

事例番号：260179

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39週3日、陣痛が開始し入院となった。胎児心拍数陣痛図での子宮収縮は3～5分、胎児の状態はリアシュアリングと判断された。入院から7時間15分後、破水し、羊水混濁は認められなかった。破水から1時間30分後、変動一過性徐脈、遅発一過性徐脈あり、回復良好で、基線細変動ありと判断され、酸素投与が開始された。その33分後、経膈分娩により児が娩出された。羊水混濁(3+)、臍帯巻絡は頸部に1回認められた。

児の在胎週数は39週3日で、体重3195gであった。アプガースコアは生後1分、5分とも8点(心拍2点、呼吸2点、筋緊張2点、反射2点、皮膚色0点)であった。臍帯動脈血ガス分析値はpH7.184、PCO₂29.7mmHg、PO₂132.0mmHg、HCO₃⁻10.8mmol/L、BE-15.9mmol/Lであった。生後2分、心拍150拍/分、経皮的動脈血酸素飽和度70%台、呼吸80回/分であり、酸素10L/分投与し経皮的動脈血酸素飽和度80%台となった。生後34分、経皮的動脈血酸素飽和度92%、呼吸81回/分、心拍140回/分、酸素投与がマスクで継続された。生後57分、酸素濃度30%の保育器内で経皮的動脈血酸素飽和度80%前半であり、マスクで酸素6L/分を投与し経皮的動脈血酸素飽和度91～95%、呼吸80回/分台のため、NICUへ搬送が決定された。生後1時間52分、

N I C Uに入院となった。入院時の血液ガス分析値（動脈か静脈か不明）p H 7. 1 6、P C O₂ 7 4. 6 m m H g、H C O₃⁻ 2 6. 6 m m o l / L、B E - 2 m m o l / Lであり、胸部レントゲンは全肺野すりガラス陰影であった。気管挿管が行われた。血性分泌物が吸引され、次第にチューブから分泌物あふれ出した。サーファクタント洗浄時、心拍数の低下があり、6 0回/分未満となったため、胸骨圧迫が実施され、ボスミンが3回投与された。生後4時間40分NO（一酸化窒素）療法が開始された。生後6時間2分の静脈血ガス分析値はp H 6. 7 4 3、P C O₂ 1 0 9. 8 m m H g、P O₂記載なし、H C O₃⁻ 1 5. 0 m m o l / L、B E - 2 0 m m o l / Lであった。生後12日の頭部MR Iでは、広範な虚血性変化が考えられるとの所見であった。

本事例は病院における事例であり、産科医1名と、助産師2名、看護師1名が関わった。

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、出生後の心拍数の低下による、低酸素性虚血性脳症であると考えられる。その原因としては、胎便吸引症候群および合併する新生児遷延性肺高血圧症による重度の低酸素血症状態で気管挿管を契機に新生児遷延性肺高血圧症が重篤化して急性右心不全となり、心拍数が低下したことが考えられる。

3. 臨床経過に関する医学的評価

妊娠中における妊婦管理は一般的である。

妊産婦が5分毎の痛みがあり受診した際、内診所見および分娩監視装置を装着し胎児心拍、子宮収縮を確認し、自宅が近いため一旦帰宅させたこと、陣痛発来で入院後、胎児心拍数陣痛図で胎児の健常性を確認したこと、その

後の分娩管理も一般的である。

出生後の一連の処置、小児科医への連絡とその後の管理、児をNICUへ搬送したことも一般的である。

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

特になし。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。