

事例番号:290011

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

1) 妊産婦等に関する情報

初産婦

2) 今回の妊娠経過

妊娠 37 週 2 日 胎児発育不全の妊娠分娩管理のため入院

3) 分娩のための入院時の状況

管理入院中

4) 分娩経過

妊娠 40 週 0 日

9:44 胎児発育遅延、胎児発育停止のため分娩誘発、吸湿性子宮頸管拡張材挿入

妊娠 40 週 1 日

9:15 吸湿性子宮頸管拡張材抜去、メロイソテル挿入

妊娠 40 週 2 日

9:15 メロイソテル抜去

9:40 頃- 軽度変動一過性徐脈

9:55 オキシシシ注射薬による陣痛誘発開始

15:00 陣痛開始

16:40 頃- 変動一過性徐脈、遅発一過性徐脈が繰り返し出現

17:29 分娩第Ⅱ期遷延のため子宮底圧迫法実施

17:38 分娩遷延、NRFS(胎児機能不全)のため鉗子分娩により児娩出

5) 新生児期の経過

(1) 在胎週数:40 週 2 日

- (2) 出生時体重:2082g
- (3) 臍帯動脈血ガス分析:pH 7.074、PCO₂ 60.9mmHg、PO₂ 14.4mmHg
HCO₃⁻ 17.4mmol/L、BE -13.4mmol/L
- (4) Apgarスコア:生後1分4点、生後5分4点
- (5) 新生児蘇生:人工呼吸(バッグ・マスク)、気管挿管
- (6) 診断等:
 - 出生当日 両側の内反足を認める
 - 胎児発育遅延、新生児仮死、腎低形成、手足関節異常の診断
 - 生後37日 気管支ファイバーにて門下狭窄を認める
 - 1歳 染色体検査で異常あり
- (7) 頭部画像所見:
 - 生後4ヶ月 頭部MRIで脳性麻痺の原因となる明らかな異常は認めない

6) 診療体制等に関する情報

- (1) 施設区分:病院
- (2) 関わった医療スタッフの数
 - 医師:産科医2名、小児科医1名
 - 看護スタッフ:助産師1名

2. 脳性麻痺発症の原因

- (1) 脳性麻痺発症の原因を解明することが極めて困難な事例であるが、先天異常の可能性を否定できない。
- (2) 子宮内感染が脳性麻痺発症に関与した可能性がある。

3. 臨床経過に関する医学的評価

1) 妊娠経過

- (1) 抗体価測定を行い、超音波断層法により脳血流等をフォローしたことは医学的妥当性がある。
- (2) FGR(胎児発育不全)の管理(超音波断層法、ノンストレステスト実施)は一般的である。
- (3) FGR(胎児発育不全)を認めたため妊娠37週2日より入院管理としたことは一般的である。

2) 分娩経過

- (1) FGR(胎児発育不全)、胎児発育停止により分娩誘発としたことは選択肢のひとつである。
- (2) 分娩誘発にあたり文書による説明・同意を得たこと、子宮頸管熟化不良にて器械的処置(吸湿性子宮頸管拡張材、メロリントル)により子宮頸管の熟化を図ったことは一般的である。
- (3) オキシシンによる分娩誘発について文書による説明・同意を得たこと、連続して分娩監視装置を装着したことは一般的であるが、16時51分から17時15分までの増量間隔と増量の医学的妥当性は賛否両論がある。
- (4) 分娩遷延・NRFS(胎児機能不全)の診断で鉗子分娩としたことは一般的である。
- (5) 子宮底圧迫法で児頭を下降させて鉗子分娩(鉗子適位)とすることは、選択されることは少ない。
- (6) 小児科医立ち会い分娩としたことは適確である。
- (7) 臍帯動脈血ガス分析を実施したことは一般的である。
- (8) 胎盤病理組織検査を行ったことは適確である。

3) 新生児経過

新生児蘇生(バッグ・マスクによる人工呼吸、気管挿管)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

子宮底圧迫法について、今後は「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2014」に即して実施することが望まれる。

【解説】「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2014」には、実施上の留意点として子宮口全開大かつ先進部がSp+4 から+5cm に達している、あるいは吸引・鉗子分娩時の補助として必要と判断される場合とされている。

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

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

原因を特定することが困難な脳性麻痺事例の発症機序解明に関する研究の促進および研究体制の確立に向けて、症例の集積、解析を行い、発症予防に対する知見を得ることが望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

なし。