

事例番号：260132

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40週1日、妊産婦は破水疑いにて入院となった。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。妊娠40週2日朝の胎児心拍数陣痛図はリアシュアリングであり、その後ジノプロスト点滴が開始された。その3時間後頃に基線細変動の減少、反復する遅発一過性徐脈が認められていたが、開始から5時間10分後にジノプロストを中止した。その後の胎児心拍数陣痛図の胎児心拍数パターンは正常に回復した。妊娠40週3日、ジノプロスト錠が合計3錠投与された。最終内服の1時間20分後にオキシトシン点滴が開始された。その30分後から基線細変動減少、変動および遅発一過性徐脈を認められた。その5時間19分後にオキシトシン点滴が中止され、胎児心拍数パターンは正常に回復した。妊娠40週4日、オキシトシン点滴が再開された。その1時間後、陣痛が発来した。胎児心拍数陣痛図では、基線細変動減少、変動および遅発一過性徐脈が認められ、その後基線細変動消失を伴う非定型的な異常波形が認められた。陣痛発来から6時間29分後、児が娩出された。臍帯巻絡、羊水混濁はみられなかった。

児の在胎週数は40週4日で、体重は2800g台であった。臍帯動脈血ガス分析値はpH7.12、BE-17.0mmol/Lで、アプガースコアは生後1分、5分ともに3点であった。出生後、吸引、皮膚刺激、酸素投

与が行われた。生後5分に気管挿管、人工呼吸が行われた。生後26分に近隣NICUの医師が到着し、新生児蘇生が行われた。その後、高次医療機関NICUに搬送となった。NICU入院後、人工呼吸器が装着され、脳低温療法が行われた。生後20日の頭部MRIでは、視床T1でレンズ核周囲の高輝度あり、左後頭一側頭部に出血、虚血の所見が認められた。

本事例は診療所における事例であり、産科医1名と、助産師2名、看護師1名関わった。

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、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・酸血症の原因は胎盤機能不全の可能性がある。胎盤機能不全の原因を特定することは困難である。また、出生後に低酸素の状態が長時間持続したことが脳性麻痺発症の増悪因子となった可能性がある。

3. 臨床経過に関する医学的評価

妊娠経過中の管理は概ね基準内である。前期破水を疑い児の子宮内感染を防ぐために分娩誘発を行ったことは基準内である。分娩誘発について、妊産婦への説明と同意の取得が診療録に記載がされていないことは一般的ではない。ジノプロストの維持量を超えていること、投与中、胎児心拍数陣痛図において、異常波形（レベル3）であるにもかかわらず、ジノプロストを継続したこと、ジノプロスト錠による分娩誘発を開始する以前に胎児心拍数陣痛図による評価を行っていないことは、基準から逸脱している。オキシトシンの使用について、点滴の初期投与量が20mL/時間で、約30分ごとに20mL/時間ずつ増量していること、胎児心拍数陣痛図において、異常波

形（レベル4）であるのに、オキシトシンの投与を継続したことは、基準から逸脱している。子宮収縮薬の使用時、看護スタッフが胎児心拍数パターンの異常を判読出来ず、医師に報告を行っていないこと、医師は子宮収縮薬投与後に診察を行っていないこと、子宮収縮薬（ジノプロスト、オキシトシン、ジノプロストン錠）の投与中に投与継続の可否について検討しなかったことは基準から逸脱している。胎児心拍数陣痛図に異常が認められている状況で、分娩時に医師が立ち会わなかったことは基準から逸脱している。胎児心拍陣痛図の判読結果が診療録に記載されていないことも基準から逸脱している。臍帯動脈血ガス分析を実施したことは一般的である。

出生後呼吸がみられない状態で、直ちにバッグ・マスクによる人工呼吸を行わなかったことは一般的ではない。近隣NICUが満床の為、小児科医の応援依頼を行ったこと、新生児を高次医療機関に搬送したことは一般的である。

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対応について

本事例では、入院後の胎児心拍数陣痛図で胎児機能不全を疑う異常所見を認めている状態で、これらの所見が異常と判読されず、継続して陣痛促進が行われた。「産婦人科診療ガイドライン—2014」に則り、分娩に携わるすべての医師、助産師、看護師等が正確に判読し対応できるよう研鑽することが望まれる。

(2) 分娩誘発について

子宮収縮薬であるジノプロスト、ジノプロストン錠、オキシトシンの使用法については、「産婦人科診療ガイドライン—2014」に則した使

用法が望まれる。

本事例において、ジノプロストン錠使用中、ドップラ法による胎児心拍聴取が行われている。「産婦人科診療ガイドライン—2014」に則り、分娩監視装置は初回内服前に装着し、連続モニタリングを行うことが望まれる。

(3) 新生児蘇生法について

新生児の蘇生に関しては、日本周産期・新生児医学会が推奨する新生児蘇生法ガイドライン2010に則った適切な処置が出来るよう、分娩に立ち会うスタッフすべてが研修会の受講や処置の訓練に参加することが望まれる。

(4) 院内の体制について

助産師は、妊産婦の状態と分娩進行状況、および胎児の状態を医師へ報告し医師の判断と指示を仰ぐことが望まれる。また、医師は、看護スタッフから分娩経過中の異常についての報告を受けた場合、早急に診察することが望まれる。

(5) 診療内容の記載について

医師による胎児心拍数陣痛図の判読結果は、診療録に記載することが望ましい。また、子宮収縮薬を投与する際には、その必要性や適応、手技、方法、予想される結果、主な有害事象、緊急時の対応等について、妊産婦・家族へ事前に説明し同意を得ることが必要である。その際文書を用いることが望まれる。

(6) 胎盤病理組織学検査について

胎盤の病理組織学検査は、原因の解明に寄与する可能性があるため、分娩経過に異常があった場合や重症の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。

(7) B群溶血性連鎖球菌スクリーニング検査について

本事例では、膣分泌物培養検査が妊娠30週に行われている。「産婦人科診療ガイドラインー産科編2014」では妊娠33週～37週に実施することが推奨されており、これに則っ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

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

産婦人科診療ガイドラインにおける胎児心拍数陣痛図の判読と対応、および分娩誘発・陣痛促進に際しての留意点に関して、より周知を徹底することが求められる。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。