

『「ガイドライン—産科編 2011」：特に重要なチェックポイントは？（4月配付済み）』
の訂正について

2011年4月に学会誌と医会報の差し込みとして配付した『「ガイドライン—産科編 2011」：特に重要なチェックポイントは？』の中に重要な誤記載（児頭の固定や嵌入に関して）がありましたので、5月に訂正版を配付するとともに、訂正版をHP上に掲載致します。

「ガイドライン—産科編2011」：特に重要なチェックポイントは？

2011年4月配付のこの資料に一部誤り（児頭固定・嵌入におけるステーションに関して）がありました。前回配付資料の廃棄処分をお願い致します。

ガイドライン—産科編委員会
委員長 水上 尚典

産科では一見健康と思われる妊婦に、母児の生命を危うくするような合併症が妊娠週数依存性に、ある一定の確率で起こる。したがって、産科診療では全妊婦を対象として一連の適切な検査法によるスクリーニングを行い、種々の異常を発見した場合、適切に対応することが求められている。例えば、妊婦腔内GBS培養を行わなければ、GBSによる危険から新生児を守ることはできない。“ガイドライン—産科編”2011年版では日常産科臨床の多くの局面を想定し、一般産科臨床において必要な検査・対応についてはほぼ網羅した（新規CQ & A、24項目が加わった、末尾にそのリスト掲載）。

以下に特に重要と思われる検査・対応についてガイドライン産科編2011中の Answerならびに巻末（子宮収縮薬による陣痛誘発・陣痛促進に際しての留意点：改訂2011年版〔以下、子宮収縮薬留意点2011〕、2011年3月に全会員に配付済み）より抜粋した。なお、ガイドライン産科編2011は子宮収縮薬留意点2011の順守を求めている（推奨レベルA、CQ404、405、409、412）。

分娩監視装置装着について

1. 胎児心拍数陣痛図は、3cm/分で記録する（B、CQ410：A2）〔これはCQ410の Answer 2で、推奨レベルBであることを示す。以下同様〕
2. 子宮収縮薬使用時には投与開始前から分娩監視装置が装着されていること（子宮収縮薬留意点2011）。
3. 分娩第1期（入院時を含め）には分娩監視装置を一定時間（20分以上）使用し、正常胎児心拍数パターンであることを確認する（B、CQ410：A3）。
4. 子宮収縮薬使用中（A、CQ410：A5-1）、分娩第2期（B、CQ410：A5-2）、母体発熱中（ ≥ 38.0 度）（B、CQ410：A5-2）、用量41mL以上のメトロイリントル挿入中（B、CQ410：A5-2）、無痛分娩中（B、CQ410：A5-2）は分娩監視装置により連続的モニタリングを行う。
5. 破水時（B、CQ410：A6-1）、羊水混濁あるいは血性羊水を確認した時（B、CQ410：A6-2）、ならびに間欠的児心拍聴取で（一過性）徐脈、頻脈を認めた時（A、CQ410：A6-3）は一定時間（20分以上）分娩監視装置を装着する。

分娩監視装置モニターの見方とその対応について

ガイドライン産科編2011のCQ411に詳述されているので参考にされたい。なお、CQ411中には以下2つの Answer もある。

分娩中にレベル3ないしレベル4が持続する場合、分娩進行速度と分娩進行度（子宮口開大ならびに児頭下降度で判断）も加味し、定期的に「経膈分娩続行の可否」について判断する（C、CQ411：A5）。

上記 Answer 5において、「経膈分娩困難」と判断した場合にはなるべく早期に緊急帝王切開を行う（C、CQ411：A6）。

人工破膜、吸引・鉗子分娩術について

人工破膜を実施する場合には「児頭固定確認」後に行う（B、CQ404：A3）。

吸引・鉗子分娩術は児頭が嵌入（ステーション0）（解説参照）後に行う（B、CQ406：A4）。

吸引分娩総牽引時間20分以内ルール（C、CQ406：A6）。

吸引分娩術回数5回以内ルール（C、CQ406：A7）。

なお、児頭の固定・嵌入に関してはCQ406の解説中に以下『』内の記述がある。『一般に、「児頭固定」は内診・外診などで、児頭を移動できない状態（内診指で児頭を押し上げることができない）で、ステーション-2に相当し、「児頭嵌入」は児頭がさらに下降しステーション0（座骨棘の高さまで先進部が下降）に達した状態を指す。したがって、吸引分娩を行う場合には児頭下降度（ステーション）を評価し、ステーション0以上に下降していることを確認後に行う。』

子宮収縮薬（オキシトシン、プロスタグランジンF_{2α}、プロスタグランジンE₂錠）使用（陣痛誘発・陣痛促進）のための条件（子宮収縮薬留意点2011）（以下すべてが推奨レベルAとみなされていることに注意する）

1. 子宮収縮薬使用のためのインフォームド・コンセントが得られていること。
2. 子宮収縮薬投与開始前から分娩監視装置が装着されていること。
PGE₂経口錠も同様とする。
3. 子宮収縮薬静脈内投与時、精密持続点滴装置（輸液ポンプ等）が利用できること。
4. 事前に頸管熟化について評価すること。頸管熟化が極端に未熟な場合は、他の方法により頸管熟化を図った後に子宮収縮薬を使用する（CQ412参照）。ラミナリアあるいはプラステロン硫酸ナトリウム（マイリス[®]、レボスパ[®]、アイリストーマ[®]等）と子宮収縮薬同時併用は行わない。
5. 母児の状態が比較的良好であり、子宮収縮薬使用中は母児の状態の適切なモニターが可能であること。子宮内胎児死亡の場合にも子宮収縮の状態が適切にモニターされること（過強陣痛予防のため）。
6. オキシトシンあるいはPGF_{2α}を使用する場合はPGE₂最終投与時点から1時間以上経ていること。
7. PGE₂を使用する場合はオキシトシンあるいはPGF_{2α}最終投与時点から1時間以上経ていること。
8. メトロイリントル挿入時点から1時間以上経ていること。
9. 分娩後子宮収縮促進を目的としたPGF_{2α}の子宮筋層内局注は、原則として行わない。
10. 複数の子宮収縮薬の同時併用は行わない。

子宮収縮薬使用中に行うこと(子宮収縮薬留意点 2011) (以下すべてが推奨レベルAとみなされていることに注意する)

1. 血圧と脈拍数を原則1時間ごとにチェックする(CQ404参照)。
2. 投与量が基準範囲内であることの確認。
開始時投与速度, 増量法, ならびに最高投与速度に関して例外を設けない(A, CQ404: A2)。
3. 増量には30分以上の間隔をあけること。
4. 異常胎児心拍数パターン出現時には子宮収縮薬投与中断の必要性について検討する(CQ408参照)。

メトロイリントルによる分娩誘発について

「CQ412分娩誘発の方法は？」に詳しい。CQ412のAnswerに則ってメトロイリントルを使用する(B以上のAnswerが10項目ある)。

その他

1. 血液検査で HTLV-1 抗体 (A, CQ003: A1, 中期以降でも可) (CQ312)。
2. 妊娠糖尿病 (GDM, gestational diabetes mellitus) スクリーニングを全妊婦に行う (B, CQ005: A1)。
3. 非妊娠時体格 (BMI) のやせ (18.5 未満)、普通の体格 (18.5 ~ 25.0 未満)、肥満 (25 以上) の基準が示された (CQ010: A1, A2)。
4. 「妊娠中の体重増加量」について尋ねられた場合には以下の情報を提供する (B, CQ010: A2)。
 - 1) 日本人の食事摂取基準 (2010 年版) (厚生労働省策定) では、普通の体格の妊婦 (非妊娠時 BMI 値が 18.5 ~ 25.0 未満) が妊娠 40 週の時点で約 3kg の単胎児を出産するのに必要な体重増加量は 11kg としているが、個人差がある。
 - 2) 妊娠中の母体体重増加量が多いほど児の出生時体重が重くなる傾向がある。しかし、妊娠前の BMI 値が高いほどこの傾向は弱くなる。肥満女性の場合は妊娠中の体重増加より妊娠前の肥満度のほうが出生児体重に影響する傾向がある。
5. 夫リンパ球免疫療法はごく限られた婦人に対して有効性が示唆されている。適応 (解説参照) について十分吟味し放射線照射後に実施する (A, CQ204: A6)。
6. CQ 305 前置胎盤の診断・管理は？
「自院では緊急時の対応困難」と判断した場合は 32 週末までに他院を紹介する (C, CQ305: A2)。
「自院で管理」とした場合は 34 週頃の夜間緊急帝王切開も考慮した準備を行う (C, CQ305: A3)。
7. 腹部外傷では軽症であっても早剥を起こすことがあるので注意する。特に、子宮収縮を伴う場合、早剥発症率は上昇するので、胎児心拍数モニタリングによる継続的な監視を行う (C, CQ311: A3)。
8. 妊婦が分娩のために入院した時には血圧測定と尿中蛋白半定量検査を行う (B, CQ315: A1)。
9. 妊娠高血圧症候群妊婦、蛋白尿陽性妊婦、ならびに入院時に高血圧を示した妊婦においては、陣痛発来後は定期

的に血圧を測定する (B, CQ315: A2)。

10. SI 値と計測出血量で循環血液量不足 (出血量) を評価する。SI 値; shock index = 1 分間の脈拍数 ÷ 収縮期血圧 mmHg (B, CQ316: A1)。
11. 産科危機的出血時、あるいは出血による心停止が切迫していると判断された場合であって交差済同型血が入手困難な場合には未交差同型血、異型適合血、異型適合新鮮凍結血漿・血小板濃厚液の輸血も行える (B, CQ316: A4)。
12. CQ317 人工羊水注入については？
施行する場合は母体合併症 (羊水塞栓、肺水腫、子宮収縮増強) に注意する (B, CQ317: A2)。
13. 妊娠 41 週以降妊婦では胎児 well-being を 1 ~ 2 回 / 週程度評価する (B, CQ409: A2)。
14. 母子感染を予防するために子宮頸管のクラミジア検査を行う (B, CQ602: A1)。
15. GBS 陽性妊婦や GBS 保菌不明妊婦が前期破水した場合 (主に早産期)、GBS 除菌に必要な抗菌剤投与期間は 3 日間と認識する (C, CQ603: A3)。
16. CQ610 HIV 感染の診断と感染妊婦取り扱いは？
スクリーニング検査陽性の場合、以下を行う (A, CQ610: A2)。
 - ・確認検査は、ウェスタンブロット法と PCR 法の両者を同時に実施する。

新規 CQ&A として加わった 24 項目

- CQ008 (抗 D 抗体以外の) 不規則抗体が発見された場合は？
CQ009 分娩予定日 (予定日) 決定法については？
CQ010 妊娠前の体格や妊娠中の体重増加量については？
CQ107 授乳中に服用している薬物の児への影響について尋ねられたら？
CQ108 妊娠中の運動について問われたら？
CQ109 喫煙 (受動喫煙を含む) については？
CQ206 妊娠 12 週未満切迫流産への対応は？
CQ314 妊娠糖尿病 (GDM)、妊娠時に診断された明らかな糖尿病、ならびに糖尿病 (DM) 合併妊婦の管理・分娩は？
CQ315 子癇の予防と対応については？
CQ316 分娩時大出血への対応は？
CQ317 人工羊水注入については？
CQ410 分娩監視の方法は？
CQ411 分娩監視装置モニターの読み方・対応は？
CQ412 分娩誘発の方法は？
CQ413 未受診妊婦への対応は？
CQ414 「助産師主導院内助産システム」で取り扱い可能な Low risk 妊娠・分娩とは？
CQ612 妊娠中に HTLV-1 抗体陽性が判明した場合は？
CQ613 妊娠中の梅毒スクリーニングと感染例の取り扱いは？
CQ614 パルボウイルス B19 (PB19) 感染症 (リンゴ病) については？
CQ801 出生直後の新生児呼吸循環管理・蘇生については？
CQ802 生後早期から退院までの新生児管理における注意点は？
CQ803 36 週未満早産児が退院する時、RSV (Respiratory Syncytial Virus) 感染症に関する情報提供は？
CQ804 子宮内胎児死亡例 (妊娠 22 週以降) における原因検索と産婦・家族への対応については？
CQ903 妊産褥婦が死亡した時の対応は？