

事例番号：260205

原因分析報告書要約版

産科医療補償制度

原因分析委員会第二部会

1. 事例の概要

2回経産婦。今回の分娩の約1年前、子宮腺筋症のため腹腔鏡下子宮腺筋症病巣摘出術を受けていた。妊娠39週0日、前期破水のため入院した。分娩52分前に、妊産婦より右側腹部上側痛の訴えがあったため、助産師は医師に報告した。胎児心拍数は70～80拍/分に低下し、いったん100拍/分まで回復するが再び低下したため、再度医師に状態を報告し、酸素投与を開始した。分娩42分前に医師が到着し、生理食塩水20mLにオキシトシン1単位が投与された。その後、子宮底圧迫法、吸引分娩が実施された。児頭下降不良のため帝王切開で児が娩出された。手術所見は、「子宮後壁から子宮底右にかけて約10cm子宮破裂、児の体の大部分は腹腔内に脱出、児頭は子宮内にあり」であった。

児の在胎週数は39週0日で、体重は3162gであった。アプガースコアは生後1分2点、生後5分3点であった。出生時、筋緊張、啼泣はなく、バッグ・マスクによる人工呼吸が開始され、気管挿管の後にNICUへ入院となった。入院時の静脈血ガス分析はpH7.21、PCO₂42mmHg、BE-10.7mmol/L（人工呼吸管理下）であった。生後13時間の血液検査は、ヘモグロビン10.7g/dL、ヘマトクリット30.6%、血小板9.9万/μL、PT165秒以上、APTT245秒以上、フィブリノーゲン

35 mg/dL以下、D-ダイマー20.0 μg/mL以上であった。医師は貧血進行、DICと診断した。生後2日、頭部超音波断層法で「左側脳室三角部外側に卵円形の周囲よりやや低エコーの領域あり。その辺縁は無エコーに近い。出血を疑わず高エコーなし」と診断された。生後17日、頭部CTは、広範囲が低吸収で脳軟化症と診断された。

本事例は病院における事例であり、産科医2名、小児科医2名、麻酔科医2名と助産師1名、看護師5名関わった。

2. 脳性麻痺発症の原因

本事例における脳性麻痺発症の原因は、児娩出までの約52分間、胎児低酸素・酸血症が持続したことと考えられる。低酸素・酸血症の原因は既往手術の子宮切開部位の子宮破裂により、正常な子宮胎盤循環が失われたことと考えられる。

3. 臨床経過に関する医学的評価

子宮手術既往歴がある妊産婦に対して、子宮破裂の可能性や考えられる分娩方針について、診療録に説明を行った記録がないことは一般的ではない。また、口頭による説明のみで経膈分娩を選択したとすれば基準から逸脱している。入院後より胎児心拍モニターで持続的に監視を施行したことは一般的である。妊産婦が腹痛を訴え胎児徐脈が発生した時点で、子宮口全開大、児頭位置Sp±0cmであったことから、子宮底圧迫法、吸引分娩を試行したことは選択肢のひとつである。子宮収縮薬の使用方法は基準から逸脱している。胎児徐脈から児を娩出するまでの対応は一般的である。

新生児蘇生、NICU入院後の対応は一般的である。

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) 子宮手術後の経膈分娩のリスクの説明と記録について

子宮手術既往歴がある妊産婦に対しては、子宮破裂の可能性および分娩方針の選択肢について、文書で説明を行うとともに、妊産婦と家族の意見などを診療録に詳細に記録することが強く勧められる。

(2) 子宮手術既往歴がある妊産婦の腹痛時の対応について

帝王切開、子宮手術既往歴がある妊産婦が腹痛を訴えた場合は子宮破裂を疑うことを強く勧められる。

(3) 子宮収縮薬の使用について

子宮収縮薬を投与する際の説明と同意、投与方法については「産婦人科診療ガイドラインー産科編2014」の「子宮収縮薬投与開始前に確認すべき点は？」に記載されている内容に則して実施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

子宮破裂や常位胎盤早期剥離の診断には超音波断層法が有用な場合があるため、妊産婦が腹痛を訴えた場合は超音波断層法ができるよう診療体制を整えることが望まれる。

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

ア. 子宮手術既往歴がある妊産婦の管理指針について

既往帝王切開後の経膈分娩については、産婦人科診療ガイドラインにその管理法が記載されているが、その他の手術既往歴がある患者に関しては明確な記載がないため指針を作成することが望まれる。

イ. 帝王切開以外の子宮手術既往歴がある妊産婦の子宮破裂のリスク因子
について

子宮破裂の頻度、リスク因子についての大規模な調査を実施することが望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。