

ハイリスク妊産褥婦の助産診断・技術学 帝王切開を受ける産婦の支援



2026年 6月 23日 (火)
担当 関根

【学習目標】

- 1) 帝王切開術を受ける産婦の基本的知識・援助の方法を理解する
- 2) 帝王切開を受ける産婦の助産診断の展開を理解する



【本日の学習内容】

1. 帝王切開のいま
2. 帝王切開の適応と緊急度による分類
3. 帝王切開の術式
4. 帝王切開の麻酔☆
5. 帝王切開におけるリスク
6. 術前の管理
7. 輸液管理のポイント☆
8. 術中の管理、ケア
9. 術後の管理、ケア
10. 新生児のケア☆
11. 母乳育児支援



【腹式帝王切開術（abdominal cesarean section）】

【定義】

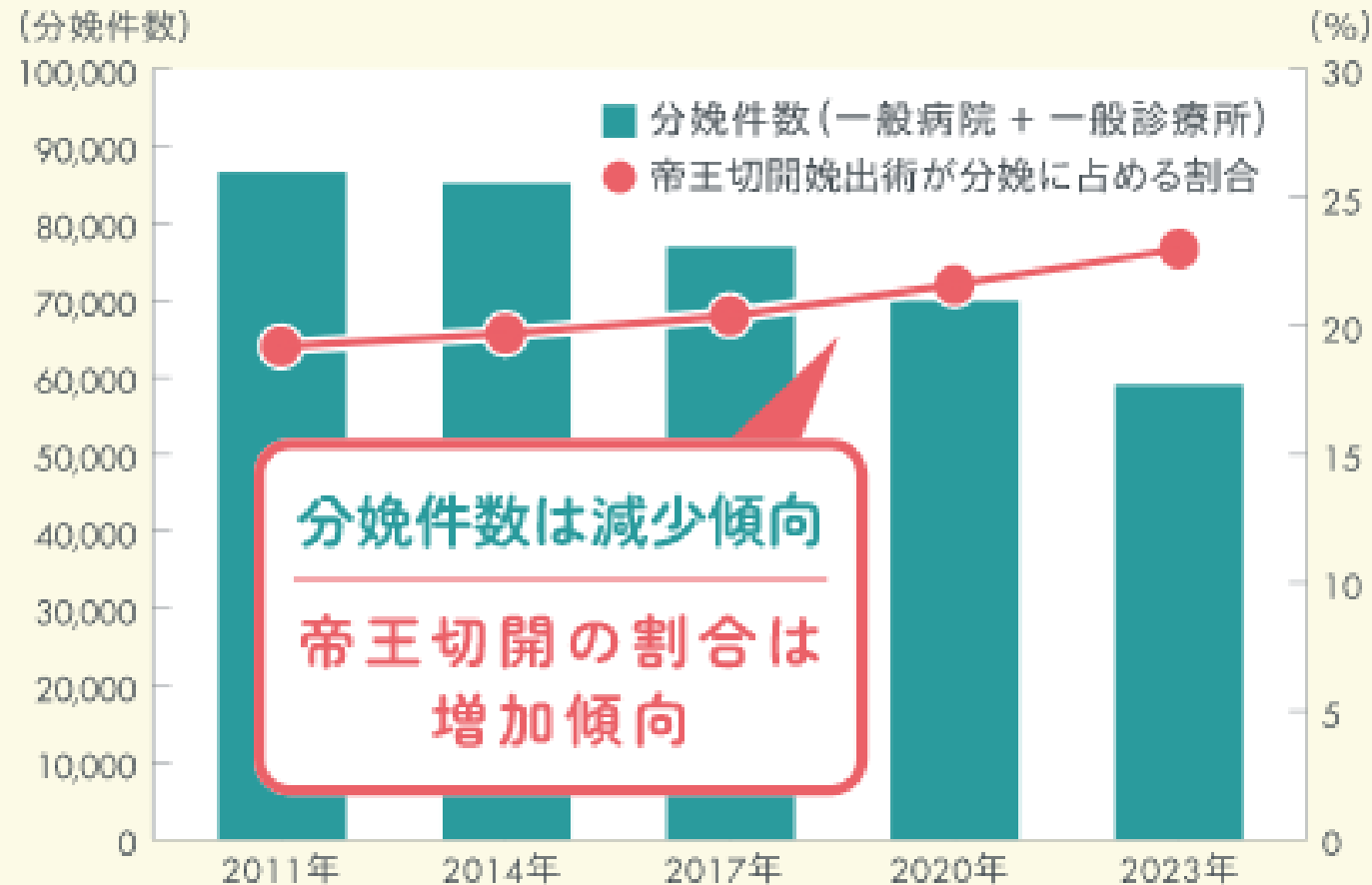
急速遂娩法の一つであり、子宮壁を外科的に切開して胎児を娩出させる方法

【必須条件】

- 経膣分娩の方が母児にリスクが高いと考えられること
- 母体が手術に耐えうる全身状態であること
- 胎児が生存しており、胎外生活が可能であること。ただし、胎児、胎盤の存在が母体の生命に危険を及ぼす場合は、児の生存を問わない。

分娩件数と帝王切開娩出術の割合

(各年9月中)



厚生労働省 / 令和5(2023)年 医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況【分娩件数の年次推移】を参照のうえ当社にて作成

帝王切開による出産増加に懸念

■ 2021年06月17日

世界的に帝王切開による出産が増え続けており、現在では全出産の5人に1人以上（21%）を占めています。この数字は今後10年間でさらに増加し、2030年には全出産の約3分の1（29%）が帝王切開で行われると見込まれています。

帝王切開手術を受けられるかどうかは、世界の地域によって大きな違いがあります。後発開発途上国では、帝王切開で出産した女性は約8%、サハラ以南のアフリカではわずか5%であり、救命手術としての帝王切開の普及が著しく遅れています。

他方、ラテンアメリカとカリブ海諸国では、全出産の10人に4人（43%）という高い割合になっています。5カ国（ドミニカ共和国、ブラジル、キプロス、エジプト、トルコ）では、帝王切開が経膈分娩を上回っています。

帝王切開のすべてが、医学的な理由で必要とされているわけではありません。不必要な外科手術は、女性にとっても赤ちゃんにとっても有害です。

[記事の詳細はWHOのウェブサイトをご覧ください。](#)

<https://japan-who.or.jp/news-releases/2106-30/>

【帝王切開が増加している背景】

1.ハイリスク妊婦の増加

- ①出産年齢の高齢化・高齢妊婦の増加
- ②不妊治療の普及
- ③女性のやせ志向 など

2.社会的理由

- ①骨盤位分娩の減少
- ②医療環境の変化
- ③患者希望
- ④麻酔などの安全性の向上
- ⑤新生児医療の進歩 など

2. 【帝王切開術の適応と緊急度による分類】

緊急度	適応			待機時間	麻酔方法
	母体適応	胎児適応	その他		
超緊急	<ul style="list-style-type: none"> ・ 常位胎盤早期剥離 ・ (切迫) 子宮破裂 ・ 前置胎盤大量出血 ・ 妊婦心肺停止 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 胎児機能不全 波形レベル5 ・ 臍帯脱出 		今すぐ (30分以内の 娩出)	一番早い麻酔方法 <ul style="list-style-type: none"> ・ 全身麻酔 ・ 留置硬膜外カテ テルからの麻酔
準緊急 (予定外)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 前置胎盤出血 ・ 肺水腫 ・ 重症妊娠高血圧症候群 ・ HELLP症候群 ・ 子癇 ・ 母体合併症の増悪 ・ 分娩停止・遷延 など 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 胎児機能不全 ・ 臍帯下垂 ・ 分娩停止・遷延など 	1時間以内	病状と緊急度に合わ せた適切な麻酔方法 <ul style="list-style-type: none"> ・ 脊髄くも膜下麻酔 ・ 硬膜外麻酔 ・ 全身麻酔 など 	
			2～3時間以内		
4～5時間以内					
選択的 (予定)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既往帝王切開術 ・ 既往子宮手術後 ・ 児頭骨盤不均衡 ・ 前置胎盤 (未出血) ・ 母体合併症 ・ 感染症 (HIV、性器ヘルペス) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 骨盤位などの胎位異常 ・ 多胎妊娠 ・ 胎児異常・児頭骨盤不 均衡 など 	母体のリクエスト	予定	適切な麻酔方法

【帝王切開の施行時期】

日本では妊娠38週が一般的
(米国では新生児呼吸障害の観点から39週を推奨)

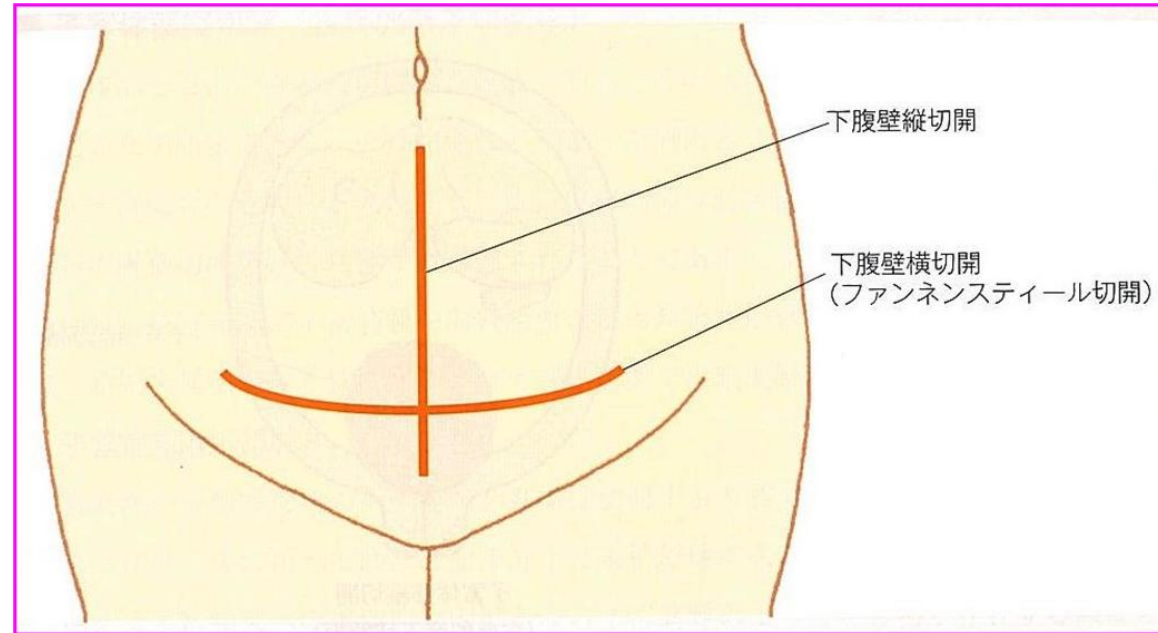
	37週以下	37週	38週	39週
新生児呼吸障害率	11.5	3.9	3.1	0
緊急帝王切開率	13.3	12.7	14.7	31.8

→分娩週数が早ければ早いほど呼吸障害、低血糖、敗血症に
のリスクが高いため十分に留意し施行する必要がある。

3. 【帝王切開の術式】

切開法の種類

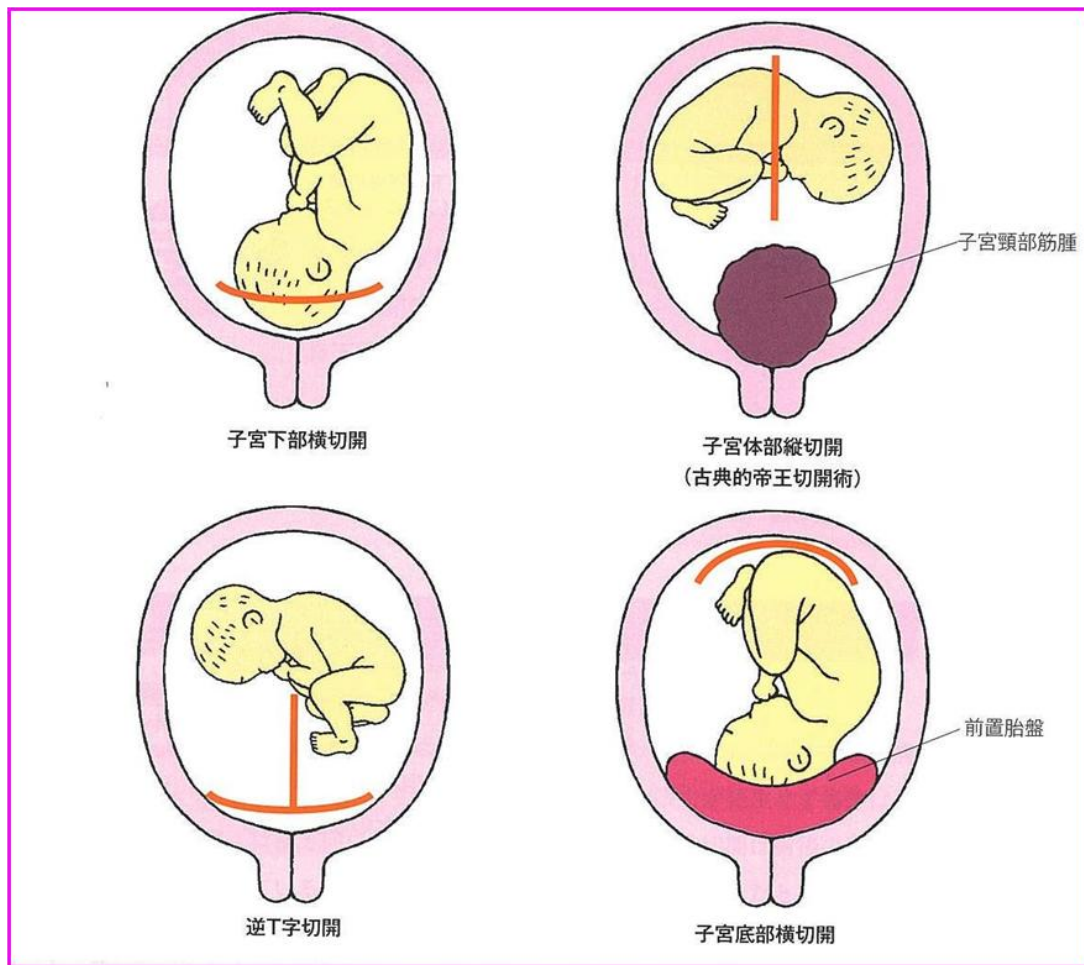
1.皮膚切開法



- 下腹壁横切開：ケロイドになりにくく美容的に優れている。手術創の開口面積は限定される
- 下腹壁縦切開：ケロイドが生じやすい。大きな術野面積を得られる利点がある

【帝王切開の術式】

2.子宮筋層切開の種類



• **子宮下部横切開**：
最も一般的な子宮筋層の切開法…子宮筋線維に沿って切開するため、出血量も少なく、最小の侵襲で最も効率よく胎児の娩出が図れる。

• **子宮体部縦切開**：
子宮体部を縦に一直線に切開する方法(歴史的に最も古い)…次回経膣分娩施行の場合、子宮破裂のリスク↑

4. 【帝王切開の麻酔】～セキマとゼンマ～ (バイブルP44)

- 脊髄幹麻酔：
 - 脊髄くも膜下麻酔 (脊麻：セキマ)
 - 硬膜外麻酔 (硬麻：コウマ)
 - 脊髄くも膜下硬膜外併用麻酔 (脊硬麻：セキコウマ)

- 全身麻酔 (全麻：ゼンマ)

基本的には脊髄幹麻酔を行い、超緊急時や全身麻酔のメリットがデメリットを上回るときには全身麻酔を選択する

【脊髄幹麻酔と全身麻酔のメリット・デメリット】

	脊髄幹麻酔	全身麻酔
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ①くも膜下麻酔では胎児への薬物移行が最小限である ②気管内挿管を避けられる ③児への薬剤曝露が最小である ④誕生の瞬間に母体の意識がある 	<ul style="list-style-type: none"> ①導入が早い ②長時間、確実な麻酔を維持できる ③確実な気道確保がなされている ④抗凝固療法中でも行える
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ①麻酔導入に時間がかかる ②穿刺、麻酔に伴う合併症(硬膜穿刺後頭痛、低血圧、悪心・嘔吐など)が起こり得る ③抗凝固療法中には行えないことがある ④高位脊椎くも膜下麻酔による息苦しきの出現 ⑤麻酔範囲の予測が難しい 	<ul style="list-style-type: none"> ①挿管時に誤嚥や気道確保困難など重篤な合併症が通常より高い確率で起こり得る ②児が薬剤に曝露される (スリーピングベビー) ③誕生の瞬間に母体の意識がない

【全身麻酔】 ☆

* 脊髄幹麻酔**禁忌**患者

- 循環血液量減少(出血など)
- 凝固異常
- 全身および穿刺部位の感染
- 患者の拒否

* 脊髄幹麻酔の望ましくない患者

- 極端な低身長や肥満(麻酔範囲が広がりすぎる可能性)
- 心臓疾患(大動脈弁狭窄症)
- 神経疾患(局所麻酔薬の影響が不明)
- 脊椎の解剖学的異常

* **適応** : 超緊急ケース : 臍帯脱出, 子宮破裂, 常位胎盤早期剥離など

【脊髄幹麻酔（区間麻酔）】☆

①脊髄くも膜下麻酔（主流）

…L3/4よりくも膜下穿刺を行う

- 投薬後速やかに効果出現、下肢のしびれ、殿部の熱感がでる
- くも膜下に少量麻薬を投与（麻酔薬と混注）
→麻酔薬：高比重ブピバカイン(マーカイン)

※フェンタニル：局所麻酔薬の効果を増強、鎮痛や制吐作用

モルヒネ：掻痒感、**遅発性呼吸抑制**

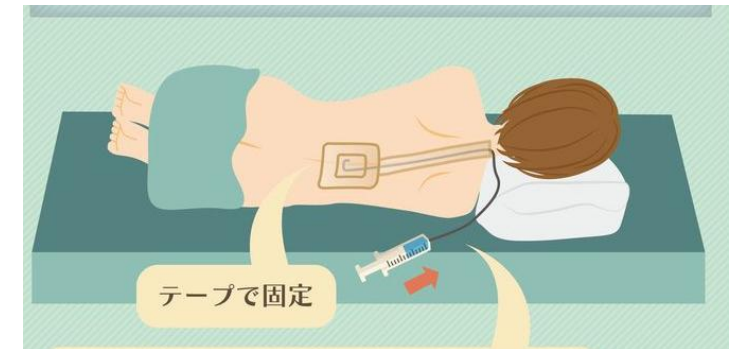
→**呼吸状態の観察（呼吸数やパルスオキシメータの確認が必要）**

【脊髄幹麻酔（区間麻酔）】☆

②硬膜外麻酔

…L2/3もしくはL3/4に穿刺

- 硬膜外腔にカテーテル留置、そこより投薬を行う
→ 脊柱に固定してしまうと**圧迫による褥瘡の原因**になるため左右どちらかにずらす
- 硬膜外麻酔と比べ効果発現に時間がかかる
- 麻酔薬：リドカイン（キシロカイン）



【脊髄幹麻酔（区間麻酔）】 ☆

③脊髄くも膜下硬膜外併用麻酔

…麻酔域：Th4以下

- 血圧低下が緩徐で，血行動態の安定性に優れている
- 術中の追加投与が可能

* 硬膜外カテーテルの留置

☞ 下部胸椎レベルに留置

(腰椎レベル：下肢のしびれを生じる)

【脊髄幹麻酔（区間麻酔）によって起こりやすい症状】☆

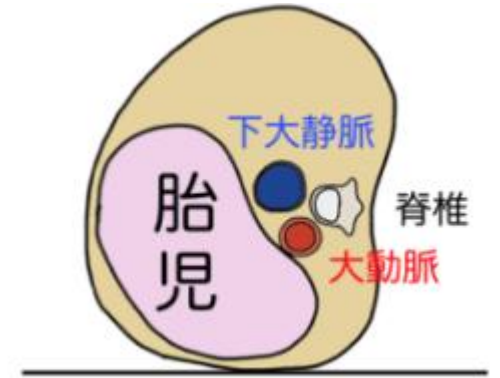
（帝王切開バイブルP51～）

○低血圧

麻酔後，血管拡張→低血圧・頻脈

手術台を左に傾ける(15度以上)…**子宮左方移動**

輸液負荷および昇圧剤で母体血圧の維持



○嘔気

麻酔後の低血圧時，胎盤用手剥離時，子宮縫合の際に子宮を腹腔外に出す時，手術後半の腹膜牽引時に起こることが多い。

- **速やかに医師に報告し，制吐薬投与を行う。**
- **頭蓋内出血の症状（高血圧，頭痛，神経症状）を伴っていないかを確認**

【脊髄幹麻酔（区間麻酔）によって起こりやすい症状】☆

（帝王切開バイブルP51～）

○呼吸困難感

- ・ABC（A：気道，B：呼吸，C：循環）の確認し，医師に速やかに報告。
アナフィラキシーショック，心肺虚脱型羊水塞栓症の発症も考慮し，速やかな報告を。

*麻酔に関連した呼吸困難感

全脊髄くも膜下麻酔

→脊髄の頸髄高位まで麻酔が及び横隔膜の麻痺が起こって呼吸停止するため，人工呼吸が必要。

呼吸補助筋ブロック

→胸髄高位まで麻酔が及び肋間筋麻痺が起こるため，胸が重苦しい感じがするが低酸素血症は来たさない

【脊髄幹麻酔（区間麻酔）によって起こりやすい症状】☆

（帝王切開バイブルP52）

○シバリング（震え）

手術後半～術後にかけて、開腹や破水、児娩出に伴った体温喪失によって起こる。

- 保温に努めることが第一
- 子癇発作による痙攣，ショックに伴う不穏状態，制吐薬による錐体外路症状との鑑別も重要。

○掻痒感

投与した麻薬により起こる。術中は顔面や体幹に痒みが出ることが多い

- ナロキソン塩酸塩で麻薬の拮抗を行うが疼痛は増強する。
- 抗ヒスタミン薬を投与する方法もある。

5. 【帝王切開におけるリスク】 合併症に注意！

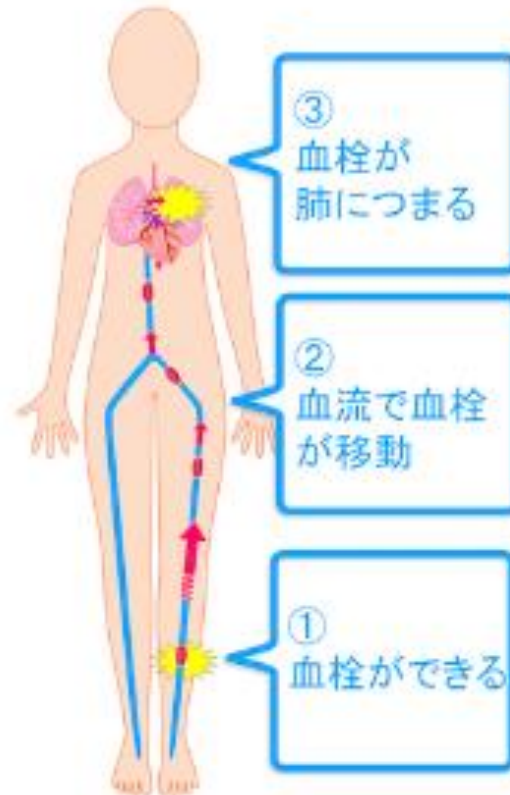
	母体への影響	新生児への影響
術前・術中	<ul style="list-style-type: none"> • 全脊髄くも膜下麻酔 • 誤嚥性肺炎 • 仰臥位低血圧症候群 • 出血多量 • 臓器損傷（膀胱、尿管、腸管） • 羊水塞栓症 	<ul style="list-style-type: none"> • 麻酔薬の移行（呼吸抑制、低血圧） • 胎児損傷
術後	<ul style="list-style-type: none"> • 硬膜穿刺後頭痛 • 感染症（産褥熱） • 深部静脈血栓症 • 肺血栓塞栓症 • 術後腸閉塞 • 縫合不全 • 帝王切開術後症候群 <ul style="list-style-type: none"> • 月経困難症 • 前置胎盤 • 癒着胎盤 • 子宮筋層菲薄化など 	<ul style="list-style-type: none"> • 新生児一過性多呼吸（TTN） • 呼吸窮迫症候群（RDS）

【深部静脈血栓症(DVT)・肺血栓塞栓症(PTE)】

帝王切開術後の**重大な合併症**の一つ

- 発症要因：**血液凝固能の亢進，血流の停滞，静脈壁損傷**

→リスク因子を有する症例に対しては，積極的な予防対策を考慮



分娩後のVTEリスク分類

第1群. 分娩後VTEの高リスク

●以下の条件に当てはまる女性は分娩後の抗凝固療法あるいは分娩後抗凝固療法と間欠的空気圧迫法との併用を行う

- 1) VTEの既往
- 2) 妊娠中にVTE予防のために抗凝固療法が行われている

第2群. 分娩後VTEの中間リスク

●以下の条件に当てはまる女性は分娩後の抗凝固療法あるいは間欠的空気圧迫法を行う。

- 1) VTE既往はないが血栓性素因*があり、第3群に示すリスク因子が存在
- 2) 帝王切開分娩で第3群に示すリスク因子が2つ以上存在
- 3) 帝王切開分娩でVTE既往はないが血栓性素因*がある
- 4) 母体に下記の疾患(状態)が存在
分娩前BMI35kg/m²以上、心疾患、肺疾患、SLE(免疫抑制剤の使用)、悪性腫瘍、炎症性腸疾患、炎症性多発性関節症、四肢麻痺・片麻痺等、ネフローゼ症候群、鎌状赤血球症(日本人には稀)

第3群. 分娩後VTEの低リスク

(リスク因子がない妊娠よりも危険性が高い)

●以下の条件に当てはまる女性は分娩後の抗凝固療法あるいは間欠的空気圧迫法を検討する。

- 1) 帝王切開分娩で下記のリスク因子が1つ存在
- 2) VTE既往はないが血栓性素因*がある
- 3) 下記のリスク因子が2つ以上存在
35歳以上、3回以上経産婦、分娩前BMI25kg/m²以上BMI35kg/m²未満、喫煙者、分娩前安静臥床、表在性静脈瘤が顕著、全身性感染症、第1度近親者にVTE既往歴、産褥期の外科手術、妊娠高血圧腎症、遷延分娩、分娩時出血多量(輸血を必要とする程度)

表に示すリスク因子を有する女性には下肢の拳上、足関節運動、弾性ストッキング着用などを勧める。ただし、帝王切開を受けるすべての女性では弾性ストッキング着用(あるいは間欠的空気圧迫法)を行い、術後の早期離床を勧める。

血栓性素因*: 先天性素因としてアンチトロンピン、プロテインC、プロテインSの欠損症(もしくは欠乏症)、後天性素因としては抗リン脂質抗体症候群(診断は札幌クライテリア・シドニー改変に準じる:CQ204表1参照)が含まれる。

6. 【術前の管理】

(1) 安全に手術を行うための検査項目と時期

- 血液検査：血液型、不規則抗体：輸血に備えて必要
感染症（梅毒、B・C型肝炎・HIV）：母児感染、医療者の安全のために必要
血算（Hb.Ht.RBC.WBC）：貧血の有無、感染兆候の有無・程度、
術中出血のリスク評価、麻酔方法の決定
凝固系：血小板と同様、術中リスク評価および麻酔方法の決定
生化学：栄養状態の把握、肝機能、腎機能の評価
- 心電図測定：循環器系の合併症の有無を確認
(検査時の仰臥位低血圧症候群に注意する)
- 胸部X線撮影：心不全や肺水腫などの評価

妊娠34～35週に実施

(2) 主治医からの手術の説明、手術同意書：

インフォームド・コンセント(IC)…**文書による説明と同意取得**

⇒ ・帝王切開術となる理由,目的

・手術の方法（腹部の切開、麻酔について）

・手術後の経過

・手術後の合併症のリスク

・輸血について

・次回の妊娠に関すること

看護 手術に対する**受け止め方**、理解度、**不安の有無と**
内容を確認して支援する

(3) 帝王切開に向けた妊娠中の助産ケア

バースプランの活用

「帝王切開」…ひとつの出産のスタイル

→自然分娩できないことへの失望感・自責感, 否定的感情
～**今後の出産・育児に影響する**

→受け身になりがちな出産に対する姿勢を前向きに。妊婦と家族の気持ちを受け止め, 共有することが大切

→出産を肯定的に受容できるよう働きかける

→**実現可能なことを一緒に確認**し、最大限実現できるように支援する

(4) 帝王切開術前日

I. 情報整理とアセスメント

【全体像の把握】

目的：予定通り帝王切開を行うことができそうか、緊急性の有無を確認する。

得られた情報をアセスメントし、術中・術後のリスクを予測する。

- 帝王切開の**適応**は？
- 既往歴、アレルギーの確認
- 帝王切開術や筋腫核出術などの既往（子宮壁の薄さ/子宮破裂の前駆症状）
- 対象の健康状態(バイタルサイン，血液データ)
- 陣痛の有無，内診所見，破水の有無，産徴/異常出血の有無，膣分泌物
- 胎児の状態(モニタリング所見，胎動，胎児の発育状態)
- 胸部X線撮影：心不全や肺水腫などの評価
- 血液検査：貧血の有無，凝固系，肝機能・腎機能，感染症の有無
- 児の在胎週数・推定体重
- 胎児の健康状態

II. 術前オリエンテーションの実施

クリニカルパスに沿って説明

- 手術前夜の説明（清潔，飲食時間，コールが必要な状態，入室時間）
- 術当日の説明（術前処置：浣腸など，弾性ストッキングの着用，
静脈ルート確保，輸液管理、入室方法など）
- 術後の説明（モニター管理，膀胱留置カテーテル留置，酸素マスク，
硬膜外カテーテル，フットポンプの装着，飲水開始時間，
児との面会，安静度，早期離床について）
- 術後の説明（翌日以降～）

III. 帝王切開に必要な物品の準備

- 産婦側の準備物
- 手術室に持参する物品の確認
- 新生児蘇生物品準備

7. 【輸液管理】 ☆

(1) 電解質輸液製剤

1) 等張電解質輸液（細胞外液製剤・晶質液）

血漿とほぼ同等の電解質濃度、投与した薬液の25%が血管内にとどまる

2) 低張電解質輸液

投与した薬液のおよそ14%が血管内にとどまる

→経口摂取不能または不十分な状態の水分欠乏型脱水、体液の恒常性を保つ時に使用

(2) 血漿増量製剤（膠質液）

投与された輸液はほぼ100%血管内にとどまる

→**大量出血時など早期に血管内ボリュームを確保したいとき**に使用

7. 【輸液管理】 ☆

★帝王切開術中：

細胞外液補充液は1000ml

血漿増量製剤は500ml

投与が望ましい（低血圧予防）

★帝王切開後：

細胞外液補充液を中心に2-3L投与

→末梢循環の改善と血栓症予防

【手術当日の流れ】（予定帝王切開の場合）

- 産婦の準備
- 手術室へ移送
- 新生児の準備
- 術後ベッドの作成



ATOM MEDICAL

8. 【術中の管理】

♡ 手術室入室後の産婦のケア：

声掛けや手を握る、これから起こることをイメージできるように説明するなど少しでも不安が軽減する関わり

- ドップラーで胎児心音の聴取を行い、児の健康状態を確認
- 出生後はアルゴリズムに沿った新生児蘇生、出生直後の処置
- 児および母体の状態が安定していることを確認し、児の保温に留意しながらの母子対面
- 児の健康状態が安定していることを確認し、待機している家族に児の出生を伝え、児との対面の機会を設ける

【ベビーキャッチと新生児蘇生】☆

術野は清潔区域になるため、ベビーキャッチする際は、手術時手洗いをを行い、滅菌ガウン、滅菌手袋を装着する。

- 児受けシートも無菌操作で取り扱う。
- 術者から児を受けるまでは、無菌状態を維持する。
- 児を受けたら、速やかにインファントに移動し、新生児蘇生法に準じて、処置を行う。小児科医師の立ち合いも多い。

新生児一過性多呼吸が発生しやすいことを念頭に置いてケアを行う。

9. 【術後の管理】

外科手術の急性期から回復期の変化、産後の変化の2つの面から評価する必要がある。

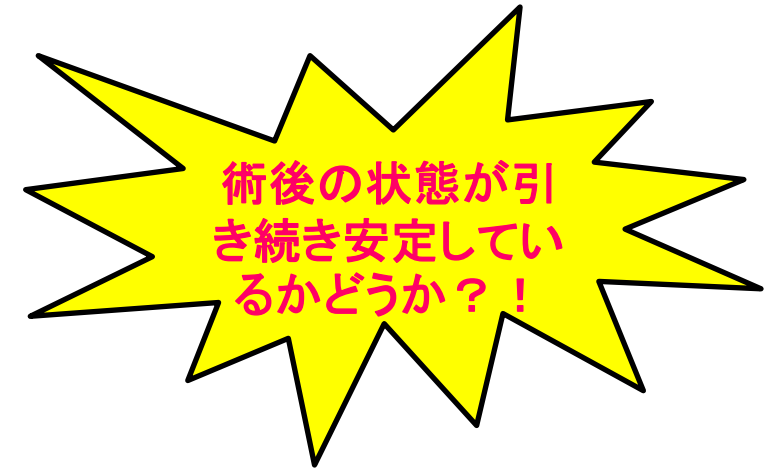
(1) 帝王切開術後の管理で把握すべき情報

母体背景	手術情報	産科リスク
<ul style="list-style-type: none">・母体年齢・経産回数・妊娠週数・分娩経過・既往疾患・既往歴・アレルギー	<ul style="list-style-type: none">・予定/緊急手術・麻酔方法・バイタルサイン・出血量・輸血の有無・IN-OUTバランス	<ul style="list-style-type: none">・胎盤位置異常・子宮筋腫・子宮腺筋症・多胎妊娠・常位胎盤早期剥離・妊娠高血圧症候群/HELLP症候群・絨毛膜羊膜炎 など

(2) 術後の母体のアセスメント (バイブル89～)

～**帰室直後**のアセスメントとケア～

【全身状態について観察すべき項目】



項目	内容
バイタルサイン	血圧、心拍数、呼吸数・呼吸様式、体温、SpO ₂
意識レベル	GCSで評価
IN-OUTバランス	輸液、薬剤、輸血、尿量、術中出血量、性器出血(悪露)
子宮収縮の状態	子宮底、硬度、後陣痛の有無
腹部	創部の出血/発赤/腫脹/疼痛の有無、腹部全体の観察
そのほかの身体所見	末梢冷感・湿潤の有無、CRT

【術後の管理のポイント】

①循環動態の把握：血圧，脈拍のチェック（バイブルP87）

- 脈拍の変化、特に頻脈に注意
- 脈拍数の変化とともに、他の出血性ショックの兆候（皮膚蒼白・冷汗、発汗・皮膚湿潤、頻呼吸、意識障害）の有無にも注意
 - 👉 毛細血管再充満時間（CRT）は有用！
- SI（ショックインデックス） ≤ 1
 - 👉 SI：1以上＝約1,500mL、
SI：1.5以上＝約2,500mLの出血量と想定

【術後の管理のポイント】

②呼吸状態の把握

(バイブルP100)

評価項目	観察ポイント	臨床的意義
呼吸数	頻呼吸(>20/分) 徐呼吸(<10/分)	代謝性・呼吸性の異常 意識障害の指標
呼吸様式	努力呼吸、呼吸補助筋の使用	呼吸困難重症化の徴候 持続すると呼吸筋疲労
呼吸音	喘鳴、ラ音、上気道狭窄音	上気道閉塞 肺胞・気管支病変
酸素飽和度(SpO ₂)	<95%で低酸素血症を疑う	重症度判定に必須
そのほかの所見	チアノーゼ、不安・傾眠	低酸素血症進行を示唆

【術後の管理のポイント】

③体温の把握

- 冷感、皮膚色、体熱感、発汗の有無を確認する
- 術後は環境や麻酔の影響により低体温になりやすい
→室温調整、電気毛布でベッドを温めておく
- 震え(シバリング)の有無
- 38.5度以上が継続するときは感染の可能性も考慮

【術後の管理のポイント】

④意識レベルの把握 (バイブルP104~105)

- 覚醒状態の確認
- 意識状態：GCS
(開眼「E」,言語反応「V」,運動反応「M」) 🖱️ P105 表4参照
- 下肢, 上肢の感覚の確認

⑤IN-OUTバランスの把握 (バイブルP91)

0.5ml/kg/時以上を維持することを目安

- 循環不全あるいは腎機能低下を考慮
- 創部・腹腔内・子宮からの出血、不感蒸泄の評価
- 尿の性状、色調確認（血尿、混濁など）の確認
- 膀胱留置カテーテルの屈曲の有無に注意して観察する

【術後の管理のポイント】

⑥子宮底・悪露の観察 (バイブルP92)

- 帰室直後から2時間までは特に弛緩出血に注意
- 縦切開の触診時は切開創の左右斜め頭側から子宮角を触診する
 - 子宮収縮不良、性器出血量50g/hを超える場合、弛緩出血を疑い出血性ショックにも注意する
 - 間接所見（子宮底、バイタル変化）の観察が重要

⑦創部の状態

- 創部痛
- 術後早期：創部の出血、血腫の形成に注意

(3) 疼痛管理

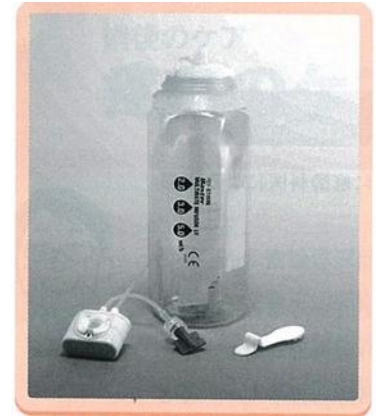
授乳を含めた育児行動の意欲に直結する。
また、早期離床を円滑に行うためにも重要

1) 痛みのアセスメント

-
- 痛みの部位、程度 (NRS)、性状、
 - 行動への影響
 - 鎮痛剤の効果

2) 鎮痛剤の種類

-
- 硬膜外PCA
 - NSAIDs
 - iv-PCA
 - アセトアミノフェン



PCA (Patient-Controlled Analgesia)「患者自己調節鎮痛法」という疼痛管理法の1種。患者自身が専用の注入装置 (PCAポンプ) を操作して、自己調節的に鎮痛薬を投与する方法。

(4) 早期離床：翌日の1番重要、目標

目的 術後合併症の予防、子宮復古促進

①深部静脈血栓症、肺血栓塞栓症

→術後の弾性ストッキング、間欠的空気圧迫法を使用したうえで早期離床が重要

→抗凝固療法を併用する場合は、未分画ヘパリンか低分子量ヘパリンのいずれかを用いる



②尿路感染・尿閉

→膀胱留置カテーテルを早期抜去することで発症低下

③イレウス（腸閉塞）

羊水の腹腔内への流出、血餅の腹腔内付着、科学的腹膜炎の発症などにより術後、麻痺性イレウスを発症することがある

- 3大症状…腹痛・嘔吐・排便排ガスの停止
 - ⇒ 上腹部膨満…腸閉塞のサイン

★初回歩行時の注意点と観察ポイント

- 術後の経過から、歩行可能であるかをアセスメント
 - 一般状態、下肢の知覚鈍麻（しびれ）、疼痛の有無、悪露の性状、子宮収縮状態
- 異常発生時の可能性の予測と対応
 - **貧血症状の予測**
 - 初回歩行の前からベッドのギャッチアップ
 - 行動前後でVS・自覚症状の変化の有無を確認
 - 症状出現の可能性のために車いすの準備
 - 転倒による外傷回避のため、患者の斜め後ろに立つ

★初回歩行時の注意点と観察ポイント

- 肺血栓塞栓症の予測

→初回歩行時に肺血栓塞栓症を引き起こす可能性が高い
必ず付き添い、呼吸状態を注意深く観察する

【VTEに起因する症状】

下肢の浮腫や発赤、
腫脹、疼痛が生じる



足関節を背屈させると
腓腹部に痛みが生じる

(5) 子宮収縮促進のケア

帝王切開後の子宮復古は経膈分娩より遅れる傾向
要因→術後の安静，頸管の開大不十分により悪露が貯留
授乳開始の時期の遅れ

ケア

- 床上運動，早期離床，排泄の勧め
- 早期の授乳(全身状態に問題がなければ)
→疼痛コントロール，創部に配慮した授乳の姿勢

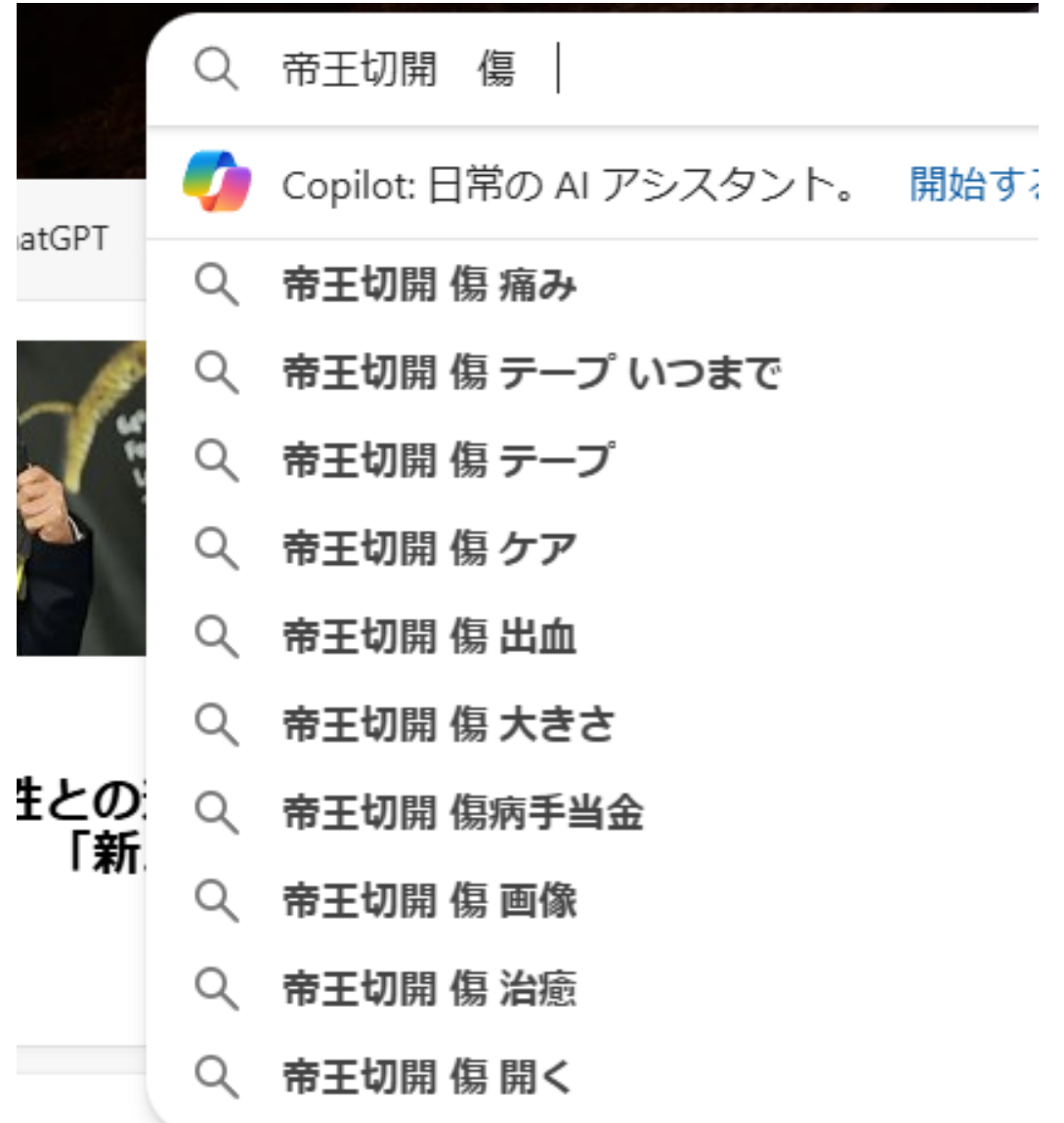
(6) 帝王切開創のケア

肥厚性瘢痕，ケロイド予防：

- 肥厚性瘢痕：治癒過程において瘢痕組織が過剰に増殖
- ケロイド：持続性・進行性で皮膚損傷部を越えて周囲に拡大

【セルフケアの方法を伝える】

- 傷あとケア用テープを使ってケアする
- 保湿ケアをする
- かぶれない下着選びに気をつける
- 傷跡専用のクリームや手術ケア用テープについて情報提供する



(7) こころのケア

① 女性のこころと家族へのケア

- **帝王切開**…手術であると同時に「分娩」であることの認識
 - 喪失感：出産体験，母親役割
 - 自責感：自身だけでなく，夫や児に対しても
自己の選択を悔やむ(I.Cが十分でなかった場合)
- **緊急帝王切開**…緊急度が高い(納得度は高い)
 - 否定的感情⇔肯定的感情…複雑な思い(混沌としている)
- **肯定的感情につなげるケア**…「おめでとう」を伝える
- **家族への配慮**

②バースレビュー

出産体験に対する肯定的感情・満足度がたかまる

- 看護師とともに出産体験を想起・統合する機会を持つ
⇒時期の配慮：心身の状態が一段落して、児にかかわりを持ち始めた頃
⇒方法：環境を整える（対象者の負担にならないよう）
自由に語ってもらう
記憶が曖昧，感情表現が乏しい…掘り下げる

女性自身が気づき，受け止め，体験を統合し意味を見出す

10. 【新生児のケア】 ☆

帝王切開になった理由(適応), 妊娠週数, 胎児の状態をふまえ,
分娩に立ち会うための準備をおこなう

[帝王切開児におこりやすい合併症]

① 新生児一過性多呼吸(TTN)

☞ 陣痛発来前の施行：肺水の吸収遅延がおこりやすい
⇒ 多くは2～3日以内に軽快

⇒ 臨床症状：出生直後から鼻翼呼吸・陥没呼吸といった**努力呼吸と多呼吸**を呈する

⇒ 治療法：低濃度の酸素投与を行いながら排水の吸収を待つ

②分娩損傷

☞分娩時に胎児または新生児が受傷した外傷性の損傷
(帝王切開でも起こりうる)

⇒頭頸部損傷：産瘤，頭血腫，帽状腱膜下血腫

⇒分娩麻痺：顔面神経麻痺，腕神経麻叢麻痺

③麻酔薬の移行（スリーピングベビー）

☞全身麻酔下での帝王切開

→麻酔薬が胎児に移行→出生後の呼吸の確立が不十分

⇒全身麻酔導入から児娩出までの時間をできるだけ短く
(発生頻度↓…母体への侵襲や安全性を考慮して)

バッグ・マスク換気を含めた新生児蘇生の準備

他科との連携(新生児科，麻酔科)

…十分なコミュニケーションをとり，分娩にのぞむ

予測される事態を想定して帝王切開術に立ち会う

11. 【母乳育児支援】

☞ 母子の愛着形成促進のために…

- ① 帝王切開が母乳育児を妨げる理由にはならない
⇒ 手術で使用する薬剤や鎮痛剤は母乳育児の禁忌にならない
- ② 母乳育児に関わる時間が母親の心理的变化を受け止める時間になる
⇒ 分娩に否定的な気持ちを癒し，前向きな育児へと歩める最適な機会になる(特に緊急帝王切開において)
- ③ 術後の疼痛コントロール…早期の初回授乳のために
⇒ 痛みのコントロールが母乳育児の成功に大切である
- ④ 適切な関わり
⇒ 環境整備
ポジショニング(創部，創痛に配慮した)



育児に向けて心が前向きとなり，児への愛着形成が促進

添い乳授乳



リクライニング授乳



【引用・参考文献】

- 岡庭豊. 病気がみえるVol9.婦人科・乳腺外科. 第4版. メディックメディア. 2018.
- 村越毅. 帝王切開バイブル. ペリネイタルケア. メディカ出版. 2026.
- 産婦人科診療ガイドライン 産科編 2026年
- 小林康江. 助産師基礎教育テキスト 第7巻 ハイリスク妊産褥婦・新生児へのケア. 日本看護協会出版会. 2023.
- 谷口和代、石田慈、細田恭子. 帝王切開をした母親たちの声を学会発表しました. 助産雑誌 Vol.78 (3) pp288-292. 2024
- 水野克己. 母乳育児支援講座. 南山堂. 2016
- [看護roo!\[カンゴルー\] - 看護師のための総合サイト【公式】\(kango-roo.com\)](http://kango-roo.com)(最終閲覧2026.6.21)

【次回の授業までの課題】

- 事例を読み、様式10と課題ワークシートにそれぞれ記載する
 - ① 実習記録用紙 様式10 「帝王切開の適応」「妊婦及び胎児の予測」「術前の予定と自分の行動計画」まで。
 - ② 課題ワークシート
- 提出日：6/29（月）8：40
- 【動画の視聴】（次回の授業までに）
ビジュアル「看護過程から学ぶ！母性看護学実習Vol.4
帝王切開で出産した褥婦への看護1～5」