

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

1回経産婦。妊娠38週4日、破水のため妊産婦は入院となった。入院後に陣痛が発来した。子宮口開大が8cmとなり分娩監視装置を装着した直後より、変動一過性徐脈、遷延一過性徐脈、遅発一過性徐脈が認められ、その後基線細変動が減少から消失となった。子宮口開大8～9cm、児頭の位置Sp±0cmの状態から医師はクリステレル胎児圧出法を開始し、39分間にクリステレル胎児圧出法と吸引分娩を複数回実施したが、児頭が下降せず、帝王切開により児を娩出した。胎盤病理組織学検査では、Stage II相当の絨毛膜羊膜炎が認められた。

児の在胎週数は38週4日で、体重は3194gであった。臍帯動脈血ガス分析値は、pH6.609、PCO₂132mmHg、PO₂18.9mmHg、HCO₃⁻12.4mmol/L、BE-32.3mmol/L、乳酸193mg/dLで、アプガースコアは生後1分1点（心拍1点）、生後5分4点（心拍2点、皮膚色2点）であった。出生直後よりバック・マスクによる人工呼吸、胸骨圧迫、気管挿管等の処置が行われ、当該分娩機関のNICUに入院となった。入院時の血液検査は、白血球16870/μL、CRP0.10mg/dLであった。生後約3時間で低体温療法が開始となった。生後17日の頭部MRI検査では、基底核壊死、低酸素性虚血性脳症と診断された。

本事例は病院における事例であり、産科医 2 名、小児科医 1 名、麻酔科医 1 名、外科医 1 名と、助産師 5 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、胎児低酸素・酸血症による低酸素性虚血性脳症である。胎児低酸素・酸血症の原因としては、臍帯圧迫による臍帯血流障害や頻回陣痛の影響が考えられるが、それに加えてクリステレル胎児圧出法、吸引分娩を頻回に長時間にわたり施行したことが脳性麻痺発症の増悪因子として関与したと考えられる。子宮内感染が増悪因子として関与した可能性も否定はできない。

3. 臨床経過に関する医学的評価

妊娠経過中の管理は概ね一般的である。

入院後、前期破水における対応として、抗菌薬を投与したことは一般的であるが、分娩までの約 1 4 時間、血液検査を行わなかったことは、妊産婦の体温や脈拍が正常であれば検査を行わないとする意見と、感染のリスクを考慮して検査を行うという意見の賛否両論がある。陣痛開始後の早期の内診と分娩監視装置の装着は一般的である。遷延一過性徐脈が出現した後、胎児蘇生法として酸素投与と体位変換を行ったことは一般的である。基線細変動が減少から消失となった直後に、急速遂娩が必要であると判断したことは一般的であるが、急速遂娩の方法として、児頭の位置が S p ± 0 c m で子宮口が 8 - 9 c m と全開していない状態で、帝王切開を選択せず、クリステレル胎児圧出法を単独で行い、その後吸引分娩を選択したことは基準から逸脱している。その後、頻回のクリステレル胎児圧出法と吸引分娩を繰り返し、帝王切開に方針を変更するまで 4 8 分要したことは、医学的妥当性がない。臍帯

動脈血ガス分析を行ったことは一般的である。胎盤病理組織学検査を行ったことは適確である。

新生児蘇生処置は一般的である。

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) 吸引分娩、クリステレル胎児圧出法について

吸引遂娩術やクリステレル胎児圧出法などは、分娩に至らないと児の状態はさらに悪化し、娩出の緊急度は上昇する。したがって、急速遂娩の方法として吸引分娩を行う時は、常にそのことを念頭に置く必要がある。実施に際しては、「産婦人科診療ガイドライン - 産科編 2014」の「吸引・鉗子分娩の適応と要約、および、施行時の注意事項は？」に記載されている事項を遵守し実施することが望まれる。

(2) 破水入院時の対応について

妊産婦が前期破水で入院した場合は、感染徴候を把握するために、血液検査の実施を考慮することが望まれる。

(3) GBSスクリーニングについて

本事例では、膣分泌物培養検査（GBSスクリーニング）が妊娠32週に実施されたが、「産婦人科診療ガイドライン - 2014」では、妊娠33週から37週での実施を推奨しており、ガイドラインに則して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

特になし。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。