

3 鉗子分娩

Points

- ▶ 鉗子分娩は、特に低い中在〔station (st) + 2〕より児頭が下降している場合は、安全確実な急速遂娩です。
- ▶ 高い鉗子は成功率が低く、児の頭蓋骨損傷による死亡や後遺症、母体の重度裂傷のリスクなどが高いため非常に危険です。よほど熟練した術者以外は行ってはならず、それも非常に特殊な社会状況に限られます。
- ▶ 鉗子分娩を決断しても、心音が許せば、さらに児頭を下げて引きましょう。
- ▶ 分娩遷延が見込まれる場合、分娩第1期から児頭をいかに下げる努力をするかが経腔分娩の成否を決めます。
- ▶ 鉗子が児頭に合致しない場合は、深さや高さが合っていないことが多いです。また、牽引するときは腕力ではなく指で鉗子を引き、抵抗が少なくなったら牽引を弱くします。

安全な鉗子分娩とは？ st+2 以下ルールは、何のため？

「鉗子分娩は危ない」、「鉗子は野蛮」と、指導医から言われたことはないでしょうか？しかし、低い中在 (st + 2) 以下の鉗子は、安全に引くことができます。危険なのは高い鉗子です。なぜ高い鉗子が危険なのかは現代産科学の本にはあまり書いてありませんが、その根拠は何でしょうか？

高位鉗子とは、st - 1 より児頭が高いときに牽引する鉗子です。これはとても危険です。わが国の産科ガイドライン¹⁾でも、欧米のガイドライン²⁾でも、st - 1 より高い場合は、吸引分娩も許容されていません。高位鉗子が行われていた時代の文献³⁾によると、高位鉗子の児の死亡率は20~50%と言われ、その原因はほとんどが頭蓋骨損傷であったと記載されています。そのため、帝王切開が安全に行える近代産科においては、高位鉗子は禁忌なわけです。

st 0~+1 の鉗子分娩も比較的危険で、わが国のガイドライン¹⁾では推奨されていません。理由は後述します。

① 児頭下降度

図1⁴⁾のように、児頭は回旋しながら下降してきますが、図2⁴⁾と対比してみましょう。st+2では児頭の最大周囲は骨盤潤部にあり、st+3で狭部です。st+2であっても、児頭の最大周囲径は骨盤の一番狭いところにさしかかっていません⁴⁾。つまり、高い鉗子は、児頭の応形機能が働く前の大きな児頭を牽引してしまうことがある(児損傷、深い膈壁裂傷につながる)、引いてみたら児頭骨盤不均衡(CPD)だった、ということがありうるのです。

特に経験が浅い術者では、鉗子を装着して児頭が下がってこないときや、CPDであったときに無理な牽引をした場合は、頭蓋骨損傷のリスクがあります。

② 牽引ベクトル

高い児頭は牽引ベクトルも難しいです。図3A⁵⁾のように、鉗子の牽引力は、ベクトルを分解すると児頭を下降させる力と、骨盤へ圧迫する力に分解できますが、高い鉗子ほど骨盤に押し付ける力が強くなってしまうため、図3B⁶⁾のBarton応軸鉗子のような、特殊

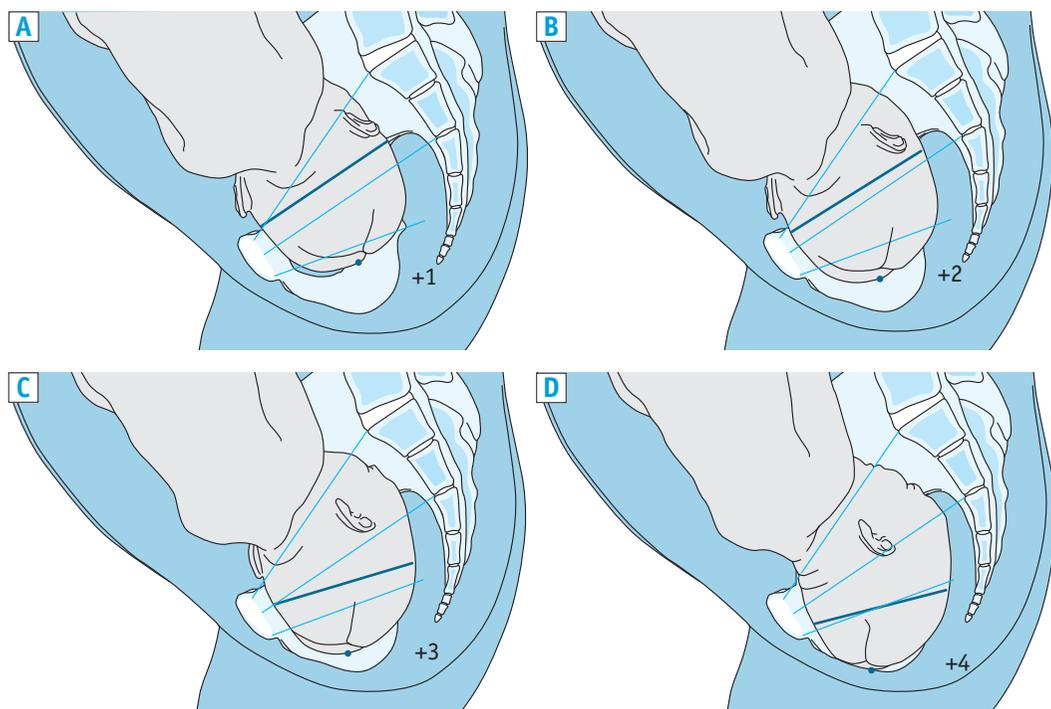


図1 児頭最大周囲径とStation

- A: t-st+1。最大周囲径は高中在上方。
 - B: t-st+2。最大周囲径は高中在下方。
 - C: t-st+3。最大周囲径は低中在。
 - D: t-st+4。最大周囲径は低中在下方～低在上方。
- t-st: trapezoidal station

(文献4をもとに作成)

9 超音波 (胎児計測・スクリーニング)

Points

- ▶ 内診、超音波検査、胎児心拍数モニタリングは、産科領域では欠かせない診断技法です。
- ▶ 産婦人科では聴診器のように頻繁に使用する超音波は、近年の装置の改良によって、腹腔内の胎児を細かいところまで簡単に確認できます。
- ▶ 産科医にとって、正確な胎児計測や一通りのスクリーニング法は、身につけなくてはならない技術です。

はじめに

産科領域で欠かせない診断技法として、内診、超音波検査と胎児心拍数モニタリングがあります。特に超音波は、産婦人科では聴診器のように頻繁に使用し、諸外国と比べても頻用しています。超音波は、ゼリーをつけてプローブを当てさえすれば、簡単に腹腔内の胎児を確認することができ、近年の装置の改良によって細かいところまで確認ができるようになっていきます。

我々産科医は、正確な胎児発育把握だけでなく、出生前の胎児形態異常のスクリーニングも求められるようになってきています。したがって、正確な胎児計測、一通りのスクリーニング法は身につけなくてはならない技術です。本項では、胎児計測とスクリーニング法について解説します。

ゼリーを塗るとき

さて、まずはゼリーを塗るとき、というか塗る前からですが、何を考えていますか？何も考えず、いきなりゼリー……は避けましょう。

①ゼリーを塗る前に、おなかを触る

腹部の診察なのに、おなかを触らなかつた、という経験はありませんか？ やはりおな

かは触るべきです。一言かけてあげつつ、筆者はLeopold触診法をしています。

②ゼリーを塗る前に、妊娠週数の確認

この検査で妊婦から何を聞かれるか推測するために、最低限、妊娠週数の確認をしておきましょう。特に20週前後なら性別を、前回逆子なら胎位を聞かれるかもしれません。頭の中で、今日は何を見るのか整理しておくことが大切です。

③ゼリーはどうつけてもかまわない

ゼリーをプローブにつける人、体につける人など、いろいろだと思いますが、別にこだわりません。ただし、多くつければよいというものでもありません。筆者は、Leopold触診法で予想した胎位を、腹壁に描くように塗ることが多いです。1つだけ注意点を挙げますが、ゼリーの容器の先端(ゼリーが出てくるところ)を患者の腹部に触れさせないようにして下さい(患者間の細菌伝播抑制のため)。

④プローブで塗り広げながら、胎位と、今日見るべきものが見えることを確認する

ゼリーを塗り広げているときは、患者も油断しています。そのときなら、何を見ても、まだ検査が始まっていないと思ってくれるでしょう。このときを逃してはいけません。

たとえば、「今日は、性別を見やすい位置にいるかなあ?」、「顔が見えそうかなあ?」、「心臓が動いているかなあ?」、「頭位に戻ってるかなあ?」、「不整脈が起きていないかなあ」などなど……。

サクッと見てから、検査が始まったように振る舞うと、ちょっとエコーが上手な人に見えちゃいます。性別が見えてもいないのに、患者に「どっちな聞いていますか?」なんて質問しておいて、わからなかったら格好が悪いです(じゃあ、聞くなよ! って話です)。

- 性別が見えそうもない場合：性別の話はスルーするか、「この時期は見えにくいんです」と話します。
- まだ逆子のままの場合：「まだこの時期は治ってなくてもいいんだけどね」と安心させておきます。
- 子宮内胎児死亡(intrauterine fetal death:IUFD)になっていた場合：患者の性格を確認しつつ、どう言うか考える時間を持てます。事務的に淡々と話したほうがよいこともあります。
- スクリーニングなのに心臓が見えなさそうな場合：「今日は向きが悪いですね」と伝えます。

以上のように、予防線を張っておきます。先に答えがわかっていると、このような感じで患者対応もバッチリです。

⑤最後に、ゼリーの拭き取りも自分で行う

このとき、プローブのゼリーも拭き取って下さい! 筆者は必ず、自分で患者のおなかのゼリーを拭き取ります。これは、最後にプローブのゼリーも拭き取りたいためです。もちろん、自分で体についたゼリーを拭きたがる患者には強制しませんが、プローブのゼリー

2 公式で学ぶ (OC/LEP+HRT)

Points

- ▶ 低用量経口避妊薬 (oral contraceptives : OC) / 低用量エストロゲン・プロゲステン配合薬 (low dose estrogen progestin : LEP), ホルモン補充療法 (hormon replacement therapy : HRT) は産婦人科医の手持ちの武器として, 手術療法にまさらずとも劣らない素晴らしい薬剤です。
- ▶ どのOCでも避妊効果は変わりません。LEPは種類によっては稀に妊娠例があります。
- ▶ OC/LEPは処方症例が増えてくると徐々にその特徴が掴めてきますが, それまでは処方する低用量ピルの種類をいくつかに絞っておくとわかりやすいでしょう。
- ▶ HRTはOCと比較し, エストロゲン活性では1/5~1/6程度の量を補充します。
- ▶ HRTは患者ごとの症状に合わせてオーダーメイドで対応することが可能です。
- ▶ 本項では, 初めてOC/LEP, HRTを処方する方々にわかりやすいよう種類を絞り, 図1のように公式化しました。

A. OC/LEP

- ① 月経困難+価格: フリウェル®ULD, ドロエチ®
- ② 月経困難+不正器出血: フリウェル®LD
- ③ 月経困難+月経前症候群 (PMS): ヤーズ® (ドロエチ®) → ヤーズフレックス®
- ④ 月経困難+むくみ: ヤーズ® (ドロエチ®) : → ヤーズフレックス®
- ⑤ 月経困難+スポーツ: ジェミーナ®

B. OC/LEP

- ① 避妊+ニキビ: マーベロン® (ファボワール®)
- ② 避妊+PMS: マーベロン® (ファボワール®)
- ③ 避妊+アクティブさ: アンジュ® (ラベルフィーユ®)
- ④ 月経移動: プラノバル®

C. HRT

- ① 更年期症状+塗布: ル・エストロジェル®+デュファストン®
- ② 更年期症状+内服: ジュリナ®+デュファストン®
- ③ 更年期症状+貼付: メノエイド®コンビパッチ
- ④ 更年期症状+骨粗鬆症: ウェールナラ®

D. 例外

- ① 無月経+BMI 18.7kg/m²以上: アンジュ®
- ② 無月経+低体重 (BMI 15.4~18.7kg/m²) 未満: ル・エストロジェル®+デュファストン®
- ③ PCOS+拳児希望なし: マーベロン®
- ④ OCからHRTへの切り替え: OCの休薬期間にル・エストロジェル®2 プッシュ

図1 OC/LEP, HRT 処方の公式化

A: OC/LEP (LEPの加法), B: OC/LEP (OCの加法), C: HRTの加法, D: 例外

OCとLEPの違い

OCもLEPも、人工エストロゲンと人工プロゲステンを合わせて1錠にしたものであることには変わりありません。

しかし、日本には保険制度というものが存在するが故に、この2つをあえてわける必要が出てきてしまったのです。

1999年に日本でOCが認可され、その主たる使用目的が「避妊」であり、避妊は病気ではないという理由で、OCは保険適用にならず自費での処方が主体となっています。

しかし、OCは服用すると避妊のみならず月経困難や過多月経を抑える治療的な役割が明らかになりました。そこで2008年にOCの治療薬としての側面を全面に押し出し、保険収載されるようにとあえて名付けられたもの、それがLEPです。

日本以外ではどちらもOCとして扱われています。薬剤の進化の過程において多くのLEPでは、人工エストロゲン〔エチニルエストラジオール (EE)〕の含有量は低下し、血症のリスクは下がります(表1)。

表1 OCとLEPの違い

略称	名称	用途	保険	普及	EE
OC	低用量経口避妊薬	避妊	自費	世界共通	30~35 μ g
LEP	低用量エストロゲン- プロゲステン	治療	保険適用	日本固有	多くは20 μ g

OC/LEPの選び方

薬剤選択にあたってのポイントは、①症状、②価格、③EEの量、④プロゲステンの種類、⑤服用形態(周期的投与か連続投与か)、が重要です(表2)。今回取り扱っているOC/LEPは基本を押さえるために種類を制限しています。

1 外来Tips (基本姿勢と話し方の工夫)

Points

- ▶基本は“相手の立場に立って考える”ということです。
- ▶学生の頃に学んだことを思い出して、基本に立ち返ることが大切です。

はじめに

外来のテクニックを誰かから教わる機会はほとんどありません。そのため我流で行うことが多く、他の医師との違いを認識する機会もありません。外来は患者と1対1の対応になり、診察室という閉鎖的な空間の中、限られた時間でコミュニケーションを取る必要があるため、医師の個の力が試されます。本項では、筆者が外来で気をつけていることをTipsとして提供します。そのうちのいくつかがあなたの外来Tipsになれば幸いです。

医師—患者間の理想の外来像のギャップ

良い外来とはどんな外来でしょうか？ 身体診察をしっかり行い、医療の不確実性を説明し、同意を得た上で治療を決定する、というイメージでしょうか。確固たる技術を持って、病気を治す医師が求められます。しかし、患者が本当に求めているのは実は知識・技術よりも、説明や話を聞くことだというアンケート結果があります¹⁾(図1)。つまり、最も求められているのは最先端の知識ではなく、人間力・コミュニケーション力であるということです。このギャップを埋めるための3つのステップをご紹介します。

ステップ1 患者の気持ちを理解する

患者の気持ちを理解するには自分の外来を客観視する必要があります。図2Aを見てあなたはどう感じましたか？ 問題があると感じた方は、その理由は何でしょうか？ 相手

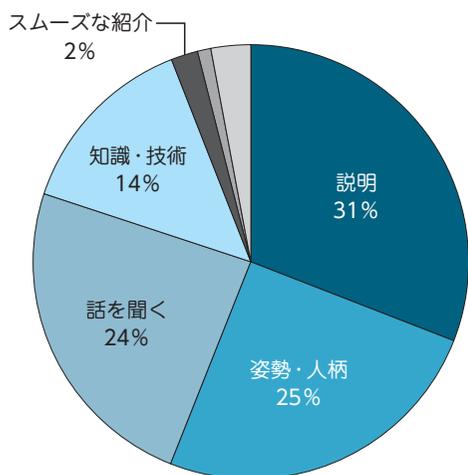


図1 患者が医師に求めるものは？
(文献1をもとに作成)

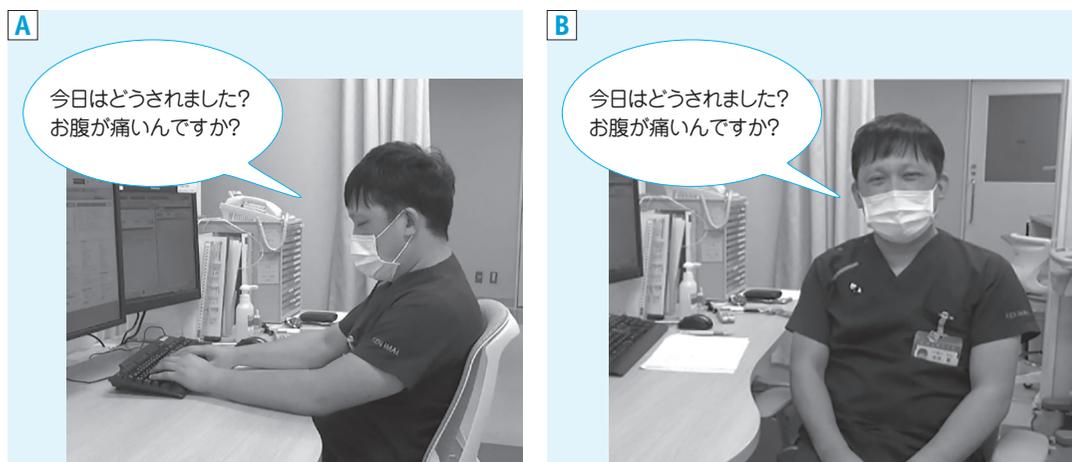


図2 同じ言葉でも印象が異なる

A:患者に体を向けずに話す, B:患者に体を向けて話す

のほうを見て話すということはコミュニケーションの基本ですが、忙しい外来の中ではつい忘れがちです。しかも電子カルテを入力しなければならないため、どうしても画面のほうを向いてしまいますよね。大袈裟かもしれませんが、図2Bのように患者のほうに体を向けて話を聞くだけで、話しやすい雰囲気を作れると思います。

次に、診察が終わって患者が診察室を出る場面です。最後に医師に挨拶をしようと患者が振り返ったとき、図3Aのようだと患者はどう感じるでしょうか？「よく話を聞いてくれたけど、忙しいのに申し訳なかったな」と感じてしまうかもしれません。筆者は図3Bのように最後まで見送るようにしています。患者が診察室を出て、扉が閉まるまで患者のことを考えます。