

事例番号：240065

## 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

初産婦。BMIは入院時37.0（非妊娠時33.9）であった。妊娠40週3日に妊産婦は陣痛を自覚し、搬送元分娩機関を受診し、前期破水と診断され入院となった。抗菌薬が投与され経過観察となっていたが、翌日に微弱陣痛と診断され陣痛促進剤の投与が開始された。開始後約9時間30分頃からの胎児心拍数陣痛図で軽度変動一過性徐脈がみられ、分娩監視装置が継続された。さらに開始後約9時間50分頃からは高度変動一過性徐脈がみられたため、陣痛促進剤の中止と酸素投与が行われ、帝王切開が決定された。陣痛促進剤の中止から約20分後は高度徐脈となり、当該分娩機関へ母体搬送後、帝王切開により児が娩出となった。薄緑色の羊水混濁があり、臍帯巻絡が頸部に1回あった。胎盤病理組織学検査が行われ、梗塞病変と脱落膜の壊死が認められ、絨毛の石灰沈着が所々にみられ、血管の異常や炎症は認められないことが報告された。手術時間は1時間16分で、出血量は1260mL（羊水を含む）であった。

児の在胎週数は40週4日で、体重は3100g台であった。アプガースコアは、1分後、5分後ともに0点であった。臍帯動脈血ガス分析は施行されなかった。出生後直ちに気管挿管が行われ、人工呼吸と胸骨圧迫が開始され、心拍数120回/分と安定したのは出生から20分経過してからであっ

た。その後、当該分娩機関のNICUに入院となった。人工呼吸管理を要し、入院時の動脈血ガス分析値は、pH 6.58、BE - 30 mmol/L未満であった。低酸素性虚血性脳症と診断され、加療が施された。生後17日の頭部超音波断層法では、多嚢胞性脳軟化症の所見が認められた。

本事例は、診療所から病院に母体搬送となった事例である。搬送元分娩機関では産婦人科専門医1名と助産師1名が、当該分娩機関では産婦人科専門医4名、麻酔科医1名と看護師2名が関わった。

## 2. 脳性麻痺発症の原因

本事例の脳性麻痺発症の原因は、娩出前の約53分間にわたる胎児の低酸素・酸血症のために低酸素性虚血性脳症が発症したことである。このように急激に発症する胎児低酸素・酸血症の原因としては常位胎盤早期剥離、子宮破裂、臍帯血流の突然かつ高度な圧迫が考えられるが、術中所見からはいずれも否定的であり、本事例で胎児が突然低酸素状態に陥った原因を特定することはできない。

## 3. 臨床経過に関する医学的評価

搬送元分娩機関での妊婦健診については、一般的な健診項目が全て施行されており、妊娠中の管理は一般的である。前期破水に対する子宮収縮薬の使用、および使用にあたって説明し同意を得たことは一般的である。オキシトシンの開始時投与量・維持量・増量方法はいずれも基準内である。オキシトシン使用中に、内診とバイタルサインの測定を定期的に行ったことは一般的である。出生約90分前頃からの軽度変動一過性徐脈の出現に対して分娩監視装置によるモニタリングを持続的に行ったことは基準内である。出生約75分前頃からの高度変動一過性徐脈の出現に対して保存的処置を施行し、さ

らに帝王切開を決定したことは一般的である。出生約53分前頃からの高度徐脈に対して、母体搬送の方針としたことは選択肢のひとつである。

当該分娩機関での帝王切開による児娩出はきわめて迅速であり優れている。出生後の新生児蘇生処置およびその後の治療は一般的である。

#### **4. 今後の産科医療向上のために検討すべき事項**

##### **1) 各分娩機関における診療行為について検討すべき事項**

特になし。

##### **2) 各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**

###### **(1) 搬送元分娩機関**

本事例では、胎児心拍数陣痛図が異常波形（高度）になった際に、その対応として母体搬送を選択している。自院での手術と母体搬送のどちらがより優れているかは一概には言えないが、緊急事態においてできるだけ迅速に救急対応が可能となるような設備や診療体制の整備が望まれる。

###### **(2) 当該分娩機関**

特になし。

##### **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**

特になし。

###### **(2) 国・地方自治体に対して**

小規模分娩施設における母体・胎児の急変に対応するための救急搬送、人員応援などの体制作りを各地域の実情にあわせて整備することが望まれる。