

事例番号：260177

## 原因分析報告書要約版

産科医療補償制度

原因分析委員会第二部会

### 1. 事例の概要

2回経産婦。妊娠41週2日分娩誘発の目的で入院となった。入院後の所見は子宮口の開大1cm、展退50%、児頭の位置Sp-3cmであった。胎児心拍陣痛図はリアシュアリングであった。メトロイリントル（ミニメトロ）が挿入され、約5時間後に脱出した。妊娠41週3日と妊娠41週4日にオキシトシンによる分娩誘発が行われたものの、分娩には至らなかった。妊娠41週5日もオキシトシンで分娩誘発が開始され、子宮口の開大が6cmとなった。医師が人工破膜を実施し、茶色の羊水が流出した。すぐに陣痛が強くなり、胎児心拍数は140～150拍/分、陣痛は60秒発作、1分30秒～2分の間欠（診療録による）であった。人工破膜の29分後、経膈分娩で児が娩出された。臍帯巻絡はなく、羊水混濁（3+）があった。

児の在胎週数は41週5日で、体重は3758gであった。臍帯動脈血ガス分析値は、pH7.307以上、PCO<sub>2</sub>42.0mmHg、PO<sub>2</sub>28.3mmHg、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>20.5mmol/L、BE-5.5mmol/Lであった。アプガースコアは生後1分7点、生後5分8点であった。出生直後より啼泣と反射がなく、全身にチアノーゼがみられた。陥没呼吸が（±）で、鼻翼呼吸と呻吟がみられた。濃い緑色の羊水が多量に吸引された。酸素投与と血液検査が行われ、血液検査の結果は白血球22100/μL、ヘモグロ

ビン15.4 g/dL、CRP 0.5 mg/dL、血糖61 mg/dLであった。生後66分、胎便吸引症候群疑いで高次医療機関へ搬送された。入院後の呼吸数は70～100回/分台、吸入気酸素濃度0.5%での経皮的動脈血酸素飽和度は70%台であった。動脈管を介した逆流、三尖弁逆流を認め、収縮期血圧は30 mmHg台であった。気管吸引物は白色であった。医師は胎便吸引症候群疑い、新生児遷延性肺高血圧症、呼吸窮迫症候群と診断した。生後1日、血液検査の結果は白血球22100/ $\mu$ L、CRP 0.7～0.85 mg/dLであった。生後4日、動脈血の細菌培養検査の結果は陰性であった。生後19日、頭部MRIの所見は、「両側前頭葉～頭頂葉の皮質下～深部白質、両側外包・内包・視床・淡蒼球、脳梁膝部～体前部、両側小脳半球白質がT2強調画像で高信号」であり、新生児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名と助産師4名関わった。

## 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、妊娠経過中に胎児に影響を及ぼすような臍帯の圧迫による胎児循環不全など何らかの事象が発症したのではないかと推測される。分娩時、出生後の経過において原因となるような事象は認められない。

## 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る。

妊娠41週2日に入院、妊娠41週3日に分娩誘発としたことは基準内である。また分娩進行がなく、胎児の状態は良好であることを確認しながら、連日で子宮収縮薬の投与を行ったことは一般的である。妊娠41週3日の分

娩誘発はガイドラインに沿っており基準内である。妊娠41週4日、妊娠41週5日の子宮収縮薬投与の際に15分毎にオキシトシンを増量したことは、基準から逸脱している。その他、母体、胎児管理は一般的である。

出生後の新生児の管理、搬送の決定時期は一般的である。

#### **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**

###### **胎盤病理組織学検査について**

胎盤の病理組織学検査は、その原因の解明に寄与する可能性があるため、常位胎盤早期剥離や感染が疑われる場合など、分娩経過に異常を認めた場合や重症の新生児仮死が認められた場合には、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**

本事例のように、分娩中には低酸素症を認めないが、のちに脳性麻痺が発生したような事例についての臨床統計は存在しない。事例を集積して発症頻度を明らかにすると共に、それらの発症を防ぐための研究を推進することが望まれる。

###### **(2) 国・地方自治体に対して**

特になし。