

無痛分娩同意書

(麻酔・分娩誘発・帝王切開術)

患者氏名 _____ 様 (ID: _____)

[説明概要] ※確認した項目にチェックを入れてください。

1. 内容 2. 方法 3. 必要性・有用性 4. 危険性・合併症 5. 同意の自由 6. 費用

1. 内容

- ・ 産痛(分娩時の痛み)を緩和する方法として、当院では硬膜外麻酔による鎮痛を行っています。
- ・ 完全に痛みがなくなるのではなく、あくまで分娩時の苦痛を緩和・軽減することを目的としています。
- ・ 硬膜外麻酔の鎮痛効果や実感、副作用等については個人差があります。
- ・ 当院の無痛分娩は、分娩誘発による計画分娩およびオンデマンドでの対応を行っています。
 ※オンデマンド対応については、一部対応できない時間帯があります。
- ・ 同意書に記載後でも、無痛分娩を受けられない(回避した方が良い)と判断される場合があります。
- ・ 実施には細心の注意を払っていますが、硬膜外麻酔や分娩誘発による合併症、分娩進行に伴う母体・胎児の状態によっては、急速遂娩や緊急帝王切開術、輸血などを必要とする可能性があります。
- ・ 緊急帝王切開術を要する際に、脊髄くも膜下麻酔が必要となる場合があります。
- ・ 当同意書にて、別紙を確認の上で、各処置の実施やリスクについてご了承をいただいたものとなります。

2. 方法

入院当日に、背中から薬液注入用の細いカテーテルの留置を行います。計画分娩の場合、子宮口の十分な準備が整っていないと判断される状態であれば、続いて子宮頸管の処置を行い翌日に分娩誘発を行います。

自然陣痛か誘発かに関わらず、子宮収縮による痛みを伴うようになれば、ご本人の希望するタイミングで麻酔を開始することができます。麻酔は背中のカテーテルから薬液を注入して行いますが、鎮痛の程度によって薬の量を調節することができます。鎮痛効果が出てくるまでには、投薬後 15~20 分ほどかかります。

無痛分娩中は、心電図やバイタルサイン、胎児の状態や子宮収縮などを持続的にモニタリングします。

無痛分娩中は、飲食制限、歩行制限、排尿管理(導尿)、ベッド上安静などいくつかの制限があります。

3. 必要性・有用性

- ・ 分娩時の苦痛・不安・恐怖、体力の過剰な消耗、母体疲労による異常を、軽減・回避することができます。
- ・ より精神的に安定した状態で、生まれてくる赤ちゃんを迎えることができます。
- ・ 分娩後に縫合などの処置を必要とする場合にも、麻酔による鎮痛効果を得られます。
- ・ 緊急帝王切開術が必要となった場合にも、手術に移行するまでの時間をより速やかにできます。
- ・ 母体の心臓にかかる負担や血圧の上昇などを軽減することができます。
- ・ 分娩時の疲労が少ないので、産後の回復が早い傾向にあります。

4. 危険性・合併症

・ 分娩第 2 期の遷延

子宮口全開大後、自力での娩出力が十分に得られないことにより、分娩が遷延する可能性があります。時間にして通常よりも 1 時間ほど遷延することが多いとされています。

分娩が遷延することで赤ちゃんの具合が悪くなりやすい可能性があります。

急速遂娩(鉗子分娩・吸引分娩など)による器械分娩を要する頻度が上昇する可能性があります。

器械分娩を要した場合は、通常よりも産道の裂傷が生じやすくなります。

- ・ 硬膜外麻酔によるリスクや合併症には常に注意が必要となります。(詳細は別紙参照)

5. 無痛分娩中止の可能性

ご本人の状態や状況(合併症の発生を含む)によっては、無痛分娩の実施が危険を伴うと判断される場合があります。その際には無痛分娩の実施を中止せざるを得ない可能性があります。

6. 同意の自由

説明を受けた後に同意しないことを選択されても問題ありません。また、同意書にサインをした後であっても、実施前であればいつでも同意を撤回することができます。もし、同意しなかった場合や中止を希望された場合であっても、その後の診療に不利益を生じることは一切ありません。尚、実施後の中止希望については費用の返金できませんのでご了承ください。

7. 費用：5万円(2日以上麻酔管理を行った場合は+3万円)

※無痛分娩を実施できなかった場合は、無痛分娩費用(5万円)の請求はありません。

※様々な事情より複数回の穿刺を行う必要があった場合、回数による追加費用はあません。

※想定される合併症が生じた場合、原則として無痛分娩費用とは別に合併症の治療に関する費用請求が発生します。

鶴川台ウィメンズクリニック 病院長 殿

このたび、私は無痛分娩についての上記および別紙における説明(麻酔・分娩誘発・帝王切開術)を受け、十分な質問の機会を与えられた上で内容をよく理解し、了承致しましたので、その実施について

同意します 同意しません

また、上記および別紙の医療行為における予期されない状況が発生した場合には、それに対処するための緊急処置を受けることについて

同意します 同意しません

年 月 日

患者氏名： _____ (印) 代諾による署名

同席者氏名： _____ (印) (患者との続柄： _____)

説明医師 _____ (印)

注) 代諾による署名については、本人が未成年もしくは意思決定や署名が困難な状態であると判断される場合に限り、代理で説明を受けた方が記載できるものとする。尚、署名が自署の場合は捺印不要。

硬膜外麻酔・脊髄くも膜下麻酔について

【はじめに】

当院の無痛分娩では、主に硬膜外麻酔による鎮痛を行っています。ただし、状況によっては脊髄くも膜下麻酔による無痛分娩を併用することがあります。また、緊急帝王切開となる場合にも、状態により脊髄くも膜下麻酔が必要になることがあります。緊急手術の場合は十分な検査や全身状態の改善ができないため、各種合併症の危険は高くなります。周術期には、麻酔の合併症として心不全、血圧異常、狭心症、心筋梗塞、不整脈、心停止、呼吸確保困難、運動麻痺、喘息、呼吸不全、低酸素血症、肺塞栓、誤嚥、血気胸、脳出血、脳梗塞、意識障害、末梢神経障害、内分泌異常、出血傾向、ショック、貧血、脱水、アレルギー、肝不全、腎不全、悪性高熱、失明等を生じる可能性、最悪の場合は母体・胎児ともに死に至る可能性もあります。これらの合併症を回避するために、最大限の配慮と迅速で適切な医学的対応を心掛けています。

【硬膜外麻酔とは】

背骨にある「硬膜外腔」という場所に細い管を留置して、管から薬を注入して痛みをとる方法です。硬膜外腔に注入された薬は、注入された範囲の背骨の中の神経のみをブロックして痛みを抑えます。硬膜外鎮痛法は、手術や手術後の痛み止めの目的で日常的に使われています。鎮痛効果が高く、母体や胎児への悪い影響がとて少ないのが特徴です。

【脊髄くも膜下麻酔とは】

背骨の内側にある「脊髄くも膜下腔」に細い針で穿刺を行い、局所麻酔薬を注入して神経を直接ブロックする麻酔法です。腰椎麻酔、脊椎麻酔とも呼ばれます。脊髄くも膜下腔は髄液で満たされており、脊髄と呼ばれる神経の束が存在する場所です。下半身麻酔とも呼ばれ、母体や胎児への悪影響もとても少ない麻酔法です。

【麻酔の手順】 ※脊髄くも膜下麻酔ではカテーテル留置はありませんが、基本的な実施手順は同じです。

硬膜外麻酔では、背中の奥に鎮痛薬を注入するための細い管を留置します。管を入れるときは、ベッドに横向きに寝て背中を丸めた姿勢で処置を行います。

最初に背中を消毒し、とても細い針を使って皮膚の痛み止めをします。その後に管を入れるための少し太い針（硬膜外針）を刺していきます。このときには、もう皮膚の痛み止めが効いていますが、背中から押される感じがあります。動いてしまうと危ないので、できるだけ姿勢を保持することに努めてください。

慎重にテストをしながら適正な位置まで硬膜外針を進めたら、その中に硬膜外カテーテルと呼ばれる細い管を入れていきます。カテーテルが適切な位置に入っていることを確認したら、硬膜外針だけを抜いて留置したカテーテルを背中に固定します。本格的な麻酔の前には必ずテストの薬を注入し、異常がないことを確認します。異常がある場合にはカテーテルの入れ直しを行う場合もあります。

脊髄くも膜下麻酔の場合は、管の留置はありませんが、穿刺した針から直接薬を髄液内に注入します。薬は髄液内で拡散し、薬液の拡散した範囲の神経をブロックします。

[自己調節硬膜外鎮痛とは]

当院の無痛分娩では、自動間欠投与と患者自己調節投与(PCA)を組み合わせた PIB (Programmed Intermittent Bolus) 法を採用しています。これは、自動的に注入される薬のほかに、痛みを感じたときに妊婦さんが自分の意思に必要なタイミングで痛み止めを追加注入することができる麻酔方法です。

背中に入っている管には電動のポンプが接続されており、自動で定期的に薬が注入される設定に加えて、妊婦さん自身がボタン操作をして薬を臨時で注入できるようにボタンがついています。押せば押しただけ注入されるのではなく、注入できる薬の量は機械の設定で自動的に制限されるしくみになっていますので、ボタンを押しすぎても使いすぎる心配はありません。

一定量の鎮痛薬を持続的に注入するだけの方法と比べて、同じような鎮痛効果を得ながらも、鎮痛薬の総使用量も少なく、麻酔の効き過ぎによる運動神経麻痺も起きにくいとされています。また、母体や胎児への副作用が増えることもなく、鎮痛の満足度が高くなるという報告もあります。

[自己調節硬膜外鎮痛の合併症と副作用]

無痛分娩開始直後に起こりうるもの

- 血圧低下、嘔気・嘔吐

無痛分娩の開始直後は一過性に母体の血圧が低下することがあります。それにより吐き気を生じることがありますが、輸液量を増やしたり、血圧を上げる薬を使用したりすることで適切に対応します。

- 一過性の胎児心拍異常

無痛分娩の開始直後に赤ちゃんの心音が一時的に乱れることがあります。そのため、もともと胎児の心音が乱れている場合には、無痛分娩の開始を遅らせることがあります。お産の経過でも胎児の心音が乱れることはありますが、無痛分娩に伴う胎児心音の乱れは、通常は麻酔開始直後に特有で一過性のものであり、胎児の予後には影響しないとされています。

分娩経過中に起こりうるもの

- 発熱

38℃以上の熱がでることがあります。無痛分娩終了後には自然に解熱しますが、分娩中は感染の有無の確認や下半身以外の部位を冷やすなどして対処します。子宮内で感染が起こってないと判断される場合は、胎児への影響はほとんどないとされています。

- 片側効き、まだら効き、効果不十分

麻酔薬が入って時間が経過しても、どうしても一定の部分の痛みだけ軽くならないことや、鎮痛効果をまったく自覚できないことがあります。そのような時には背中に留置した管の位置を調整したりしますが、それでも改善してこない場合は、管の入れ直しが必要になることがあります。

- かゆみ

ごく稀にかゆみを感じる方がいますが、局所の冷却などで改善することが多く、胎児への影響はないとされています。基本的に我慢できないほどにはなりません、症状が強い場合は薬で対応することもあります。

- 分娩遷延

低濃度の局所麻酔とはいえ、多少なりとも運動神経麻痺は起こりえます。そのため、娩出力不足によって分娩が延長したり、吸引分娩などの分娩補助が必要となる可能性が高まることが指摘されています。ただし、無痛分娩によって帝王切開になる可能性が高くなるということはありません。

分娩後に起こりうるもの

- **硬膜穿刺後頭痛** ※麻酔後にはいつでも起こる可能性があります。

麻酔の影響として起こる可能性がある頭痛です。頭の位置を変えると痛みが強くなるので、授乳や産後の回復にも影響があります。ほとんどの場合は安静や内服薬で1週間以内に改善しますが、頭痛の程度がひどい場合には積極的な治療法も検討することがあります。極めて稀ですが硬膜下血腫ができてしまう場合もあるので、下肢の痺れや麻痺症状があれば我慢せずにご相談ください。

- **下肢の神経障害・腰痛**

下肢の神経障害(感覚の違和感、動かしにくいなど)や腰痛は、通常の分娩でもみられることのある合併症であり、無痛分娩との直接の因果関係は証明されていません。麻酔に伴う合併症として認めた場合には、基本的に数日で改善しますが、稀に改善までに数週間かかることもあります。

- **排尿障害**

無痛分娩に後に一時的な排尿障害が起こることがありますが、通常の分娩でも起こりうるものであり、無痛分娩との直接の因果関係は不明です。症状は、ほとんどが退院までに改善します。

《重篤な合併症について》

適切なモニタリング下に無痛分娩が行われていれば、重篤な合併症を生じることは非常に稀で、後遺症を残すようなものはさらに稀であるとされています。

- **高位脊髄クモ膜下麻酔(全脊椎麻酔)**

硬膜外カテーテルの脊髄クモ膜下腔迷入や脊髄くも膜下ますの過量投薬により起こります。局所麻酔薬注入後、上半身(腕)まで感覚が鈍くなったり、息苦しくなったりします。意識消失や呼吸停止、心停止に至ることもあります。適切に対処すれば後遺症もなく改善することができます。

- **局所麻酔薬中毒**

局所麻酔薬の過量投与や血管内への注入などにより起こります。口唇のしびれや耳鳴り、金属味覚などが初期症状としてみられることがあります。重篤な場合は、痙攣や不整脈、呼吸障害や心停止をおこすこともあります。適切な初期対応で重篤になることを防ぐことができます。

- **薬剤アレルギー**

複数の薬剤を使用するので、いずれかの薬剤でアレルギー反応を起こす可能性があります。適切な初期対応を迅速に行うことで、重篤な症状になることを防ぎます。

- **急性硬膜外血腫・硬膜外膿瘍形成・原因不明の神経障害**

硬膜外カテーテルを挿入する時や抜去する時に、硬膜の外に血腫(血のかたまり)や感染による膿瘍(膿の溜まり)ができてしまい、神経を圧迫することがあります。これにより下半身の感覚や運動に麻痺が生じることがあるため、もし起こった場合には画像診断と手術による血腫や膿瘍の除去などを必要とすることがあります。この合併症を予防するために、無痛分娩開始前の血液検査で血液凝固能(血のかたまりやすさ)や感染症状の有無などをチェックすることが重要です。血液検査の結果によっては無痛分娩を行なえないことがあります。

《その他の合併症について》

- **カテーテル遺残**

非常に稀な合併症ではあるものの、留置したカテーテルの一部が遺残してしまう可能性があります。分娩前であった場合は、無痛分娩の実施を中止することがあります。遺残が疑われる場合は、分娩後にCTやMRIでの確認が必要となります。遺残したカテーテルが神経学的障害を引き起こす可能性は低いとされていますが、多くの報告でカテーテルの外科的摘出を検討することを推奨しています。そのため、遺残があると判断された場合には、当院でも摘出が可能な状態であれば外科的な摘出を推奨する方針としています。

分娩誘発について

【はじめに】

子宮収縮薬とは、本来は体の中で自然に分泌されるホルモンなどの物質を、化学的に合成したものです。子宮を収縮させて陣痛を起こりやすくさせたり、弱くなった陣痛を促進させたりする働きがありますが、使用する場合には注意事項があります。

【分娩誘発・陣痛促進とは】

当院の無痛分娩は、陣痛が開始する前に入院していただき、「分娩誘発」によって計画的に陣痛をおこす計画無痛分娩も行っています。「分娩誘発」とは、自然に陣痛が開始しない場合に子宮収縮薬等を使用して陣痛を促す方法のことです。自然な陣痛が弱いために分娩が停滞する場合も子宮収縮薬等を使用しますが、この場合は「陣痛促進」といいます。分娩はできる限り自然に開始・終了することが理想ですが、有効な陣痛が自然に開始しない場合や、母体・胎児の状態によっては自然な陣痛を待てない場合もあります。このような場合にも、分娩誘発や陣痛促進が選択肢の一つになります。子宮収縮薬等を使用することで、帝王切開をせずに自然に近い状態の経膈分娩(産道を通っての出産)ができることを目標としていますが、途中で母体や胎児の状態が悪化することや、分娩が停滞することもあり、急遽、帝王切開に方針を変更せざるをえない場合もあります。

【分娩誘発・陣痛促進の理由】

医学的理由	胎児側の因子	<ul style="list-style-type: none">・ 児救命のために新生児治療を必要とする場合・ 絨毛膜羊膜炎・ 過期妊娠またはその予防・ 糖尿病合併妊娠・ 胎児発育不全・ 巨大児が予想される場合・ 子宮内胎児死亡・ その他: 児の早期娩出が必要と判断される場合
	母体側の因子	<ul style="list-style-type: none">・ 微弱陣痛・ 前期破水・ 妊娠高血圧症候群・ 急産予防・ 妊娠継続が母体の危険を招くおそれがある場合
社会的理由		<ul style="list-style-type: none">・ 妊産婦側の希望等

産婦人科診療ガイドライン 産科編 2020(改変)

【スタッフへお知らせいただきたい状況について】

かなり強い陣痛、長く持続し過ぎる陣痛、回数が頻繁過ぎる陣痛などの過強陣痛と呼ばれる状態を疑う症状や、胎動の極端な減少、多量の出血、破水感、留置している水風船などが出たなどの場合には、すぐにスタッフまでお知らせください。勘違いであっても全く問題ありませんので、疑わしい状態があれば遠慮なくご相談いただけますと幸いです。

[子宮収縮薬の使用に伴う注意事項]

どのような薬剤でも、その効果や副作用には個人差があり、有害事象をゼロにすることはできません。子宮収縮薬は、特に感受性の個人差が大きく、少量の使用でも強過ぎる陣痛になることや、最大量を使用しても陣痛が開始しないこともあります。以下のような有害事象が起こった場合は、分娩誘発・促進を中止し、緊急帝王切開術などでの分娩が必要となることがあります。

1. 強すぎる陣痛となる場合

分娩の進行段階に合わない強すぎる陣痛、長く持続しすぎる陣痛、子宮収縮の回数が頻繁すぎる陣痛などの「過強陣痛」や、陣痛がずっと続いて間欠がない「強直性子宮収縮」になる場合があります。これらが持続した場合や悪化した場合には、強すぎる子宮収縮に伴う子宮への血流減少によって胎児が低酸素状態になることや、稀に子宮に過度の負荷がかかることで子宮の一部が裂けてしまう「子宮破裂」、子宮の出口が裂ける「頸管裂傷」、羊水が血液中に流入する「羊水塞栓」などを起こすことがあります。このような場合には、緊急で子宮を弛緩させるための薬剤(ミリスロール®)を使用することがあります。

2. 有効な陣痛が得られない場合

子宮収縮薬には投与可能な最大量が決められており、薬の感受性が低い(効きが悪い)場合には、最大量で使用しても有効な陣痛が得られないことがあります。その場合、連日の使用(薬剤変更を含む)で徐々に反応が良くなることもありますが、継続しても分娩に至らないこともあります。このような場合にも帝王切開術が必要となることがあります。

3. 全身的な有害事象

一時的に吐き気を感じたり、血圧が上昇したりすることがあります。また、すべての薬剤においてアレルギー反応(発疹や喘息、重症では血圧が下がり意識消失することなど)には注意が必要ですが、当院では迅速に適切な対処ができるよう十分な準備のもとで行っています。

[子宮頸管熟化不全とは]

出産の準備として、子宮の出口(子宮頸管)が軟らかくなってきます。これを子宮頸管の熟化といいます。様々な理由で熟化がなかなか進まないことがあり、この状態を子宮頸管熟化不全といいます。

[子宮頸管が十分に熟化していない場合の処置について]

子宮頸管の熟化が不十分な場合、子宮の出口が開きにくく、そのままでは出産の準備が整わないだけでなく、お腹が張ってきても出口がうまく開かず、胎児が苦しいサインを出し始めてしまったり、子宮収縮薬にうまく反応せず分娩が進行しにくくなる可能性も高くなります。そのため、子宮収縮薬の使用に先立って、水風船や吸水性の子宮頸管拡張器を用いて器械的に刺激するなどの熟化が進みやすくなる処置を必要とすることがあります。それでも不十分な場合には、子宮頸管熟化を促す作用を持つプロスタグランジン E₂(後述参照)を使用することがあります。尚、この処置のみで陣痛が開始して分娩に至ることもあります。

メリット:熟化が進むことで、子宮収縮薬の効果が得られやすくなり、陣痛誘発の成功率上昇や分娩までの時間を短縮できる効果があります。

デメリット:器具等を子宮内に挿入することから、出血や感染を生じる可能性があります。また、臍帯脱出の危険が増すという報告もあり、その場合には緊急帝王切開術が必要となることがあります。

※統計上では、ミニメトロ®を使用しても臍帯脱出の発生率に明らかな差はないとされています。

使用する器具：①水風船：ミニメトロ®

②吸水性子宮頸管拡張器：ラミナリア®、ダイラパン®

[子宮収縮薬の種類と使用方法について]

使用する可能性のある薬剤は、以下の3種類です。

1. プロスタグランジン E₂ (経口内服薬)
2. オキシトシン (点滴静脈注射薬)
3. プロスタグランジン F_{2α} (点滴静脈注射薬)

※子宮収縮薬を複数「同時」に用いることはありません。

● 経口内服薬：プロスタグランジン E₂

経口薬は内服後に薬の量を調節できないため、過剰な内服にならないように使用量の調節が必要ですが、上記3種類の中で子宮収縮作用が一番弱く、唯一の子宮頸管熟化作用がある薬剤です。1回1錠ずつ1時間以上間隔空けて内服し、一日に最大6錠まで使用することができます。分娩誘発・陣痛促進の十分な効果が確認された場合や、胎児の心拍数などに異常がみられた場合には、それ以降の内服を中止します。他の子宮収縮薬(点滴静脈注射薬)との「同時」併用はできませんが、最終内服後1時間以上経過し、有害事象を認めないことが確認できた場合に限り、他の子宮収縮薬に「切り替える」ことも可能です。気管支喘息や緑内障がある場合には使用できません。

● 点滴静脈注射薬：オキシトシン、プロスタグランジン F_{2α}

点滴静脈注射薬は、精密持続点滴装置(輸液ポンプ)を用いて時間あたりの使用量を厳密に調整しながら使用します。子宮収縮の状況や胎児の状態を確認しながら、随時点滴速度を調節して使用することができるのが利点です。強過ぎる陣痛を回避するために少ない量から開始し、30分以上の間隔を空けて増量の必要性を判断していきます。有効な陣痛が得られるまで最大投与量を上限に徐々に増量していきますが、投与量の調節については、『産婦人科ガイドライン』に準じて安全に十分な配慮をしていきます。他の子宮収縮薬との「同時」併用はできません。また、プロスタグランジン F_{2α}は気管支喘息や緑内障がある場合には使用できません。

緊急帝王切開術について

[帝王切開術を行う理由]

- ① 通常の経腔的な分娩が困難であると判断される状態
⇒母体疲労、分娩遷延、分娩停止(回旋異常、軟産道強靱症) など
- ② 母体もしくは胎児の状態悪化により分娩に緊急性を伴う場合
⇒胎児機能不全、子宮内感染、重症妊娠高血圧症候群、常位胎盤早期剥離、HELLP 症候群、子癇発作、臍帯脱出、子宮破裂 など

[手術内容]

術式：緊急帝王切開術

手術時間：約 30 分～1 時間 ※状況によっては延長する可能性があります。

麻酔方法：硬膜外麻酔（場合により脊髄くも膜下麻酔併用）

[手術に伴う合併症]

発生頻度やリスクは個々の症例により様々ですが、合併症の発生率を上昇させる因子には、手術時の病態・年齢・肥満・既往歴・基礎疾患などが挙げられています。

① 大量出血(5%未満)

個々の症例によって想定される出血量や出血量増多のリスクは異なりますが、創部からの出血も考慮すると経腔的な分娩よりも出血量は多くなることが想定されます。また、経腔的な分娩と同様に、子宮収縮不良、胎盤異常、血液凝固異常などにより、大量出血や止血困難な状態を認めることがあります。その場合、出血の原因となっている子宮の摘出や、血管塞栓術(カテーテル治療)を要することがあります。尚、当院では術中・術後の状態により輸血が必要であると判断された場合には、全身状態の改善や救命を優先し、高次施設へ速やかに母体搬送を行う方針としております。

② 隣接臓器の損傷(1%未満：膀胱損傷、腸管損傷、尿管損傷)

腹腔内の状態によってリスクの程度は異なるものの、隣接臓器については術中操作による損傷を生じる可能性および損傷を回避できない場合があります。特に、広範囲もしくは強固な「癒着」を認める場合には、損傷リスクが高くなります。ただし、胎児の娩出が最優先と考えられる状況での手術のため、損傷を許容せざるを得ない場合もあります。尚、やむを得ず損傷を生じた場合には、当院で治療可能な範囲であれば直ちに医学的に適切な対処を行います。高度な専門的治療を要すると判断される場合には、より高次施設への搬送を要する場合があります。

③ 感染症(5%未満)

全身状態によってリスクは異なりますが、表皮術創、骨盤内術創、腹腔内、尿路、呼吸器などへの術後感染報告があります。術中・術後の感染には十分な配慮を行ったうえで、感染予防の抗菌薬投与も術前から術後まで継続して行いますが、膿瘍形成、敗血症、感染による創部癒合不全など、重度の感染を生じた場合には、追加処置や再手術を要することがあります。

④ 創部癒合不全(5%未満)

手術後の治癒過程にある創部は通常組織よりも非常に脆弱です。そのため、感染や出血、過度の腹圧がかかった場合などに、創治癒が阻害されたり、縫合部が離開してしまうことがあります。局所の治療や処置で対応可能な場合もありますが、腹腔内で膿瘍を形成したり、持続する出血を認める場合、また、筋膜縫合部までの離開を生じた場合(腹壁癒痕ヘルニア:約 10%)は、重症化することがあるため再手術を必要とする可能性があります。肥満、喫煙歴、呼吸器疾患などがある場合には、特にリスクが高いとされています。

⑤ 術後腸閉塞(1%未満)

手術中に使用する麻酔の影響や腸管への直接の刺激によって、術後に腸の動きが悪くなることがあります。腹部膨満や排便・排ガスの未発来、経口摂取に伴う嘔吐や腹痛などが出現した場合は腸閉塞が強く疑われます。適切な検査、絶飲食管理、腸管蠕動の促進など保存的な治療を行います。

⑥ 膀胱機能不全

術後の膀胱留置カテーテル抜去後に生じることがある排尿に関する合併症ですが、ほとんどの場合が自然に改善します。長期化もしくは改善不良となる場合には、泌尿器科での治療を要することがあります。

⑦ 深部静脈血栓症(0.01~0.04%)および肺塞栓症

妊娠中は血液凝固機能が亢進しているため、通常よりもリスクが高い状態であるとされています。発症は通常、術後 7 日以内ですが、深部静脈血栓症が認められた方の 0.1~5%に肺塞栓症を発症する可能性があると考えられています。血栓症の既往、静脈瘤、感染症、肥満、年齢、手術時間などがリスク因子とされています。

予防対策：輸液(血液希釈)、弾性ストッキング着用(血流促進)、術中の周期的下肢圧迫(血流促進)
早期離床・下肢運動・寝返り(血流促進)、抗凝固剤の使用(必要時)

⑧ その他

- ・ 娩出した児の状態によっては、より高次施設への新生児搬送を要する場合があります。
- ・ 次回分娩方法は基本的に帝王切開術になります。
- ・ 術中に電気メスを使用した場合には皮膚の熱傷を生じる可能性があります。
- ・ 術中や術後の姿勢および麻酔の影響により、一時的な麻痺や神経障害を生じることがあります。
- ・ 術後に動けない状態が続いた場合などは褥瘡を生じる場合があります。
- ・ 手術中に使用した器材の腹腔内遺残を認める可能性があります。
- ・ 上記合併症を生じた際には、高次施設への搬送や入院期間の延長を要する場合があります。