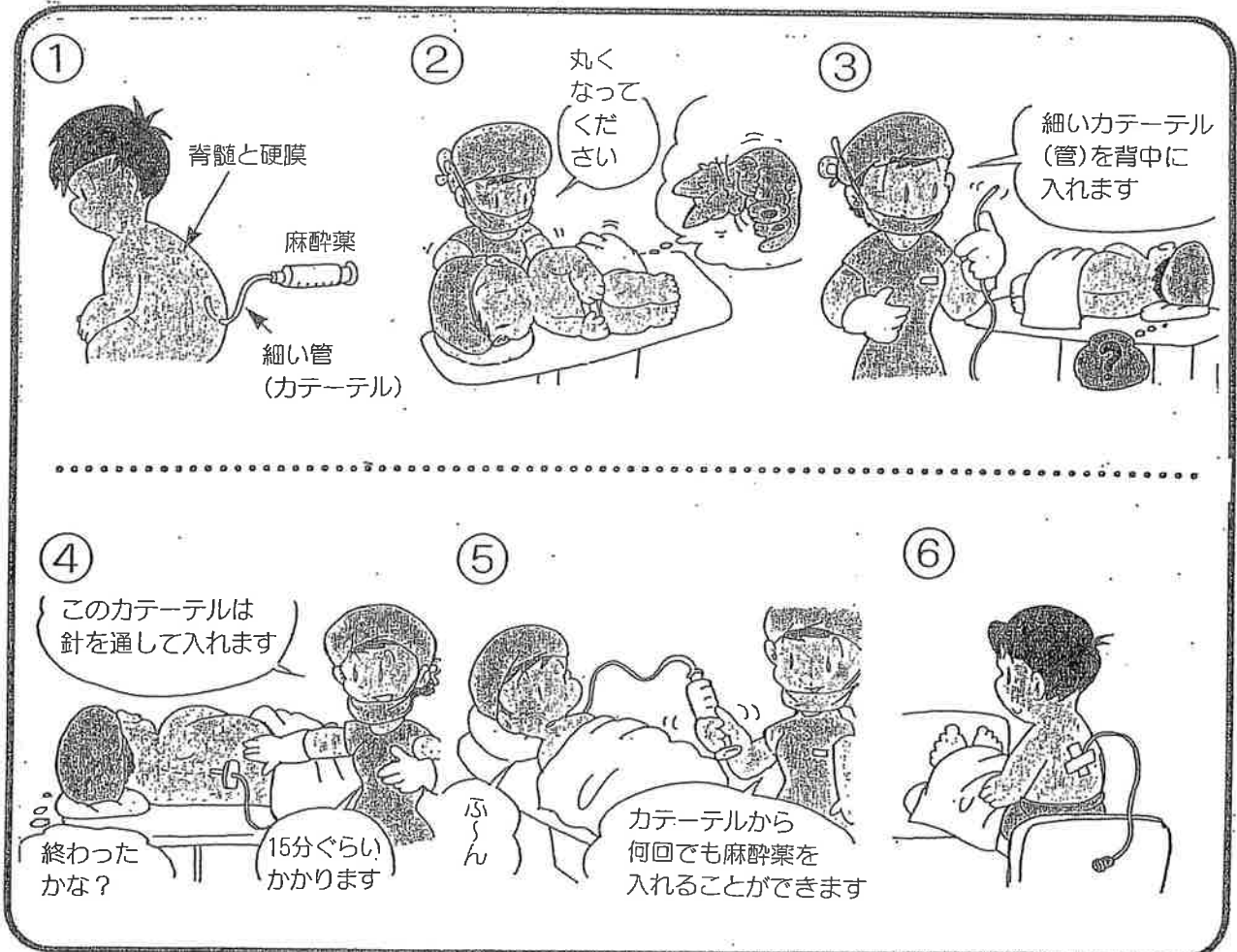


無痛分娩をご希望される皆様へ

当院ではご希望の患者さんに無痛分娩(和痛分娩)を行っております。無痛分娩(和痛分娩)は利点が多くありますが、予期せぬ合併症の併発もありますので、予めこの説明書をお読みいただき、申込をして下さい。

<無痛分娩(和痛分娩)とは>

- ◎ 当院では硬膜外麻酔を用いて無痛分娩を行っています。これは無痛分娩として広く用いられている麻酔方法で、脊髄を取り囲む硬膜の周りがあるスペースに局所麻酔薬を投与して脊髄神経を部分的に麻酔しようというものです。
- ◎ 患者さんには横向きで背中を丸めて頂いた状態で、消毒をした後、背骨と背骨の間に針を進めていきます。目標とする場所に達したら、針の中を通して直径1mmにも満たない細い柔らかいチューブを残していきます。
- ◎ このチューブより定期的もしくは持続的に麻酔薬を注入することで、陣痛の痛みを和らげます。
- ◎ この麻酔は無痛分娩の他に、帝王切開の手術時にも行う麻酔方法です。



無痛分娩の特徴

<無痛分娩のメリット>

1. 麻酔薬により陣痛が和らぐため、母体の体力消耗が少なくなります。
(完全に痛みを取る麻酔ではありません。)
2. 麻酔が産道にも効くため、産道の緊張が解け、子宮口が広がりやすくなります。

<無痛分娩のデメリット>

1. 麻酔薬により陣痛が弱くなります。

麻酔が効き過ぎると収縮も消え、分娩の進行が遅くなることがあります。この場合は一時的に麻酔薬を切り、陣痛の痛みをつけ、分娩を進めます。

2. いきみが消えます。

子宮口が全開大して赤ちゃんの頭が下がると、産婦さんは自然に「いきみ」が出現し、赤ちゃんを押し出そうとする力が働きます。この「いきみ」が、無痛分娩では麻酔の影響でなくなります。このため、赤ちゃんを押し出せなくなるため、鉗子分娩・吸引分娩の頻度が高まります。

初産婦さんでは約 50%、経産婦さんでは約 30%の頻度で鉗子・吸引分娩となります。

帝王切開の頻度は普通分娩と変わりません。

3. 回旋異常が起こる可能性が高くなります。

赤ちゃんの骨盤内での回り方が悪くなる可能性が高まるといわれています。これも鉗子・吸引分娩の割合が高くなる原因になります。

<その他>

- ◎ 無痛分娩では子宮口が広がりやすくなりますが、赤ちゃんの下降は通常通りのため、全分娩所要時間は普通分娩と変わりません。
- ◎ 赤ちゃんの頭が下がってくると、恥骨の痛みや肛門圧迫感が出現しますが、その痛みは無痛分娩でもなくなりません。
- ◎ 母体心疾患や脳外科疾患、眼科疾患などの完全無痛分娩の場合は、麻酔方法が若干変わります。

硬膜外麻酔の合併症

<チューブ挿入時の合併症>

① 硬膜穿孔

硬膜は薄い膜なので硬膜外チューブを挿入の際、針やチューブが硬膜を貫いてしまうことがあります。針穴から脳脊髄液が漏れるため、激しい頭痛が起こります。通常、後遺症となることはなく、針穴がふさがるまでの約1週間症状が続きます。吐き気を伴う場合もあり、寝ている状態では無症状で、起き上がったときに症状がでるのが特徴です。頭痛がひどい場合は、再度背中から針を刺して針穴の部分に自分の血液を入れ、ふたをする治療(ブラッドパッチ法)がとられることがあります。

② 感染

チューブを挿入の際には十分な消毒を行います。が、長期間留置すると皮膚のばい菌がチューブを伝って脊髄に入ることがあります。このため、チューブを入れてからお産に何日もかかる場合は入れ替えをします。

③ 神経障害

これは留置したチューブが神経の一部にあたっていて、分娩後にしびれ感などが出現する場合です。針で神経の一部を傷つけた場合は、足のしびれなど一時的に症状が残ることがありますが、ほとんどの場合が一過性で、2~3ヶ月で治ります。

針の挿入の際に大きく動いたり、側湾症があると、神経損傷のリスクが高くなります。背骨の病気を指摘されたことのある方(椎間板ヘルニアなど)は必ず申し出てください。

④ 血腫

血腫とはいわゆる血豆のことです。チューブを入れるときに先端が血管を擦ると内出血が起こり、大きな血腫を作ることがあります。こうなった場合は、神経を圧迫し下半身麻痺などの症状を呈します。小さなものは自然に吸収されますが、神経麻痺が起こった場合は緊急に手術をして溜まった血腫を取り除かなければなりません。

<麻酔を始めた時の合併症>

① 血圧低下

麻酔は血管を広げる作用をもっているため、血圧が下がりやすくなります。点滴を行い、場合によっては昇圧剤などを投与します。

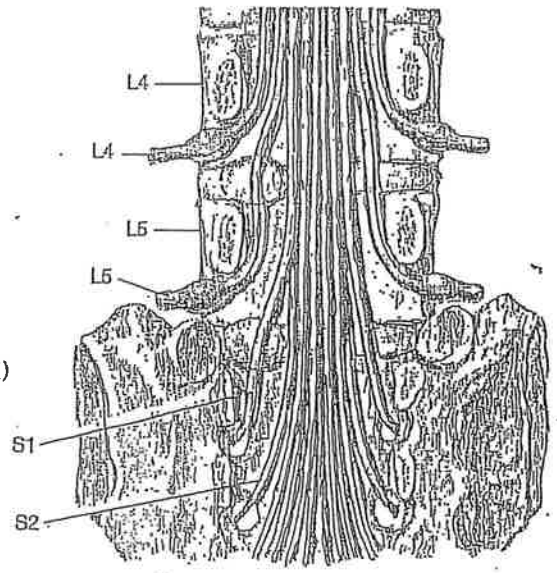
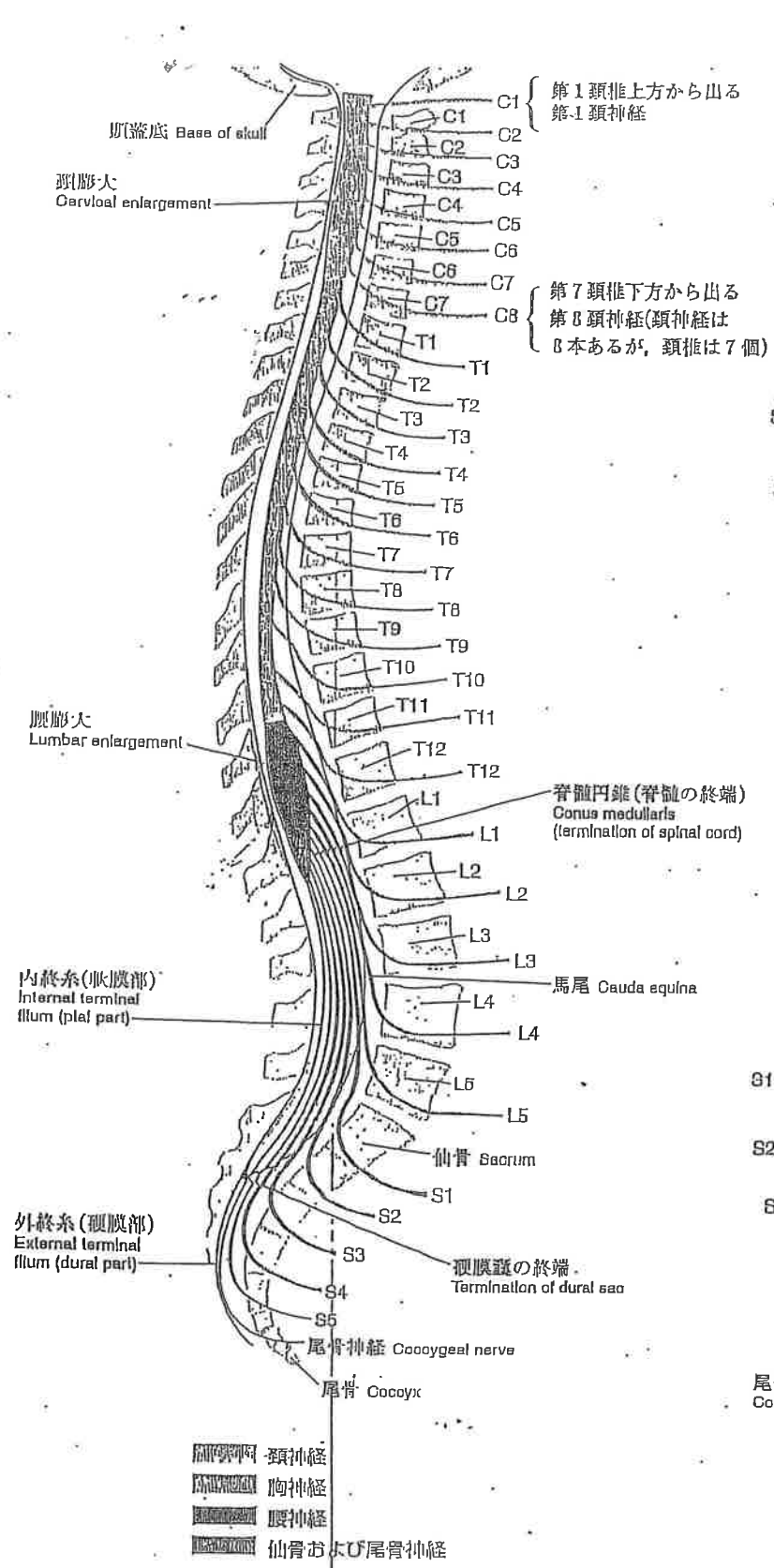
② アレルギー

アレルギーが起こると血圧低下、ショックなどが起こり大変危険になります。今までに麻酔薬のアレルギーを指摘されたことのある方は必ず申し出てください。

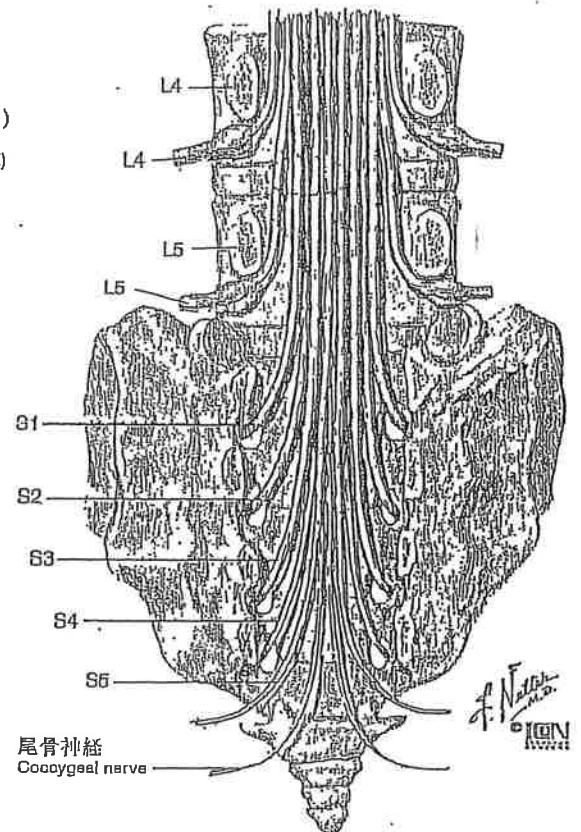
③ 血管内注入

硬膜外腔には母体の血液は流れていません。チューブの先端が血管の中に迷入すると、薬を入れたときに母体の血液に麻酔薬が流入し、急激に濃度が上昇します。この場合、耳鳴りや、金属を口にしたような変な味覚を感じることがあります。放置すると、母体がケイレンし重篤な症状を呈します。このため、麻酔薬は常に少量ずつ注入し、症状が出現した場合はすぐに硬膜外チューブを入れ替えます。

脊髓神経根と椎骨の位置関係



腰椎椎間円板の突出はそれよりも上位の神経を通常は傷害しない。L4-5レベルの椎間円板の後側方突出は第5腰神経を傷害するが、第4腰神経には影響しない。L5-S1レベルの椎間円板の突出は第1仙骨神経を傷害するが、第5腰神経には影響しない



L4-5レベルの椎間円板の後内方突出は第4腰神経をほとんど傷害しないが、第5腰神経と共に第1-4仙骨神経を傷害することがある

図 154

参考資料① ～鉗子・吸引分娩について～

吸引分娩とは

金属製(ハードカップ)またはシリコン製(ソフトカップ)の丸い大きなカップを赤ちゃんの頭にあて、カップ内の空気を抜き、児頭と密着させ吸引力で赤ちゃんを引き出します。赤ちゃんの頭への負担を軽くするため、娩出力を強める目的で妊婦さんのお腹を上から軽く押して赤ちゃんを引き出す手助けをします。

鉗子分娩とは

金属製の2枚のへらを組み合わせたはさみのようなもので、赤ちゃんの頭を両側から挟んで引き出します。この場合も妊婦さんのお腹を上から軽く押して赤ちゃんを引き出す手助けをします。

吸引分娩に比べ、鉗子分娩は技術的に難しいと考えられていますが、赤ちゃんを引き出す力は鉗子分娩のほうが強く、確実な分娩には鉗子分娩が優れています。牽引力が弱い吸引分娩で何度も牽引したため、児に頭蓋内出血を起こしてしまうという可能性もあります。また、吸引分娩を行いたい場合でも産瘤(赤ちゃんの頭が産道に押されてこぶになったもの)が大きいなどの理由で吸引分娩が出来ない場合もあります。どちらの方法を用いるかの選択は分娩の状況で医師が判断しますが、母児に安全で確実な赤ちゃんの娩出法が選択されます。

当院では鉗子分娩が多くおこなわれています。

鉗子・吸引分娩の影響

<お母さん>

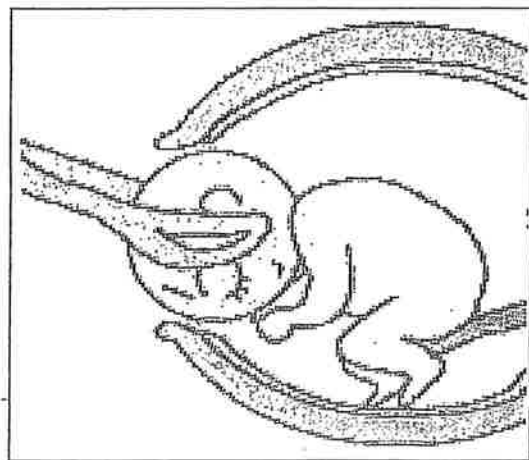
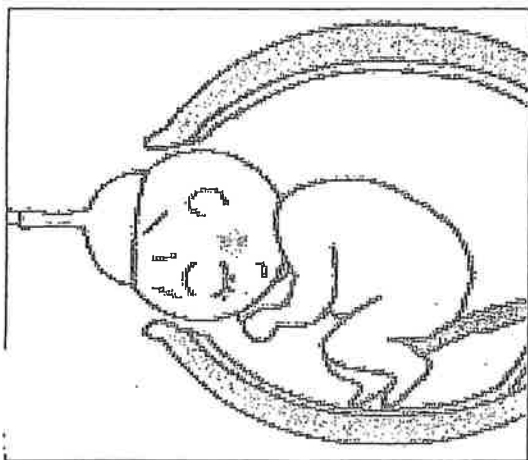
会陰切開は必ず行います。この際、会陰切開の傷が大きくなります。場合によっては肛門まで裂傷が広がってしまうことがあります。腔壁裂傷(腔が奥のほうまで裂けてしまうこと)や、子宮頸管裂傷(子宮口が裂けてしまうこと)が起こると、出血が多くなり、分娩時の出血量が1000mlを超えてしまうこともあります。また、会陰裂傷縫合の傷が後日離開することがあります。

<赤ちゃん>

頭皮顔面の皮膚剥離、頭血腫(頭皮に内出血のこぶが出来ます)、巨大産瘤(頭が長くなる)などが起こります。数日で消失しますが、これらに伴って黄疸などの症状が出現し、赤ちゃんの退院が延期されることがあります。鉗子分娩では鉗子への痕が赤ちゃんに付きますが数日で消失します。鉗子痕が眼にかかると角膜出血などを起こすことがありますが、これも数日で消失し、後遺症となることは稀です。

稀に、帽状腱膜下血腫という重症貧血になる重篤な病態や、頭蓋内出血を起こすこともあります。

当院では安全に行うよう十分に配慮しておりますが、乱暴な手技により頭蓋骨骨折などの報告もあります



参考資料② ～陣痛促進剤について～

お腹の中の赤ちゃんは約 40 週間かけて成長し、たいていの場合は妊娠 37 週から 41 週までの間に自然陣痛が来し、元気な赤ちゃんが産まれてきます。しかしながら、いろいろな理由により陣痛促進剤による分娩の誘発・促進を行ったほうが母児にとって良いことも少なくありません。

陣痛促進剤は適切な使い方をしないと、子宮破裂や胎児仮死などの合併症が発生することがあります。

以前は陣痛促進剤の誤った使用による事故などがマスコミなどで取り上げられ強調されていることもありますが、現在では適切な使用方法により、安全で円滑なお産を迎えられるとされています。

本来この薬剤は母子共に安全に使用されるものです。正しくご理解していただくために以下の内容をお読み下さい。

★ 陣痛促進剤の種類

当院で使用されている陣痛促進剤には 2 種類があります。

① オキシトシン(アトニン O^R)

分娩間近になると、脳下垂体から分泌されるホルモンです。自然陣痛に近い子宮収縮が得られるとされています。

② プロスタグランジン F₂α (プロスタルモン F₂α^R)

体の中で自然に作られるホルモンで、筋肉に直接作用し、収縮力を強めます。点滴刺入部の血管痛や下痢などが副作用としてあり、気管支喘息合併・緑内障合併の妊婦様は使用できません。

★ 使用方法

上記の薬剤のどちらか 1 つを使用します。

5%ブドウ糖液に混入し、輸液ポンプで用量を調節しながら持続点滴で投与します。分娩終了まで点滴は続けます。少量から時間をかけて徐々に量を増やしていきますので、陣痛促進剤を使っても急に陣痛が強くなることはありません。また点滴投与中は、常に胎児心拍と母体の子宮収縮をモニターし、それを医師もしくは助産師がナースステーションで監視しながら行い、赤ちゃんが元気な状態であることを確認しています。

点滴開始より徐々に陣痛が始まり、同日の午後から夕方にかけて分娩になります。陣痛促進剤の反応が悪く、陣痛が強くない場合は夕方に点滴を終了し、翌日再度陣痛促進剤による分娩誘発を試みます。

子宮口の状態によっては分娩誘発の前日に入院し、ダイラパンという棒を子宮口に挿入し、一晩かけて子宮口を開かせる処置が必要になります。

★ 薬の使用について

陣痛促進剤はひとり一人で効き目が異なります。少量で効き目が現れる方もいれば、多く使っても効き目が現れない方もいます。陣痛促進剤を使用したからといって確実に分娩となると限りません。また一時的に血圧が上昇・下降するといった副作用も稀にありますが、母児ともに安全であることを確認しながら無事に出産をむかえられるようスタッフ一同心よりお手伝いさせていただきます。