

本動画を看護学生のアセスメントに利用する際の留意点

本動画内では、対象の看護アセスメントに必要な情報が十分とは言えません。そのため実際の看護過程の展開においては、アセスメントに必要なと思われる情報は収集してください。(特に、母親・家族の役割獲得過程も重要であるといえます)

この資料では、アセスメントに必要なと思われる情報は、動画上では説明がなくとも一部加筆しました。また帝王切開後何日目に受け持つかにより、看護診断がリスク型、ウェルネス型と変わる可能性、優先順位が変わる可能性があります。今回は術後 1 日までの情報のアセスメントで看護が展開されています。そのことを理解したうえで学生の看護過程の学習にご利用ください。
(原案監修者 礒山あけみ)

●腹式深部帝王切開術のアセスメント

一般的情報アセスメントに必要な情報

氏名：中山貴理（きり）【以下、Nさん】

年齢：29 歳、

初経の別：1 回経妊 1 回経産

家族構成：夫 35 歳と息子 2 歳との 3 人暮らし。夫の職業公務員。近所に両親が住んでおり、息子の面倒を良くみてる。

既往妊娠分娩歴：2 年前長男の妊娠の際、骨盤位であったため、帝王切開で出産。妊娠経過、母体、胎児共に順調。

今回の妊娠経過：母体、胎児ともに順調。前回帝王切開のため、今回の出産は、経膈分娩ではリスクが高いため、医師に帝王切開を勧められ、同意した。今回、38 週 4 日入院、38 週 5 日腹式深部帝王切開術予定。

バースプラン：誕生時に赤ちゃんを抱っこして、母乳を吸わせたい。
病室に戻った時に、家族みんなで写真を撮りたい。
母乳で育てたい。

●一般的情報のアセスメント

Nさんは29歳、1回経産婦である。今回の妊娠は、望んだものであるか否か、不明であるため情報収集していく。2年前に骨盤位であったため、選択的帝王切開を受けている。Nさんは、夫と息子の3人の核家族であるものの、近所に両親が住んでおり、上の子の育児に関するサポートは得られていると推察される。今回、2人目の児の誕生であるが、夫や両親の支援を得ながら2人の同時育児に適応していくことができるか、夫の児誕生の受け止め及び両親の孫誕生の受け止め、準備状況、健康状態や支援の程度などを確認していく必要がある。また、夫は会社員であるが、育児休業等の制度利用を含め、2人の父親役割に関する準備や気持ちなどについて情報を収集していく。第1子は兄になり、役割が変化することから、役割適応を促すためにも家族から第1子の様子、退行現象の出現がないかなど確認していく。

前回は、骨盤位で選択的帝王切開術であった。今回は、妊娠・産後は母児ともに順調に経過し

たということであるが、前回の帝王切開の受け止めや術後の母乳を含めた育児の様子など、今回の育児に影響する情報を収集していく必要がある。(妊娠中の経過である SO データをアセスメントすること)。

Nさんは、医師の勧めもあり、経膈分娩ではリスクが高いことから選択的帝王切開を選択した。選択的帝王切開の適応は、既往子宮手術、胎位異常、児頭骨盤不均衡などが挙げられる。帝王切開既往妊婦が経膈分娩を選択し、実施された場合、選択的帝王切開に比べて子宮破裂、周産期死亡率、新生児死亡率が高くなる。Nさんは、今回、選択的帝王切開を選択、実施されたため、子宮破裂などのリスク回避あるいは低下が期待できるが、一方、帝王切開術を複数回行うことで子宮摘出、輸血などの母体合併症や、その後の妊娠に際して前置胎盤や癒着胎盤の発生を増加させる。あらかじめ、それらのリスクを念頭に入れながら観察していく必要がある。

Nさんは、出産前から、「誕生時に赤ちゃんを抱っこして母乳を吸わせたい」、「病室に戻った時に、家族みんなで写真を撮りたい」、「母乳で育てたい」といったバースプランを立てており、主体的かつ前向きに帝王切開を受け止めて準備しているといえる。帝王切開は経膈分娩に比べて、情報量が少なく、経過や処置、術後の痛みについて不安を抱くことがある。Nさんは、前回の出産で、帝王切開を経験していることで術前の入院中の過ごし方、術式・麻酔、合併症、痛みへの対応、術後の流れなどはある程度の理解があり、かつ、今回の妊婦健康診査時、入院時に産婦人科医、麻酔科医、小児科医、および助産師から説明を受けて理解している。夫も妊婦健康診査および入院時に説明を聞いて同意している。

●動画上の情報にはないが必要なアセスメント

1. 術前検査

①血算(白血球数、赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値、血小板など)

正常妊娠でも妊娠週数が進むと貧血(ヘモグロビン値・ヘマトクリット値低下)がみられることが多い。帝王切開術では経膈分娩よりも出血量が多くなり、1000mL 近く出血することもある。貧血の場合は、出産までに鉄剤の投与などで改善する。

血小板は、妊娠後期に減少したり、妊娠高血圧腎症・HELLP 症候群に伴い低下したりすることがある。低値の場合には、止血しにくく、術中出血多量のリスクがある。また血腫形成のリスクがあるため全身麻酔が選択される場合がある。

②凝固系(PT,APTT、フィブリノーゲンなど)

術中出血のリスク評価と麻酔法決定のために凝固系をチェックする。HELLP 症候群や常位胎盤早期剥離では、急速に凝固系異常が進行するためチェックする。

③生化学(Na,K,Cl,Ca,Cr,TP,Alb、総ビリルビン、AST,ALT,CK,血糖,TC,LDH など)

妊娠高血圧腎症・HELLP 症候群では肝機能(AST,ALT)・腎機能(Cr)の異常がないかチェックする。

④感染症検査(HIV 抗体、HBs 抗原、HCV 抗体、梅毒定性など)

⑤胸部 X-P

術前スクリーニング、心肺機能異常・疾患のスクリーニング。

⑥心電図

帝王切開時には麻酔や出血により循環動態が急激に変化しやすい。心電図異常が見つかった場合は手術リスク評価のために麻酔科、循環器内科に相談する。

⑦ 下肢静脈エコー

肥満症例など下肢静脈血栓症のリスクが高い場合、血栓症のスクリーニングを行う。

●術中のアセスメントに必要な情報

手術の概要：午前 10 時 手術室入室。入室前に弾性ストッキング着用。

術式：腹式深部帝王切開術（横切開）、脊髄くも膜下硬膜外併用麻酔。

分娩週数：妊娠 38 週 5 日。

娩出時刻：午前 11 時 10 分。

手術時間：1 時間 10 分。

出血量：890mL。

母体の状態：誕生時、早期吸啜実施、家族で写真撮影をした。

新生児の状態：体重 3,230g、女児、アプガースコアが 1 分後 9 点、5 分後 10 点。

外表奇形や新生児一過性多呼吸の症状なし。

●術中のアセスメント

一般的な手術の流れは、手術室入室後、モニター類装着→バルーン留置→脊髄幹麻酔→仰臥位開脚位→除毛→消毒→開腹→子宮切開→児娩出→胎盤娩出→子宮切開縫合→閉腹となる。

弾性ストッキングの着用は深部静脈血栓症予防のためである。

N さんには、腹式深部帝王切開術、横切開が実施された。前回も横切開であったことから、今回も手術創がある横切開であった。横切開の利点は、皮膚割線や自然な皮膚のしわに沿った皮膚切開を行うことが可能なため、美容的に目立ちにくい。欠点は、正中切開より視野がとりにくいことが挙げられる。

帝王切開術後の合併症として、出血、静脈血栓塞栓症、産褥感染症、創部離開、麻酔による頭痛などの出現が挙げられる。術前・術中・術直後の母体のバイタルサインのデータはないが、術後合併症もなく経過した。（術前・術中・術後の一般状態の情報は収集しアセスメントする必要がある。）

N さんは脊髄くも膜麻酔と硬膜外麻酔とを組み合わせる行う麻酔方法（脊髄くも膜下硬膜外併用麻酔）で行い、腰髄レベルで脊髄くも膜下麻酔と硬膜外カテーテル留置を同一穿刺で行った。この方法は確実に長時間の麻酔を得たいとき、脊髄麻酔単独では安定した麻酔が得られないときに適応される。麻酔の合併症として、麻酔薬により血管拡張のため、仰臥位となることで低血圧、呼吸困難感、嘔気、手術後半から術後にかけて開腹や破水、児娩出に伴った体温喪失によりシバリング（震え）、麻酔薬による搔痒感等が出現する可能性がある。N さんの場合、利用した麻酔薬の情報と穿刺部位の情報はないが、麻酔の大きな合併症は見られなかった。

手術時間：1 時間 10 分。出血量：890mL であった。日本産婦人科診療ガイドラインによると、分娩時大量出血とは、帝王切開単胎の場合、1600ml 以上とされるが、出血量だけでなく、バイタルサインの異常【（特に、SI：ショックインデックス：心拍数/収縮期血圧）SI：1 は約 1.5I、SI：1.5 は約 2I の出血量であることが推測される】を考慮して異常を判断することとされている。N さんの場合、出血量は異常値ではない。

新生児一過性多呼吸（TTN）や新生児呼吸窮迫症候群（RDS）などの新生児呼吸障害のリスクは経膈分娩に比べ帝王切開では 2～3 倍に上昇するとされるため、新生児の呼吸状態に留意す

る必要がある。Nさんの児は出生直後、呼吸障害がみられず、子宮外への適応が順調であった。
 新生児呼吸障害の出現に関する日本の調査では、妊娠37週と38週とを比較した場合、新生児呼吸障害の割合は38週台で有意に低いことが報告されており、日本では妊娠38週台で選択的帝王切開も妥当であるとしている。Nさんの場合38週5日の選択的帝王切開のため、妥当な妊娠週数である。

Nさんはバースプランにも希望があったように、誕生時早期吸啜を行った。
 出生直後の新生児のケアにおいて可能な限り早期に母親と接触することが重要（1996年、WHO、care in normal birth: a practical guide）であり、エビデンスは児の全身状態の安定化、母子ともに順調に授乳行動が進む。早期母子接触の施行基準は・バースプランで母親から希望がある場合・在胎週数に関係なくすべての母体・新生児が対象・新生児は呼吸状態が安定していると判断されれば気管挿管管理下でも行うこととある。NさんとNさんの児の状態は安定しており、施行基準を満たしていたため、早期母児接触、早期吸啜を行った。

●術後1日目（産褥1日目）のアセスメントに必要な情報

帰室時刻：午前11時50分

術後3時間30分後の状態：安静臥位、下肢の運動神経麻痺の有無は、両足先とも触診の感覚あり。足指を動かすことができる。

疼痛の有無と程度：S:創部痛なのか、後陣痛なのか分からない。
 S:お腹の下の方が痛みますが我慢できます。

術後1日目 午前8:00までのバイタルサインと状態

体温は36.8℃～37.3℃、心拍数は68～78回/min、呼吸数は16～20回/min、
 血圧は収縮期血圧120～128mmHg、拡張期血圧68～78mmHgの範囲
 SpO₂（経皮的動脈血酸素飽和度）：ルームエア下98～99%の範囲
 両下肢には、弾性ストッキングを着用
 創部の状態は、浸出液が少量あり、出血なし。
 創部痛は、自己調節硬膜外鎮痛法（PCAポンプ使用）でコントロールできているが、昨夜は後陣痛で1度覚醒している。
 輸液は、100mL/hの持続点滴
 尿量は、午前6時から8時の2時間で60mL、色は淡黄色。
 腸蠕動音は、聴取可。飲水は術後6時間後から、食事は、術後1日目の朝食から摂取。
 子宮収縮状況は、子宮底の高さ臍高、硬度は硬式テニスボール様。
 悪露は、赤色悪露、量は術後18時間で100g、凝血塊は認めていない。
 直接授乳を分娩後間もなく実施した。



術後・産後1日目 午前8:00までの状態 ※体重50kg			
意識	清明	呼吸状態	良好 循環状態 良好(不整脈なし)
創部	浸出液が少量あり 出血なし		
輸液	輸液速度 100 mL/h (抗菌薬の投与)		
尿量	60 mL (6時～8時)		
尿色	淡黄色		
腸蠕動音	聴取ができる		

※飲水は術後6時間後に可 食事は術後1日目の朝食から可

●術後のアセスメント

Nさんの一般状態として、術後のバイタルサイン、インアウトバランスは問題なく経過した。呼吸については息苦しさもみられない。麻酔からの覚醒も順調である。静脈血栓塞栓症のリスクについてはホーマンズ徴候も見られず、両下肢の感覚も戻っている。創部に出血はなく、創部痛も軽度であることから、創部の感染や縫合不全はないと思われるが、引き続き術後の白血球数やCRPの値を含めアセスメントしていく。

890mlの出血により貧血のリスクも考えられる。そのため、赤血球数、Hb値、Ht値を確認していく（基準値Hb値11.0/dL、Ht値33%）

以上より、現在のところ、術後合併症は見られないことから全身の回復は順調である。

しかし、帰室後6時間までに手術侵襲を受けた生体が反応し、循環血液量に変化して尿量に現れてくる。そのため今後もIn-Outバランスと尿量に問題がないか、疼痛コントロールが良好か、疼痛管理による合併症が生じてないか観察していく必要がある。

飲水は、術後2～6時間での開始で術後合併症の頻度を上げることなく、消化管運動の早期回復、早期離床、退院の短縮が期待できる。今後、飲水、食事前後の腸蠕動や悪心・嘔吐の有無について観察していく。また術後合併症の予防のために積極的に体位変換し、足関節運動を行うよう指導する。第1歩行ができるまで心電図と経皮酸素モニターの持続観察が必要であることから、術後合併症の出現リスクはあるため今後も観察していく必要がある。

1. 帝王切開後の合併症出現のリスクがある（問題志向型）

子宮底の高さは臍高、硬度は硬式テニスボール様であり、後陣痛もあり、赤色悪露で凝血塊も認められないことから、子宮復古は順調であるといえる。悪露の量は1時間50g以上の場合、弛緩出血を疑う。Nさんは、悪露の量や子宮復古状態についても順調である。しかし、帝王切開の場合、経膈分娩に比べ創部痛があるため活動量が低下する可能性があり、悪露の停滞を生じさせ子宮復古を遅延させるリスクがあるため、早期の離床を進めていく必要がある。また、乳頭の刺激によりオキシトシンが分泌されることで子宮収縮を促すことから吸啜の様子も子宮復古に関連して観察していく。疼痛については、現在のところ自己調節硬膜外鎮痛法によりコントロールされている。

以上より現在のところ子宮復古は順調である。

2. 子宮復古が順調である（ウェルネス型）

Nさんは、バースプランで「赤ちゃんを胸の上に乗せて抱っこしたい、おっぱいを吸わせたい」と早期母子接触は希望していた。誕生後は早期母子接触を行った。また、「病室に戻ったら夫とうえの子と産まれた赤ちゃんと一緒に写真を撮りたい」ということだった。そのため児の誕生後に早期吸啜を実施した。早期吸啜のメリットには、児の全身状態の安定化、母子ともに順調に授乳行動が進むなどが挙げられます。現在、母乳育児の獲得段階であるといえる。これらのことから、今後ポジショニングやラッチオン、母乳育児に関する知識や考え、思いなどを確認していく。帝王切開の場合、創部があることでポジショニングに工夫が必要である。創部痛に配慮しながら、安楽な方法についてNさんに提案し共に考えていく。さらに、母乳育児の獲得は、母

児双方の健康状態により左右される。新生児の子宮外生活への適応状態として、バイタルサイン、児の体重減少率や増加率、黄疸、排尿排便の回数と性状、活気、反射等を含めてアセスメントしていく。また、前回の母乳経験も今回の経験に影響する。前回の母乳育児に関する情報がないため情報を収集し支援していく。

＃ 3．母乳育児の獲得段階である（ウェルネス型）

Nさんは術後、早期接触を実施していること、児の状態も良好であることから、母児の愛着形成の良いスタートであったといえる。また、帝王切開を受け入れ、バースプランもかなえることができていることから、出産を肯定的に捉えられているといえる。しかし、今回の出産体験をどのように捉えられているのかについてNさんの発言について振り返りで思いを確認していく。

パートナーについても、児の誕生後にNさんと児、第1子を含め、家族で写真撮影ができたことから、今回の出産を肯定的に捉えられていることが考えられるが、2児の父親役割獲得を促す視点から、今回の児の誕生と第1子の育児についての想いを観察確認していく。

第1子は弟の誕生で長子に役割が変化する。第1子のきょうだい役割獲得についても、第2子と接触時の反応について観察していく。

＃ 4．順調な母親役割・家族役割獲得過程である（ウェルネス型）