

事例番号：250056

原因分析報告書要約版

産科医療補償制度
原因分析委員会第六部会

1. 事例の概要

初産婦。妊婦検診では、妊娠33週、34週にAGA（正常発育）下限と判断された。妊娠38週1日に陣痛が開始し、翌日入院となった。入院時の胎児心拍数陣痛図はリアシュアリングパターンであった。その後2回、ドップラ法により胎児心拍数が確認され、正常であった。入院から約5時間後に子宮口が全開大であることが確認された。同時刻に分娩監視装置が装着され、胎児心拍数が低下していると判断された。子宮口全開大が確認された4分後に経膈分娩となった。診療録には、胎児付属物の肉眼的所見として、周廓胎盤と臍帯の付着部捻転（臍帯付着部のみがねじれて狭窄している状態）と記載されている。胎盤病理組織学検査は実施されなかった。

児の在胎週数は38週2日、体重は2270gであった。臍帯動脈血ガス分析値は、pH6.584、PCO₂113.9mmHg、PO₂37.2mmHg、HCO₃⁻10.1mmol/L、BE-24.5mmol/Lであった。出生直後の心拍数は30回/分であった。生後1分、生後5分のアプガースコアはともに1点（心拍1点）であった。吸引、刺激、バッグ・マスク、胸骨圧迫、気管挿管が行われ、生後6分に心拍数は100回/分以上となった。その後近隣のNICUを有する病院へ搬送され、生後約2時間の静脈血ガス分析値は、pH7.121であった。頭部超音波断層法では、側脳

室の狭小化、脳室周囲の高エコー領域が認められ、高度の低酸素脳症と診断され、低体温療法が行われた。生後21日目の頭部MRIでは、T1強調画像で大脳基底核に異常高信号域が認められ、T2強調画像でT1強調像の病変部に一致した部位に異常信号領域が認められた。

本事例は病院における事例であり、産婦人科専門医1名（経験18年）、小児科医2名（経験3年、15年）と、助産師4名（経験21～31年）、准看護師1名（経験40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、胎児低酸素・酸血症による低酸素性虚血性脳症であると考えられる。胎児低酸素・酸血症の原因は、臍帯圧迫による臍帯血流障害の可能性が最も考えられるが、周廓胎盤と胎児発育不全が胎児低酸素・酸血症の発症に関与した可能性も否定できない。

3. 臨床経過に関する医学的評価

外来における妊産婦管理は一般的である。入院時の観察と対応は一般的である。分娩管理としては、子宮口全開大確認前の1時間15分の間、胎児心拍数の確認や内診を行わなかったことは、陣痛周期が3分で妊産婦がパニックになり努責をかけている状態であれば、分娩監視装置の装着やドップラ法による頻回の胎児心拍数聴取、内診の実施が望ましいという意見もあるが、胎児心拍数聴取方法や内診のタイミングに関して明確な基準はないため、選択肢のひとつである。それ以外の、呼吸法の指導、内診の実施等は一般的である。新生児蘇生法は一般的である。

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

胎盤病理組織学検査について

本事例のように新生児仮死が認められ、胎盤の形態異常が疑われる場合は、原因究明を行う一助として胎盤病理組織学検査が勧められる。

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

分娩監視方法の基準の作成について

本事例のようなローリスク妊娠の分娩第Ⅰ期に、分娩監視装置を装着するタイミングや装着時間、間欠的胎児心拍数聴取法の聴取間隔等、分娩監視方法に関する基準を作成することが望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。