

事例番号:300256

原因分析報告書要約版

産科医療補償制度
原因分析委員会第六部会

1. 事例の概要

1) 妊産婦等に関する情報

初産婦

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 40 週 0 日

13:30 破水のため入院

4) 分娩経過

妊娠 40 週 2 日・40 週 3 日 ジプロロスト錠内服による陣痛誘発

妊娠 40 週 5 日 オキシシン注射液による陣痛誘発

妊娠 40 週 6 日 ジプロロスト点滴による陣痛誘発

妊娠 41 週 0 日

10:25 胎児心拍数陣痛図で胎児心拍数 60-70 拍/分の徐脈の持続を認める

10:40 内診時に少量の性器出血あり

10:52 常位胎盤早期剥離のため帝王切開にて児娩出

胎児付属物所見 胎盤に後血腫あり、胎盤病理組織学検査にて Stage II の絨毛膜炎および Stage III の臍帯炎

5) 新生児期の経過

(1) 在胎週数:41 週 0 日

(2) 出生時体重:3052g

(3) 臍帯動脈血ガス分析:pH 6.625、PCO₂ 152.0mmHg、PO₂ 32.7mmHg、

HCO_3^- 14.9mmol/L、BE -39.3mmol/L

- (4) アプガースコア: 生後 1 分 0 点、生後 5 分 3 点
- (5) 新生児蘇生: 人工呼吸(バッグ・マスク、チューブ・バッグ)、気管挿管、胸骨圧迫
- (6) 診断等:
出生当日 重症新生児仮死、新生児低酸素性虚血性脳症 Sarnat Stage II 度
- (7) 頭部画像所見:
生後 13 日 頭部 MRI で大脳基底核・視床に信号異常を認める

6) 診療体制等に関する情報

- (1) 施設区分: 病院
- (2) 関わった医療スタッフの数
医師: 産科医 2 名、小児科医 1 名、麻酔科医 1 名
看護スタッフ: 助産師 2 名、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、常位胎盤早期剥離による胎児低酸素・酸血症である
と考える。
- (2) 前期破水および子宮内感染は、常位胎盤早期剥離の関連因子である可能性
がある。
- (3) 常位胎盤早期剥離の発症時期は特定できないが、妊娠 41 週 0 日 10 時 25 分
頃またはその少し前の可能性があると考ええる。

3. 臨床経過に関する医学的評価

- 1) 妊娠経過
妊娠中の管理は概ね一般的である。
- 2) 分娩経過
(1) 妊娠 40 週 0 日に水っぽい産徴を主訴に受診した妊産婦への対応(分娩監視
装置装着、内診)、および水様性の帯下の持続、胎児心拍数下降が認められ、
医師へ報告し、破水疑いで入院としたことは、いずれも一般的である。
(2) 入院後の妊娠 40 週 0 日、40 週 1 日および 40 週 4 日の妊産婦の管理(間欠
的胎児心拍数モニタリング、バイタルサイン測定、血液検査実施、抗生物質投与等)は一

一般的である。

- (3) 妊娠 40 週 0 日に破水疑いで入院した妊産婦に対し、妊娠 40 週 2 日に陣痛誘発を開始したことは選択肢のひとつであり、陣痛誘発・促進について書面にて説明し、同意を得たことは一般的である。
- (4) 妊娠 40 週 2 日および 40 週 3 日の子宮収縮薬(ジプロrost錠)の内服方法(妊娠 40 週 2 日は 54 分から 1 時間 14 分毎に 1 錠ずつ、6 錠目まで、妊娠 40 週 3 日は 59 分から 1 時間 10 分毎に 1 錠ずつ、6 錠目まで)は一般的でない。
- (5) 妊娠 40 週 5 日の子宮収縮薬(キシシ注射液)の投与方法(5%ブドウ糖注射液 500mL+キシシ注射液 5 単位を 12mL/時間で持続点滴投与を開始したこと)、およびその後の増量(30-45 分毎に 6-12mL/時間ずつ、最大 90mL/時間まで)は一般的である。
- (6) 妊娠 40 週 6 日の子宮収縮薬(ジプロrost注射液)の投与方法(5%ブドウ糖注射液 500mL+ジプロrost注射液 1000 μ g 3 アンプルを 30mL/時間で持続点滴投与を開始したこと)、および最大 150mL/時間まで増量したことは基準内であるが、22-35 分毎に 15mL/時間ずつ増量したことは基準から逸脱している。
- (7) 妊娠 40 週 2 日、40 週 3 日、40 週 5 日の陣痛誘発時、間欠的に分娩監視装置を装着したことは基準から逸脱している。
- (8) 妊娠 41 週 0 日の 7 時 11 分から 9 時 16 分の胎児心拍数陣痛図において、胎児心拍数異常(高度遷延一過性徐脈、高度遅発一過性徐脈)が認められている状態で、分娩監視装置を終了したことは選択されることが少ない。
- (9) 妊娠 41 週 0 日の 10 時 40 分に超音波断層法にて胎児徐脈を確認し、徐脈が悪化傾向であり、常位胎盤早期剥離のため緊急帝王切開を決定したことは一般的である。
- (10) 帝王切開決定から 12 分で児を娩出したことは優れている。
- (11) 胎盤病理組織学検査を実施したことは適確である。
- (12) 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

新生児蘇生(バッグ・マスクによる人工呼吸、気管挿管、胸骨圧迫、チューブ・バッグによる人工呼吸)、および重症新生児仮死の診断で当該分娩機関 NICU に入室したことは一般的である。

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) 緊急時で、速やかに診療録に記載できない場合であっても、対応が終了した際には、観察した事項や処置、判断した内容、妊産婦に説明した内容については、診療録に詳細を記載することが望まれる。

【解説】本事例は、医師による妊産婦への説明内容等（症状・治療方針等）の診療録への記載が不十分であり、また、「原因分析に係る質問事項および回答書」によると、陣痛誘発・促進の適応は診療録に記載がなく不明とされている。観察した事項や処置、判断した内容、妊産婦に説明した内容については、診療録に詳細を記載することが必要である。

- (2) ジノプロスト錠の内服による陣痛誘発について、「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2017」に従い、次回服用までには1時間以上あけることが望まれる。
- (3) ジノプロスト注射液による陣痛誘発の際の増量間隔は、「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2017」に従い、30分以上経ってから増量することが望まれる。
- (4) 子宮収縮薬使用時には、投与開始前から分娩監視装置を装着して胎児心拍数陣痛図として記録すること、またジノプロスト錠による陣痛誘発の際には、最終内服時から1時間以上分娩監視装置を装着して胎児心拍数モニタリングを記録することが望まれる。

【解説】「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2017」では、子宮収縮薬投与開始前から分娩監視装置を装着して胎児心拍数陣痛図として記録すること、ジノプロスト錠による陣痛誘発の際には、最終内服時から1時間以上分娩監視装置を装着して胎児心拍数モニタリングを記録することとされている。

- (5) 胎児心拍数陣痛図の判読と対応を「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2017」を参考に習熟することが望まれる。
- (6) B群溶血性連鎖球菌スクリーニングは妊娠35週から37週に実施することが望まれる。

【解説】「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2017」では、妊娠35週から37週までの実施を推奨している。

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

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

ア. 常位胎盤早期剥離は、最近の周産期管理においても予知が極めて困難であるため、周産期死亡や妊産婦死亡に密接に関与する。常位胎盤早期剥離の発生機序の解明、予防法、早期診断に関する研究を推進することが望まれる。

イ. 国・地方自治体に対して、妊娠中の B 群溶血性連鎖球菌スクリーニングを、「産婦人科診療ガイドライン」で推奨する時期に公的補助下に一律に実施できる制度を構築するよう働きかけることが望まれる。

【解説】「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2017」では、膣分泌物培養検査 (GBS スクリーニング) を妊娠 35 週から 37 週に実施することを推奨しているが、検査費用の公的補助制度によって同時期の実施が難しい地域がある。

(2) 国・地方自治体に対して

なし。