

事例番号：250053

原因分析報告書要約版

産科医療補償制度
原因分析委員会第一部会

1. 事例の概要

初産婦。妊娠41週1日に陣痛開始のため入院となった。入院時の胎児心拍数陣痛図はリアシュアリングであった。入院から約2時間30分後より遅発一過性徐脈がみられた。助産師は入院から約9時間30分後より変動一過性徐脈がみられると判断し、自然に回復しているが頻発しているため、医師に報告した。医師は経過観察とし、酸素投与を指示した。その後も助産師は遅発一過性徐脈、遷延一過性徐脈がみられると判断し、医師に報告した。入院から10時間50分後に妊産婦は分娩室に入室した。助産師は変動一過性徐脈がみられると判断し、医師に報告した。分娩室入室から約2時間後に子宮口が全開大となった。助産師は、遅発一過性徐脈、遷延一過性徐脈がみられると判断し、陣痛のたびに胎児心拍数の低下がみられるため医師に報告した。報告から25分後に医師が到着し、吸引分娩が開始された。3回の吸引分娩（うち2回はクリステレル胎児圧出法と併用）と2回のクリステレル胎児圧出法が実施され児が娩出された。臍帯巻絡はなく、羊水の混濁は泥状であった。分娩所要時間は28時間45分であった。

児の在胎週数は41週2日で、体重は3000g台であった。アプガースコアは生後1分1点、生後5分2点であった。臍帯動脈血ガス分析値は、pH6.62、BE-29.7mmol/Lであった。生後3分で気管挿管が

行われ、当該分娩機関のNICUに入院となり、脳低温療法が行われた。入院時のヘモグロビンは14.3 g/dLであった。生後1日の頭部超音波断層法では、脳室内出血はなく、脳浮腫、うっ血がみられた。生後2日のヘモグロビンは11.6 g/dLで輸血が行われた。生後22日の頭部MRI所見では、脳幹部に低信号域を認めた。

本事例は病院における事例であり、産婦人科専門医2名、小児科医3名と、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、分娩経過中に低酸素負荷にさらされ、その後酸血症となり、低酸素・酸血症が児娩出まで持続したことと考えられる。低酸素状態の原因は、正期産ではあるが妊娠41週2日であることから、胎盤の予備能の低下の可能性が否定できない。クリステレル胎児圧出法や吸引分娩は低酸素・酸血症の増悪因子となったと考えられる。

3. 臨床経過に関する医学的評価

妊娠中の管理、入院の指示ならびに入院後の管理は一般的である。助産師の胎児心拍数陣痛図の判読については一般的ではない。医師が助産師からの数度の胎児心拍数の変化の報告に対し、直接胎児心拍数陣痛図を確認あるいは診察をしなかったことは一般的ではない。分娩室入室前の胎児心拍数陣痛図の所見はレベル3（異常波形Ⅰ）であり、母体への酸素投与など子宮内の環境改善などを図ったことは一般的である。分娩室入室後、胎児心拍数基線が頻脈となり、高度遅発一過性徐脈が繰り返し出現し、レベル4（異常波形Ⅱ）となっており、急速遂娩の要否について判断しないまま、分娩経過を観察した管理は一般的ではない。吸引分娩の実施は基準内である。

小児科医の立会いを依頼したことは適確である。新生児蘇生については一般的である。

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) 胎児心拍数陣痛図の判読と異常時の対応について

医師、助産師は、胎児心拍数陣痛図の判読と異常波形レベルに応じた対応の仕方について「産婦人科診療ガイドライン—産科編2011」を基にもう一度検討すべきである。異常パターンがみられた場合は急速遂娩の時期を適確に判断し実施できるように、カンファレンスや事例検討を行うことが望まれる。

(2) GBSスクリーニング検査の実施時期について

GBSスクリーニング検査の実施時期について、「産婦人科診療ガイドライン—産科編2011」では、妊娠33週から37週での実施を推奨しており、ガイドラインに則して実施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

胎児機能不全が疑われる胎児心拍パターンが出現した際は、助産師と産科医との迅速かつ適時な連携が取れるよう、施設内において連携体制の強化について検討する必要がある。

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

胎児心拍数陣痛図の判読と標準的な対応について周知を図ることが望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。