HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	分娩後の出血と看護 : 一症例の検討と分析を中心に
Author(s)	横山, 留美; 松田, ひとみ; 鈴木, 重統
Citation	北海道大学医療技術短期大学部紀要, 3, 87-91
Issue Date	1990-10
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/37521
Type	departmental bulletin paper
File Information	3_87-92.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

分娩後の出血と看護
——一症例の検討と分析を中心に——

横山　留美・松田ひとみ・鈴木　重統

Nursing, Management of Postpartumhemorrhage

Rumi Yokoyama, Hitomi Matsuda and Shigenori Suzuki

Abstract

The problem of maternal bleeding is of continuing concern to obstetricians and midwives not only for maternal mortality but also perinatal death.

We considered that a bleeding amount of more thal 500ml at childbirth was abnormal and it is called as atonic bleeding. As is generally known, spontaneous contractions of uterine muscle lead to biological ligation that causes the fine blood vessels of uterus to contract. This natural process helps limit the amount of bleeding at childbirth to a level of 150－250ml. If the uterus contracts but the hemorrhage continues a vaginal examination should be made to see if there is a cervical tear. We have had a difficult case from this voint of view. We would like to introduce this case, and consider about its nursing and managements.

はじめに

産褥期とは，胎盤娩出直後より母体の非妊娠時状態への復古期間までの数週間を指すが臨床上では分娩時の状態と結びつけて考える必要上から早期産褥期，晩期産褥期とわけることもある。さらには，出血という観点から胎盤娩出後2時間までをimmediate postpartum，24時間までをearly postpartum，それ以降をlate postpartumと分類することもある。

このような産後の出血は妊娠，分娩による影響や産褥期に特有のもの迄様々な形態で出現してくるため，褥婦にとっては児娩出後の穏やかな生活が脅かされることになる。

また，1989年度の厚生省による妊産婦死亡の実態調査において，第1位は依然として産科出血であり，産科医や助産婦が重点的にその対策に力を入れている所以である。

とりわけ，産後の大出血の際には血管内血液凝固（Disseminated Intravascular Co agulation DIC）を合併することも少なくなく妊娠中毒症やその後遺症などとの関係にも留意しなければならない。

1．分娩時の出血

臨床的には，児娩出後の分娩第3期出血や胎

北海道大学医療技術短期大学部看護学科
Department of Nursing, College of Medical Technology, Hokkaido University

盤娩出後の第4期出血が分娩後出血としてとりあつかわれている。この時期に大切なことは，腟部や頸管裂傷などの産道に損傷はないか。また子宮破裂がないかどうかを丁寧に確認する必要性があるということである。

(1)　頸管裂傷

分娩時に子宮頸管部に生じた裂傷をいい，頸部の全長だけではなく，子宮峡にまで達することがある。

［原因］

①子宮口が充分に開大していない時におこなつた吸引分娩や鉗子分娩など。

②回旋異常や巨大児などによって頸管の伸展があらわれたとき，また頸管の伸展性が不良のとき。

③陣痛促進剤（オキシトシン）の乱用による過強陣痛のとき。

④前回の頸管裂傷の瘢痕化などによる頸管の脆弱化。

［症状］

分娩直後から持続的な鮮紅色の出血を認めたときには，頸管裂傷を疑う。

頸管裂傷の有無をみるためには，腟鏡診や内診を行ない，示指と中指で頸管をはさむようにして両指で連続性を検査する。(Gruber 法)

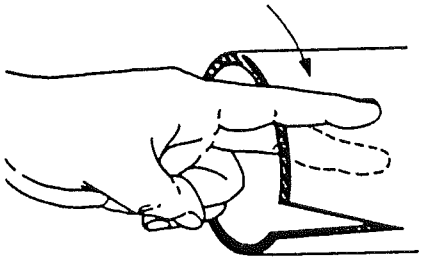

図1

(2)　子宮破裂

分娩中におこる子宮筋層の裂傷をいうが，その時期や部位などにより，表1のごとく分類される。

表1　子宮破裂の分類

1．出現の時期	2．破裂の部位
a）妊娠中	a）子宮体
b）分娩中	b）子宮下部
	c）後　壁
3．病　　因	5．腹膜との関係から
a）自然破裂	a）完全破裂
b）瘢痕（前回帝切）	腹腔内におよぶもの
c）外　傷	b）不全破裂
d）陣痛促進剤	筋層は裂けるが腹膜は損傷されずにすむ

［原因］

①前回帝王切開術や筋腫核出術をうけるなど，子宮壁に対して手術的な侵襲を加えた既往のあるもの。

②そして，術後の感染をうけたもの。

［症状］

①過強陣痛

②収縮輪の上昇（バンドル溝という）

③局所の激痛（多くは前回手術時の瘢痕部）

④頻尿

⑤ショック症状

⑥無症状（これを Silent rupture という）

［診断］

①外診所見…完全に胎児が子宮から脱出したときには，子宮体は固く収縮して片方により，他方に脱出した胎児を触れる。

②内診所見…子宮腟部の挟圧状態が消失する。第2に，胎児が脱出したときには，子宮下部に胎児部分を触れなくなる。また脱出していない場合は，胎児部分を触れても移動性であることが多い。

(3)　弛緩出血

弛緩出血とは，胎児または胎盤娩出後，子宮が正常に収縮しないために生ずる子宮弛緩症に起因する強出血をいう（500 ml 以上）

子宮の弛緩が全体に及ぶ場合 atonia uteritotalis と主として胎盤の付着部に限局する場合 atonia uteri patirlis とがある。

［成因］
①全身的な原因
ⓐ貧血，栄養失調，肥満，妊娠中毒症などによる全身的な疾患
ⓑ遷延分娩，微弱陣痛などによる衰弱
ⓒ長時間にわたる全身麻酔(とくにフローセン)
ⓓ子宮内圧の急激な変化
ⓔ子宮筋の過度の伸展
②局所的な原因
ⓐ子宮筋の発育不全，加齢による子宮筋の結合織の増加
ⓑ子宮筋腫，子宮筋層炎，子宮筋層に及ぶ手術の瘢痕など
ⓒ陣痛促進剤（oxytosin）の乱用
ⓓ急速分娩たとえば墜落産
［病因］
胎盤の娩出後は，子宮内圧が急速に減少し，子宮の縮小が著明となるが止血の機序には
①子宮の筋層の収縮，または
②それによって広範囲な胎盤床と子宮の筋層内の血液の凝固機転(フィブリンによる血栓)，または
③血管内に生じる凝固系の作用
が関与しているのであって，これらの3つの因子に阻害があれば，止血はおこりにくくなる。
すなわち，子宮の収縮が不良のため血管断端の絞扼が行なわれないため，いわゆる生物学的な結紮がおこりにくくなる。
［臨床症状］
弛緩出血による出血は胎盤剝離面からの出血なので，そのほとんどが静脈血であり，黒みを帯びた静脈血の色を呈している。出血の性状は，子宮腔内の収縮の悪くなった場所にたまり，一部が凝固しかかったような状態で出血することが多い。これは，頸管裂傷の動脈性で鮮紅色の出血とは対象的である。全身の状態として，大量の出血による急性の貧血，ショックなどの出現をみることがある。悪心，嘔吐，脱力，あくび，頻脈，血圧の下降，顔面蒼白，チアノーゼなどの諸症状がともなうこともある。
［治療］
分娩後の内診においては，子宮底を前屈にし，十分手前にひきよせて内診する。
子宮の収縮の良くないときには，凝血塊の有無をみる。凝血塊があると子宮収縮の妨げとなるので，手指にて排出する。
①ブラント・アンドリウス法で胎盤娩出
②導尿
③子宮収縮剤の投与
④母体の腹壁へ氷嚢をあてる
⑤用手子宮内容除去
⑥pGF 500 ～100 rの子宮筋に対する直接投与

2．産褥期の出血

(1) 子宮復古不全

子宮の復古経過は，産褥4～6週で妊娠前の大きさに回復するが，この回復が遅れる場合の単なる器質的な変化の遅れをいう。
［症状］
①子宮底の低下が悪い
②悪露の色調変化が遅い
③悪露量が多い
［治療方針］
①子宮収縮剤，抗生剤投与
②子宮内容除去術

(2) 血管内血液凝固症候群

妊娠中，分娩時を問わず大量出血を認めた場合は，次いでDICが惹起されることを念頭に置かなければならない。
［成因］
急性…常位胎盤早期剝離，羊水栓塞
亜急性…敗血性流産（いわゆる人工妊娠中絶合併症）
慢性…妊娠中毒症（子癇前症などを含む）血液疾患と妊娠が合併したもの
［臨床症状］
ショック，出血，出血性素因，口唇チアノー

ゼなどがあり，注射部位から出血が止まりにくかったり，紫斑を形成してくるようであれば，一応DICを疑ってかかるべきであろう。

さらに出血してきた血液が，凝固しにくくさらさらと流れるようであれば，即刻検査を開始すべきであるが，実際のところ，このような時期にはDICはかなり進行している可能性もある。

［診断］

凝固—線溶系のスクリーニングテストを表2に示した。

表2

ベッドサイドにおける検査
1．赤　　沈
2．出 血 時 間
3．エタノールテスト(SFMC)
4．硫酸プロタミン試験(SFMC)−FMテスト
5．TEG
6．FDPLテスト
必ずしたほうがよい検査
1．フィブリノーゲン
2．血 小 板 数
3．プロトロンビン時間
4．部分トロンボプラスチン時間
その他，望ましい検査
1．プラスミノーゲン
2．アンチトロンビンⅢ
3．ユーグロブリン溶解時間
4．プレカリクレイン
5．各種の凝固因子
6．血小板の機能（粘着能，凝集能）

このなかで，診断のスクリーニングとして用いるものは，血小板数，フィブリノーゲン，FDP SMFC，および血沈である。

3．事例紹介と看護

特に看護においては，分娩時の緊急を要する対応が重要と考えられるので，次の一事例を通して看護援助の内容を整理したい。

(1)　**事例**

・26才初産

・既往妊娠—23才のとき人工妊娠中絶

「妊娠経過」妊娠34週より下肢に軽度の浮腫が認られたこと以外は特記事項なし。

「分娩経過」1期—12 h 30’，2期—1 h 10’，3期—10’ 39週5日，男児3670 g AP 8点自然分娩にて出生。アトニンO5E及びプロスタルモンF 1000の陣痛促進剤を使用。

出血量3期860 ml，4期680 ml，BP＝80/58，P＝100

頸管裂傷あり縫合6針，ヨードホルムガーゼ2 m圧迫留置，バルーンカテーテル留置，子宮底臍高～臍上2横指，アイスノン貼用し腹帯をきつく巻く。ガーゼより浸透出血あり，悪露交換時1回60 g出血。口唇チアノーゼあり，O2 3 L吸入。血沈（4 mm，7 mm，14 mm）フィブリノーゲン8 mg/dl，FDP 80以上，総出血量4035 ml。輸液2000 ml（収縮剤，止血剤，）輸血16本施行。分娩後4時間経過し，出血は落ち着き持続性はなくなる。子宮底も高ではあるが硬質となった。BP＝104/60,P＝64。病名は，頸管裂傷，弛緩出血となる。

「産褥経過」

1日目：輸液1,000 ml(収縮剤，抗生物質)ヨードホルムガーゼ除去（24時間後）浸透出血100 ml。子宮底臍高～臍下1横指，血圧100/50，顔色良好，尿流出良好にて褥室へ帰す。

2日目：歩行開始。子宮底臍下1横指，硬質，血性悪露少量，起立時眩暈，頭痛あり，Hb 10.2 g/dl。

3日目：起立時眩暈なし，頭重感軽度あり。貧血食摂取，子宮底臍下2横指

5日目：Hb 11.1 g/dl，普通食に変更，子宮底臍下2横指，抜糸施行，創部異常なし，退院診察時子宮復古状態やや遅延

6日目：内服薬（収縮剤，鉄剤，下剤）処方子宮底臍恥中央，褐色悪露少量。

9日目：Hb 10.4 g/dl。
10日目：子宮底恥骨上4横指，退院。

⑵ **事例の検討**

この事例は，妊娠経過中に特にハイリスク因子はなかったが，分娩時子宮口8 cmより努責感が強く，子宮口全開大以前よりすでに声を発し努責していたことが頸管裂傷の誘因となり，弛緩出血とあいまって出血を増量させてしまったと思われる。この事例をとうし，出血時の看護のポイントを考えてみる。

1）入院時，前述したようなハイリスク因子を考慮し適切な助産計画をたてる。

2）バイタルサインチェック

特に血圧の変動や脈拍，顔色に注意することもわすれない。

3）意識状態の観察

呼名反応があるか，気分不快の訴えはどうかを確認するとともに気道の確保を行ない呼吸状態に注意する。

4）酸素投与

出血によりヘモグロビン運搬能力が低下するため，酸素を施行する。

5）出血量の把握

今後の治療方針に必要となるため，正確に出血量を測定する。

6）尿量チェック

バルーンカテーテル挿入し，膀胱の充満を防止する。またしばらくは，歩行禁止と安静を要し，出血量の正確な測定のためにもバルーンカテーテルは必要である。

7）補液・止血剤・子宮収縮剤の投与

1）～6）と同時進行で上記を行なうが，分娩時は産婦全例にあらかじめベニューラ針にて血管確保をしておくことが必要である。

8）必要時，子宮底にアイスノン貼用し，子宮の収縮を促す。

9）保温

出血量が増加することにより酸素の循環低下が起るため，低体温をきたしやすい。そのため保温には十分留意する哇。

分娩時大量に出血を起こした褥婦に対して産褥期に注意しなければならないこととしては，次のことがあげられる。

1）悪露の状態

量はどのくらいか，コアグラ排出の有無，残留卵膜および胎盤の有無を観察する。

2）子宮底の高さ，柔軟か硬質かのチェックをし，必要時子宮収縮剤の追加投与を考えるとともに，子宮底マッサージを褥婦自身でも行なえるように指導する。

3）貧血の有無の確認

貧血を認めた場合，造血剤の投与とともに鉄分補給の食事が摂取できるように留意，指導する。

4）感染予防

出血量が多いと，それ自体で既に抵抗力は落ちている。さらに処置が多くなることで，感染する機会は多くなるためその予防には留意しなければならない。

以上，看護のポイントをあげたが，今回の事例のように出血が予測されなかった産婦を通して認識をあらたにしたこととして次の2点がある。

①どのように順調に経過した産婦であってもハイリスクに陥る可能性があるということ。

②分娩時，産婦が増強する陣痛にたいする不安の増大から筋肉が緊張し苦痛をさらに増強させるという構図が成り立つが，これにたいする精神面からの援助（呼吸法やリラックス法を指導するなど）がとりわけ重要である。

文　献

1）鈴木重統ほか：産科大出血の対策，産婦血液13（1）：43～50，1989
2）鈴木重統：周産期出血の診療，金原出版株式会社，1986