

日本産科婦人科学会

研修コーナー

62巻

12_号 2010

日本産科婦人科学会雑誌



第7回 手術療法

- 1) 術前管理, 術後管理(N-329)
- 2) 開腹と閉腹(N-331)
- 3) 腹式深部帝王切開術(N-333)

国立国際医療研究センター 五味淵秀人



7. 手術療法

- 1) 術前管理, 術後管理
 - 2) 開腹と閉腹
 - 3) 腹式深部帝王切開術
- 1) 術前管理, 術後管理

術前管理1

- 血液検査:
 - 血液型: ABO, Rh、不規則抗体
 - 血算: 白血球、赤血球、Hb, Ht、血小板
 - 血液凝固: 出血時間, PT, APTT,
(フィブリノーゲン、FDP, D-Dダイマー)
 - 生化: 肝機能、腎機能、電解質、血糖
 - 免疫: STS, TPHA, HBsAg, HCVAAb, HIV
- 尿検査
- 生理機能検査: 心電図、呼吸機能検査
- 胸(腹)部レントゲン

術前管理2

- 入院時: 問診(既往歴・合併症・服薬状況・アレルギー)、全身チェック、術前検査の結果確認
- 説明と同意書: 入院診療計画書、栄養管理計画書、手術同意書、輸血・特定生物由来製剤など
- 血栓予防: 血液循環の促進、弾性ストッキング、間欠的空気圧迫法、抗凝固療法
- 手術室に入室: 患者の確認
病名、術式の確認

術後管理1

術後24時間以内

- 1) バイタルサイン(脈拍、血圧、尿量、体温)安定するまで30分ごと、その後は2~3時間ごとに測定。尿量は40~50mL/h以上を保つ。
- 2) 血液、生化学検査
- 3) 呼吸管理:呼吸状態の観察、酸素マスクの使用、など
- 4) 循環管理:心電図モニターの装着
- 5) 術後出血:創部、ドレーンからの排液量、性状など
- 6) 疼痛、嘔気の緩和
自院のクリニカルパスの使用

術後管理2

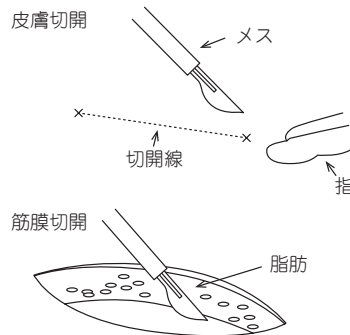
術後24時間以降

- 1) 創の消毒とガーゼ交換:表皮がきれいに合った切開創であればガーゼをのせておきだけでよい。必ずしも消毒は必要ではなく洗浄で十分である。術後48~72時間で皮膚は癒合するのでシャワー浴は可能である。一方、挫滅等がある場合はフィルム剤を貼る(1日1回交換)。
- 2) 排ガス:腹部の聴打診にて蠕動回復の確認を行う。通常術後72時間以内には排ガスがある。
- 3) 離床、膀胱留置カテーテル:早期離床を図る。
- 4) 抗菌薬:予防的投与としては、手術開始1時間以内、術中3~4時間毎に追加。一般的には手術日を含めて2~3日投与。
- 5) 抜糸:腹部の創であれば7日目前後に行う
- 6) 退院:術前を含めて、良性疾患の開腹術で10日、腹腔鏡手術で5日間が一般的である。

2) 開腹と閉腹

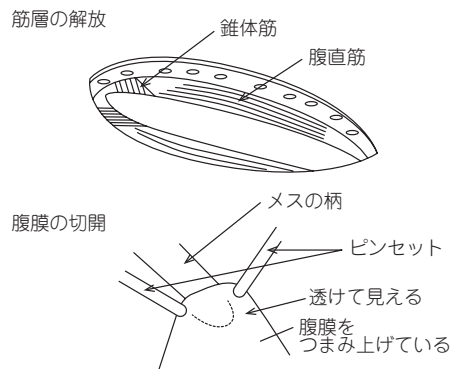
開腹1

- 皮膚切開：皮膚に緊張を加えながら切開する。2回目以降の場合は瘢痕が大きければ切除する。皮膚は電気メスにて切開しない。
- 筋膜切開：縫合時に脂肪が入らないように筋膜から脂肪層を剥離してから切開する。



開腹2

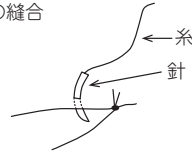
- 筋層の解放：白線に沿って腹直筋を分け、腹膜を露出する。
- 腹膜の切開：腹腔内臓器を損傷しないよう確認しながら切開する。また、術中に切開創が乾燥しないように注意する。



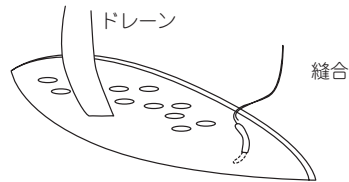
閉腹1

- 腹膜の縫合、筋膜の縫合：縦切開と横切開
- 脂肪縫合：脂肪は張力が低く、縫合は合わせる程度にする。ドレーン留置で縫合しない方法もある。

腹膜の縫合、筋膜の縫合



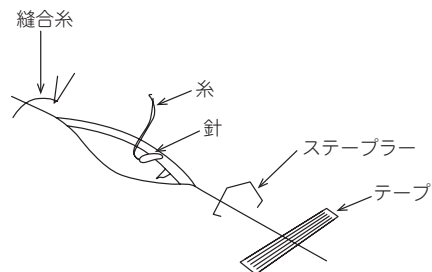
脂肪縫合



閉腹2

- 皮膚縫合：縫合糸、真皮埋没縫合、ステープラー、テープによる固定など様々な方法がある。閉腹の過程において、丁寧な縫合は当然であるが、創の乾燥を防ぐこと、止血の確認し血腫を作らないようにすることも大切である。

皮膚縫合



3) 腹式深部帝王切開術

帝王切開1

選択的帝王切開 → 母体適応
 緊急帝王切開 → 胎児適応

深部(下部)横切開:子宮下節に横切開を入れ児を娩出する。最も一般的な方法。

体部縦切開(古典的):子宮体部に縦切開(横切開)を入れて児を娩出する。出血量が多く、特殊な場合のみ行われる。

帝王切開2

- 児の娩出まで
- 膀胱子宮窩腹膜の解放:子宮体部の漿膜から2cmほど下方の膀胱子宮窩腹膜を摘みあげ剪刀にて切開
- 子宮下節筋層の切開:児頭の位置を確認しメスにて卵膜が膨隆するまで丁寧に横切開を入れる。子宮は頭側から見て時計方向に軽度回転していることを念頭に入れて中央を切開する。用手的に児頭の娩出に十分な幅になるまで拡大する
- 卵膜の破膜:有鉤ピンセットなどで破膜する
- 児娩出:児頭の誘導は用手的、篋、吸引カップなどを用いる。必要に応じてクリステル胎児圧迫法のように子宮底を押し児の娩出を補助する。
- 臍帯の切断:臍帯クランプ、ペアンなどで挟みこの間を切断する。この際、拍動停止を待たずに切断することが多い。
- 児の吸引操作:顔を拭うだけでもよい。吸引する場合は口腔内を軽く吸引する。羊水混濁の程度を新生児担当医に伝える。(鼻腔吸引は呼吸を誘発させるため、羊水混濁の強い症例では気道閉塞を起こす。また、過度な口腔内吸引は喉頭痙攣や迷走神経反射による除脈を惹起する)。

帝王切開3

- 胎盤の娩出:子宮収縮剤を投与し自然剝離を待つこともあるが、用手剝離することが多い。また、卵膜は十分除去しておく。
- 頸管拡張:悪露の流出をよくするため、子宮口が1指開大していなければヘガール等の頸管拡張器を子宮創側から挿入し拡張する。
- 縫合:内膜層、筋層を丁寧に合わせて。合成吸収糸だからといって内腔に大きく出すことは勧められない。単結紮、Z縫合、連続縫合を用いて1層あるいは2層に縫合する。

帝王切開4

- 次回分娩と問題点
 - 1) 反復帝王切開:子宮創部瘢痕または癒合不全の部分が子宮破裂を起こす可能性があり再度帝王切開が必要となる。
 - 2) 瘢痕部妊娠:縫合部に着床すると子宮外妊娠のひとつとされる瘢痕部妊娠の原因となる
 - 3) 癒着胎盤:菲薄化した縫合部(あるいは、に極めて近く)に着床し発育すると癒着胎盤の原因となることがある。
 - 4) 月経異常(過長月経)・不妊症との関連