

事例番号：240103

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39週3日に無痛分娩の目的で入院となった。分娩誘発目的で用量40mL以下のメトロイリントルが挿入され、翌日、陣痛発来し、オキシトシンによる陣痛促進が開始され、硬膜外麻酔が行われた。オキシトシンの投与開始から約4時間後、胎児心拍数の低下とメトロイリントルの脱出があり、メトロイリントルが抜去された。メトロイリントルの抜去から約2時間後、人工破膜が行われた。羊水混濁はみられなかった。人工破膜から約1時間40分後、児が娩出された。臍帯巻絡が頸部に1回あり、羊水混濁は(+)であった。

児の在胎週数は39週4日で、体重は2900g台、アプガースコアは、生後1分8点、生後5分9点であった。臍帯動脈血ガス分析値は、pH7.33、BE-2.0mmol/Lであった。生後2時間にチアノーゼがみられた。その後、経皮的動脈血酸素飽和度の低下がみられ、生後4時間に肺の換気音も不良であるためNICUの医師へ診察が依頼された。無呼吸と吃逆様の呼吸を繰り返し、徐脈もみられたためNICUへ入室となった。入室時の血液検査でLDH1381IU/I、CK1511IU/Iであり、経過中で最高値となった。生後5時間の頭部CTで脳室はほとんど描出されておらず、出生時のものとしても浮腫が少なからず認められ、小脳テント下に少

量の出血が疑われると判断された。頭部の超音波断層法で明らかな浮腫は認められず、脳室周囲高輝度域はⅠ度と判断された。生後7日の頭部MRIで、脳梁とその周辺、側室脳室内側、海馬に異常信号があると判断された。生後13日の頭部MRIで、脳梁の異常信号は改善したが、内包後脚と基底核（淡蒼球の下）に新たに異常信号があると判断された。代謝異常検査では異常なく、眼底検査、髄液検査等も異常なかった。生後23日の頭部MRIで、脳梁の異常信号はほぼ消失し、脳溝が開いてきており、萎縮が始まっている可能性があるという判断された。

本事例は、病院における事例であり、産婦人科専門医1名、麻酔科医1名、助産師3名が関わった。

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、出生後の所見から検討すると、入院以前の胎児に何らかの事象が発生した可能性がある。しかし、胎児の健全性を評価するため現在最も有効と考えられている検査において、脳性麻痺発症に至る低酸素状態を証明する所見はない。したがって、本事例において、入院以前に低酸素状態があったか否かも含めて、脳性麻痺発症の原因を特定することは困難である。

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。

メトロイリントール挿入時、子宮頸管熟化はしておらず、用量40mL以下のメトロイリントールを使用したことは医学的妥当性がある。メトロイリントール挿入時に超音波断層法を施行し、胎児の状態を確認したことは適確である。硬膜外無痛分娩を行ったことやその方法は一般的である。陣痛発来後、分娩

の進行がないと判断し、オキシトシンによる陣痛促進を行ったことは一般的である。オキシトシンの投与量は適確である。分娩の進行を図るために人工破膜を施行したことは医学的妥当性がある。胎児心拍数モニタリングを行ったこと、およびその対応は一般的である。

新生児への出生後の対応は一般的である。経皮的動脈血酸素飽和度の低下、肺の換気音不良のためNICUの医師に診察を依頼したことは適確である。NICUにおける痙攣や無呼吸に対する検査、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) 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

家族の意見によれば、産科医と小児科医で家族への説明の内容が異なっていた。病状の原因が不明である場合等の説明にあたっては、産科医と小児科医が同席する、あるいは説明の前に産科医と小児科医で話し合いを行う等の対応が望まれる。

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

分娩時に重症の低酸素・酸血症を呈さず、分娩前に胎内で発生した異常が脳性麻痺を発症したと推測される事例を蓄積して、疫学のおよび病態学的視点から、調査研究を行うことが望まれる。また、分娩時に明らかに異常がない場合でも、脳性麻痺が一定の頻度で発症することを周知することが望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。