

事例番号：230045

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27週以降は骨盤位であった。妊娠36週5日の内診では、子宮口の開大は1指、展退は70%、胎児の先進は臀部でSp-3cm、子宮頸管は硬く、子宮口の位置は後方であった。家族からみた経過によると同日、子宮頸管を刺激する処置（卵膜用手剥離）が行われたが、その処置（卵膜用手剥離）についての説明は受けなかったとされている。妊娠37週0日、陣痛を自覚し、入院となった。医師は、胎児の下降が良好であり、このまま経膈分娩とする方針とした。家族からみた経過によると、骨盤位の場合で、帝王切開ではなく経膈分娩を行うことについて、危険性等の説明はなかったとされている。入院から約20分後に自然破水し、その約10分後には、子宮口の全開大が確認され、排臨、発露の状態であった。その5分後、胎児心拍数が80拍台/分となったため、酸素投与、会陰切開が施行され下半身は娩出されたが、上半身は引っ張っても出なかった。横8の字法とクリステレル胎児圧出法を併用し上半身を娩出した後は、ファイトスメリー法を行い頭部はスムーズに娩出した。羊水混濁はなく、胎盤、臍帯に異常所見はなかった。分娩所要時間は、第I期が55分、第II期が8分であった。

児の在胎週数は37週0日で、体重は2700g台であった。アプガースコアは、1分後4点、5分後8点で、臍帯静脈血ガス分析値は、pHが7.

31、BEが -7 mmol/L であった。

出生後、刺激で弱い啼泣がみられたが、筋緊張は改善しなかった。酸素投与、刺激が続けられたが、呻吟が出現したため保育器に収容された。その後は皮膚は白めであったが、経皮的動脈血酸素飽和度は100%で経過した。出生から約4時間後、心雑音が観察されたため、小児科医が診察し、高次医療施設へ搬送を依頼した。搬送前（出生後6時間41分）の静脈血ガス分析値は、pHが6.96、BEが -17 mmol/L であり、血液検査では、赤血球数が $315/\text{mm}^3$ 、ヘモグロビンが 9.3 g/dL 、ヘマトクリットが27.3%で、貧血と頭蓋内出血疑いとされた。

入院後、頭部超音波断層法で頭蓋内出血が疑われ、血液検査の結果、播種性血管内凝固症候群と診断された。生後5日目の頭部CTスキャンでは、低酸素性虚血性脳症が疑われ、生後18日目に頭部MRIでは、頭蓋内出血に加え、左硬膜下血腫が出現し、低酸素性虚血性脳症による脳萎縮が認められた。

本事例は、病院における事例であり、産婦人科専門医1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、骨盤位娩出時の頭蓋内出血による出血性ショックと、硬膜下血腫による頭蓋内圧の上昇から脳循環が低灌流となったことによる脳組織の虚血性変化であると考えられる。

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り、卵膜剥離を行ったことは選択肢の一つである。しかし、卵膜剥離を行う際に説明が行われなかったとすれば、それは一

一般的ではない。

骨盤位の分娩様式の選択に関する説明がなされていなかったとすれば、また、説明していたとしても、文書による同意なしに、骨盤位経膈分娩を選択したことは、基準から逸脱している。

新生児期の観察、および診療と新生児搬送の対応は一般的である。

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) 骨盤位分娩における妊産婦への説明について

妊産婦へ、骨盤位の分娩様式の選択について、帝王切開と経膈分娩のメリット・デメリットを分娩前に説明し、文書による同意を得るというガイドラインの規定を順守すべきである。

(2) 新生児の観察について

骨盤位の経膈分娩において、児が出生後、状態が安定した後に、分娩外傷の有無のチェックを行うが、頭蓋内・内臓の出血は出生直後には臨床症状もなく診断は難しいことが多い。そのため、生後時間が経過しても、ハイリスク児としての観察が必要である。また、経皮的動脈血酸素飽和度が正常値を示しても、他の症状を認める際には、より注意して観察する必要がある。

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。