

事例 1

原因分析報告書より一部抜粋

初産婦。診療所で妊婦健診を定期的に受診しており、妊娠経過は順調であった。身長は158cm、体重は64.9kg（非妊娠時50.4kg）。妊娠40週に予定日超過のため分娩誘発目的に入院した。入院1日目、ラミナリアにより頸管拡張。2日目、オキシトシンを投与した分娩誘発を行ったが子宮口は3cmまでしか開大せず、夕方中止。3日目、再度オキシトシン点滴施行。子宮口全開大し、一過性徐脈が認められるため、クリステレル胎児圧出法を併用し吸引分娩を2回施行（看護記録には3-4回滑脱と記載あり）。吸引分娩開始から45分後、分娩に至らないため帝王切開術を決定。27分後に児を娩出し、出生体重は3800g、アプガースコアは1分後3点、5分後4点であった。

〈脳性麻痺発症の原因〉

高度遷延一過性徐脈出現後のクリステレル胎児圧出法と吸引分娩が胎児の低酸素状態を悪化させ、その状態が出生まで持続したことによるものと考えられる。しかし、高度遷延一過性徐脈の原因については特定できない。

〈医学的評価〉

胎児機能不全の判断後、急速遂娩として吸引分娩を決定したことは選択肢としてあり得る。吸引分娩の開始から児娩出まで72分を要したことは、診療所としては一般的であるとする意見もあるが、吸引分娩の施行から帝王切開術の決定までに45分を要しており、吸引分娩実施後20分を経過した時点で分娩方法の見直しを行わなかったことは一般的でない。

〈当該分娩機関が検討すべき事項〉

帝王切開術以外の急速遂娩を選択して不成功だった場合、緊急度はさらに上昇する。吸引分娩を第一選択とした場合には、不成功時点が急速遂娩の開始時刻ではないことを再認識する必要がある。

II. 吸引分娩について

第2回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書
第4章 P43

事例 2

原因分析報告書より一部抜粋

経産婦。診療所で妊婦健診を定期的に受診しており妊娠経過は順調であった。身長は152.3cm、体重は66.4kg（非妊娠時62kg）。妊娠39週に陣痛発来のため入院し、約5時間後に子宮口が全開大となり、自然破水した。同時にオキシトシンの投与が開始された。1時間10分後に分娩停止、児頭骨盤不均衡ボーダーラインと判断し、吸引分娩を開始したが施行中2回カップが滑脱し、産瘤形成著明であり、帝王切開術を決定した。その55分後に帝王切開術を開始し、9分後に児娩出となった。出生体重は3906g、アプガースコアは1分後3点、5分後5点であった。吸引分娩施行直後から帝王切開術までの15分間のCTGが提出されており、軽度の胎児機能不全を示す所見であった。

児はNICUを有する医療機関に搬送となったが、帽状腱膜下血腫を認め、ヘモグロビン値が8.5g/dlまで低下した。血圧も低下し出血性ショックと診断された。

〈脳性麻痺発症の原因〉

吸引分娩施行により分娩中に帽状腱膜下血腫が発生し、出生後、帽状腱膜下血腫への出血が増加し、循環不全をきたし、出血性ショックとなったことで脳性麻痺を発症した可能性が高いと考えられる。分娩経過中、吸引分娩施行前の胎児機能不全はそれほど重篤なものではなく、本事例の脳性麻痺の発症を完全に説明することはできない。

〈医学的評価〉

吸引分娩の施行、断念、緊急帝王切開術の施行、新生児蘇生処置、小児科への転科といった一連の流れは、産科診療所として可能な範囲内で迅速に行われていたと判断できる。

〈当該分娩機関が検討すべき事項〉

吸引分娩に関する記載なし。

〈わが国における産科医療について検討すべき事項（学会・職能団体への要望）〉

吸引適位を検討することが望まれる。

帽状腱膜下血腫の実態調査、どのような吸引分娩の手技がハイリスクかを解明することが望まれる。

吸引分娩後24時間は児を十分な監視下に置き、帽状腱膜下血腫の有無など、児の状態を注意深く観察するよう周知することが望まれる。