

鉗子分娩のすすめ

平成10年卒 松本直樹



私事から失礼いたします。慈恵医大産婦人科教室ならびに深谷赤十字病院を退職してからおよそ2年がたちます。現在は群馬県高崎市にある佐藤病院という慈恵医大と全く関連のない産婦人科単科病院に勤務しております。医局を離れると診療の様子はだいぶ違いますがようやく慣れてきました。

ところで、急速遂娩法には吸引分娩と鉗子分娩があります。これらの優劣についてはいまだ議論が続いていますが、つまるところはそれぞれ特徴があり、どちらが一方的に良いということではありません。今の勤務先では鉗子の方がやや多く用いられています。慈恵医大産婦人科では自分の知る限り吸引がほとんどであり、私も始めは吸引だけでした。鉗子について当時は見たこともなかったので漠然と危ないものというイメージがありました。その一方で吸引では娩出できない状況でも鉗子で娩出できたなどと時折耳にすることもあったので、その手技に対する興味もありました。医局員としての最後の勤務先は深谷赤十字病院でしたが、そこには埼玉医大総合医療センターの先生も非常勤で来ていました。慈恵と真逆で同センターでは吸引はほとんど行われず、鉗子が主流とのことでした。このような縁もあり、その先生方に鉗子手技を見せてもらう機会が一、二度ありました。以降、鉗子分娩を積極的に自身の分娩管理に取り入れるようになり、いまではそれを自分の第一選択手技としています。

現在勤務している佐藤病院では頭位の経膈トライアルにおいてねばる傾向があるので、緊急帝王切がやや少なく、鉗子・吸引がやや多い傾向があります。最近一年間に私が主となって管理した経膈分娩成功例は147件で、そのうち鉗子52件、吸引1件でした。経膈トライアル数を分母にすると、およそ緊急帝王切5%、鉗子・吸引34%になります。同期間に鉗子分娩に失敗して緊急帝王切に切り替えた症例はありませんでした。牽引力に関しては、吸引で引ききれない際に鉗子で娩出できることもありますし、その点は鉗子の方が優れます¹⁾。同期間の鉗子分娩において92%が牽引2回までで娩出され、Apgarスコア5分値8点未満はゼロでした。手技による侵襲については、吸引に比べ鉗子の方が新生児侵襲はやや小さく、母体侵襲はやや大きいです^{2,3)}。鉗子分娩では新生児に一過性の圧痕や擦過傷を認めることはありますが、吸引で多い頭血腫はあまり起きませんし、全般に新生児への侵襲は小さいと思っています。一方、母体侵襲については産道損傷が少なくないため注意が必要です。同期間の鉗子分娩における3・4度裂傷は45%と高率でした。それでも縫合処置とその後の管理をきちんと行うことで縫合後の大きなトラブルや後遺症例はありませんでした。

このように私は鉗子分娩を優先しています。吸引と鉗子のどちらを優先すべきかはそれぞれの考えでよいのですが、教室の皆さんにも診療の幅を広げるために鉗子分娩手技をマスターすることを提案します。鉗子分娩は決して難しくありません。分娩における産道、回旋を十分理解し吸引分娩に習熟していれば修得は容易です。まずは一度でも実際を見ることです。鉗子手技に関する解説⁴⁾を読んだ上で容易そうな症例から実践したらよいでしょう。

実践する上での参考になるように個人的・経験的な要点を示します。まずは必ず回旋異常の有無をチェックします。内診だけでは正診率が低いので⁵⁾経腹（または経会陰）エコーを併用します。回旋異常（低在横定位、後方後頭位）がなければ鉗子適位の下降度をおよそstation + 2 cmとしています⁶⁾。回旋異常、特に後方後頭位では牽引が難しいので、その場合にはおよそ+

3 cm を条件にしています。鉗子の挿入について、Naegele 鉗子では骨盤に対してねじらない骨盤装着が基本です。鉗子で児頭を挟むというイメージがあるかもしれませんが、私は児頭と左右骨盤壁の間に鉗子をあてがうイメージで挿入します。低在横定位では Kielland 鉗子による回旋操作も考慮されますが、自分は牽引力に優れる Naegele 鉗子を主に用いています。誘導中に鉗子の間で児頭が回旋すると考え（回旋しないままのこともあります）、産道に沿って素直に誘導することで娩出します。眼球損傷についての危惧もありますが、無理な牽引や滑脱をしなければそう心配しなくてよいと考えています。鉗子を装着したあとは慌てずに陣痛間歇期に試験牽引を行い、引けるかどうか自分の感触を確かめます。鉗子が正しく装着できていない場合やそもそも経膈分娩が困難である状況において可動性が悪く感じ取れます。いよいよ娩出のための牽引ですが、ゆっくりと児頭の進みを感じながら牽引します。吸引でははっきりしないこともある児頭下降感が、鉗子ではしっかりと認識できます。ここでも慌てたり急激な力を加えてはいけません。一回の牽引ごとに 5 mm でも 1 cm でもいいのでゆっくりと進めていきます。牽引に力があるときには自重を利用してバランスをとりながら牽引します。ここまでの一連の経過の中で、下降が得られないと判断した時点で速やかに帝切に切り替えます。児頭が進んできたら、スムーズな娩出と裂傷予防のバランスを考慮したタイミングで鉗子を抜去し胎児を娩出します。

教室の後輩先生方にとって多少の参考になればと思います勝手な意見を記しました。そもそも教室としての指導方針があるでしょうし、当たり前ですがレジデントクラスの先生方は先輩の指導に従って安全第一の分娩を心掛けてください。私も分娩の際には必ずその母子の一生がこの判断と技術にかかっていることを再認識して臨みます。最後になりましたが、慈恵医大産婦人科教室のさらなる発展を期待いたします。

文献

1. Ben-Haroush A, et al. Predictors of failed operative vaginal delivery : a single-center experience. Am J Obstet Gynecol 2007 ; 197 : 308e1-5
2. 山田学. 鉗子・吸引分娩の合併症と対応. 臨婦産 2013 ; 67 : 291-9
3. 武田真光. 急速遂娩. 産婦実際 2013 ; 62 : 1365-74
4. 鉗子分娩. 日本母性保護産婦人科医会編. 研修ノート No58. 急速遂娩術. 東京 : 日本母性保護産婦人科医会 ; 1998. 25-49
5. Kreiser D, et al. Determination of fetal occiput position by ultrasound during the second stage of labor. J Matern Fetal Med 2001 ; 10 : 283-6
6. 吸引・鉗子分娩. 田中忠夫, 大浦訓章編. 産科診療トラブルシューティング. 東京 : 金原出版 ; 2005. 204-11