

事例番号:270183

原因分析報告書要約版

産科医療補償制度
原因分析委員会第五部会

1. 事例の概要

1) 妊産婦等に関する情報

経産婦

2) 今回の妊娠経過

特記事項なし

3) 分娩のための入院時の状況

妊娠 41 週 2 日 予定日超過、陣痛誘発のため入院

4) 分娩経過

9:05 シノプロストン錠内服開始

14:35 胎児心拍数の低下(80 拍/分台の徐脈)のため、子宮底圧迫法併用し、吸引分娩実施

14:50 変化なく帝王切開へ

14:57 帝王切開にて児娩出

子宮左側壁下部に破裂あり

子宮病理組織学検査:分娩時子宮破裂(左側壁下部)

5) 新生児期の経過

(1) 在胎週数:41 週 2 日

(2) 出生時体重:3300g 台

(3) 臍動脈血ガス分析値:pH 6.97、BE -17mmol/L

(4) アプガースコア:生後 1 分 1 点、生後 5 分 2 点

(5) 新生児蘇生:人工呼吸(バック・マスク)、胸骨圧迫、気管挿管

(6) 診断等:重症新生児仮死

(7) 頭部画像所見

生後 18 日 頭部 MRI で、低酸素性虚血性脳症の所見が認められる

6) 診療体制等に関する情報

(1) 診療区分: 診療所

(2) 関わった医療スタッフの数

医師: 産科医 1 名

看護スタッフ: 助産師 1 名、看護師 2 名、准看護師 1 名

2. 脳性麻痺発症の原因

(1) 脳性麻痺発症の原因は、胎児低酸素・酸血症であると考ええる。

(2) 胎児低酸素・酸血症の原因は、子宮破裂であると考ええる。

(3) 子宮破裂の発症時期は、妊娠 41 週 2 日 14 時 25 分から 14 時 35 分頃である
と考える。

(4) 子宮破裂の原因として、過強陣痛の可能性を否定できない。

3. 臨床経過に関する医学的評価

1) 妊娠経過

(1) 妊娠中の管理は一般的である。

(2) 妊娠 40 週 0 日から NST/ST を開始したことは一般的である。

(3) 妊娠 40 週 5 日の入院時の対応(子宮収縮自覚 10 分のため入院、分娩監視装置装着、内診実施、翌日退院)は一般的である。

2) 分娩経過

(1) 妊娠 41 週 2 日の時点で、再入院とし、分娩誘発を行ったことは一般的である。

(2) 子宮収縮薬使用にあたって、妊産婦への説明と同意についての内容が診療録に記載されていないことは基準から逸脱している。

(3) 妊娠 41 週 2 日で頸管熟化不良(子宮口開大 1 指、児頭下降見られず、子宮口硬度「硬」)の妊産婦に対して、頸管拡張を行わずにジノプロストン錠を用いたことは選択されることの少ない対応である。

(4) 子宮収縮薬投与にあたって、投与開始前に分娩監視を開始していないこと、および子宮収縮薬使用中に分娩監視装置による連続的モニタリングを実施せず、

投与を継続したことは、いずれも基準から逸脱している。

- (5) 妊娠 41 週 2 日の 14 時 35 分に分娩監視装置を装着して胎児徐脈を確認した状況で急速遂娩を決定したことは一般的である。
- (6) 急速遂娩の方法として吸引分娩と子宮底圧迫法を選択したことは、子宮口全開大前であることから、吸引分娩の要約を満たしておらず基準から逸脱しているという意見と、胎児徐脈の持続が認められた時点で本手技を選択したことはやむを得ないという意見の両方がある。
- (7) 吸引分娩および子宮底圧迫法の要約と方法について診療録に記載がないことは、一般的ではない。
- (8) 吸引分娩の手技については、吸引分娩開始時の子宮口開大、児頭位置、総牽引回数が診療録に記載されていないため、評価できない。
- (9) その後、帝王切開を決定したこと、および施行から児娩出までの時間は迅速である。
- (10) 臍帯動脈血ガス分析を実施したことは一般的である。

3) 新生児経過

出生直後は心停止状態で娩出されているが、吸引刺激、バッグ・マスクによる人工呼吸にて酸素投与、胸骨圧迫が実施されており、生後 13 分には心拍数 100 回/分以上に回復している。しかし、新生児蘇生に関して、出生直後の蘇生の経時的な記録が不足しており、その手順に関して評価できない。

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) 頸管熟化が非常に不良な場合に分娩誘発を行う場合は、「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2014」に準拠し、器械的頸管熟化処置を考慮することが望まれる。
- (2) シノプロスト錠を使用する場合は、今後は「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2014」に則した方法で投与することが望まれる。
- (3) 子宮収縮薬投与中は、「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2014」に準拠し、分娩監視装置を用いて子宮収縮と胎児心拍数を連続的にモニターすることが望まれる。

- (4) 子宮収縮薬による陣痛誘発・陣痛促進に際しては、「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2014」に示されているように、今後は、事前に説明し文書で同意を得ることが必要である。
- (5) 「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2014」に示される吸引分娩の適応と要約について、再度確認し順守することが望まれる。
- (6) 本事例は、吸引分娩の要約、実施回数、終了時刻、子宮底圧迫法の開始時刻、実施回数、終了時刻、手術所見の詳細、新生児蘇生の詳細等の記載が不十分であった。また、新生児気管挿管のために来院した小児科医の来院時間が当該分娩機関と NICU、および家族の記録と大きく異なっていた。観察した事項および実施した処置等に関しては、診療録に正確に記載することが望まれる。
- (7) 当該分娩機関における事例検討や再発防止のためのシステム改善として、今後は、陣痛促進は行わず、持続的な分娩監視ならびに必要な場合に帝王切開をする方針に改めることが提案されているが、陣痛促進を回避するのではなく「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2014」に沿ったより適切な陣痛促進・分娩誘発法を施行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

近隣の高次医療機関へ新生児搬送が円滑に行えるよう、地域の新生児搬送体制を整備することが勧められる。

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

子宮手術および帝王切開既往のない場合の子宮破裂は極めてまれな疾患であり大規模な臨床的な疫学調査が殆どないため、リスクファクター(子宮奇形など)の抽出など再発予防のための調査研究が望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

- ア. 当該分娩機関は、産婦人科常勤医師数が少ない。地方では当該分娩機関同様、現在もなお産科医不足の状況が続いている。国・地方自治体には、今後も引き続き、産科医不足の解消に資する施策を検討することが望まれる。
- イ. 母児いずれか、あるいは双方に重大なリスクが考えられる事例では、スムーズに母体搬送や新生児搬送(新生児科医の立ち会い依頼も含めて)が行われるよ

う、周産期母子医療センターなど高次医療機関のより一層の整備が望まれる。