

事例番号：250117

原因分析報告書要約版

産科医療補償制度

原因分析委員会第四部会

1. 事例の概要

初産婦。既往歴として、子宮内膜ポリープ（妊娠成立の3ヶ月前に子宮鏡下経頸管的切除術）があった。妊娠6週から子宮筋腫が確認され、妊娠34週の子宮筋腫の大きさは58mm×19mmであった。妊娠36週2日、妊産婦は、腹部の激痛、嘔気・嘔吐、貧血症状のようなくらくなる感じ、腹部緊満感のため、当該分娩機関を受診した。病棟の診察室に到着した際、血圧90/51mmHg、脈拍103回/分で、子宮収縮は持続し、顔面蒼白で冷感があった。超音波断層法で常位胎盤早期剥離の所見はなく、胎児心拍数は50～60拍/分程度であった。胎児機能不全で緊急帝王切開が決定され、到着から26分後に児が娩出された。開腹時、腹腔内に多量に凝血塊が貯留し、子宮表面に膜様に付着しており、子宮破裂と診断された。子宮の後面下部の右側に約2cmの裂傷があり、その部分から出血がみられ、同部位からの腹腔内出血と診断された。触診上、裂傷は子宮内腔までは達していなかった。ダグラス窩から小指頭大の変性した組織片が回収され、病理組織学検査の結果、「フィブリン塊で、白血球を含む。筋腫ではない」との所見であった。

児の在胎週数は36週2日、体重は2466gであった。臍帯動脈血ガス分析値は、pH6.657、PCO₂117.4mmHg、PO₂15.8m

mHg、 HCO_3^- 12.8 mmol/L、BE - 25.7 mmol/Lであった。アプガースコアは生後1分2点（心拍2点）、生後5分3点（心拍2点、皮膚色1点）であった。出生後、小児科医により蘇生が開始され、当該分娩機関のNICUへ入室となった。頭部超音波断層法で脳に明らかな出血はみられなかった。脳低温療法の適応と判断され、他の医療機関へ搬送となった。搬送先医療機関のNICUで、肺出血、凝固能異常、新生児遷延性肺高血圧症があるため脳低温療法の適応外と判断され、脳平温療法（診療録の記載による）が行われた。生後26日の頭部MRIで多嚢胞性脳軟化症の所見がみられた。

本事例は病院における事例であり、産婦人科専門医2名（経験6年、18年）、産科医2名（2名とも経験3年）、小児科医2名（経験2年、11年）、麻酔科医1名（経験3年）と助産師3名（経験1年未満、3年、4年）、看護師2名（経験4年、14年）が関わった。

2. 脳性麻痺発症の原因

本事例の脳性麻痺発症の原因は、陣痛発来前に不全子宮破裂が発症し、大量の腹腔内出血を来した結果、母体血圧低下と胎盤循環不全により、胎児が高度の低酸素・酸血症に陥ったことであると推測される。不全子宮破裂の原因は明らかでない。

3. 臨床経過に関する医学的評価

妊娠中の管理は一般的である。

妊産婦からの腹痛と嘔気、嘔吐の症状の訴えに対し、来院を指示したことは一般的である。ショック状態であった妊産婦に対し、静脈確保と補液を行ったこと、胎児機能不全と判断し、緊急帝王切開を決定したことは適確であ

る。病棟に妊産婦が到着してから26分で緊急帝王切開により児を娩出させたことも適確である。

出生後の新生児蘇生は一般的であり、当該分娩機関のNICUに入室させ、以後の管理を行ったことも一般的である。

4. 今後の産科医療向上のために検討すべき事項

1) 当該分娩機関における診療行為について検討すべき事項

(1) 分娩後の事例検討について

新生児蘇生を要した分娩等については、情報共有をする意味でも院内でカンファレンスを行うことが望まれる。

(2) 胎児心拍数陣痛図について

本事例では、胎児心拍数陣痛図の胎児心拍数の表示幅が装着回毎に異なっていた。基線細変動、一過性徐脈等が正確に判読できるよう、院内で胎児心拍数陣痛図の表示基準を統一することが望まれる。

2) 当該分娩機関における設備や診療体制について検討すべき事項

特になし。

3) わが国における産科医療について検討すべき事項

(1) 学会・職能団体に対して

子宮に既往手術がない症例における子宮破裂は極めてまれであり、大規模な臨床的調査は殆どない。その原因やリスクファクターの抽出などに関しての調査研究が望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。