

事例番号:280108

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

1) 妊産婦等に関する情報

初産婦

2) 今回の妊娠経過

不妊治療による二絨毛膜二羊膜双胎の第2子(妊娠中のⅡ児)

3) 分娩のための入院時の状況

妊娠 36 週 1 日

12:30 前期破水のため入院

4) 分娩経過

妊娠 36 週 1 日

16:00 陣痛発来

妊娠 36 週 2 日

3:58 オキシシン点滴開始

4:36 吸引分娩で第1子(妊娠中のⅠ児)娩出

Ⅱ児が横位にて外回転術施行後頭位、超音波断層法で徐脈認め
たが回復

Ⅱ児に徐脈認めたため吸引分娩決定

4:45 子宮底圧迫法を併用した吸引分娩 1 回で、第2子(妊娠中のⅡ
児)娩出

胎盤病理組織学検査:第2子の胎盤は「絨毛膜羊膜炎がみられる。絨毛は軽
度の villitis(絨毛炎)を認めるが、明らかな虚血性変
化等は指摘できない」

5) 新生児期の経過

- (1) 在胎週数:36 週 2 日
- (2) 出生時体重:1914g
- (3) 臍帯動脈血ガス分析値
pH 7.219、PCO₂ 56.0mmHg、PO₂ 10.4mmHg、HCO₃⁻ 22mmol/L、BE -4.5mmol/L
- (4) アプガースコア:生後 1 分 1 点、生後 5 分 2 点、生後 10 分 5 点
- (5) 新生児蘇生:人工呼吸(バッグ・マスク)、気管挿管
- (6) 診断等
出生当日 新生児仮死
退院時 新生児脳虚血、低酸素性虚血性脳症、頭蓋内出血
- (7) 頭部画像所見
生後 3 日 頭部 CT で左前頭葉に約 19mm の血腫を認め、大脳鎌や小脳テント周囲に出血が広がりを見認める
生後 12 日 頭部 MRI で大脳基底核・視床の信号異常を認める

6) 診療体制等に関する情報

- (1) 診療区分: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
看護スタッフ:助産師 4 名

2. 脳性麻痺発症の原因

- (1) 脳性麻痺発症の原因は、頭蓋内出血による中枢神経障害である。
- (2) 頭蓋内出血の原因には多因子(DICによる血液凝固障害、早産、低出生体重児、分娩前の負荷、外回転、吸引分娩、10分間の徐脈、絨毛羊膜炎による高サイトカイン血症など)が複合的に関与している可能性があるが、その発症時期は不明である。

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(妊婦健診、検査等)は一般的である。

- (2) 妊娠 34 週で I 児が頭位、II 児が横位であり、帝王切開を含めた分娩方法の説明の後、経膈分娩の方針としたことは一般的である。

2) 分娩経過

- (1) 破水に対する入院後の対応(分娩監視装置装着、ペニシリン系薬剤静脈投与)は一般的である。
- (2) 妊娠 36 週 1 日 21 時 25 分頃に遷延一過性徐脈を認め、保存的処置(体位変換、酸素投与、輸液)および連続胎児心拍数モニタリングを行ったことは一般的である。
- (3) 微弱陣痛に対して子宮収縮薬(オキシトシン)の点滴を開始したことは一般的であるが、増量の間隔は基準を逸脱している。
- (4) II 児を外回転術で頭位に戻した後に、胎児心拍数低下に対して急速遂娩として吸引分娩を実施したことは一般的である。
- (5) 胎盤病理組織学検査を実施したことは適確である。
- (6) 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(酸素投与、バグ・マスクによる人工呼吸、気管挿管)、NICU 入院としたことおよび新生児管理は一般的である。

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

子宮収縮薬(オキシトシン)を投与する際の増量間隔については、「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2014」に則して行うことが望まれる。

【解説】「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2014」では、例外的に高用量(4 /ml 単位/分)の開始速度および増量を以下の場合に可能としているが、いずれも増量は 30 分以上空けるとされている。1) 子宮口全開大後 2 時間経過した微弱陣痛、2) 48 時間以内にオキシトシンの感受性が低いと分かっている場合、3) 双胎分娩第 1 子分娩後で、陣痛が微弱になった場合

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

なし。

(2) 国・地方自治体に対して

なし。