

事例番号：250100

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

1 回経産婦。妊娠 38 週 3 日、妊産婦は予定帝王切開のため手術予定日の前日に入院した。入院の数日前から胎動は減少していた。入院直後の胎児心拍数陣痛図の胎児心拍数基線は 143～145 拍/分、基線細変動はみられず、体位変換と刺激が行われた。入院 1 時間後に外来診察中の医師 A に状況が報告され、妊産婦の絶飲食、酸素投与、経過観察が指示された。入院の約 3 時間後、来棟した医師 B は胎児機能不全と診断し帝王切開を決定した。手術決定から 45 分後に手術が開始され、その 8 分後に児が娩出された。癒着や腹水は認められず、常位胎盤早期剥離の所見はなかった。手術中の羊水を含む出血量は 2050 mL であった。羊水混濁があり、臍帯巻絡はなかった。臍帯は卵膜付着であった。

児の在胎週数は妊娠 38 週 3 日で、体重は 2408 g であった。アプガースコアは、1 分後 0 点、5 分後 3 点（心拍 2 点、皮膚色 1 点）であった。臍帯動脈血ガス分析値は pH 7.415、PCO₂ 35.8 mmHg、PO₂ 23.7 mmHg、BE - 1.5 meq/L、HCO₃⁻ 22.4 mmol/L であった。出生時、自発呼吸がみられず、人工呼吸が施行され、立ち会っていた当該分娩機関の小児科医により気管挿管が行われた。出生の約 2 時間後高次医療施設の NICU に搬送された。医師は、低酸素性虚血性脳症、高度

活動性低下と診断し、出生の約2時間30分後より脳低温療法が実施された。生後1日の血液検査は、LDH746U/L、CPK205U/Lであった。生後3日の脳波検査は、高度活動性低下があり改善は乏しいと判断された。生後4日の頭部CT検査は、基底核の局在した変化はみられず、皮髄境界が不明瞭でびまん性低吸収を呈していた。生後11日の頭部MRI検査は、T1強調像で左右中心前回皮質、左右レンズ核、左右視床、脳幹、左右側頭葉内側皮質、左右側脳室後角周囲白質は高信号を呈していた。

本事例は病院の事例であり、産婦人科専門医2名（経験15年、24年）、小児科医2名（経験10年、20年）と、助産師3名（経験7年～16年）、看護師1名（経験8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、分娩直前ではなく入院までの間にすでにおこっていた不可逆的な中枢神経障害であると考えられる。中枢神経障害の原因には、臍帯卵膜付着に起因した胎児胎盤循環不全が関与した可能性がある。

3. 臨床経過に関する医学的評価

初診時から入院までの妊婦健診は一般的である。入院時に助産師が分娩監視装置を装着し基線細変動がみられないことを報告したことは一般的であるが、助産師の報告に対し医師が直接胎児心拍数陣痛図を確認しなかったことは一般的ではない。帝王切開決定から児娩出までの時間経過は一般的である。出生時に小児科医が立ち会ったことは一般的である。

新生児蘇生処置は適確である。NICU搬送決定に関する判断と時間は一般的である。

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) 膣分泌物培養検査（GBSスクリーニング）について

膣分泌物培養検査については、「産婦人科診療ガイドライン産科編2011」で推奨されている通り、妊娠33週～38週に行うことが望まれる。

(2) 胎盤病理組織学検査について

胎盤の病理組織学検査は、異常分娩における原因の解明に寄与する可能性があるため、異常分娩となった場合や新生児仮死が認められた場合には、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

(1) 胎児心拍数陣痛図の記録について

本事例では、入院時の分娩監視装置の記録が2cm/分であった。「産婦人科診療ガイドライン産科編2011」に示されているように3cm/分とすることが勧められる。

(2) 異常の報告を受けた場合の医師の対応について

本事例では、助産師からの胎児心拍数陣痛図異常の報告に対して電話で指示をしているものの、その際に医師が胎児の健常性を確認していない。医師は、看護スタッフから異常の報告を受けた場合には、早急に対応することが望まれる。

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

臍帯卵膜付着の診断とその対応についての指針の作成が望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。