

事例番号：260076

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。妊娠38週2日、前期破水の診断で入院となった。破水後24時間経過しても所見が変わらず、帝王切開の準備とジノプロストによる陣痛誘発が行われた。ジノプロスト終了時に医師が内診し、頭頂高在位と診断された。陣痛誘発を中止し、破水後2日以上経過していたが、発熱、羊水混濁がないこと、胎児心拍数がリアクティブであることから、経過観察となった。破水後約48時間、胎児心拍数が60拍/分まで低下したため体位変換、酸素投与が行われ胎児心拍数が良好となった。その後胎児心拍が60拍/分（看護記録より）に低下し、体位変換と酸素投与が行われたが、医師は基線細変動は消失と判断し、胎児機能不全のため緊急帝王切開術を決定、破水後48時間51分で児を娩出した。胎盤病理組織学検査で、急性の絨毛膜羊膜炎と診断された。

児の在胎週数は38週4日で、体重は3096gであった。臍帯動脈血ガス分析値は、pH6.87、PCO₂109mmHg、PO₂25mmHg、HCO₃⁻18.9mmol/L、ABE-22.3mmol/L、SBE-13.1mmol/Lであった。アプガースコアは生後1分2点（心拍2点）、生後5分4点（心拍2点、皮膚色2点）であった。生後3分頃気管挿管が行われ、生後9分、児はNICUに入室となった。生後5日に頭部MRIが行

われ、T1強調画像、拡散強調画像で尾状核、被膜から淡蒼球にかけて高信号域が認められ、虚血性変化と矛盾しないと診断された。

本事例は病院における事例であり、産婦人科専門医1名（経験26年）、産科医4名（経験3～5年）、小児科医1名（経験10年）、麻酔科医1名（経験6年）と助産師11名（経験2～29年）、看護師2名（経験2年、29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・酸血症および胎児脳血流量の減少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、分娩直前の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。

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。

破水感の訴えのある妊産婦を入院させ、分娩監視装置を用い、児の健常性を確認したことは一般的である。抗菌薬の内服を行い、陣痛発来を待機したことは一般的である。破水後、所見が変わらないことから、帝王切開の準備と陣痛誘発を行う方針とし、陣痛誘発と帝王切開について書面を用いて説明し、血液検査、胸部レントゲン撮影、心電図検査を行ったことは医学的妥当性がある。分娩誘発に際して、ジノプロストを用いたことは一般的であり、その開始投与量、増量速度、連続的な胎児心拍モニターを実施したことは基準内である。分娩誘発に際して、骨盤レントゲン撮影行ったことは選択肢のひとつである。有効陣痛のない分娩管理において連続的な胎児心拍モニターと間欠的な胎児心拍聴取を行い、児の健常性を確認したことは基準内である。

胎児の徐脈を確認し、体位変換、酸素投与、医師への連絡を行った助産師の判断は一般的である。助産師からの報告を受け、医師が診察、内診を行い、児の健常性と分娩の進行を確認したことは適確であり、経過観察とした判断も一般的である。遷延する徐脈を確認し、徐脈発生後5分で帝王切開を決定したことには医学的妥当性があり、帝王切開決定後、約40分で児を娩出したことは一般的である。胎盤病理組織学検査を行ったことは適確である。臍帯動脈血ガス分析を実施したことは一般的である。

重症の新生児仮死の児に対する新生児蘇生は一般的である。

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

新生児の記録について

本事例においてNICUに入院するまでの児の状態・処置に関する記録が不十分であった。観察した事項等については、診療録に記録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

事例検討について

児が重症の新生児仮死で出生した場合や重篤な結果がもたらされた場合は、その原因検索や今後の改善策等について院内で事例検討を行うことが望まれる。

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

本事例のような突然発症する胎児徐脈症例の集積を行い、より適切な分

娩中の胎児管理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。