

事例番号：240092

原因分析報告書要約版

産科医療補償制度

原因分析委員会第四部会

1. 事例の概要

初産婦。妊娠32週、75g糖負荷試験が行われ、2時間後の血糖値が179mg/dLであった。妊娠39週5日深夜、破水となり、妊娠39週6日、入院となった。入院から1時間15分後、陣痛が発来した。陣痛発来から約14時間30分後、微弱陣痛のためオキシトシンの投与が開始された。オキシトシンの投与開始から約2時間後、子宮口の全開大が確認された。オキシトシンの投与開始から5時間45分後、クリステレル胎児圧出法が行われて児が娩出された。胎盤、臍帯の異常はなく、羊水混濁はなかった。分娩所要時間は20時間33分（分娩第Ⅰ期16時間20分、分娩第Ⅱ期3時間52分、分娩第Ⅲ期21分）であった。

児の在胎週数は39週6日で、体重は3160gであった。アプガースコアは、生後1分3点（心拍2点、反射1点）、生後5分5点（心拍2点、呼吸1点、皮膚色2点）であった。臍帯動脈血ガス分析値は、pH6.778、 PCO_2 73.0mmHg、 PO_2 23.0mmHg、 HCO_3^- 10.6mmol/L、BE-25.1mmol/Lであった。酸素投与とバッグ・マスクによる人工呼吸が行われた。酸素投与を中止すると経皮的動脈血酸素飽和度が低下する状態が続き、びくつきがみられたため、生後2時間33分、NICUへ搬送となった。入院当日の頭部超音波断層法で頭蓋内の出血が疑わ

れたため、脳低温療法は行われなかった。生後1ヶ月の頭部CTは、脳実質はテント上、テント下ともに、脳幹の一部を除き低吸収域であり、浮腫は軽減、萎縮し、脳室内出血が認められた。

本事例は、診療所における事例であり、産婦人科専門医1名（経験年数35年）、助産師2名（経験年数4年、14年）、看護師1名（経験年数11年）、准看護師4名（経験年数2～19年）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、分娩第Ⅱ期の繰り返す低酸素状態が児の出生まで持続したことにより、胎児が高度の低酸素血症、アシドーシスに至ったことであると考えられる。胎児心拍数陣痛図の子宮収縮の波形が不明瞭であるため、過強陣痛が存在したかについては不明であるが、オキシトシンによる頻回の子宮収縮が胎児の低酸素血症、アシドーシスを増悪させた可能性もある。

3. 臨床経過に関する医学的評価

妊娠中の管理は一般的である。

微弱陣痛のため子宮収縮薬による陣痛促進を開始したことは選択肢としてあり得る。子宮収縮薬の使用法に関しては増加量および最終投与量が推奨されている投与量よりも多く、基準から逸脱している。波形レベル4（異常波形中等度）がみられる状態であったが、波形レベル3（異常波形軽度）と判断し、経過観察とし、クリステレル胎児圧出法以外の急速遂娩を行わなかったことは一般的ではない。

出生後の児へ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) 子宮収縮薬の使用法について

子宮収縮薬の使用に際しては、日本産科婦人科学会および日本産婦人科医会によって取りまとめられた「子宮収縮薬による陣痛誘発・陣痛促進に際しての留意点」に則した使用法が勧められる。

(2) 胎児心拍数陣痛図の判読と対応について

日本産科婦人科学会周産期委員会の推奨指針を踏まえた判読と対応を習熟することが望まれる。また、判読した内容については診療録へ記載することが望まれる。

(3) 分娩進行の評価について

分娩が遷延する場合は、陣痛のみならず、児頭骨盤不均衡、回旋異常を疑うなど胎児および産道の評価を行い、分娩が遷延する原因を検索することが望まれる。

(4) 分娩監視装置の装着について

胎児心拍数、子宮収縮波形が判読困難である状態が持続していた。今後は、可能な限り正確な記録ができるように正しく装着し、胎児心拍数陣痛図を明瞭に記録することが望まれる。

(5) 胎盤病理組織学検査の提出について

児が重症新生児仮死で出生した場合は、胎盤を病理組織学検査に提出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

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

ア. ガイドラインの普及について

子宮収縮薬の使用と胎児心拍数波形の解説に関して、産科医療に携わる医療者へ産婦人科ガイドラインの一刻も早い普及徹底を図ることが望まれる。

イ. 子宮収縮薬使用時の過強陣痛の診断基準について

子宮収縮薬使用時の過強陣痛の診断基準について検討することが望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。