

事例番号：240070

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

初産婦。妊娠36週以降に尿蛋白の増加および血圧上昇を認め、妊娠39週3日に妊娠高血圧症候群のため入院した。入院時の血圧は再検後142/87mmHgで、ラベタロール塩酸塩の内服が開始された。血圧は収縮期血圧が140mmHg台となることもあったが、ほぼ正常範囲内であった。入院後の尿蛋白定量は5762mg/日であった。胎児心拍数陣痛図で異常所見は認められなかった。妊娠39週5日に陣痛発来し、3時間20分後に子宮口が全開大となった。分娩監視装置を装着したところ、胎児心拍数は70～90拍/分で、その後170拍/分まで改善したが、胎児心拍数基線細変動の消失が認められた。胎児心拍数の低下が確認されてから約30分後に吸引分娩より児が娩出された。羊水混濁が軽度みられた。胎盤病理組織学検査では、胎盤の一部に梗塞変化がみられたが生理学的範囲内であり、そのほか胎盤、臍帯の異常所見は認められなかった。

児の在胎週数は39週5日で、体重は2600g台であった。アプガースコアは、1分後、5分後とも4点で、臍帯静脈血ガス分析値は、pH7.05であった。出生時に啼泣はなく、バッグ・マスクによる人工呼吸が開始された。生後20分に自発呼吸が確認されたが呼吸は弱く、呻吟、鼻翼呼吸がみられた。生後47分、新生児搬送の依頼を受けたNICUの小児科医によ

り気管挿管が行われ、搬送となった。入院後、人工呼吸器管理となり、脳低温療法が行われた。生後16日の頭部MRI検査では、新生児仮死に伴う重症虚血、低酸素状態による変化が疑われる所見が認められた。

本事例は、診療所における事例であり、産婦人科専門医1名、助産師1名、看護師2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、出生前に突然生じた胎児低酸素・酸血症によると考えられる。胎児低酸素・酸血症の原因を特定することは困難であるが、臍帯動脈血栓症などの臍帯因子の関与が考えられる。妊娠高血圧症候群が何らかの影響を及ぼした可能性も否定できない。

3. 臨床経過に関する医学的評価

妊娠中に尿糖が陽性であったが、耐糖能検査を行わなかったことは一般的ではない。妊娠38週5日の高血圧、尿蛋白陽性の所見に対して外来管理としたことは選択肢の一つである。

妊娠39週3日に高血圧、尿蛋白の持続で入院管理としたことは一般的である。入院時に血圧が142/92mmHgで降圧剤を投与したことについては、投与するとする意見と軽度の妊娠高血圧症候群であるため投与しないとする意見の賛否両論がある。尿蛋白が5g/日を超えていたが、分娩方針として自然陣痛の発来待機としたことは管理方法として選択されることは少ない。

ハイリスク妊娠の分娩管理方法として、連続的モニタリングおよび間欠的児心拍聴取の回数、子宮口全開大まで一度も内診を行わなかったことは一般的ではない。持続性徐脈への対応は一般的である。助産師が人工破膜を行い、

努責を促したことについては、医師不在の状態のまま状態悪化が予測される児が娩出する可能性があり選択されることは少ないとする意見と、緊急の状態であり分娩を進行させるため選択肢としてあり得るとする意見の賛否両論がある。医師が吸引分娩による急速遂娩を選択したことは一般的である。

出生後の新生児への対応は一般的である。

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) 妊娠高血圧症候群の管理について

ア. 学会、研究会などに積極的に参加し、医師、助産師が妊娠高血圧症候群の病態についての知識をより深めるように努めることが勧められる。

イ. 院内カンファレンスでハイリスク妊娠は全て帝王切開を選択すると取り決めたとあるが、妊娠高血圧症候群の分娩方法は術中術後の母体のリスクを考慮すると帝王切開が最も良い分娩方法では必ずしもない。妊娠高血圧症候群の病態を理解した上で、その妊娠分娩管理方針を再検討することが強く勧められる。

(2) 分娩中の胎児心拍数監視について

「産婦人科診療ガイドライン産科編2011」の「分娩の管理」を再度確認し、分娩監視装置の装着方法について院内カンファレンスで検討する必要がある。

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

妊娠高血圧症候群の管理方法について、学会の会員への周知が望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。