防止委員会に関する報告書を中心に、子宮底圧迫法に関連した脳性麻痺の事例について述べる予定である。