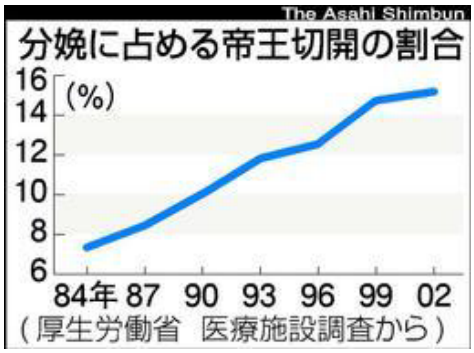
帝王切開、２０年で倍増

2006 年は秋篠宮紀子さまが帝王切開で悠仁さまを出産され話題となった。また、少産少死という社会背景からお産全体に占める帝王切開の割合の増加がみられ、妊婦さん自身が帝王切開を望む場合も多いようだ。私自身も母性看護実習で帝王切開術をうける産婦さんの周術期を受け持たせていただき、身体的なリスクだけでなく心理面への影響も学ぶことができた。なぜ今帝王切開が増えているのか、妊婦さん・医療者の両面から捉え、社会的な側面とも関連づけて考えたいと思う。そして、帝王切開の利点、リスクとともによりよいお産のためにどのようなかかわりが必要であるか考えていきたいと思う。

１．帝王切開に対する基本的な考え方

1960 年以降、抗生物質の導入、輸血･輸液や麻酔技術の進歩などにより、帝王切開は母児にとって安全な手術となった。加えて胎児適応の増加、初産高齢化でリスクの高いお産が増加するなどの社会情勢の変化から、帝王切開の実施率は年々増加している。米国では 30%を超える帝王切開率は珍しくなく、日本でも 20%以上の施設が増加している。

しかし、安易な帝王切開は厳に慎むべきである。なぜなら、帝王切開が安全な手術になったとはいえ、予期せぬ出血、感染、他臓器の損傷、術後肺塞栓などは帝王切開率の上昇とともに増加しており、また、次回妊娠分娩に際して、子宮破裂や癒着胎盤など、経膣分娩ではごくまれにしか起こらない重篤な合併症の頻度が高くなるからである。しかし、聖路加国際病院(東京)を例にあげると、入院が長くなる、出血が多ければ輸血が必要、次のお産も帝王切開になる率が高まるといったリスクを説明するが、それでも帝王切開を希望する母親が増えているという。



２．頻度

わが国の帝王切開率は 1970 年代では 5～10%程度であったが、80 年以後増加傾向にあり、10～15%に上昇した。1990 年代になり骨盤位、前回帝王切開、妊娠 32 週以前の早産、多胎妊娠などを適応とする帝王切開が増加し、その結果米国と同様、20%前後の帝王切開率が一般的となった。

厚生労働省の抽出調査にもとづく推計では、この 20 年あまりで国内の帝王切開件数は約 1.6 倍に増えた。全体のお産数は約 2 割減少し、帝王切開が占める割合は 7%から 2002 年には約 15%に上昇した。もと愛育病院長で、主婦会館クリニック(東京都千代田区)所長の堀口貞夫さんは「6～7 人に 1 人にお母さんはおなかに傷がある。ちょっと異常な事態」と心配する。

妊娠週数別の帝王切開率をみると、妊娠 37 週以後では 15～18%程度であるが、妊娠 37 週未満の早産では 40～60%と高率になっている。この高い帝王切開率は、早産未熟児を含

むハイリスク妊娠の管理体制の進歩に負うところが大である。

３．適応

帝王切開には、紀子さまのように母児の状態によってあらかじめ日時を決めて計画的に行う予定帝王切開と、急速遂娩のために行う緊急帝王切開とがある。母体側、胎児側および母児双方の適応がある。

ａ．母体側の適応

①狭骨盤,②軟産道強靭,③前置胎盤,④常位胎盤早期剥離,⑤児頭骨盤不均衡,⑥子宮内感染,⑦子宮筋腫または子宮がん合併,⑧卵巣腫瘍合併,⑨子宮奇形,⑩切迫子宮破裂,⑪子宮破裂の危険回避(前回帝王切開),⑫重症妊娠高血圧症候群,⑬合併症妊娠(糖尿病、全身性エリテマトーデスなど)

ｂ．胎児側の適応

①胎児ジストレス,②臍帯下垂または脱出,③胎位・胎勢異常(骨盤位、横位、反屈位など),④胎児奇形,⑤子宮内胎児発育遅延(IUGR),⑥早産,⑦多胎妊娠

上記以外に遷延分娩、分娩停止、母体疲労などの複数の状態を総合的に判断して適応とすることもある。これら適応のうち頻度の高いものから順次、胎児ジストレス、前回または第２回帝王切開、骨盤位(足位、複殿位など)、前置胎盤、分娩停止、重症妊娠高血圧症候群、児頭骨盤不均衡、IUGR、多胎妊娠、となる。

麻酔法の選択も帝王切開の適応によって異なる。臍帯脱出、胎児ジストレス、前置胎盤、常位胎盤早期剥離など、緊急性が高い場合は全身麻酔で行われる。一方、母体の循環動態が安定しているなど胎児娩出を急がない場合は、腰椎麻酔や硬膜外麻酔などで行われることが多いが、仰臥位低血圧などが起こる可能性が高いことに留意すべきである。

４．帝王切開増加の背景

母体側の背景としては、前述したように初産の高齢化や不妊治療によるリスクの高い出産の増加が考えられる。

医療者側の背景としては、お産をめぐる医療訴訟の増加や、産科医、お産を扱う医療機関の減少から、不確定要素が多い経腟分娩を避ける傾向が強くなっていることがあげられる。米国立保険統計センターの統計(2003 年)によると、訴訟社会米国での帝王切開率は27.5%と高いことからもうかがえる。

帝王切開は『管理できるお産』という考えは、医師だけではなく産む側でも増えている。陣痛などの痛みへの不安が高まり、経腟出産を避けようという傾向が強くなっている。産む側の意識変化がみられ、健康な妊婦さんでも無痛分娩や帝王切開を望むケースも多い。堀口さんは「裁判で『帝王切開をしていれば事故は防げた』という判例が増えれば、経腟分娩を怖がる医師がいても一概に責められない。」と話す。また、骨盤位などの経腟分娩には医師の経験と技量が必要とされる。お産の件数が減り、熟達した医師も減少することで、臨床での医師教育が困難となっていることも大きい。

５．帝王切開による心理面への影響

帝王切開によって分娩した産婦は、ときとして心理的喪失を体験して抑うつ的になるこ

とがある。出産という課題達成や母親役割に関する喪失など、様々な心理的喪失を体験しているとされている。具体的には、陣痛に耐えられなかった、下から産めなかった、自分で産めなかった、といった失敗感を強く抱いていることが多く、自己評価が低くなる場合がある。

女性が帝王切開を受容する段階は、驚き･ショックの段階、悲しみまたは怒りの段階、あきらめ・解放の段階、そして受容の段階をたどると考えられる。また、予定帝王切開の場合は事前に手術に関する知識を得て、予期的な悲嘆作業を行うことができるために心理的負担は軽減されるが、緊急帝王切開においては、気持ちの準備や整理の時間の確保が困難であり、母児の生命に危険が及ぶケースも多い。

千葉県の主婦、細田恭子さん(41)の場合は、これまで 3 人の女児を帝王切開で出産した。長女と次女のときはいずれも経膣分娩の予定だったが、微弱陣痛などの理由で緊急帝王切開に切り替えられた。「事前に調べる時間もなく、準備も知識もなかった。」という。そして長女の出産後には、「普通の女性ができること(経膣分娩)ができなかった。」と涙がこぼれたという。

帝王切開分娩の産婦が体験した喪失感には、表１に示すような様々な内容が含まれることが明らかになっている。その中で喪失感が長期間持続する体験は、恐怖体験や妊孕性の喪失、術創によるボディイメージの喪失であった。

表１　心理的喪失体験の種類と頻度　(n=１４)

種類	内容	該当例数
Ⅰ．課題達成に関する喪失		
１）出産体験	正常分娩ができない	7
２）母乳授乳	母乳の授乳ができない	１１
３）母親役割	母親としての役割が果たせない	１４
Ⅱ．身体機能制御・健康に関する喪失	外科的侵襲に伴う身体機能制御・健康状態が維持できない	１３
Ⅲ．状況制御に関する喪失	入院生活および外科的侵襲に伴う状況が把握できない	１０
Ⅳ．情緒的特性・自己制御に関する喪失	自己の情緒変化が制御できない	8
Ⅴ．ボディイメージに関する喪失	自己にとって望ましいボディイメージを失う	１０
Ⅵ．サポートに関する喪失	サポートを期待する人物からサポートをうけられない	１２

(堀内成子ほか：帝王切開分娩における母子相互作用に関する研究＜第２報＞，周産期医学，17(3)，p142、1987．より）

また、帝王切開分娩は母子の術後の身体状況から、早期の母子接触の機会を逃したり、その後の母子接触が遅れがちになったりするなど、母子の絆の形成には不利な条件がある。しかし、女性自自身の自己価値やボディイメージの喪失体験に比べると、早期接触の遅れは母子の愛情形成に絶対的･長期的な影響をもたないため、リスクも低いといわれている。

以上のことから、帝王切開分娩により産婦は喪失感をもちやすくなり、自責感、失敗感、葛藤、ボディイメージの変化・喪失などによる分娩後や退院後の生活に対する不安感が大きな問題としてあげられる。それらの気持ちの表れ方や程度には、予定・緊急帝王切開の別、『喪失したもの』へのこだわりの強さ、児の生命といった『得たもの』への喜びが得られているか、などにより異なるといえる。

６．お母さんの心のケア

前述のように、帝王切開分娩によって身体的リスクが増加するだけでなく、母親の心理面への影響も大きい。帝王切開率の上昇とともに、ただ安全なだけではなく、よりよい出産体験となるような援助が求められる。

産婦や家族は、産婦自身や胎児に危険が及ぶ不安だけでなく、手術を受けるという状況への不安や恐怖心をもつ。現状や適応については医師より説明されるが、看護者として産婦や家族の理解の程度や受け入れ状態について傾聴し、心理面の援助につなげていく。特に緊急帝王切開の場合は、突然のできごとに動揺し、理解や判断、意思決定が困難な場合もある。理解し納得した上で処置や検査が受けられるよう、気持ちの表出を促したり、表情や言動、行動にも注目しながら、産婦や家族が意思決定できるよう援助する。意思決定した後でも、何がなされるかについてや胎児の健康状態には不安な気持ちをもち続けていることが多く、処置前の説明や児の状態についてそのつど十分な説明を行う。

術中は産婦の意識がある場合、出生直後に児の健康状態が確認できたら、母児の対面を行ったり、児を直接産婦の胸の上にのせて接触をはかったりすることもある。日赤医療センター(東京都渋谷区)では、母児に危険がなければ帝王切開で取り上げた赤ちゃんはすぐに母親に抱かせる。夫が立ち会うこともでき、同センターの杉本充弘産科部長の担当する帝王切開は、８割が夫立ち会いで行われる。

術後は褥婦の喪失感などの心理を十分理解したうえで、出産体験とともに振り返り、褥婦が整理し統合できるよう援助する。褥婦の思いや考えを表出する機会をもつことが重要で、褥婦の訴えをよく聴く。出産中に生じたことや現状の理解を促し、誤解が生じていれば正しい説明を行い、褥婦自身が忘れていることがあればそれを補う。母子ともによく頑張ったことを実感できるよう援助していくことが大切である。これらのことを通して、褥婦は自分の体験を振り返り、わだかまりとして残っていた思いを整理して体験を受け入れることができ、親役割を果たす方向へと関心が移っていく。また母子の状態を観察しながら、できるだけ早期に対面や接触がもてるよう配慮し、母子関係の形成が促されるよう支えていくことが重要である。

７．考えたこと

今回帝王切開が増加しているというニュースを取り上げ、それに関連して発生してきた問題についても考えたが、産婦さんの身体面だけでなく心理面への影響も大きいということを知ることができた。昨年の母性看護実習で帝王切開を受ける産婦さんを受け持たせていただいたことからも、産婦さんが不安や悩みをかかえているという記事を読み、とても身近に感じられた。

私が受け持たせていただいた方は、骨盤位により予定帝王切開で出産された。経産婦さんだったが、帝王切開は初めての体験であり、手術に対する不安は大きいようだった。特に術創部の傷跡が残ることや、術後の身体の回復などに対して強い不安を抱いており、ボディイメージの変化や喪失を体験しているということが感じられた。また、骨盤位だけでなく、切迫流産のために出産まで４ヶ月以上の入院生活を強いられることで、産婦さんの精神的負担は大きかったと考えられる。

帝王切開の適応となる因子の中には、妊娠高血圧症候群や子宮内感染、IUGR など、入院

し管理が必要なものもあり、産婦さんは様々な不安をかかえている。さらに、帝王切開に対する誤解や偏見を持っている人からの心ない言葉に傷ついた方もいらっしゃるということがわかった。帝王切開での出産を経験した女性の交流の場となっているホームページ『くもといっしょに』では、家族や医療者の言葉に悩んだり涙を流したりした、という意見が多く寄せられていた。「帝王切開でのお産は楽」、「帝王切開で生まれた子は産道を通っていないから我慢強くない」などの誤った認識が産婦さんの周囲の人たちに根づいていると、その人らしい出産や子育てが難しくなってしまうということが感じられた。

また、妊婦さんの出産満足度に大きな影響を与えるものとして緊急帝王切開があげられる。適応としては微弱陣痛や常位胎盤早期剥離などがあり、予測が難しく、分娩期に突然異常が発生することが多い。加えて、緊急帝王切開は母児の生命に直結するケースもある。経腟分娩を予定していた産婦さんにとって、急に帝王切開に切り替えなければならないとなると、精神的負担も大きく、産後の不安や自責感も強くなることが予想される。お産は病気ではないが、妊娠分娩のリスクは妊婦さんや家族にも知っておいてもらう必要がある。妊娠期の経過が正常であっても、緊急帝王切開になったり分娩時に大出血をおこしたりすることは稀ではない。そういったリスクが存在することを、医師や助産師が妊婦さんとその家族に説明し、理解しておいてもらわなくてはならない。また、緊急時の対応についてもいっしょに考え、バースプランに加えておく必要があると感じる。

一方で、産婦人科医の不足も帝王切開分娩の増加に関連しているということもわかった。骨盤位の経腟分娩などは医師の経験と技術が求められる。しかしお産が減ったことが産婦人科の医師の減少につながり、熟達した医師による教育が困難な状況になってしまった。もちろん母児の安全を確保することが第一だが、技術不足のために帝王切開分娩が選択されてしまうのならば、それはとても残念なことだと感じた。

また、妊婦さんにも痛みの少ない出産方法を選択しようというという意識変化がみられることがわかった。医師にとっても帝王切開は精神的・肉体的に負担が少ない。しかし、少しでも分娩時のリスクが予測され、妊婦さんの希望があるからといって、安易な帝王切開の選択は避けなければならない。安全になったとはいえ、帝王切開は外科手術であり、術後の疼痛や血栓症などのリスクが高まるということを説明し、妊婦さんに十分理解しておいてもらう必要があると感じた。

これからも不妊治療の発達や初産高齢化、お産をめぐる訴訟の回避などの様々な要因から帝王切開分娩の増加が予測される。私の暮らすまちでも、産科医不足により市立の総合病院が分娩を扱わなくなった。公的病院だけでなく開業医もお産をやめるところが増え、一部の病院への集約化がどんどん加速していると実感する。このような状況は特に地方で目立ち、妊婦さんにとって安全・安楽なお産がしにくくなりつつあるといえる。対策として病院と助産所や診療所が連携をとり、妊娠期は開業医や助産師が主体的にケアを行い、リスクのある分娩は大病院で行うという体制づくりが求められていると感じる。そして、妊婦さんだけでなく、地域の診療所や助産所も、緊急時は搬送することができるという安心感が得られなければならない。

お産に対する満足感を得てもらうためには心身両面の安全・安楽が守られなければならない。帝王切開分娩によって傷つき、出産体験に対して否定的な感情を抱いている方が非常に多いということがわかった。妊婦さんの思いを受けとめ、正常・異常どちらのお産で

も「産んでよかった」と感じてもらえるようかかわっていくことが重要だと感じた。

【参考】

・朝日新聞　2006 年 9 月 18 日付
・矢島聰ほか：NEW 産婦人科学，南江堂，p368－369，2004.
・青木康子ほか：第３版　助産学体系　第５巻　母子の心理・社会学，日本看護協会出版会，p260－261，2006.
・森恵美：系統看護学講座　専門２５　母性看護学２，医学書院，ｐ378－380，2006.
・くもといっしょに　http://www5a.biglobe.ne.jp/~withkumo/index.htm