

事例番号：260161

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

経産婦。妊娠35週4日、妊産婦より胎動減少の訴えがあった。子宮底長は2週間で5cmの増大があり、超音波断層法にて、AFI30.0が認められた。NSTは、基線細変動はあるが、一過性頻脈が乏しく、約2時間後に再度行われたNSTでは、基線細変動、一過性頻脈とも認められた。妊娠35週5日、NSTが実施され、基線細変動、一過性頻脈ともに認められた。超音波断層法では、AFI25.7、BPS10点、であり、特発性羊水過多の疑いにて、4日後の診察とされた。妊娠36週2日、超音波断層法では、AFI16.12、羊水は多めだが正常であり、NSTはリアシュアリングであった。妊娠37週3日、妊産婦は前期破水のため入院となった。妊娠37週4日、破水後24時間以上経過したため、分娩誘発が行われることとなり、ジノプロストンの点滴投与が行われた。点滴開始2時間32分後、経膈分娩にて児を娩出した。臍帯巻絡、羊水混濁は認められなかった。

児の在胎週数は37週4日で、体重は2800g台であった。臍帯動脈血ガス分析値はpH7.37、BE1.1mmol/Lであった。アプガースコアは生後1分7点、生後5分8点であった。出生後より、中心性チアノーゼがあり、口鼻腔吸引、酸素吹流しを開始した。経皮的動脈血酸素飽和度79～83%のためマスクによる陽圧換気を開始した。経皮的動脈血酸素飽和

度80～90%に上昇するが、マスクによる陽圧換気をやめると経皮的動脈血酸素飽和度の低下が認められた。生後13分、気管挿管が行われた。経皮的動脈血酸素飽和度は90%以上に維持された。生後1時間3分、当該分娩機関のNICUへ入室し人工呼吸器が装着された。入室時より、上肢の振戦、顔面筋優位の筋緊張の著明な低下、四肢に筋緊張の亢進あり、原始反射の消失あり、眼球の外側偏位が認められた。生後7日の頭部MRIでは、脳幹を含めた脳の萎縮がみられる所見であった。代謝性疾患の検査、染色体検査、感染症検査（TORCH）には異常はみられなかった。

本事例は病院における事例であり、産科医2名、小児科医1名、研修医1名と、助産師4名関わった。

2. 脳性麻痺発症の原因

本事例は妊娠35週4日付近で *profound asphyxia* が一旦起こり、その後回復したものと考えられ、この *profound asphyxia* が脳性麻痺発症の原因と考えられる。妊娠中に *profound asphyxia* を惹起するような胎児低酸素・虚血の原因は臍帯圧迫による臍帯血流障害の可能性のあるものの、具体的に何が起こったのかを特定することは困難である。

3. 臨床経過に関する医学的評価

妊娠初期から妊婦健診が行われており、その管理は一般的である。妊娠35週に羊水過多を認め、超音波断層法、胎児心拍数モニタリングなどにより胎児の健常性の評価を行っており、その管理および評価は医学的妥当性がある。破水後24時間経過したために分娩誘発を行ったことならびに継続的に胎児心拍数モニタリングを施行したことも医学的妥当性がある。臍帯動脈血

ガス分析を実施したことは一般的である。胎盤病理組織学検査を実施したことは適確である。

出生後に呼吸状態が悪化したため気管挿管を行い、NICUに収容したこと、その後のNICUにおける新生児管理は一般的である。

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

特になし。

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

特発性羊水過多の診断・病態ならびに管理に関する研究が推進されることが望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。