

事例番号：250105

原因分析報告書要約版

産科医療補償制度
原因分析委員会第五部会

1. 事例の概要

経産婦。妊娠34週6日、超音波断層法で胎児脳室拡大（中脳水道狭窄疑い）が認められ、妊娠35週3日、精査目的のため当該分娩機関に入院した。妊娠35週6日、胎児のMRI検査では、「両側側脳室及び第3脳室が大きく描出されている。中脳水道あたりで、狭窄の可能性がある。Dandy-WalkerやChiari奇形は認められない。消化管、脊髄、両側腎臓および膀胱の異常はみられない」との結果だった。妊娠36週2日、医師は、超音波断層法と胎児のMRI検査結果より緊急性はないと判断した。また、骨盤位のため妊娠38週3日に帝王切開予定とすることを決定した。妊娠37週5日、妊産婦は陣痛発来を認め入院し、医師は帝王切開を決定した。胎児心拍数陣痛図では腹緊は5分毎で、医師はリアシュアリングと判断した。帝王切開決定から約2時間後に、児を娩出した。羊水混濁が軽度みられ、臍帯、胎盤に異常は認められなかった。

在胎週数は37週6日で、体重は2800g台であった。耳介低位がみられた。臍帯動脈血ガス分析値は、pH7.33であった。出生直後、弱い第一啼泣があったが、以後啼泣がなかった。帝王切開に立会っていた小児科医により刺激と吸引、人工呼吸が行われたが、反応はなかった。生後1分のアプガースコアは2点で、気管挿管され、生後5分のアプガースコアは4点で

あった。NICUに入室し、人工呼吸器が装着された。胎便吸引症候群に対して、肺サーファクタント洗浄と肺サーファクタントの気管内投与が行われた。また、遷延性肺高血圧症と診断され、強心薬が投与されたが、翌日には改善がみられた。頭部超音波断層法では、両側脳室と第3脳室の拡大が著明で、脈絡叢の不整がみられた。生後7日、ぴくつきや全身性間代性痙攣を認める頻度が多くなり抗痙攣剤が投与され、頭部CTにて中脳水道狭窄が疑われた。生後25日、AABR（自動聴性脳幹反応検査）は両側とも異常はみられなかった。その後、染色体検査、血液中の乳酸やピルビン酸についての検査、尿中タンデム質量解析、尿中・血中アミノ酸分析、尿中有機酸分析などが行われたが明らかな異常はみられなかった。血液遺伝子変異スクリーニング検査では、STXB P 1（大田原症候群）、SPTAN 1（ウェスト症候群）遺伝子に変異は認められなかった。

本事例は病院における事例であり、産婦人科専門医1名、産科医1名、新生児科医1名、麻酔科医1名と、助産師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、妊娠32週から34週の頃に中脳水道狭窄が原因と思われる脳室拡大による水頭症が発症し、脳実質の圧迫を招いたことと考えられる。中脳水道狭窄の原因を特定することはできない。胎便吸引症候群と診断されていることから、何らかの原因による子宮内での一過性の低酸素・酸血症が脳性麻痺発症の増悪因子となった可能性がある。

3. 臨床経過に関する医学的評価

妊婦健診の度に超音波断層法を実施し、胎児発育、胎位、胎盤、羊水量を確認したこと、脳室拡大が認められた後、頻回に胎児心拍モニタリングを施

行したことは一般的である。

胎児水頭症と診断し、入院管理とし原因検索を行ったことは一般的である。胃痛に対してHELLP症候群を否定した後、スクラルファートを処方したことは適確である。

妊娠36週2日、緊急性はないことから退院としたこと、帝王切開の予定日の決定や書面で説明し同意を得たことについては一般的である。

入院から帝王切開まで約2時間要しているが、子宮口開大は3cmで胎児の健常性は保たれていたことから、それも一般的である。

小児科医立会いの下で児を娩出したこと、出生後の蘇生処置、NICU入院後の治療も一般的である。

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) 診療録の記載について

胎児心拍数波形の判読、新生児の状態と蘇生処置の詳細等の記載が不十分であった。観察した事項および実施した処置等に関しては、診療録に正確に記載することが望まれる。

(2) 事例検討について

アプガースコアの低い児が出生した場合には、再発防止のためにも院内で事例検討を実施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

胎児期発症の水頭症に関する長期予後の研究が望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。