

事例番号：260209

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2日、破水にて入院となった。その7時間35分後、陣痛が開始した。その1時間7分後、胎児心拍数陣痛図では、基線細変動は中等度から減少、高度変動一過性徐脈がみられた。体位変換を繰り返し、酸素（3L/分）投与が開始された。その後、胎児心拍数陣痛図では、基線細変動は消失、高度変動一過性徐脈がみられた。子宮口の開大9cmの時点で、オキシトシン点滴が12mL/時間で開始され、30分間隔で、84mL/時間まで増量された。子宮口全開大から2時間57分後、医師は急速遂娩を決定した。子宮底圧迫法を併用し、金属カップにて2回吸引分娩を実施したが、児頭の下降はみられなかった。その後、鉗子分娩を試みるが装着できなかった。その後、ソフトカップ吸引3回で、児が娩出された。臍帯巻絡はなかった。

児の在胎週数は39週3日で、体重は3700g台であった。アプガースコアは生後1分2点、生後5分3点であった。出生後バッグ・マスクによる人工呼吸、胸骨圧迫が開始された。生後23分、搬送先NICUの医師が到着し、気管挿管が行われた。生後58分の血液ガス分析値は、pH6.5未満、BE測定不能であった。簡易冷却が開始され、NICUへ搬送となった。NICU入院後、人工呼吸器が装着され、脳低温療法が開始された。生後1

日、頭部超音波断層法にて、実質内出血が示唆されたことから、脳低温療法は終了となった。出生当日の頭部CTでは、びまん性に低吸収、脳溝が不鮮明で脳浮腫と考えられる。皮髄境界は不鮮明な所見であった。

本事例は診療所における事例であり、産科医2名と、助産師1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、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によるものと考えられる。子宮収縮薬の投与と、吸引分娩および子宮底圧迫法が子宮胎盤循環を悪化させ、胎盤機能不全を増悪させた可能性がある。また、臍帯圧迫による臍帯血流障害が胎児低酸素・酸血症状態の悪化に関与した可能性もある。

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。

破水した妊産婦への入院指示および診断は一般的である。入院後の胎児心拍数波形レベル3の状況で、トイレ歩行後に分娩監視装置を装着せずに経過観察としたこと、体位変換などの処置を行わなかったことは一般的ではない。基線細変動が消失し、高度変動一過性徐脈が認められている状態でオキシトシン点滴を行ったことは基準から逸脱している。また、胎児心拍数波形レベル5の状況で、その後さらに悪い波形を呈したにもかかわらず吸引分娩を選択したことは医学的妥当性がない。

出生後の新生児蘇生およびNICUへの搬送は一般的である。

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

胎児心拍数陣痛図の判読と対応を「産婦人科診療ガイドラインー産科編2014」に沿って習熟することが望まれる。

(2) 子宮収縮薬の使用について

子宮収縮薬（オキシトシン）による陣痛誘発・陣痛促進を行う際には、「産婦人科診療ガイドラインー産科編2014」に則した使用法が勧められる。

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

特になし。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。