

## 参考；既往帝切後の経膈分娩（VBAC）についての Q&A

名古屋第一赤十字病院産婦人科 石川薫

註：以下は、医科向けに書いた Q&A(愛知県産婦人科医会ニュース No363 2004.5)を、一般のかた向けに少し手直したものです。

### Q1.既往帝切後の経膈分娩(VBAC)の歴史的な流れは？

A. 日本の帝切率の上昇が米国産科医療の足跡の追従であったのと同様に、既往帝切後の経膈分娩(Vaginal birth after caesarean section; 以下 VBAC と略す)の日本における今後の展開も、悲しいかな米国のVBACの歴史的変遷の追従になると予感されます。そこで先ず VBAC を語るにあたって、米国における VBAC の歴史的変遷を鳥瞰してみます。米国の“Once a Caesarean, always a Caesarean”(1916年 Cragin E (1))と言われた時代は、1980年代初頭に転換期を迎えます。医療訴訟という恐怖を一因として帝切が頻繁に行われるようになった1970年代の流れ(帝切率1970年5% 1980年16%)が1980年代に入っても勢いが止まらない中、一方の対極のフェミニスト・グループの自然分娩志向の流れを受けて、行政の側から米国国立衛生研究所 NIH は1981年に当時まだ3%にしか行われていなかった VBAC を提唱します(2)。厳しい適応もなく放漫に帝切が濫用されてきた背景から、逆説的ではありますが VBAC は十分に現実的で、あながちこの提唱は無謀ではなかったように思われます。米国産婦人科学会 ACOG も VBAC を後押ししますが(3)、その後も米国の帝切率の上昇は続き1988年にピークの24.7%を記録します。しかし、この年以降ようやく NIH、ACOG の提唱したポリシーが日の目をみて帝切率は下降に転じます。これと期を一にして、1991年に米国保健福祉省は2000年の目標帝切率15%を掲げます。その結果、1996年の米国の帝切率は20.7%にまで減少し、VBAC 率\*は28.3%のピークを記録します。ここで忘れてはならない背景は、米国の市場経済としての医療です。米国の医療保険会社のMCOs (Managed Care Organizations) が「VBAC は経済的に安価で済む！」とVBAC を強要したふしがみられます。しかし、1996年を最後に再び米国の帝切率は反転上昇を開始し、VBAC 率も低下、最新の2002年の統計では帝切率は26.1%と過去最高を記録し、VBAC 率は12.6%にまで落ちこむ結果でした。この背景は、VBAC で生じた癒痕性子宮破裂に対する医療訴訟による高額な賠償額が、VBAC を推進していた産科医を震え上がらせたことが大きいように思われます(4)。1999年のACOGのVBACに関するPractice Bulletinも慎重な記載に転じています(5)。以上、米国のVBACの歴史的変遷は、あからさまに言えば医療訴訟と市場経済に翻弄された歴史かと思われま。

\*VBAC 率は VBAC 数/既往帝切後分娩数×100 と定義されます。一方、VBAC 成功率という用語がありますが、それは VBAC 数/経膈分娩を試みた既往帝切後分娩数×100 で定義されます (ACOG Committee Opinion Number 179,1996)。数万を母集団とする報告によると VBAC 成功率は61~72%です(6,7)。

### Q2.VBAC に関する我が国の動向は？

A. 日本には帝切率や VBAC に関する全国統計はありません。従って、我が国の動向は正確には分かりませんが、明らかに帝切率は上昇していると思われま。米国と同じ問題が近い将来に生じる危惧からか、2000年の第52回日産婦総会の研修コーナーで

VBAC に関する水上尚典先生と武久徹先生のダイベートが行われました。是非一読をお勧めします(8)。ちなみに、私達の施設の 17 年間 (1984~2000 年) の統計では、既往帝切総数は 766 例うち 492 例 (64%) が試験分娩を選択し 454 例が VBAC、VBAC 率は 59% (454/766) VBAC 成功率は 92% (454/492) でした。癒痕性子宮破裂は 1 例 (1/492 = 0.2%) 経験しています (2001 年第 37 回日本新生児学会総会発表)。

### Q3.VBAC の危険性とは？

A. VBAC での唯一つの危惧は癒痕性子宮破裂です。自然性子宮破裂の頻度が 0.007~0.02% と極めて低いのに対して(6,9)、VBAC での癒痕性子宮破裂の頻度は 0.4~0.5 % と確かに高いのが現実です (この 0.4~0.5 % という数値は数万の VBAC を母集団とした結果ですので信頼に足る頻度と考えられます) (6,7)。一端癒痕性子宮破裂が生じた際の母体死亡率は 1 %、周産期死亡は 6 % と報告されていますが(10)、米国ユタ州のグループからは、癒痕性子宮破裂が生じた際の児死亡と神経学的後障害を合わせた頻度は 23~42% に及ぶと警告が発せられています(11)。Leung AS らは癒痕性子宮破裂による胎児機能不全が生じてからの児の安全限界は最短 17 分と報告しています(10)。

### Q4.VBAC に適さない妊婦さんは？

A. VBAC を試みると癒痕性子宮破裂の頻度が高くなる妊婦さんが VBAC に適さない妊婦です。その第一は、既往帝切が子宮体部縦切開や逆 T 字切開で行われた妊婦さんです。癒痕性子宮破裂の頻度が 4~9 % と報告されています(5)。早産帝切が普及した最近では、子宮体部縦切開は増加傾向と考えられ留意を要します。その第二は、2 回以上の既往帝切歴のある妊婦です。1999 年の ACOG の Practice Bulletin(5) では 2 回までの既往帝切歴は VBAC の適応とされていますが、翌年に 1 回の既往帝切歴に限ると変更されています(12)。2 回の既往帝切歴がある妊婦さんの VBAC の癒痕性子宮破裂の頻度は 1.8~3.7% と報告されています(13,14)。なかでも 3 回以上の既往帝切歴があると、既往帝切が子宮体部縦切開で行われた妊婦さんと同じように、陣痛発来前の子宮破裂が多く危険とされます(10)。その第三は、VBAC について説明した後、反復帝切を希望した妊婦さんです。意思なき妊婦に経膈分娩は無理ですし、結果が芳しくなければ訴えられます。現代はインフォームド・チョイスの時代です。

### Q5.VBAC に適する妊婦さんは？

A. VBAC に適する妊婦さんは、Q.4 で適しないと除外された残りの妊婦です。ACOG の最新の基準は、既往帝切歴は 1 回のみで子宮下部横切開であること、妊娠 37~40 週の頭位であること、母児の健康状態が良好であること、癒痕性子宮破裂など母児の緊急事態に即座に対応可能な施設でモニターされていること、十分なインフォームド・コンセントを行い VBAC の同意が得られていることです(12)。経膈分娩の既往を有する 1 回既往帝切後の妊婦さんの VBAC での癒痕性子宮破裂の頻度は 0.2% と低く報告されており(15)、もっとも VBAC に適する妊婦さんと思われる。

## Q6.VBAC に関するインフォームド・コンセントは？

A. VBAC に関する全てのデータを客観的に妊婦さんに提示すること、これが必須で大前提かと思えます。その上で、妊婦さんのインフォームド・チョイスに従い、私達は、専門家として全力を尽すということかと思えます。医療、妊婦サイドどちらにも VBAC 派、反 VBAC 派があるでしょう。VBAC 派の医療サイドは VBAC を誘導するような説明は慎むべきですし、一方の反 VBAC 派は反復帝切を誘導するような説明を慎むべきかと思えます。VBAC に適する妊婦さんでも反復帝切を妊婦が希望すれば医療サイドは従うべきですし、反対に VBAC に適さない妊婦でも VBAC を希望すれば医療サイドは頑張るべきでしょう。

## Q7.VBAC にあたって癒痕性子宮破裂の診断は？

A. 癒痕性子宮破裂の予知は、内診での癒痕部の触知や超音波断層法など試みられてきましたが(16)、現段階では基本的に無理と言って過言でないと思えます。従って核心は如何に早期に癒痕性子宮破裂を診断するかです。子宮破裂の教科書的な臨床症状といえば、裂けるような疼痛、多量の性器出血、陣痛の消失、児心音の消失、児先進部の後退などが挙げられています。しかし、癒痕性子宮破裂では裂けるような疼痛、多量の性器出血は稀で、胎児心拍数図での突然の遷延一過性徐脈、変動一過性徐脈の出現が主なる臨床症状といわれます(10)。

## Q8.VBAC の分娩管理の実際は？

A. さて VBAC の実際ですが、原則的に試験分娩であるので術前検査は行っておいた方が無難と考えます。自然陣痛が発来したら輸血可能な 18G 針で血管確保を行い絶食で待期します。胎児心拍数図の突然の遷延性徐脈、変動一過性徐脈が癒痕性子宮破裂の主症状ですので、全経過を通して分監は装着します。オキシトシンの使用に関しては賛否両論があります(5)。私達は必要最少限の使用を分娩促進に許容しています。但し VBAC で分娩誘発は行っていません。あくまでも自然陣発を待期するのが、VBAC 成功の秘訣と考えています。プロスタグランدين製剤は癒痕性子宮破裂の頻度を上げるので(2.5%)控えるよう最近 ACOG は勧告しています(18)(注:既往帝切後の中期中絶ではプロスタグランدين製剤を使用せざろう得ないシチュエーションがありますが、癒痕性子宮破裂の頻度は3.6%と報告されています(19))。分娩進行が芳しくない場合は(子宮口5cm以上開大後の2時間以上の所見の停滞や分娩II期の2時間以上の遷延)帝切に切り替えます。分娩にあたってクリステル圧出法が必要な場合は、吸引分娩を選択すべきと考えます。

## Q9.VBAC 分娩後の注意点は？

A. VBAC 成功後にコンシールされた癒痕性子宮破裂の診断のため子宮腔内用指検索を勧める意見がありますが、意外と微妙で混乱の元ともなるので、私達は出血が多い場合にのみ行うことを推奨します。ACOG も同様の見解を発表しています(5)。また、分娩後2時間は、万一の癒痕性子宮破裂の内出血の早期発見・早期対応に、母体心拍数モニターを着けたく思います。

## 文献

- (1) Craigin E: NY Med J 104:1,1916
- (2) US Department of Health and Human Services: NIH publication 82-2067:351, 1981
- (3) ACOG: ACOG Committee Opinion No.17,1984
- (4) Sachs BP, et al.: New Engl J Med 340:54,1999
- (5) ACOG: ACOG Practice Bulletin No.5,1999
- (6) Gregory KD, et al.: Obstet Gynecol 94:985,1999
- (7) Mozurkewich EL, et al.: Am J Obstet Gynecol 183:1187,2000
- (8) 水上尚典,武久徹:日産婦誌 52:N-308,2000
- (9) Sweeten KM, et al.: Am J Obstet Gynecol 172:1851,1995
- (10) Leung AS, et al.: Am J Obstet Gynecol 169:945,1993
- (11) Porter TF, et al.: Am J Obstet Gynecol 178:Part 2 Abstract No.73,1998
- (12) Harer, Jr WB: JAMA 287:2627,2002
- (13) Miller DA, et al.: Obstet Gynecol 84:255,1994
- (14) Caughey AB, et al.: Am J Obstet Gynecol 181:872,1999
- (15) Zelop CM, et al.: Am J Obstet Gynecol 183:1184,2000
- (16) Rozenberg P, et al.: Lancet 347:281,1996
- (17) 針山由美,他:周産期医学 26:1619,1996
- (18) ACOG: ACOG Committee Opinion No.271,2002
- (19) Chapman S, et al.: Am J Obstet Gynecol 174:356,1996