
手術中止の方針のなか帝王切開は県内でも行っていた

(河村 貢、LiSA 19: 234-239, 2012) 災害に負けない医療

2014年6月6日、災害医学抄読会 <http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/circle/>

要約

手術室で働く麻酔科医には、個々の患者に麻酔(周術期全身管理)を提供する役割と、手術部の運営を担うコーディネーターとしての役割とがある。帝王切開は「最も延期しにくい手術」である。災害時、帝王切開にどう向き合うか。麻酔法という面では、帝王切開は脊髄くも膜下麻酔で行われることが多いが、全身麻酔、状況によっては、局所麻酔+鎮静でも可能である。ただし、癒着胎盤など、大量出血が予想される症例では、輸血準備や子宮動脈塞栓術などの止血バックアップが必要になることもある。そのようなハイリスク症例は、広域搬送を考慮することになる。今回のような広域災害においては、1件1件の帝王切開準備をどうするかということ以上に、その地域全体で(限られた医療資源のなかで)、必要な分娩(帝王切開も含めて)をどのように行うか、搬送体制も含めたコーディネートが決定的に重要であり、その意味では、「手術部の運営を担う」麻酔科医の役割が大切になる。

○被災3県の状況

震災直後には沿岸部の診療所が津波で破壊されたり、内陸もライフラインの寸断などにより診療が困難になったりした。結果、多くの分娩が、全壊を免れた総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターに集まる状況となった。

受け入れる側となったこれらの医療センターもライフライン(電気・水道)の制限、スタッフ自身も被災者であるなど厳しい状況下で、診療や手術が行われた。

交通・通信手段の途絶により、2日間程度は医療機関同士の連携が不可能に近い状況にあり、この期間を支えたのは全国のDMATである。

○帝王切開の特徴

帝王切開は手術であると同時に分娩である。日本では、年間約108万件の分娩があり、そのうち約20万件は帝王切開による。分娩件数は減少傾向にあるが、帝王切開の件数・割合は増加している。

東日本大震災のように、病院機能や住居環境が大きく悪化した場合、安全にかつ確実に妊婦を遠隔地へ移動できるとは限らない。分娩には不確定要素が多く、「お産は待ってくれない」のである。そのため、個々の状況において、どこで分娩するのがより安全なのか、考慮する必要がある。

○帝王切開に必要な準備

帝王切開は手術であると同時に分娩であり、開腹、閉腹を行う準備が最低限必要になる。

帝王切開に最低限必要なものは、メス1本、剪刀1本、鑷子2本、鉤2本、止血鉗子数本、針糸数種、持針器1本があれば手術は何とか完遂できる。

平時に必要な帝王切開の準備として、ライフライン（水、電気は手術および入院に不可欠）、手術室（産婦人科医、新生児科医、助産師を含めたチーム医療体制）、術前診断機器（分娩監視装置、経腹/経膈エコー装置を含む）、輸液の準備（晶質液、膠質液）、大量輸液可能な静脈ライン、輸血の準備、必要な手術器械（場合によってはディスプレイセット）、針糸、区域麻酔や全身麻酔に必要な物品・器具、新生児蘇生に必要な物品・器具・保育器、術中患者モニター機器、薬物（抗菌薬、子宮収縮薬、区域麻酔や全身麻酔のための薬物）などがあげられる。災害時にもこれらすべての準備ができたほうがいいが、不足するものを直に確かめ、帝王切開を遂行できるか、別の施設に搬送するか判断することは帝王切開のみならず、緊急手術対応体制を確保するうえで大切である。

さらに、前置胎盤、癒着胎盤などのハイリスク症例においては、十分な輸血準備が行えるか、緊急時の止血が可能かも分娩施設を決定していくうえで重要になる。常位胎盤早期剥離や前置胎盤出血などの超緊急症例では搬送時間は限られる。そのため、平時から地域全体で災害時（通信・交通手段の途絶時にも）の情報共有や患者搬送についても検討し施設間のネットワークを確立し、シミュレーションが必要である。

○被災地における今後の産婦人科医療

分娩数（帝王切開を含め）は、被災地以外への里帰りや被災地への里帰りキャンセルにより一時減少したが、現在は回復しつつある。福島第一原子力発電所事故に伴う避難の影響により、福島県のみ分娩数が大きく減少している。

被災地における周産期医療体制の回復・整備には震災前から医療供給体制が十分でなかった地域も多く、長期間の努力が必要になる。中でも、震災・津波の被害のみならず、放射線被曝の問題を抱える福島県の医療体制を確保するのは、困難が予想される。しかし、福島県内の産婦人科医たちは「復興ビジョン」をたて、前向きに歩んでいる。