

事例番号：250047

原因分析報告書要約版

産科医療補償制度

原因分析委員会第一部会

1. 事例の概要

経産婦。一絨毛膜二羊膜双胎と診断された。原発性アルドステロン症のため左副腎摘出術を受けた既往がある。妊娠経過では高血圧の顕性化はみられず、双胎間の発育の差や羊水量の差は認めなかった。妊娠35週1日、急な右側腹部痛、周期的な子宮収縮で入院となった。子宮口の開大は1cmであった。医師は、吐き気、嘔吐、下痢便があること、37.5℃前後の発熱あること、胎児心拍数陣痛図はリアシュアリングであること、各種検査データでは特に異常は認めないものの母体状態が悪く今後感染徴候を呈する可能性もあることから、帝王切開を行う方針とした。決定から1時間32分後に第1子（本事例）が娩出された。臍帯巻絡はなかった。1時間33分後に第2子が娩出された。総出血量は1360mLであった。胎盤は1個で、ミルクテストでは臍帯動脈より注入すると対側への流入がみられた。後血腫が少量みられた。胎盤病理組織学検査では、絨毛膜羊膜炎、臍帯炎の所見はなく、病理学的に常位胎盤早期剥離の根拠となる所見も得られなかった。

児の在胎週数は35週1日で、出生時の体重は2186gであった。アプガースコアは、生後1分5点（心拍2点、刺激1点、呼吸1点、筋緊張1点）、生後5分5点（心拍2点、皮膚色1点、刺激1点、呼吸1点）であった。臍帯動脈血ガス分析値はpHが6.923、PCO₂54.1mmHg、PO₂

77 mmHg、BE - 21 mmol/Lであった。新生児室入室後、呼吸器が装着された。

生後1日の血液検査では、CPK 19491 IU/L、LDH 3747 IU/Lであった。生後3～10日の頭部超音波検査では脳室拡大、明らかなPVLは認めなかった。

本事例は病院における事例であり、産婦人科専門医2名（経験35年、11年）、産科医1名（5年）、小児科医1名（17年）と助産師2名（13年、3年）、看護師4名（24年、15年、11年、4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、常位胎盤早期剥離が起こり、それによって、両児が同時に低酸素・酸血症になり、脳性麻痺が発症した可能性が最も高い。一絨毛膜二羊膜双胎が常位胎盤早期剥離の発症に関与していたかは明らかではない。その他に、常位胎盤早期剥離の関連因子は認めず、常位胎盤早期剥離の原因は不明である。

3. 臨床経過に関する医学的評価

一絨毛膜二羊膜双胎の妊娠中の管理は一般的である。妊娠35週1日に、子宮収縮が周期的にあり、入院とした判断は一般的である。入院時の胎児心拍数陣痛図は、胎児心拍数の欠損が多く正確に記録されておらず、この記録で胎児の健常性を判断したことは一般的ではない。今後の感染徴候を予測し、帝王切開を決定したことは一般的である。FDPの異常高値等についての対応は、検査結果がいつ医師に届いたか不明であり評価できない。手術決定から開始まで88分を要していたことは、胎児心拍数陣痛図をリアシュアリングと判断したことが影響しており、一般的ではない。新生児管理は一般的で

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) 胎児心拍数監視の方法および判読について

ア. 胎児心拍数陣痛図での胎児健康度評価は重要である。母体が嘔吐を繰り返していることで、胎児心拍数聴取が困難であった可能性はある。心拍数の聴取が困難なときには、よく聴取できるように工夫することが望まれる。

イ. 胎児心拍数陣痛図の重要性を再認識し、正しくその判読ができるよう、更なる研修を重ねることが望まれる。

(2) 双胎の胎児心拍数監視の方法について

胎児心拍数陣痛図はⅠ児とⅡ児の判断ができず、胎児心拍数の欠損が多く正確に記録されていなかったため、評価が困難であった。Ⅰ児とⅡ児の区別を行うとともに、正確で明瞭な胎児心拍数陣痛図の波形が得られるよう検討し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

ア. 常位胎盤早期剥離の予知・予防について

常位胎盤早期剥離の発生機序の解明、予防方法、早期診断に関する研究を推進することが望まれる。

イ. 双胎の母子管理について

双胎の母子管理について、特に胎児心拍数監視では、正確で明瞭な胎児心拍数陣痛図の波形が得られるよう、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

特になし。