

## 論文

## 子宮筋腫合併妊婦の看護支援の検討—1 症例の経験より—

妹尾未妃<sup>1)</sup>、富岡美佳<sup>1)</sup>、中塚幹也<sup>2)</sup>

Miki Senoo, Mika Tomioka, Mikiya Nakatsuka

キーワード: 子宮筋腫, 妊婦, 看護支援

## I. はじめに

子宮筋腫は良性の腫瘍であり、腫瘍の発育はエストロゲンに依存しており、好発年齢は 30～40 歳<sup>1)</sup>であることから、生殖年齢に重なるため妊娠に合併することも稀ではない。また、近年では女性の晩婚化に伴う結婚出産年齢の上昇や罹患年齢の若年化により、子宮筋腫合併妊婦は増加傾向にある。杉本ら<sup>2)</sup>によると、子宮筋腫は生殖年齢女性の 20～25%に見られ、子宮筋腫合併妊娠は全妊娠の 1.4～3.9%程度に見られるとされる。子宮筋腫合併妊娠では妊娠期には、子宮筋腫の増大や切迫流早産や疼痛などがあり、分娩期には微弱陣痛や児頭下降障害や癒着胎盤などのリスクがある。子宮筋腫合併妊娠のうち 0.2%が子宮筋腫の変性に起因した疼痛などにより、入院加療が必要となることが報告されている<sup>3)</sup>。また、産褥期では、子宮復古不全や産褥熱など様々なリスクがあることも知られている<sup>4)</sup>。

子宮筋腫に関する国内外の先行研究を概観すると、医学的な観点からの研究は散見するが、看護における研究は少なく、国内でわずか 10 件のみであった。その内容は、木村ら<sup>5)</sup>による腹腔鏡下手術のクリニカルパスの検討や子宮筋腫手術による精神的看護<sup>6-10)</sup>や子宮動脈塞栓術(Uterine Artery Embolization: UAE)<sup>11)</sup>などが 7 件であり、子宮筋腫合併妊婦に関する研究は福島<sup>12)</sup>による巨大筋腫を合併した妊婦の排便機能障害の看護援助の検討を含む 3 件のみであった。前述したように、子宮筋腫合併妊娠は妊娠期から産褥期まで様々な症状を発症する可能性があり、そのハイリスク妊娠としての妊娠管理や看護支援は重要であると考えられる。

ハイリスク妊婦の心理的研究においては、若年妊婦は産後に経済的不安等を抱えている<sup>13)</sup>ことや、切迫早産妊婦は自分自身や胎児や病態に関する今後の不安を抱えている<sup>14)・15)</sup>と言われている。また、多胎妊婦は胎児や育児に対する不安がある<sup>16)・17)</sup>と言われている。しかし、国内外の先行研究でも、妊娠から産後までの子宮筋腫合併女性の妊娠経過とそれに伴う心理的側面や、それらに注目した看護支援は明らかになってないのが現状である。そこで本研究は、子宮筋腫合併妊婦の看護支援の検討を目的とし、子宮筋腫合併妊婦女性が、種々のリスクと不安を抱えながら分娩に至った事例の妊娠経過と医療従事者の支援の現状を分析し、今後の看護支援の在り方について検討することを目的とした。

## II. 方法

---

1) 山陽学園大学看護学部看護学科

2) 岡山大学大学院保健学研究科

## 1. 調査対象と方法

本研究は、A 県内 B 病院にて、2008 年の 1 年間に分娩に至った 409 例のうち、5cm 以上の子宮筋腫合併妊婦で、分娩に至った 1 名に関わった看護者を対象とした。子宮筋腫の大きさについては、松原ら<sup>18)</sup>、小池ら<sup>19)</sup>が、直径 5~6cm 以上の大きな筋腫は早産、常位胎盤早期剥離、子宮内胎児死亡のリスクが高まるので慎重かつ厳重な管理が必要であると述べているのを参考にした。

この 1 名の子宮筋腫合併妊婦の妊娠・分娩・産褥経過に主に関わった、看護者 2 名にインタビューを実施し逐語録化した後、分析した。また、妊娠・分娩・産褥経過において記憶が不明瞭な点については、診療録を振り返り、確認を行うことで、内容にずれが生じないように配慮した。

## 2. 倫理的配慮

本研究は A 県内 B 病院の倫理審査を受け、承認を受け実施した。また、対象者には、本研究の主旨と方法について説明書を用いて説明し同意を得た。施設名や患者個人の情報は、特定されない形で公開し、看護者との会話は全てプライバシーの保てる個室で行った。また、本事例に主に関わった看護者 2 名のインタビュー内容は逐語録化し、個人が特定できない形で鍵のかかる書庫で保管し、研究終了後にシュレッダーにかけ破棄した。

## Ⅲ. 事例紹介

C さん、20 歳代の初産婦。市販の妊娠検査薬にて陽性反応があり、B 病院を受診した。妊娠判明時(妊娠 9 週 2 日)に直径 84mm の大きさの子宮筋腫を指摘され、妊娠 11 週 6 日に開腹での子宮筋腫核出術を受けた。妊娠 18 週 3 日に性器出血があり、自宅にて安静加療。その後の経過は良好。C さんの希望にて経膈分娩予定であったが、妊娠 40 週 1 日、外来にて胎児心拍モニター中に児心音異常が出現し、緊急帝王切開となった。体重 2942g の男児出生、アプガースコア 1 分後 9 点、5 分後 10 点で良好。分娩時出血量 378g。母子共に経過良好。産褥経過も良好で産後 5 日目に退院した。退院後 1 週間後の外来診察時も経過良好で、1 ヶ月健診時も母子共に経過良好であった。

## Ⅳ. 結果

### 1. 事例の妊娠経過と心理過程、看護支援内容

#### 1) 妊娠初期(表 1)

##### (1) 妊娠経過と心理過程

妊娠初期(妊娠 9 週 2 日)の妊婦健診にて 84mm の大きさの筋層内筋腫合併の診断を受け、このとき C さんは、初めて子宮筋腫合併妊娠であることを知った。B 病院の子宮筋腫核出術の基準と医師の診断結果により、子宮筋腫核出術の必要性が説明され、C さんの同意を得て、手術が施行された。子宮筋腫核出術のために入院後の C さんの様子については、看護者へのインタビューでは「手術前は、風邪症状の訴えはあったが、手術や子宮筋腫や胎児に対する不安等の訴えは聞かれなかった」と述べられた。

妊娠 11 週 6 日、開腹手術にて子宮筋腫核出術が施行された。手術後の様子について、看護者は「C さんは、赤ちゃんは大丈夫かな? など、胎児の安全に対する不安の訴えが聞かれるようになった」と述べていた。C さんは、ドップラーにて胎児心音を確認できると安堵した表情を見せ、「よかった」と安心した言動が見られた。その後、12 週 2 日(術後 3 日目)には、医師による超音波診断法にて胎児が元気に動いている様子が確認され、「胎児が無事に成長していることに安堵する表情が C

さんからも見られ、次第に不安が軽減していった様子であった」と看護師から語られた。子宮筋腫核出術後の経過は良好で、切開創部の問題なく、妊娠 13 週 1 日(術後 9 日目)に通常退院することができた。

## (2)看護支援内容

今回、Cさんに対する看護支援としては、Cさんの妊娠診断時から子宮筋腫核出術のために入院するまでの間は、外来にて医師が中心の診察のみであり、外来看護者は診察補助のみの関わりであった。直接的に看護師、助産師が支援できたのは入院中のみであった。子宮筋腫核出術後からCさんからは「赤ちゃんは大丈夫かな?などの不安を訴えるようになりました」と看護師が述べていたように、胎児の安全に対する心配が増強した様子であった。この時の様子について、看護師は、「手術までは特に不安の訴えはなかったCさんが、手術直後から急に不安を訴えるようになって、もしかしたら手術前から胎児の安全に対する不安があったけど、表出できなかったのではないかと振り返っていた。そして、このような不安に対しては、「入院中は、ドップラーで胎児心音を毎日、一緒に確認をするなどして、胎児の元気な様子を確認し、Cさんの不安の軽減に努めようとした」と語られた。また、12週2日(術後3日目)には、医師による超音波にて胎児が元気に動いている様子の説明があり、実際に胎児の様子を確認でき、安心を促すことにつながっていった。このように、実際に胎児の様子をCさんと一緒に確認することで、胎児の元気な状態をCさんに直接的に知らせ不安軽減に努めた。

## 2)妊娠中期(表2)

### (1)妊娠経過と心理過程

子宮筋腫核出術後からは正常な妊娠経過を送っていたが、妊娠18週3日に、突然、腹痛を伴わない性器出血があり、夜間の救急外来を受診した。この時の様子について「突然の出血で赤ちゃんの状態が危ないのではないかと不安そうな表情をしていた」と看護師は述べていた。夜間担当医師の診察の結果、子宮頸管ポリープと子宮腔部びらんがあったものの、出血部位は不明であった。そのため、一時、切迫流産疑いで、自宅安静の指示にて安静に過ごしていた。その後、出血は見られず、特に問題なく妊娠期を過ごしていた。また、子宮筋腫核出術後には、胎児の安全について不安に関する発言等も聞かれていたが、「出血が落ち着いた頃からは徐々に胎動も感じるようになったからか、特に不安の訴えはなかった」と看護師は振り返った。

### (2)看護支援内容

妊娠中期には正常な妊娠経過を送っており、その間は外来診察のみで外来看護者は診察補助のみの関わりであった。その後、Cさんが、救急受診をしたことについて外来看護者と連絡を取ったが、直接的に病棟看護師がCさんと関わる機会はなかった。看護師は「Cさんは妊婦健診中は医師が関わるのが中心で、子宮筋腫核出後のハイリスク妊婦であるという認識はあまりなく、その後の妊娠経過やCさんに対する直接的な支援は出来ていなかった」と振り返っていた。看護師へのインタビューからも、性器出血後のCさんの心理面に関する情報等は定かではなく、「Cさんの気持ちに十分に配慮した関わりが出来ていなかった」と述べていた。

## 3)妊娠末期(表3)

## (1) 妊娠経過と心理過程

妊娠 34 週で分娩方法について医師から説明された。医師からは、子宮筋腫核出術後であり、子宮破裂のリスクがあることから選択的帝王切開の選択肢について説明された。しかし、C さんは迷った結果、経膈分娩の希望し、医師から経膈分娩を試みるが状況によっては帝王切開になることの説明を受け、自分の選択は間違っていないだろうかと分娩方法に不安を持ったまま妊娠期間を過ごすこととなった。

陣痛開始以前の妊娠 40 週 1 日に、予定日超過のため外来にて胎児心拍モニター施行時に、胎児心拍異常が見られ緊急帝王切開となった。児は 2942g の男児、アプガースコア 1 分後 9 点、5 分後 10 点であった。分娩時出血量 378ml であった。子宮筋腫核出部位は癒着はなし。看護師からは、「C さんは突然の帝王切開に戸惑い児の状態に不安そうな表情だったが、元気に我が子を出産できたことで出産体験に満足が得られたようだった」と語られた。

## (2) 看護支援内容

分娩方法の選択の際にも、C さんは様々な不安や葛藤があったと考えられるが、医師の説明のもと、自ら経膈分娩の希望し、医師からは経膈分娩を試みるが状況によっては帝王切開になることの説明をされた。このように分娩方法について選択を迫られ、様々な不安を抱えていたであろう C さんに対し、医師と C さんとの関わりは見られたが、看護師は「この場面においても、十分に関わる時間を持つことが出来なかった」と振り返った。実際に、妊娠の全期間を通して、外来通院中は医師の関わりが中心となっており、看護師の関わりはなく、看護師が振り返りの際に記録を確認しても C さんとの関わりに関する記述は全くなかったということだった。分娩時には緊急帝王切開となったため、看護師は「術前術後の声掛けを行うなどして、少しでも不安を軽減できるように努めた」と振り返っていた。

## V. 考察

今回、大きな子宮筋腫を合併し、妊娠初期に開腹による子宮筋腫核出術を受けた子宮筋腫合併妊婦 1 例について、妊娠経過・心理過程と看護師の支援について検討した。

子宮筋腫合併妊娠では、妊娠期、分娩期、産褥期において様々なリスクがあると言われている。子宮筋腫はおよそ 30% に過多月経、骨盤痛、不妊を訴え<sup>20)</sup>が、しばしば無症候性のものが多い<sup>21)</sup>。そのため、妊娠判明時に初めて子宮筋腫の診断を受けることも多く、不安の中で、突然に様々な選択を迫られることもある。今回の事例においても妊娠の喜びと同時に、自分自身の身体に大きな子宮筋腫があることを知り、突然のことに戸惑いがあったのではないかと推察される。また、C さんは子宮筋腫核出という子宮筋腫合併妊婦が経験する妊娠中の手術に関して、手術後に看護師に直接、不安を訴えるようになり、看護師は支援の必要性を初めて認識し、直接的な支援を行うことができた。このような不安は手術前から継続的にあった可能性が考えられるが、C さんの不安の訴えを聞く環境が十分に整っていなかったため、看護師が不安を早期に捉える事が出来ていなかったのではないかと考えられる。

妊娠初期は子宮筋腫による妊娠や胎児への影響、子宮筋腫核出術を受けた場合はそれが胎児の発育に影響を与えていないかなど、さまざまな不安が生じやすい時期であると考えられる。また、妊娠 22 週以前は胎動も感じにくく、胎児の成長を感じる事が出来ない時期であるため、その不安は増大しやすい時期であると考えられる。山内ら<sup>22)</sup>は、妊娠が中断される危機にあるとき、その週数

が若いほど妊婦やその家族にとって、生まれてくる児の生存と障害に対する不安が大きいと述べている。岩澤らが<sup>23)</sup>、胎児の生存と成長の確認を得ることで危機的状況から回復すると述べているように、子宮筋腫合併妊婦においても胎動を感じるようになるまでは、胎児心拍を頻回に確認したり、超音波による児の画像を用いて、胎児の元気な様子を患者と共に確認するなどして、胎児の成長を感じられるような支援が必要である。しかし、妊婦健診が4週間に1回の時期では妊婦健診時だけでは、十分な支援は難しいと考えられる。そのため、このような妊婦がいつでも不安等の気持ちを表出したり、胎児の様子を確認できるような状況を整え、それに関わる看護者の傾聴の技術の習得が必要である。また、看護者自身も超音波エコー技術を習得し、妊婦に胎児の様子を的確に伝えられるような技術を身につけ、そのような場の提供ができることが望ましいと考えられる。

次に、妊娠中の子宮筋腫核出術については、報告によって違いはあるものの手術による流産の危険性は12%前後で出現するとも言われており<sup>24)</sup>、妊娠中の保存的療法と手術的療法の適応については施設により方針が異なるのが現状である。しかし、平松らは、妊娠中の子宮筋腫核出術を約100症例に実施した結果、妊娠中の子宮筋腫核出術に伴う流産のリスクはあるが、最大のメリットは術後には切迫流産や疼痛、遷延分娩、癒着胎盤などのリスクは消失し、核出後は約85%の患者で子宮筋腫に伴う症状が消失し、通常の妊婦と同様の生活ができるようになる<sup>25)</sup>。子宮筋腫合併妊娠の取り扱いについては、先行研究において様々な検討がされているが、保存的療法を行うことによって切迫流産率による入院が高率であったとの報告<sup>26)~28)</sup>や、切迫早産による入院加療の後、常位胎盤早期剥離と癒着胎盤を呈した症例の報告<sup>29)</sup>がある。一方、保存的療法が原則であるが、症状の出現により子宮筋腫核出術を施行したことで、妊娠継続ができ、生児を得たという報告もある<sup>30)・31)</sup>。このように、子宮筋腫合併妊娠の取り扱いには一定の見解がないのが現状であり、施設ごとに基準を設けている。今回の施設においても、施設独自に妊娠中の子宮筋腫核出術の基準を設けており、この基準に沿って医師の判断のもと、手術が行われていた。看護者にこの基準について尋ねたところ、全ての看護者が把握していなかった。このような状況から、子宮筋腫合併妊婦に対する看護援助内容についても決まった支援モデルもなく、施設によって子宮筋腫合併妊婦の捉え方も多様であるのではないかと考えられる。子宮筋腫合併妊婦は前述したようなリスクを発症する可能性があり、正常妊婦とは異なる経過をたどる場合も少なくはない。しかし、その認識は個々のスタッフによりさまざまであり、その対応にも多様性がある。そのため、子宮筋腫合併妊婦の妊娠経過について、全ての看護者が共通の認識を持てるような機会を設け、正しい知識と共通の認識もと、看護支援を行えるよう環境を整える必要があると考える。

また、妊娠の継続と共に、分娩方法の選択を迫られ、子宮筋腫の位置や大きさ、子宮筋腫核出術の施行の有無などによっても、分娩方法の決定が左右される。子宮筋腫核出術後の分娩様式については、Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) 同様に安全に行えるとの報告<sup>32)</sup>や、子宮破裂<sup>33)</sup>や手術創の離開<sup>34)</sup>を認めたとの報告もある。このような分娩方法の選択の場面においても、医療従事者は正しい情報と知識を提供し、妊婦の自己決定を支援する必要がある。そのためには、医師と看護者が相互に共通理解のもと、患者の気持ちを傾聴し、あらゆる選択肢の中から妊婦が自分自身で選択・決定出来るような環境を整える必要があると考えられる。

今回の事例の経過と看護者の関わりを振り返って、子宮筋腫合併妊婦に起こりうる子宮筋腫核出術、切迫流産、分娩方法の選択というプロセスの中でのいろいろな場面で、妊娠継続への不安や胎児への不安、戸惑いなどが表出された。しかし、妊婦健診時の外来看護者の関わりを振り返ってみると、外来ナースは多数の妊婦健診や婦人科検診等の補助につくことが多く、1人の患者に十分な

時間を設けて話を聞いたり、指導を行ったりするのが難しい現状がある。このように、妊婦健診時と病棟入院時では、主に関わる看護師が異なる場合が多いのが現状である。このような場合、外来と病棟スタッフ間でハイリスク妊婦の認識にずれがあったり、十分な連携が取れていないと、妊娠から出産までの継続的な看護支援ができていない。そのため、外来・病棟スタッフ間で共通理解のもと、通院中の妊婦の継続的支援を行うためには、外来スタッフも妊婦の状態を十分に把握し、情報を病棟スタッフに伝達する必要がある。そのためには、少しでも保健指導等の場と時間を設け、患者が自由に気持ちを表出できる体制を整える必要がある。児玉ら<sup>35)</sup>の報告でも、妊婦は外来で時間をかけて話ができることを評価していると述べている。そして、その場での情報を記録として残すことで、他のスタッフも1人の妊婦の妊娠経過についていつでも把握できるようなシステムが必要である。

また、今回の研究中にB病院勤務の看護師数名に子宮筋腫合併妊婦に対する支援の必要性についても尋ねたところ、「通常妊婦と変わらない」という回答があり、子宮筋腫合併妊娠はハイリスク妊娠として捉えていないことも明らかとなった。このような現状から外来通院中の子宮筋腫合併妊婦に対して看護師が積極的に関わる機会が少なく、対処的な看護支援を行うことしかできないという実情に至っていると考えられる。妊娠・分娩・産褥経過における子宮筋腫合併妊婦の妊娠から分娩後までの心理面や、看護援助内容については十分な検討がされていない。そのため、このように多様な経過をたどる子宮筋腫合併妊婦への看護支援は確立しているとは言えず、そのため子宮筋腫合併妊婦に対する看護支援の指針がなく、対処的な看護支援しかできなかったのではないかと考えられる。これらのことから、子宮筋腫合併妊婦の妊娠中から産褥期にかけての支援モデルを導入し、正しい知識と判断のもと、支援を行えるような工夫が必要であると考えられる。これら子宮筋腫合併妊婦の外来診察や保健指導に関するクリティカルパスを用いて、子宮筋腫合併妊婦に関して共通の支援ができるクリティカルパスを用いるなどの工夫が必要であると考えられる。

今後、子宮筋腫合併妊婦に対し、適切な情報提供が行われることにより、子宮筋腫診断の早期受容、妊娠期間や出産、産褥期における自身の身体や児への不安軽減につながるようなコミュニケーション支援が必要であると考えられる。また、身体的、精神的リスクの早期発見を図り、妊娠・分娩産褥期における様々な選択が患者自身の決定で行うことができるような保健指導法を検討する必要があると考えられる。これらの支援方法が確立することにより、子宮筋腫合併妊婦を抱える産婦人科外来病棟で高水準の看護支援の提供を目指す必要がある。

## VI. 結論

子宮筋腫合併妊婦は妊娠期から産褥期にかけてさまざまなリスクを発症する可能性があり、これら子宮筋腫合併妊婦に関わる看護師は、そのリスクと多様な妊娠経過について十分な知識を持って、看護を行う必要がある。今回、子宮筋腫合併妊婦1事例の妊娠経過と関わった看護師の看護の現状を分析した結果、次のような看護への示唆を得た。

1. 子宮筋腫合併妊婦がいつでも気持ちを表出し、胎児の様子を確認できるような環境を整え、それに関わ

る看護師の知識・技術の向上に努める。

2. 妊娠初期など、胎動を感じにくい時期には、胎児心拍を頻回に確認したり、超音波による児の画像を用

いるなどの工夫をし、胎児の成長を感じられるような支援が必要である。

3. 外来・病棟スタッフ間で共通理解のもと、通院中の妊婦の情報を共有し、継続的な支援を行う。

4. 子宮筋腫合併妊婦への正しい情報・知識の提供や、患者の自己決定を支援する。
5. 全ての医療従事者に、子宮筋腫合併妊婦に関する知識の提供を行い、子宮筋腫合併妊婦に関して共通の支援ができるクリティカルパスを用いるなどの工夫が必要である。

#### VII. 今後の課題

今回の研究では、医師や看護師の記録とインタビューによる振り返りに基づいた情報によるものであったため、限られた情報の中での結果の記述であった。また、1症例のみの検討であり、子宮筋腫合併妊婦でもその経過は様々であるため、今後は症例数を増やし、さらなる検討が必要であると考ええる。今後も子宮筋腫合併妊婦は増加すると考えられ、子宮筋腫合併妊婦の各期に合わせた看護支援をまとめていきたいと考える。

#### 謝辞

本研究にご協力を頂いたB病院の院長先生、師長様、スタッフの皆様に深謝いたします。

表 1: 妊娠初期における妊娠経過と看護者の語り

妊娠週数	看護場面	妊娠経過	看護者の語り
9 週 2 日	外来	84mm 大の筋層内子宮筋腫あり、本人初めて子宮筋腫の存在を知ったとのこと。子宮筋腫核出術(病院基準により)の必要性を説明し、同意あり。	
		fetal heart beat (FHR) (+), crown rump length ( CRL ) 23.4mm	
10 週 5 日		やや切迫様症状が見られたため、ダクチルを処方する。	
11 週 5 日	病棟		感冒症状の訴えはあったが、手術や子宮筋腫、胎児に対する不安等の訴えはなかった。
11 週 6 日		開腹子宮筋腫核出術施行。	
12 週 1 日		状態落ち着いているため、ズファジラン点滴からダクチル内服に変更する。	赤ちゃんは大丈夫かな?など、胎児の安全に対する不安の訴えが聞かれるようになった。ドップラーにて児心音を頻回に確認することで、安堵した表情や「よかった」と安心した言動が見られるようになった。 手術までは特に不安の訴えはなかった C さんが、手術直後から急に不安を訴えるようになって、もしかしたら手術前から胎児の安全に対する不安があったけど、表出できなかったのではないか。
12 週 2 日		CRL69.2mm, ベビー元気に動く、echo-free space (EFS) (-)。	胎児が無事に成長していることに安堵する表情が C さんからも見られ、「よかった」という発言もあり、次第に不安が軽減していった様子であった。
12 週 5 日		術後経過良好、子宮筋腫核出術の創部も問題なし、通常退院を許可する。	経過良好で、不安等の発言は聞かれなくなった。
12 週 6 日		CRL68.5, EFS(-)。	
13 週 1 日			退院日にドップラーにて胎児心拍確認し、良好であった。 入院中は、ドップラーで胎児心音を毎日、一緒に確認をするなどして、胎児の元気な様子を確認し、C さんの不安の軽減に努めようとした。
14 週 1 日		外来	胎児の成長良好、子宮頸管長良好。正常経過。
15 週 2 日	胎児の成長良好、子宮頸管長良好。 子宮内きれいで筋腫核出創不明、正常経過。		

表2: 妊娠中期における妊娠経過と看護者の語り

妊娠週数	看護場面	妊娠経過	看護者の語り
18週2日	外来	胎児成長良好, 正常経過。	
18週3日	病棟	出血(+), 痛みなし, 子宮口開大なし, 切迫流産による出血の可能性あるので自宅安静, fetal heart rate (FHR) (+), 羊水正常。 頸管に出血性ポリープあり切除する。	夜間, 受診があったが診療補助のみの関わりしかできなかった。 突然の出血で赤ちゃんの状態が危ないのではないかと不安そうな表情をしていた。
18週5日	外来	24日以降出血なし, 子宮頸管ポリープ(-), 子宮腔部びらん中程度, 易出血性, 子宮軟らかい。腔洗浄し, クロマイ挿入する。 子宮頸管ポリープ, びらんからの出血であった可能性高い。	外来中心の関わりであり, 十分な関わりはできていない。Cさんは妊婦健診中は医師が関わることが中心で, 子宮筋腫核出後のハイリスク妊婦であるという認識はあまりなく, その後の妊娠経過やCさんに対する直接的な支援は出来ていなかった。 Cさんの気持ちに十分に配慮した関わりが出来ていなかったと思う。
21週5日		胎児成長良好, 性別は男。 羊水・胎盤正常, 正常経過。	
25週5日		胎児成長良好, 正常経過。	出血が落ち着いた頃からは徐々に胎動も感じるようになったからか, 特に不安の訴えはなかった。

表3: 妊娠末期における妊娠経過と看護者の語り

妊娠週数	看護場面	妊娠経過	看護者の語り
34週0日	外来	子宮筋腫核出術後であることから選択帝王切開の選択肢もあることの説明をするも, 経膈分娩希望あり。胎児成長良好。経膈分娩を試みるが状況によっては帝王切開になることを説明し, 了承を得る。 分娩評価: 8cm 大の子宮筋腫核出後, 強化・誘発禁, 力みすぎないように吸引するかも…もしくは選択的帝王切開にするか検討する。	この場面においても, Cさんと十分に関わる時間を持つことが出来なかった。
37週0日		胎盤白色梗塞著名, 経膈予定だが筋腫核出後でもあり, 予定日越えるようなら選択的帝王切開もあることを伝える。	

妊娠週数	看護場面	妊娠経過	看護者の語り
38週0日	外来	分娩評価:正常経過①子宮筋腫核出術後②羊水過少③臍帯巻絡④サイノソイダルパターン⑤胎盤白色梗塞にて選択的帝王切開にするべきか。 non-stress test (NST) 前半サイノソイダルパターンあり, 刺激でリアクティブ。	
39週0日		biparietal diameter (BPD) 89mm, NST 大変動はあるが小変動少ない, NST・レントゲンにて総合的判断を行う。	
40週1日	病棟	サイノソイダルパターンあり, 緊急帝王切開術となる。 胎児胎盤機能不全, 臍帯真結節(ペビー側), 子宮筋腫核出術の創部をそぐように切開, 筋膜癒着少なめ, 骨盤内癒着もそれほどない, 子宮は筋腫を核出した場所が分からないくらい, 子宮横切開, 羊水混濁(+), 子宮前壁セプラフィルムあり, 腹膜よせるように縫合し, 腹筋と腹膜の間にセプラフィルム張り閉腹, 術後やや収縮不良は核出術創からか。 【分娩・出生児情報】 2942g, 男, アプガースコア 9/10, 出血 378ml。	術前術後の声掛けを行うなどして, 少しでも不安を軽減できるように努めた。 Cさんは突然の帝王切開に戸惑い児の状態に不安そうな表情だったが, 元気に我が子を出産できたことで出産体験に満足が得られたようだった。
退院1週間後	外来	子宮収縮正常。手術創良好。	

## 文献

- 1) 高橋真理, 工藤美子. 母性看護学概論. 東京, 医学書院, 193-194, 2007.
- 2) 杉本充弘, 中川潤子. 腫瘍合併妊娠の取り扱い—子宮筋腫. 産科と婦人科. 2001, 68, 590-596.
- 3) Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al(eds). Williams Obstetrics, ed21. New York, Mc Graw Hill, 926-930, 2001.
- 4) 明石祐史, 馬場剛, 佐藤正樹他. 疼痛管理に難渋した子宮筋腫合併妊娠の1症例. 産科と婦人科. 2006, 73(3), 403-408.
- 5) 木村泉, 藤田芳子, 濱由紀子. 婦人科腹腔鏡下手術のクリニカルパスとバリエーション分析. 石川県立中央病院医学誌. 2003, 25, 69-72.

- 6) 疋田菜穂子, 金沢千勢子, 山川加奈子. 産婦人科手術における看護の実際 腹式単純子宮全摘術を受けた患者の1事例を通して. 臨床看護. 1958, 11 (13), 1927-1938.
- 7) 中島紀子, 深沢優子. 手術を控えた患者の不安の緩和をとおして学んだこと 子宮筋腫患者の事例をとおして. クリニカルスタディ. 1984, 5 (10), 81-85.
- 8) 松沢京子, 飯田昌子. 婦人科手術を受ける患者の精神的看護を考えて. クリニカルスタディ. 1984, 5 (5), 81-87.
- 9) 佐藤香代子, 鈴木則子. 子宮筋腫のある患者の術前・術後の看護, クリニカルスタディ. 1983, 4 (10), 80-83.
- 10) 宇田川泉, 岩水志津子, 小池由香他. 子宮摘出術を受けた患者の心理状態 回復過程をたどる患者との面接を通しての一考察. 日本看護学会論文集 母性看護. 2010, 40, 69-71.
- 11) 謝敷千尋, 勝連洋子, 當山清子他. 子宮動脈塞栓術に対する看護標準化の検討 看護師へのアンケート調査. 沖縄県看護研究学会集録. 2010, 25, 25-28.
- 12) 福島洋子. 巨大筋腫を合併した妊婦における排便機能障害への看護. 臨床看護. 1999, 25 (14), 2155-2160.
- 13) 河野美江, 戸田稔子. 心理社会的困難性を有する10代出産の検討. 思春期学. 2010, 28 (1), 154-159.
- 14) 立花桂, 鈴木葉子, 鈴木朋子他. 切迫早産妊婦のストレスコーピングに対する看護介入についての研究. 日本看護学会論文集 母性看護. 2008, 38, 127-129.
- 15) 蓼沼由紀子, 今関節子. 切迫早産により入院中の妊婦の予期的不安. 母性衛生. 2005, 46 (2), 267-274.
- 16) 岩田千恵, 森岡美沙. 多胎児を持つ母親の不安とその要因 妊娠から産後1ヵ月を通して. 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌. 2009, 5, 245-248.
- 17) 寺島陽子. 切迫早産で入院した双胎妊婦の心理過程. 日本看護学会論文集 母性看護. 2008, 38, 109-111.
- 18) 松原茂樹, 水上尚典, 佐藤郁夫. QOLの向上を目指した治療の選択と工夫・子宮筋腫合併妊娠. 産婦人科の実際. 1998, 47, 2187-2191.
- 19) 小池俊光, 佐藤郁夫. 子宮筋腫と妊娠 子宮筋腫合併妊娠の問題点. 臨床婦人科産科, 2002, 56, 273-277.
- 20) 森田峰人. 不妊症患者における筋層内子宮筋腫の腹腔鏡下筋腫核出術後の妊娠予後の検討. 東邦医学会雑誌. 2005, 52(3・4):206-210.
- 21) 佐川典正, 伊東宏晃. 女性性器疾患合併妊娠の管理 子宮筋腫. ペリネイタルケア. 夏季増刊. 2000, 136-138.
- 22) 山内かずよ, 押谷文子, 榎下いく子他. ハイリスク妊婦の看護 大阪府立母子保健総合医療センターの実際 母性棟の看護. 助産婦雑誌. 1992, 46 (7), 551-560.
- 23) 岩沢和子, 月僧厚子, 市村尚子他. 切迫流産妊婦の入院体験に関する研究 妊娠早期から産褥2ヵ月まで追跡して. 日本助産学会誌. 1993, 7 (1), 44-51.
- 24) 平松祐司, 関場香. 合併症妊娠に対する手術適応と手術時間 妊娠中の子宮筋腫核出術 その適応と手術時の注意点. 産婦人科手術. 1992, 3, 80-88.
- 25) 松原茂樹編, 平松祐司著. 子宮筋腫. ペリネイタルケア 夏季増刊. 2007, 152-159.

- 26) 斎藤央、三原崇文、米沢優他. :子宮筋腫が妊娠に及ぼす影響について. 産婦人科中国四国会誌. 1998, 47(1), 25-28.
- 27) 八木重孝, 南佐和子, 帽子英二他. 当院における子宮筋腫合併妊娠の検討. 産婦人科の進歩. 2007, 59(2), 148-150.
- 28) 神津円, 濱井葉子, 今西由紀夫. 当科における子宮筋腫合併妊娠についての検討. 日本産婦人科東京会誌. 2004, 53(2), 283-286.
- 29) 新井理水, 村岡光恵, 高木耕一郎他. 妊娠 31 週に常位胎盤早期剥離と湯約胎盤を呈した粘膜下筋腫合併妊娠の 1 例. 日本産婦人科東京会誌. 2005, 54(2), 248-252.
- 30) 高田舞子, 湯山公美子, 青木道子他. 巨大子宮筋腫合併妊娠の 4 症例. 栃木県産婦人科医報. 2006, 33(1), 19-23.
- 31) 中野宏城, 千々和真理, 柴田晴弘. 巨大子宮筋腫合併妊娠で妊娠中に筋腫核出術を施行し後日生児を得た一例. 西脇市立西脇病院誌. 2003, 3, 28-33.
- 32) 牧野真太郎, 田中利隆, 竹田省. 前回帝王切開および腹腔鏡下筋腫核出後の経膈トリアル成績について. 産婦人科の実際. 2008, 57(8), 1311-1314.
- 33) 松原英孝, 伊藤誠, 西迫潤他. 妊娠 28 週で発症した子宮筋腫核出術後の子宮破裂の 1 例. 産婦人科治療. 2003, 87(6), 728-730.
- 34) 有馬香織, 谷口智子, 福田雄介他. 筋腫核出術後妊娠 38 週で帝王切開術を施行し, 術中子宮筋層に創部離開を認めた 1 例. 日本産婦人科東京会誌. 2007, 56(3), 345-348.
- 35) 児玉紀代美, 河原のぶ子. 当センターの助産外来の現状と課題 実施後の調査より. 滋賀母性衛生学会誌. 2010, 10 (1), 34-37.