

事例番号：250035

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

初産婦。妊婦健診中の血圧は妊娠36週に147/78mmHgであったが、それ以外は正常範囲内であった。妊娠38週5日に計画分娩のため入院となり、メトロイリントルが挿入された。同日、メトロイリントルは腔内に脱出し、抜去された。翌日、医師は痛みが弱いと判断しオキシトシン点滴を開始した。オキシトシン開始から約2時間後に子宮口の開大は9.5cmとなったが、それから約2時間を経過しても分娩の進行はみられなかった。医師は分娩停止と判断し、子宮口が全開大となるのと同時に吸引分娩1回により児を娩出した。胎盤と臍帯に異常は認められなかった。

児の在胎週数は38週6日で、体重は2634gであった。アプガースコアは生後1分、生後5分ともに9点であった。臍帯動脈血ガス分析は行われなかった。生後1時間の経皮的動脈血酸素飽和度は100%であった。母子接触が行われた後、児は生後約2時間で新生児室に移動し、生後約9時間以降、母児同室となった。母児同室後は授乳が数回行われた。生後14時間3分に妊産婦は児が呼吸をしていないことに気づき、ナースステーションに連れて行った。児の顔面は蒼白、口唇は黒色、筋緊張はなく、心肺停止であることが確認された。バッグ・マスクによる人工呼吸、気管挿管、胸骨圧迫、アドレナリンの投与等の蘇生が行われ、心拍は一時的に回復するものの不安

定で、妊産婦が児の呼吸停止に気付いてから約1時間後の臍帯静脈血ガス分析値は、 pH 6.584、 PCO_2 74.2 mmHg、 PO_2 108.8 mmHg、 HCO_3^- 6.9 mmol/L、 BE -33.0 mmol/Lであった。その後児はNICUを有する病院へ搬送され、生後15日の頭部MRIでは、前頭葉、左頭頂葉、左視床に出血が認められ、脳室系は拡張し、脳室内にも血腫が認められた。

本事例は病院における事例であり、産婦人科専門医2名（経験34年、38年）、小児科医3名（経験4年、14年、23年）と助産師3名（経験6年、9年、34年）、看護師5名（経験2～7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、生後14時間3分に発見された呼吸停止により、新生児が低酸素・酸血症の状態となった結果、低酸素性虚血性脳症を発症したことでありと考えられる。呼吸停止の原因を特定することはできないが、ALTE（乳幼児突発性危急事態）の概念に相当する事例であると考えられる。

3. 臨床経過に関する医学的評価

外来における管理は一般的である。入院後、分娩監視装置を装着し、胎児心拍数陣痛図をリアクティブと判断したことは一般的である。経過中約5時間分娩監視装置を中断したことは、中断以前の胎児心拍数陣痛図で胎児機能不全の可能性が否定できないこと、子宮口が5～6cmまで開大し分娩が進行していることから一般的ではないという意見と、ネオメトロ脱出後にやや痛みが楽になったと判断したのであれば、必ずしも分娩監視装置の装着は必要ないという意見があり、医学的妥当性には賛否両論がある。オキシトシン

の使用方法は基準内である。吸引分娩を行ったことは、明確な適応が存在しないため一般的ではない。出生後の新生児管理は一般的である。児の心肺停止後の対応も一般的である。

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

(1) 診療録への記載について

本事例においては、胎児心拍数陣痛図の所見が診療録にほとんど記載されていないが、随時記載されるべきである。呼吸停止に関連したカンファレンスを含め、事後の検討についても記載すべきである。

(2) 吸引分娩について

吸引分娩の適応については、「産婦人科診療ガイドラインー産科編2011」を確認するとともに、それを遵守すべきである。

(3) 計画分娩の説明と同意について

計画分娩の説明と同意が口頭で行われているが、文書で行うことが望まれる。

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

ア. ALTEについて

ALTE（乳幼児突発性危急事態）の実態調査、病態解明、防止策を策定することが望まれる。

イ. 母児同室について

母児同室を行う際の適応基準や実施方法に関して検討し、指針を作成することが望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

医師の確保について

当該分娩機関では、休日夜間に毎日産科医が当直を行えるだけの人員が確保されていない。このような産科医不足の解消に資する施策を検討することが望まれる。