

事例番号：240107

原因分析報告書要約版

産科医療補償制度

原因分析委員会第三部会

1. 事例の概要

初産婦。妊娠36週0日、妊産婦は破水感を自覚し入院となった。入院時、陣痛の発来を認めた。妊産婦に努責感が出現し、助産師が胎児心拍数を確認したところ60～80拍/分台の徐脈が認められ、その1分後より妊産婦は急激な意識障害に陥り全身状態が悪化した。クリステレル胎児圧出法を併用した吸引分娩を5回程度、およびクリステレル胎児圧出法を2回単独で行ったが、児を娩出できなかった。その後医師は、胎児心拍数は改善し妊産婦は強い不穏状態ではないとして、26分間経膣での分娩を試みたが、再度胎児心拍数の低下を認め、クリステレル胎児圧出法を併用した吸引分娩を1回行い、児を娩出した。

児の在胎週数は36週0日で、体重は2804gであった。アプガースコアは、生後1分2点（心拍2点）、5分3点（心拍2点、皮膚色1点）で自発呼吸はみられず、臍帯動脈血液ガス分析値は、pH6.80未満、PCO₂108mmHg、PO₂14mmHgであった。口腔内吸引、皮膚刺激、酸素投与下でのバッグ・マスクによる人工呼吸、気管挿管の蘇生が行われ、生後25分に自発呼吸が出現した。近隣のNICUを有する医療機関へ搬送となった。

NICU入院後、人工呼吸器管理となった。生後4日、頭部CTは「大脳

半球、基底核、視床などがびまん性に低吸収域を認める。軽度出血を認めるが広範囲ではない。脳溝を認め、浮腫は改善傾向」との所見で、医師は重度の低酸素性虚血性脳症と診断した。生後3ヶ月、頭部MRIは「両側大脳基底核の壊死、萎縮を認める」との所見であった。

本事例は、病院における事例であり、産婦人科専門医2名（経験19年、55年）と、助産師4名（経験5～19年）、看護師2名（経験5年、9年）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、少なくとも分娩までの43分間、胎児が高度の低酸素・酸血症状態となり、低酸素性虚血性脳症を発症したことであると考えられる。胎児の低酸素・酸血症状態の原因は、羊水塞栓症の可能性が最も高いと考える。

3. 臨床経過に関する医学的評価

妊娠経過における一連の対応は一般的である。

分娩入院時の一連の対応は一般的である。入院後、妊産婦が「痛い、いきみたい」と訴えた際、助産師が分娩監視装置で胎児心拍数の確認を行ったこと、60～80拍/分台の胎児心拍数低下を認め、内診により子宮口全開大を確認したことは一般的である。介助による分娩台への移動時に、妊産婦の意識障害、腹部板状硬の出現があり、助産師は胎児心拍数80拍/分台を確認し、妊産婦へ酸素投与を行っており、助産師から医師への連絡が、妊産婦の反応が乏しく便失禁が認められた時点から3分後となったことはやむを得ない。意識障害がある事例に麻酔を施行し、手術を施行すること等は母体へのリスクがあり、また当該分娩機関での人員確保に要する時間等を考慮する

と、医師が最初の吸引分娩で分娩に至らなかった時点で急速遂娩の方法の見直しを行わなかったことは選択肢のひとつである。

新生児の蘇生に係る処置およびNICUを有する医療機関へ応援を要請したことは一般的である。

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

診療録の記載について

本事例の入院時の内診所見について、パルトグラムには記載がなく、医師記録では、時刻の記載がなく不明確であった。診療行為に関しては、時系列に適切に記載することが望まれる。

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

羊水塞栓症の病態解明、管理方法、ならびに意識障害がある事例の急速遂娩および麻酔の方法の指針を検討することが望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。