

妊娠分娩産褥の母体生理に及ぼす影響 (2)

II 帝王切開術後の分娩

研究第1部 我妻 堯
倉持 和子

1. はじめに

最近、我国のみならず諸外国に於ても帝王切開術（以下帝切と略記）が増加している。

我国の帝切率¹⁾は、戦前は1%前後であったが、戦後は抗生物質の使用による感染の予防、手術々式の改良、麻酔法の進歩、輸液、輸血療法の進歩等により、手術そのものが容易かつ安全に施行できるようになったことに加えて、X線による骨盤計測の技術が確立されてC. P. Dの診断が分娩前に可能になったこと等から、年々増加の傾向が見られている。昭和31年1月より昭和35年12月31日までの5年間の帝切率は、森²⁾の全国調査によれば3.79%であるが、次の5年間の全国平均は下村³⁾によれば4.82%と増加している。このような帝切の増加に伴い当然既往帝切者の分娩が増加して来る。帝切の適応基準は病院によりかなり異り、高年初産婦や初産婦の骨盤位に対してしばしば帝切の適応が拡大解釈されることがある⁴⁾。又、既往帝切者の分娩をどのように扱うかの方針も病院によって異り、種々の意見が述べられている^{5) 4) 5) 6) 7) 8)}。1916年、E. B. Cragin⁹⁾が“Once a cesarean, always a cesarean”という言葉を用いて帝切後の分娩に警告を発して以来、米国では大学や教育病院に於てこの考え方が主流をなして来た。Greenhillの教科書(1965年13版)でも“A previous cesarean section is in my opinion an indication for a repeat operation”と述べており、Willsonの教科書(1970年)でも帝切の適応として既往帝切をあげており、今日でもCraginの考え方が踏襲されていることが示されている。1959年1月から3月までの3か月間に米国の11州の28病院の統計によれば帝切率は全分娩の4%で、既往帝切のみを適応として行われた帝切は、全帝切の35%であり、New-York市でおこなわれた帝切のうち40~50%が既往帝切のみを適応としていることがわかっている⁶⁾。

一方では、1963年Allahbadia¹¹⁾が“Once a cesarean section is not always a cesarean”と述べているように帝切の既往のあるものにtrial of laborを行うべ

きであるという意見もかなりある。

我国に於ても既往帝切者の分娩をどのように扱うかに関しては意見がわかれており^{2) 12)}、また既往帝切がどのような適応と術式でおこなわれたかによって、その後の方針が影響を受けるため、この問題は一律に決定することは出来ない。我々は、愛育病院における最近の既往帝切者の分娩の実態を調査したのでその結果を述べてみたいと思う。

2. 調査対象

昭和45年1月1日より昭和46年9月30日までの1年9か月間の愛育病院産科における分娩数は、1757例で、全帝切数は53例(帝切率: 3.02%)。このうち、前回分娩が帝切であった者の分娩は26例であった。本調査に於ては、今回分娩の直前の分娩が帝切であった者だけを選び、帝切後に1回ないし2回以上の経膈分娩を経験した者は除外した。

3. 既往帝切者の分娩様式

既往帝切者の26例中で経膈分娩は16例(自然分娩10例、鉗子分娩6例)で、再帝切は10例(そのうちtrialをおこなったもの3例、Elective 7例)で、再帝切率は38.7%である。26例のうち前回帝切を当院で行った例は8例で、18例は他院であった。この期間、愛育病院に於ては狭骨盤のように適応が永続する場合には、著しく児の小さい症例を除いてElectiveに帝切を行なったが、適応が前置胎盤、分娩遅延の如く一時的な場合には、原則として経膈分娩を試み、その経過によって早目に帝切にきりかえるという方針をとっていた。この場合、前回の手術創が完全に治癒していても今回の分娩経過中に破裂することもあり得るので、分娩経過に充分注意する必要がある。即ち、陣痛の状態、頸管の開大、児頭の下降などに充分注意して監視し、順調な分娩進行が妨げられる場合や、子宮切迫破裂の危険がある時は、直ちに帝切に切り換える用意をしてtrial of laborを行うことが必要である。この際、前回帝切の施行時期即ち手術時に

子宮口が、どの位まで開大していたか、産褥経過に於て感染がおこっていたかどうか、手術術式は古典的帝切か否かなども参考にしなければならない。前回、他の医療施設に於て帝切が行われた場合には、その施設に対し上記の点に関して問い合わせることも必要である。

前回帝切の適応と今回の分娩様式の関係は（第1表）の如くである。

第1表 前回帝切の適応と今回分娩様式

前 回 帝 切 適 応	例数	今回分娩様式	
		帝 切	経陰分娩
C. P. D 及 狭 骨 盤	6	4	2
児 切 迫 仮 死	8	1	7
廻 旋 異 常	3	0	3
分 娩 遅 延	1	0	1
子 癇 前 症	1	0	1
Poor Obst. History	1	0	1
軟 産 道 強 靱	1	0	1
前 置 胎 盤	1	0	1
胎 盤 早 期 剝 離	1	1	0
双 角 子 宮 + B E L	1	1	0
高 年 初 産 + B E L	1	1	0
妊 娠 中 毒 症	1	1	0

4. 既往帝切者の経陰分娩16例について

頭位の自然分娩が10例、鉗子分娩が6例で、鉗子の適応は分娩遅延5例、児切迫仮死1例である。陣痛との関係を見ると、13例が自然陣痛で、2例に促進、誘発をおこなったのは1例のみである。当院では前回帝切例に対しては、原則として分娩誘発を行わない方針であるが、この症例は、前回分娩時に子宮口全開大の後、前方前頂位で分娩停止のために鉗子遂娩術を施行したが成功せず、帝切を行なった例である。今回は妊娠末期に陣痛発来をまたずに既に子宮口が6cm開大していたためにアトニン点滴によって誘発をした所、2時間33分後に自然分娩に成功した。

次に、分娩時間についてみると、6時間以内が1例、6～12時間が8例、12～24時間が4例、24～36時間が2例、36時間以上が1例であった。

母体の合併症は、弛緩出血1例、癒着胎盤1例、分娩時高血圧1例で特に問題はなかった。

児はすべて生産で Apgar Score は8点以上であった。児体重は未熟児は1例もなく、2501～3500gが11例、3501～4000gが4例で、最高は4375gであった。

5. 反復帝切10例について

10例中、陣痛発来をまたずに Elective Section をおこなったのは7例で、適応の内訳は C. P. D 4例、双角子宮+骨盤位1例、poor obstetric history 1例、高年齢のため1例となっている。trial of labor をおこなった例は3例で、反復帝切を施行した適応は、胎盤早期剝離1例、切迫子宮破裂1例、C. P. D 1例である。

全身合併症は、妊娠中毒症が1例のみであった。

切迫子宮破裂で帝切をおこなった例は前回帝切時に術創化膿を起した例である。

児の予後は新生児死亡はなく、Apgar Score は7点以上であった。児体重は2501～3000g 1例、3001～3500g 8例、3501～4000g 1例であった。

6. まとめ

愛育病院産科における既往帝切者の分娩に関して次のような結論を得た。

- 1) 前回帝切時の適応が現在は存在しない場合には、経陰分娩を行う方針でのぞむ。この際、分娩進行状態をよく監視し、分娩経過が順調に進行しない場合には、早目に帝切に切り換える必要がある。
- 2) 原則として分娩誘発は行わない。
- 3) 既往帝切者の61.3%が経陰分娩を行っている。
- 4) 切迫子宮破裂が1例あり、それに対しては帝切をおこなった。
- 5) 児の周生期死亡は0で母体死亡も0であった。

7. むすび

既往帝切例の分娩様式の選択、子宮切開創の治療の問題等に関してはいろいろ討議されているのは衆知の事実である。手術々式の改良、術後管理の進歩等により手術創の治療障害の頻度も減少し、経陰分娩の可能性も大となっているが、術後の follow up によって、次回分娩の予後を左右する因子の解明に努め、より安全な分娩様式を採用することが必要である。

〔文 献〕

- 1) 日産婦誌；Vol. 14 No.8, 543～563, 1963
- 2) 下村虎男；産婦人科治療、Vol.16, No.6, 662, 1968
- 3) 古谷 博；産と婦、Vol.31, No.10, 1292, 1964
- 4) 山田千里；産と婦、Vol.31, No.7, 921, 1964
- 5) 小林 博；臨婦産、Vol.25, No.8, 851, 1971
- 6) 安井修平；産婦の実際、Vol.20, No.8, 721, 1971
- 7) 下村虎男；産と婦、Vol.36, No.5, 599, 1969

我妻・倉持：妊娠分娩産褥の母体生理に及ぼす影響

- 8) 山村博三その他；産と婦、Vol. 38, No.7. 867, 1971
- 9) Cragin, E.B.; New York J. Med., 104, 1, 1916
- 10) Douglas, R. G., Birnbaum, S.J., Magdonald, F. A.; Am. J. Obst. & Gynec., 86:7, 961, 1963
- 11) Allahbadia, N.K.; Am. J. Obst. & Gynec., 85:2, 241, 1963
- 12) 中嶋唯夫：臨婦産、Vol. 25, No.8, 827, 1971