

# 小豆島中央病院 分娩方針に関する説明書

ID

患者氏名

様

年齢

歳

妊婦様、ならびにご家族の皆様方におかれましては、出産を控えられて期待とともに、分娩についての不安をもたれる方もいらっしゃる事と思います。当院は、母児共に安全に分娩に至る事を最重要視した管理を行う方針としています。

本来、分娩は異常な状態ではありません。従いまして当院では、出来るだけ自然経過で出産に至るよう考えています。その過程が順調に進行する事が理想ではありますが、母児の安全のために医学的な処置が必要となる事が比較的多いのも事実です。時には突発的に母児の危険を生じる場合もあります。そのため、皆様の分娩に際し、当院における分娩管理の基本方針について説明し、あらかじめ理解していただく事が必要と考えます。

当院で分娩を希望される方々におかれましては、以下にお示した分娩管理方針について、十分に理解・納得していただいた上で、“当院の分娩方針についての同意書”にご署名して下さいますよう、お願いいたします。

なお、ここにお示した説明文書やその他分娩に関する疑問や質問がある場合には、同意書への署名をしていただいた後であっても、詳しくご説明させていただきますので、お気軽に担当医もしくは助産師に聞いていただけますようお願いいたします。

## #. 分娩管理方針について

### 1. 分娩監視装置(胎児心拍数陣痛図)による母児の持続的な観察

陣痛発来および前期破水にて入院後は、赤ちゃんと子宮収縮の状態を把握するために、分娩監視装置(胎児心拍数陣痛図)による観察を、原則として出産に至るまで連続して行います。

### 2. 陣痛誘発・陣痛促進のための子宮収縮薬使用(子宮頸管拡張術を含む)

分娩開始後に微弱陣痛となり分娩の進行が停滞する場合、前期破水後24時間以上経過しても陣痛が起こらない場合、予定日を1週間以上超えても陣痛発来がみられない場合には母児の状態を考慮した上で、子宮収縮薬による陣痛誘発・陣痛促進を行います。陣痛誘発を予定する場合、子宮口が十分に開いていない時には子宮頸管拡張術を行ったのちに、子宮収縮薬を使用します。(詳細は、“#.陣痛誘発・陣痛促進(子宮収縮薬の使用)”について”の項目をご参照ください。)

### 3. 会陰切開(局所麻酔、切開部の縫合を含む)

正常分娩の経過において、第2度以上の会陰裂傷が予測される場合は、会陰切開(局所麻酔、切開部の縫合を含む)を実施する事があります。会陰切開は、分娩終了後に局所麻酔下に縫合を行い修復します。

#### \* 会陰裂傷について

第1度- 会陰の皮膚および腔粘膜のみに限局する裂傷。

第2度- 裂傷が会陰の皮下組織におよぶが、肛門括約筋は損傷されない。

第3度- 裂傷がさらに深部におよび、肛門括約筋の一部もしくは全部が断裂したもの。

第4度- 肛門括約筋や直腸腔中隔が破綻し、裂傷が肛門粘膜・直腸粘膜に及ぶもの。

\* 第3度以上の会陰裂傷では、排便障害をきたす事があります。

### 4. 分娩後出血とその治療

分娩に伴い胎児が産道(子宮下部→腔→外陰部)を通過する際に、周囲の組織が裂けたり(軟産道裂傷:子宮頸管裂傷・腔壁裂傷・会陰裂傷)、組織内部に出血をきたす(腔壁血腫・外陰血腫)ことがあります。また、胎盤が排出された後に子宮収縮が不良となった場合、子宮内部からの多量の出血が起こることがあります(弛緩出血)。これらの場合、裂傷縫合術、子宮収縮薬の使用、腔内ガーゼ圧入による出血部位への圧迫操作等にて止血を試みますが、場合によっては輸血(血液製剤を含む)を要することもあります。

これらの局所的な操作で止血が困難な場合には、血管内にカテーテルを挿入して子宮に入る動脈を閉塞する操作(子宮動脈塞栓術)の実施などを考慮しますが、動脈閉塞操作でも止血が困難な場合、母体救命の目的で最終的に子宮全摘術が考慮されます。(詳細は、“#.分娩後出血と止血操作について”の項目をご参照ください。)

### 5. 急速遂娩術

分娩経過中、以下の状況が生じた場合、母児の状態によって急速遂娩術(速やかに胎児を分娩させるための方法/鉗子分娩・吸引分娩・緊急帝王切開術)を実施する事があります。

- 1) 胎児機能不全: 赤ちゃんに低酸素血症・酸血症が発生している可能性が想定される状況です。
- 2) 分娩第2期遷延: 子宮口が全部開いた時点から、初産婦さんで2時間以上、経産婦さんで1時間以上経過した状態をいいます。(分娩第2期とは、子宮口が全部開いた時から赤ちゃんが産まれるまでをさします)
- 3) 妊娠高血圧症候群やその他の母体合併症、もしくは母体疲労のため、分娩第2期の短縮が必要と判断された場合
- 4) 赤ちゃんの頭が下降する際に、正常に回旋しない(回旋異常)ため、分娩の進行が妨げられている場合。

\* 急速遂娩術の選択は、妊娠週数、母児の状態、分娩進行の状況、術者の技術を考慮して決定します。

(詳細は、“#.鉗子分娩・吸引分娩について”および“#.緊急帝王切開術について”の項目をご参

照く下さい。)

## 6. 産後の出血を減らす目的での子宮収縮薬の使用

高血圧等で子宮収縮薬の使用を差し控えることが望ましい状況になれば、分娩終了後の子宮からの出血を少なくする目的で、赤ちゃんが産まれた後に子宮収縮薬(静脈注射および内服)を使用します。

## 7. 産褥感染防止のための抗菌薬使用

分娩終了後、必要に応じて産褥期の感染予防目的で抗菌薬(抗生物質)の内服を行います。薬剤に関するアレルギー症状(皮疹・かゆみ・呼吸困難感等)の既往は、再度、お知らせください。

## 8. 医学的研究への利用について

分娩や必要に応じて実施された処置によって得られた結果が、医学的研究に用いられ、研究発表で公表されることがあります。その際、年齢・性別などが公になることがありますが、個人を特定できるような名前などの個人情報、一切わからないように配慮いたしますので、ご了承ください。

## #. 陣痛誘発・陣痛促進(子宮収縮薬の使用)について

- ・ 下記の状況が生じた場合、陣痛誘発・陣痛促進が考慮されます。

### ① 前期破水で24時間以上経過しても陣痛発来しない

前期破水の場合、48時間以降は子宮内感染の頻度が上昇するため、早期の分娩が望まれます。破水から24時間以内に自然に陣痛発来する事が多いのですが、陣痛が起こらない場合には陣痛誘発が必要となります。

### ② 予定日1週間以上経過しても陣痛がおこらない

予定日を超過した場合でも、急激に赤ちゃんの状態が悪くなるわけではありませんが、妊娠42週を超えると、胎盤機能が低下してくる事が予測されます(過期妊娠)。そのため、当院では妊娠41週以降、子宮収縮薬により陣痛誘発を行い、過期妊娠に至る前に分娩となるように計画します。

### ③ 微弱陣痛(陣痛が弱いため分娩が進行しない状況)

経膈分娩が進行するためには十分な陣痛が起こらなければ分娩に至りません。分娩の過程で微弱陣痛と判断され、陣痛を強める事で分娩の進行が期待できる場合、陣痛促進を行います。

- ・ 陣痛誘発を予定する際に、子宮頸部(子宮の出口)が十分に拡張していない場合は、前もって子宮頸管拡張術をします。子宮頸管拡張術は、ラミナリア桿(細い棒状の海草)を子宮頸部に挿入し、水分を吸収させることで、数時間かけて徐々に子宮口を開いていく方法で行います。急激に拡張させると子宮頸部が裂ける可能性があるためです。
- ・ 陣痛誘発や陣痛促進は、子宮収縮薬(オキシトシンまたはプロスタグランジンF<sub>2α</sub>)の点滴静注で行います。子宮収縮薬は、安全に使用するため産科婦人科ガイドラインで示された方法に従って実施します。
- ・ 子宮収縮薬使用時の危険性は、①過強陣痛とそれに伴う胎児機能不全、②稀に子宮破裂、などがあります。
- ・ 子宮収縮薬使用時は、上記危険性に迅速に対応できるように、使用前から分娩監視装置(胎児心拍数陣痛図)により、陣痛と赤ちゃんの心拍を連続モニターします。

## #. 分娩後出血と止血操作について

- ・ 分娩時は、正常に経過していると思われる場合であっても、胎児が産道(子宮下部→膈→外陰部)を通過する際に、周囲の組織が裂けたり(軟産道裂傷:子宮頸管裂傷・腔壁裂傷・会陰裂傷)、組織内部に出血をきたす(腔壁血腫・外陰血腫)ことがあります。また胎盤が排出された後に

子宮収縮が不良となり、子宮内部からの多量の出血が起こることがあります(弛緩出血)。その他、さらに頻度は少ないものの胎盤遺残、癒着胎盤や子宮筋腫合併によって多量の出血をきたすことがあります。

- ・分娩に際して、適切な医学的処置が行われなければ生命に関わる多量の出血は産科危機的出血と呼ばれ、妊産婦死亡の主な要因の一つであり、300の分娩に1例おこるとされています。
- ・これらの場合、裂傷縫合術、薬剤の使用、子宮もしくは腔内へのガーゼによる圧迫等にて止血操作を試みます。
- ・母体の状況によっては、輸血(血液製剤を含む)を要することもあります。輸血に関する説明は、別途行います。なお、いかなる状況であっても輸血による治療を希望しない場合は、特別な手続きを要しますので、担当医に連絡して下さい。
- ・これらの局所的な操作で止血が困難な場合、足の付け根の動脈(大腿動脈)から血管内に細い管(カテーテル)を挿入して子宮に入る動脈を閉塞する操作(動脈塞栓術)の実施を考慮します。この操作は、X線透視下に造影剤を使用して子宮動脈を同定し、出血部位の確認を行ったうえで、原因と考えられる血管(主に子宮動脈)をゼラチンを用いて閉塞させる操作です。ゼラチンは、この処置後数週間で吸収されます。子宮動脈塞栓術による止血成功率は95%とされています。また、この操作で止血がなされた場合は次回以降の妊娠も可能とされています。起こりうる合併症は、造影剤によるアレルギーの可能性があると術後に子宮の血流減少による下腹痛が考えられます。造影剤による副作用の発生は予測困難であり、軽度のアレルギー症状発生率は3%以内で、生命に関わる重篤な副作用発生率は0.004%とされます。もし発生した場合には、適切な救命処置を実施します。下腹痛は比較的高頻度に見られますが、通常痛み止めによって対処可能です。
- ・以上の処置にても止血が困難な場合、母体救命の目的で最終的に全身麻酔下での子宮全摘術が考慮されます。

## #. 鉗子分娩および吸引分娩について

- ・経腔分娩を行っている経過において、急速遂娩術(速やかに胎児を分娩させるための手術手技)が必要となる事があります。この時点で、①赤ちゃんの頭部(児頭)が骨盤を通過できると判断される、②子宮口が全開大している、③破水している、④児頭の位置が骨盤入口部以下に下降している、⑤児頭は手術に堪えられる硬さがある、⑥母体は手術に堪えられる、という条件を満たす場合に、経腔急速遂娩術として鉗子分娩もしくは吸引分娩の実施が容認されます。
- ・上記条件が満たされない場合、もしくは鉗子分娩・吸引分娩が不成功の場合には、緊急帝王切開が選択されます。
- ・経腔急速遂娩術は通常、緊急帝王切開術に比して、赤ちゃんが産まれるまでの時間が短い、母体の手術による影響(出血量・入院期間・次回以降の分娩に関する危険性)が少ない、という利点があります。
- ・鉗子分娩は、鉗子(金属製の器具)を児頭の両側に挿入し、通常陣痛に合わせて鉗子を牽引し、赤ちゃんの通り道(産道)を拡げながら、児頭の下降を誘導する方法です。
- ・吸引分娩は、児頭に吸引器具を装着し、陣痛に合わせて児頭を下方に牽引する方法です。
- ・鉗子分娩と吸引分娩の選択について、当院ではその確実性と胎児損傷の少なさを考慮して鉗子分娩を選択する事が多いですが、最終的には分娩時の状況に応じて選択します。
- ・鉗子・吸引分娩実施の際には、より確実に分娩に至らせる目的で、通常子宮底圧迫法を併用します。また重度の会陰裂傷を回避する目的で、会陰切開術を実施します。
- ・鉗子・吸引分娩の合併症として、以下の事が考えられます。
  - 1) 軟産道裂傷(子宮頸管裂傷、腔壁裂傷、会陰裂傷):産道が十分に伸展していない状態で分娩に至らせるために、母体の産道損傷をきたす事があります。この分娩に際し、会陰裂傷を回避する目的で会陰切開を実施しますが、その処置を行っても肛門括約筋を損傷する重篤な会陰裂傷が生じる事があります。その場合には、分娩直後に修復する事で機能的な問題は通常回避されますが、軽度の括約筋損傷の場合、稀に分娩直後にわからない場合もあります。肛門括約筋が障害された場合、排便機能に問題が生じますので、その様な場合には、後日外科的に修復術を要する事もあります。
  - 2) 出血:一般に鉗子分娩では、通常の経腔分娩に比して出血が多くなる事が確認されています。原因の多くは、上記軟産道裂傷によるものと考えられています。輸血を要するほど出血

が多くなる事は稀ですが、裂傷が著しい場合や、他の出血の要因が加わった場合に輸血を要する場合があります。

- 3) 膀胱機能障害: 分娩の手術手技に伴うものか分娩遷延など他の要因によるものかは明らかではありませんが、分娩後に一時的な排尿障害をきたす事があります。ほとんどの場合は、数日の経過で排尿機能は回復します。ただし、回復までの期間は個人差があるため、入院期間が延長する可能性があります。
- 4) 胎児頭血腫・帽状腱膜下血腫: 分娩時に児頭への外力が加わることにより、頭部の皮下に出血が起こることがあります。頭血腫は頭蓋骨と骨膜の間に起こる出血であり、帽状腱膜下血腫は骨膜の上の部分に起こる出血です。吸引分娩に特徴的な合併症です。ともに通常数週間の経過で軽快しますが、新生児の黄疸が遷延し、入院期間の延長や治療を要する事があります。帽状腱膜下血腫は、吸引分娩に特徴的な合併症で、頭部全体に拡がることもあり、時として多量の出血のために生命の危険を伴うこともあります。この場合、必要に応じて輸血など十分な治療を要します。
- 5) 胎児頭部皮膚圧痕: 鉗子分娩に特徴的な合併症です。鉗子の装着部位に一致して赤ちゃんの皮膚に一時的な痕跡を残す事があります。これは通常数日の経過で軽快します。

当院では、上記の合併症を考慮したうえで手術の実施により母児の有益性が上回ると判断される場合には、経腔急速遂娩術を積極的に実施しております。

なお、上記1)~4)の合併症については、頻度は高くありませんが、鉗子・吸引分娩を実施しない分娩の経過においても起こる可能性があります。

## #. 緊急帝王切開術について

- ・ 急速遂娩術が必要な状況下で、鉗子・吸引分娩を選択できない場合には、緊急帝王切開術を選択します。
- ・ 帝王切開術とは、開腹した上で子宮下部を横切開して、そこから胎児を出産させる方法です。なお緊急の場合は通常、腹部を縦切開で開腹いたします。
- ・ 緊急帝王切開時の麻酔法(全身麻酔もしくは腰椎麻酔)は、母児の状態により選択します。腰椎麻酔は、横を向いて寝た状態で、背中(脊髄髄膜腔)に針を刺して麻酔薬を注入する方法です。腹部以下の麻酔で意識は残ります。全身麻酔は、静脈から麻酔を行った後に喉(気管)に管を入れて、ガス状の麻酔薬を吸入することによる麻酔で、完全に眠った状態となります。麻酔方法については、可能であれば母児の副作用が少ない腰椎麻酔で行うことを原則とします。しかし緊急性が高い場合は、全身麻酔を選択いたします。
- ・ 帝王切開術の合併症や影響として、以下のものが考えられます。
  - ① 出血と輸血の可能性: 通常の帝王切開術では輸血が必要な出血をきたすことは、少ないと考えられます。しかしながら腹腔内の癒着が強い場合や胎盤娩出後の子宮収縮が弱い場合などは多量の出血を伴うことがあります。出血が予想外に多い場合は輸血が考慮されます。輸血は、アレルギーや感染症の危険性が0(ゼロ)ではありません。そのため、輸血に関する基本的な考えは、「できるだけ実施しない」です。しかし、場合によっては生命を脅かすような出血をきたすこともありえます。その場合血液製剤を含めた輸血が必要となります。
  - ② 周囲臓器(膀胱・尿管・腸管)損傷: 通常の帝王切開において子宮切開は子宮下部の薄い部分で行います(腹式深部帝王切開術)。この部位は膀胱が重なっている部分であり、膀胱の剥離を行う必要があります。頻度は非常に低いですが、この際膀胱を損傷する可能性があります。また手術する部分の周囲には尿管や腸管があり、それらを損傷する可能性も起こりえます。
  - ③ 静脈血栓症の危険性増加: 静脈血栓症は、下肢の静脈に血液のかたまりを生じる状態のことであり、生じた血栓が心臓を通過して肺に詰まる(肺塞栓)ことがあります。この肺塞栓は生命を脅かす重篤な合併症であり注意を要します。妊娠そのものでも静脈血栓症の危険性が増していますが、帝王切開では麻酔により下肢の静脈が拡張し血流が遅くなるため、さらにその危険性が増します。そのため手術に際して、弾性ストッキングやフットポンプ(空気圧で循環を促す)で血栓予防を行います。また術後の早期離床も有効であり、積極的に動くことをすすめていきます。肥満や糖尿病・膠原病・抗リン脂質症候群等の合併症を有する場合や環を促す)で血栓予防を行います。また術後の早期離床も有効であり、積極的に動くことを

すすめていきます。肥満や糖尿病・膠原病・抗リン脂質症候群等の合併症を有する場合や血栓症の既往がある場合などはさらに危険性が上昇します。これらの場合は、状況に応じて、術後ヘパリンなどの抗凝固療法の併用を行います。

- ④ 術後感染の危険性: 術中・術後に予防的抗生物質の点滴(もしくは内服)を行います。
- ⑤ 術後腸閉塞: 術後一時的に腸管の運動が抑制されることがあります。予防として早期離床を促します。また、場合によっては腸管の運動を促進する薬剤も併用します。
- ⑥ 創部離開: 術後(場合によっては1カ月後以上先のこともあります)、腹部の傷が、感染等にて離開することがあります。治癒に数週間を要することもあります。通常、離開部の保護処置にて軽快します。
- ⑦ 入院期間の延長
- ⑧ 次回以降の妊娠・分娩の危険性増加: 通常の帝王切開術の場合、次回以降の妊娠に際し、当院では条件によって経腔分娩を試みる場合があります。

- ・ 常位胎盤早期剥離や前置胎盤など特殊な帝王切開時、癒着胎盤(胎盤が子宮の壁にかじりついて容易に剥がれない状態)や弛緩出血(子宮収縮が弱く胎盤が剥がれた部分からの出血が止まらない)を認めた場合など、子宮からの出血を止められない事もあり、稀に母体救命処置として止血のための子宮全摘を要する事もあります。
- ・ 麻酔関連の合併症として、以下のものが考えられます。
  - ① 麻酔薬によるアレルギー症状
  - ② 腰椎麻酔: 血圧低下・術後の頭痛などがあります。
  - ③ 全身麻酔: 喉にチューブを挿入すること(挿管)による喉の痛み・挿管の際の歯牙損傷・誤嚥が主なものです。また、麻酔薬が胎児に移行することで、しばらく新生児の呼吸管理を要することもあります。このうち誤嚥は、胃の内容物が肺に流入する事により重篤な肺炎をきたすもので、頻度は低いですが最も注意を要する副作用です。このため全身麻酔では、通常食事を止めて胃の内容物を空虚にした上で実施するのですが、緊急時にはその処置ができません。また、妊婦さんでは大きくなった子宮により胃が上方に圧迫された状態になりますので、誤嚥の危険性が高くなります。これらの合併症の発生については、十分に注意して発生の予防に努めております。
- ・ 母児の危険が差し迫っている判断される場合、十分な説明ができないまま手術室に緊急搬送せざるをえない事があります(超緊急帝王切開術)。この場合、術後に改めて状況を説明させていただきます。

以上の内容に関して説明を受け理解された場合には、同意書に本人または代理人の署名をお願いします。理解できなかった場合は、主治医にその旨を申し出て、さらに説明を受けるなどして十分に理解したうえで署名してください。

また、上記について同意したあとであっても、実施前であれば、何時でもすでに行った同意を撤回するとともに、その他の治療方法を選択することが可能です。治療法について不明な点や心配なことがありましたら、いつでも主治医にご相談ください。

説明日： 令和      年      月      日

小豆島中央病院 産婦人科

医師

⑨

## 小豆島中央病院の分娩方針についての同意書

私は、小豆島中央病院 産婦人科 医師 \_\_\_\_\_ により、「小豆島中央病院 分娩に関する説明書」に記されたいずれの項目についても十分に説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。

この説明により、分娩の経過において下記の医学的な処置・手術・関連する事項について、よく理解できましたので、必要に応じてそれらが実施されることに同意いたします。

1. 分娩監視装置(胎児心拍数陣痛図)による母児の持続的な観察
2. 陣痛誘発・陣痛促進のための子宮収縮薬使用(子宮頸管拡張術を含む)
3. 会陰切開(局所麻酔、切開部の縫合を含む)
4. 分娩後出血とその治療(軟産道裂傷縫合術、子宮収縮薬、子宮・腔内ガーゼ圧迫、子宮動脈塞栓術、母体救命のための子宮全摘術、輸血)
5. ① 経膈急速遂娩術(鉗子分娩・吸引分娩)  
② 緊急帝王切開術(全身麻酔もしくは腰椎麻酔の麻酔管理を含む)
6. 産後の出血を減らす目的での子宮収縮薬の使用
7. 産褥感染防止のための抗菌薬使用
8. 医学的研究への利用について

年 月 日

小豆島中央病院長 殿

患者 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

住所 \_\_\_\_\_

患者 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 続柄 \_\_\_\_\_  
代理人

住所 \_\_\_\_\_