

帝王切開分娩後の経膣分娩

半 藤 保

新潟青陵大学看護学科

Vaginal Birth After Cesarean Section

Tamotsu Hando , MD , PhD

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF NURSING

Abstract

In recent years, cesarean delivery is markedly increasing. Its increase is almost 4 ~ 5 times more in recent years compared with that of about 30 years ago worldwide. The cesarean delivery has more disadvantages than vaginal delivery; Anesthetic troubles, bleeding during surgery, intestinal injuries, deep vein thrombosis, ileus, prolongation of ward-admission and more cost for them. To reduce the rate of cesarean birth, vaginal delivery after cesarean birth (VBAC) has been trying. The rationale for VBAC following trial of labor has been discussed. Well equipped hospitals with sufficient staff-members, not only attending obstetricians, nursing staffs but also anesthesiologists and pediatricians are essential for emergency care in trial of labor.

Key words

vaginal birth , cesarean section

要 旨

近年帝王切開分娩は著しく増加している。約30年前に全分娩数に占める帝切率はたかだか5%であった。しかし、内外を問わず、最近この数字は20~25%になり、その増加率の内容を再検討するとともに、これを減らすための方策が種々議論されている。帝切分娩に伴う種々のリスクや医療経済学的側面が問題とされるに至ったからである。しかし、帝王切開分娩後の経膣分娩のためには試験分娩を行わねばならず、慎重な態度で臨む必要がある。その実現には症例を選んで、試験分娩を試みる。その結果うまくゆけば経膣分娩へと導くことである。しかしながら、試験分娩中に方針転換により帝切分娩に移行することもある。したがって、試験分娩は設備、スタッフの整備された病院でしか行えないという憾みがある。その取り組みについて内外の論文、及び私見を交えて考察を行った。

キーワード

帝王切開、経膣分娩

はじめに

腹式帝王切開分娩術は急速遂娩法の一つで、子宮壁を切開して胎児を娩出させる方法である。その手術適応は狭骨盤、児頭骨盤不適合 (Cephalopelvic Disproportion, CPD)、切迫子宮破裂、前置胎盤、常位胎盤早期剥離、胎位・胎勢・胎向の異常、胎児仮死、骨盤位分娩の一部などである。それ以外は急速遂娩が必要なとき、短時間での安全な経膈分娩が不可能と判断された場合にのみ帝王切開分娩術が適応となる。¹⁾このような場合、帝切分娩にするか否かは分娩介助をする医師、助産師の判断が大きく関わることになる。

帝王切開手術術式の確立、産科麻酔法や術前・術後管理法、新生児取り扱い法の進歩は、帝切による随時分娩の利便性、分娩陣痛に耐える産婦の我慢強さがかつてと比べると著しく後退したといわれる現代において、とかく帝王切開分娩に走り易い傾向をもたらした。加えて、産科医療にまつわる医事紛争が医事紛争全体の約40%を占める現代において、医療者側が患者に対して医療訴訟を避ける保身的医療の一つとしてこの手術に流れることがないとは言い切れない。

かつて全分娩数に占める帝王切開分娩数は5%ないしそれ以下であった。²⁾ところが近年にいたり、世界的にその割合は増加傾向にあり、³⁾それに対する専門家の反省の意見が少なからず見聞きされるようになった。一度帝王切開分娩を行うとその後の分娩は毎回帝王切開分娩にすべきという有名なCragin (1916)の格言に後押しされて、帝王切開分娩数は増加の一途を辿ってきたが、帝王切開分娩のリスク、医療経済的な側面、帝切児症候群に代表されるように、生まれてくる児に対して自然な経膈分娩に比べて不利な点があることなどが指摘され、帝王切開分娩を可及的に減らそうとする動きが出てきた。そこで、本稿は帝王切開分娩後の経膈分娩 (Vaginal Birth after Cesarean Section, 以下VBACと略す) について、現況、その考え方、今後の展望などを私見を交え論じようとするものである。

前回帝王切開分娩妊婦の分娩取り扱い上の問題点

以下の2点に集約される。その第一は、今回の分娩を経膈にするか、経膈分娩 (elective repeat cesarean section) にするかである。

当然のことながら、前回の帝王切開分娩の適応症が今回の分娩方法についての判断を大きく左右する。たとえば、狭骨盤があれば今回も当然その狭骨盤は存続するわけで、胎児が小さくてその狭骨盤でも娩出可能と判断されないかぎり、今回も帝王切開分娩は避けられない。ただし、このように明らかな帝王切開の適応症をもつものは反復帝王切開分娩妊婦の一部にしか過ぎず、大部分は今回再び帝王切開分娩を行うべき絶対的な適応症に乏しく、むしろ相対的な適応を考慮して帝切が行われるものである。後者の場合、わが国では、従来明確な選択のためのガイドラインがなく、個々の症例、主治医 (助産師) の判断に委ねられていた。したがって、インフォームド・コンセントをうるための理由づけもまちまちであった。それでも主要な大学病院からの報告では、次項に述べる試験分娩率は30~40%に及び、VBAC成功率は70~80%に達している。(表1)ところが比較的最近になって、日本母性保護産婦人科医会は、内部資料として会員の医学知識、および医療レベルの向上を目的に前回帝王切開分娩妊婦の試験分娩について、図1のごとき取り扱い基準を発表した。⁷⁾このガイドラインは今後の前回帝切妊婦の取り扱いに大いに役立つものと思われる。

第二には、試験分娩を実施した場合、子宮破裂を回避するため分娩中何をモニターし、どのように管理するか。どのような場合に帝王切開にきり換えるべきかであるが、この点についても今日なお明確な判断基準はない。

試験分娩実施のガイドライン

試験分娩は、経膈分娩が可能か否か判断する目的で、試験的に分娩を進める方法である。したがって、経膈分娩の可能性のない症例に試験分娩を強行することは許されない。もし経膈分娩が不可能か、母児危険切迫の徴候が現れるか、ないしその発生が強く予測される

表1 前回帝王切開分娩産婦のVBAC率（単胎、頭位、満期）

報告施設 (対象年)	全分娩数	うち前回 帝王切開 (%)# 1	前回帝王切開者中 の予定帝王切開 (%)# 2	試験分娩 実施数 (%)# 3	VBAC成功率 (%)# 4	VBAC不成功 ・再帝王切開 (%)# 5
順大 ⁹⁾ (96-97)	1,195	61 (5)	38 (62)	23 (38)	18 (78)	5 (22)
日大 ⁹⁾ (89-97)	7,772	263 (3.4)	155 (59)	108 (41)	82 (76)	26 (24)
高知医大 ⁹⁾ (81-88)	3,106	251 (8.1)	126 (50.6)	79 (31)	66 (83.5)	13 (16.5)

- # 1 全分娩数に占める帝王切開数
- # 2 前回帝王切開者中今回分娩を予定帝王切開としたものの数 (割合)
- # 3 前回帝王切開者中今回分娩に試験分娩を試みたもの (割合)
- # 4 試験分娩実施者中VBACに成功したもの (割合)
- # 5 同上不成功者 (割合)

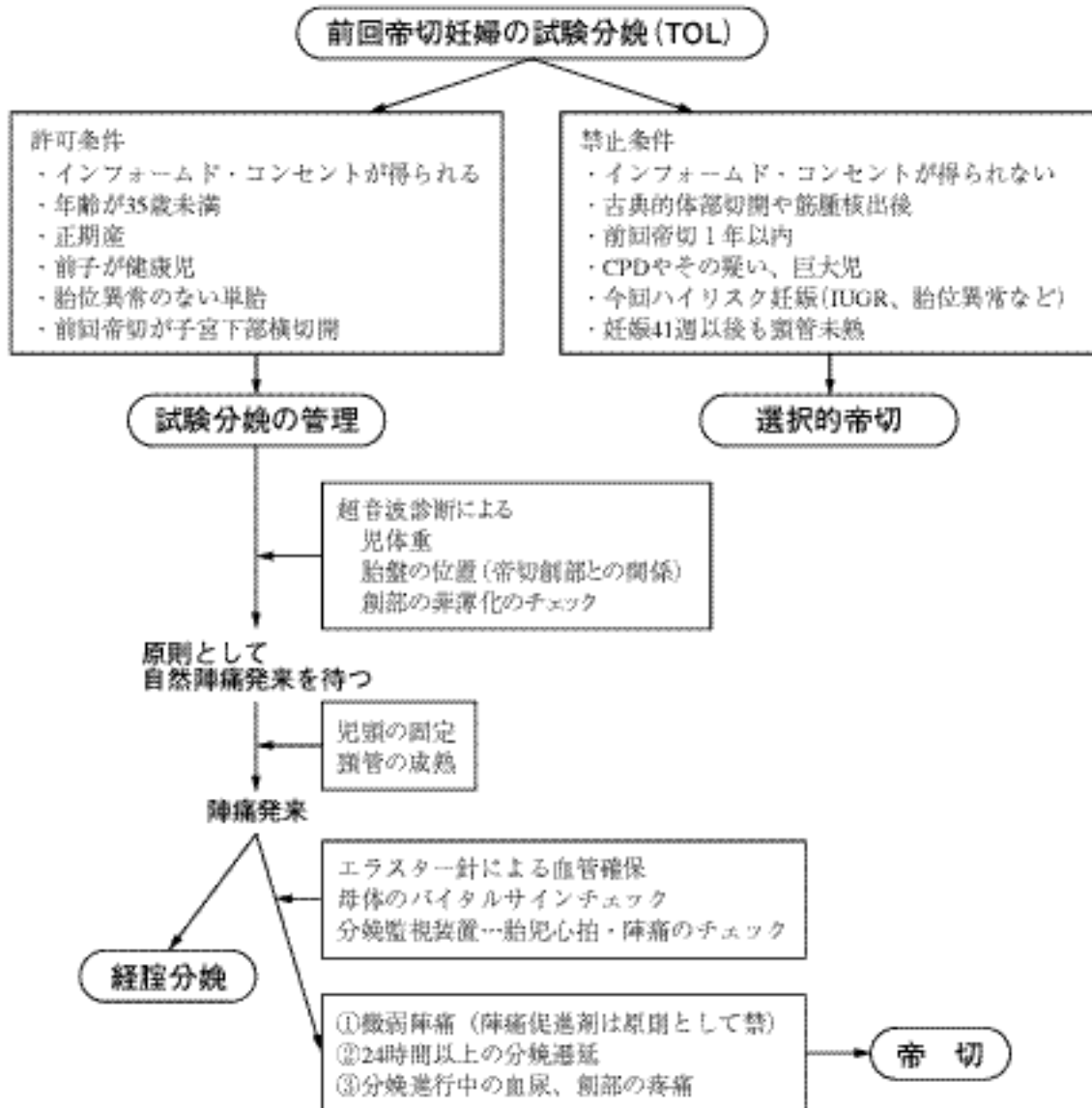


図1 前回帝王切開妊婦の分娩の取り扱い⁷⁾

場合には、ただちに帝王切開分娩の方針とする。そのためのインフォームド・コンセントを得ておくこと、近くの大病院へ直ちに紹介できること、ないし double set up の態勢がと

表2 試験分娩実施中の管理方針

1. 自然陣痛発来を原則とし、分娩誘発を極力避ける
2. 厳重な分娩監視
 - 1) 分娩進行の評価
 - (1) active phase における分娩進行の停止は適切とする。
 - (2) 分娩停止の原因が微弱陣痛であることが明らかなきは、過強陣痛にならぬようにオキシトシンによる陣痛促進。
 - (3) 適切な陣痛があっても分娩が進行しないときは適切。
 - 2) 胎児心拍モニタリング；とくに高度の変動一過性徐脈の頻発や、遷延性徐脈の出現は子宮破裂の重要なサインと見なす。
3. クリステレル圧出、錯子分娩、吸引分娩は原則禁止
4. 硬膜外麻酔分娩は原則として行わない

られ、速やかに帝切が可能となる条件を整えておく必要がある。

ついでながら、試験分娩にあたっては、表2のごとき注意事項を守った方が⁴⁾良い。

試験分娩・VBAC実施施設

試験分娩中、万一帝切分娩に方針を切り替える事態を生じた場合、分娩台をただちに手術台に替えても産婦人科医師が即手術をなすうる環境になっていることは稀で、帝切決定から児娩出まで早くても30分近くかかってしまうことを常に念頭におくべきである。また、わが国ではスタッフ不足から前回帝切分娩の妊婦を試験分娩に踏み切れないケースも少なくないと思われる。厚生省心身障害研究「妊産婦死亡の防止に関する研究」班によると、大学病院55、総合病院108、病院54、開業医81の計298施設中、麻酔医の待機状況は日勤帯で49%、時間外で22%に過ぎず、小児科医の待機状況もほぼ同様と報告され、どの施設でも試験分娩・VBAC実施時に万一異常を認

めたとき、ただちに緊急帝王切開に踏み切れる状況にないという⁶⁾。したがって、VBAC実施施設が限定されることはやむを得ない。今後はスタッフの整った施設から順次試験分娩実施率、ひいてはVBAC率を高めてゆく必要がある。

反復帝切分娩と試験分娩 / VBACとのメリットとデメリット

表3に両者のメリットとデメリットとをまとめた。一方のメリットは他方のデメリットになり、その逆もある。しかし、母児双方にとって、また社会医学的に、可能であればVBACが理想であることは言うを待たない。これまで述べてきたように今後は実施可能な施設から試験分娩を実施し、反復帝切分娩は極力避けるべきと思われる。

1916年Craginにより、NY Medical Journalに掲載された“Once a cesarean, always a cesarean”に代表される帝切後の切開創痕が、次回妊娠・分娩時に破裂することを避けるため、次

表3 反復帝王切開分娩と試験分娩・VBACとの比較

	反復帝王切開分娩	試験分娩・VBAC
メリット	<ul style="list-style-type: none"> 十分準備した状態で帝王切開できる。 子宮破裂のリスクを回避できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 帝王切開を避けられるかも知れない。 子宮破裂率<1% 症例を選べば安全 経膈分娩成功例は入院日数半減
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> 母体に対するリスクが高い 術中 麻酔事故・出血・隣接臓器損傷 術後 イレウス・感染・発熱・血栓症などの発生率が高い 次回妊娠・分娩に対して 前置胎盤・癒着胎盤高率 入院期間が長引き、費用増大 	<ul style="list-style-type: none"> 試験分娩は常に子宮破裂の危険あり、厳重な監視を要する。 帝王切開への切り替えあり、準備必要 不成功例の発熱、子宮破裂率は高い。

回妊時でも選択的に帝王切開分娩にすべきという考え方が今日の反復帝王切開分娩の増加を生んだ。しかし、帝王切開分娩には前述のように、手術に伴う不測の母体合併症とそれに伴う入院期間の延長という医療経済的に不利な側面があり、麻酔に関する合併症や出血のほか種々の不利が伴う。このような背景のもとVBACへの要請が患者側からはもとより、社会や医療側からも高まってきた。今日までに蓄積されたVBACの経験から、母児に対するVBACの危険性を全く否定することは出来ないにしても、症例を選び、設備とスタッフの整った施設で取り扱われるなら、VBACにはかつて予想されたほどのリスクはないことが分かってきた。もっとも恐れられていた子宮破裂の発生も1%以下であり吉田、正岡、久保らは調査範囲内で一例も経験していない。今日ではむしろ病院など施設の質の評価、診療レベルの客観的な尺度としてVBAC率を利用しようとする動きすらある。

おわりに

かつて“Once a cesarean, always a cesarean”といわれたが、今や“Once a cesarean, not always a cesarean”といい直されるべき時代になっている。ただし、VBACには少ないとはいえ、子宮破裂とそれに伴う胎児死亡や重篤な児の障害をもたらすことがある。したがって、施設が整備され、スタッフが十分な機能を発揮できる機動力のある、緊急態勢の整っ

た施設でのみVBACは試みられるべきであろう。

文 献

- 1) 坂元正一、水野正彦監修：腹式帝王切開術、プリンシプル産科婦人科学、産科編、78、メヂカルビュー、東京、1991
- 2) 吉沢浩志、金沢浩二、梶野 徹、竹内正七：新潟大学産科過去9年間の骨盤位分娩の臨床統計。日産婦新潟地方会誌、1980；16・17合併号：20-26
- 3) United States Department of Health and Human Service：Public Health Service. Health Resources and Services Administration：Maternal and Child Health Bureau. DHHS Publication No. HRSA - M - CH 91 - 92. 1991
- 4) 吉田幸洋：既往帝王切開妊婦の取り扱い。日産婦誌 1998；50(9)：N254-257
- 5) 正岡直樹：既往帝王切開妊婦の取り扱い。日産婦誌 1998；50(9)：N258-261
- 6) 久保隆彦：既往帝王切開妊婦の取り扱い。日産婦誌 1998；50(9)：N262-265
- 7) 日本母性保護産婦人科医会：帝王切開後の次回分娩。研修ノート58、急速遂娩術 1998：125-129