

事例番号：250082

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

3回経産婦。妊娠35週4日、妊産婦は突然の下腹部痛があり、4日間入院治療されたが、異常はみられなかった。妊娠37週3日、妊産婦は自然破水と同時に多量の性器出血があり、当該分娩機関へ入院となった。入院時、性器出血は著明で、収縮期血圧は60mmHgであり、胎児心拍数は30拍/分であった。常位胎盤早期剥離と診断され、緊急帝王切開が決定された。搬送先のNICUの小児科医立会いのもと手術が開始され、入院から56分後に児が娩出された。血性羊水と、胎盤母体面積の10%に凝血の付着が認められた。胎盤病理組織学検査では、血栓、梗塞、感染の所見は認めなかった。手術中の出血量は1750g（羊水含む）であった。

児の在胎週数は37週3日、体重は2874gであった。臍動脈血ガス分析値は、pH6.578、 PO_2 17.9mmHg、 PCO_2 127.3mmHg、 HCO_3^- 11.2mmol/L、BE-31.9mmol/Lであった。生後1分のアプガースコアは1点（心拍1点）で、搬送先のNICUの小児科医は直ちに、バッグ・マスクによる人工呼吸を開始し、生後2分に気管挿管が行われた。生後5分のアプガースコアは2点（心拍2点）であった。生後40分、人工呼吸を行いながら、NICUに搬送され、人工呼吸器が装着された。入院後、痙攣が頻回にみられ、抗痙攣薬が投与された。脳波

検査では、ほぼ平坦な状態で最高度活動低下と判断され、生後6時間より、脳低温療法が開始された。生後9日、頭部MRI検査では、びまん性の低酸素血症後の変化が認められた。生後15日、脳波検査では、全体的に活動性が停滞しており、生後29日の再検査では、最高度活動低下の所見であった。

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22年、23年）、小児科医1名（経験13年）、麻酔科医1名（経験32年）と、助産師1名（経験19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、常位胎盤早期剥離による重症の胎児低酸素・酸血症と考えられる。常位胎盤早期剥離の発症時期は、自然破水とともに多量の性器出血が認められた妊娠37週3日と推測される。常位胎盤早期剥離の原因は不明である。出生後の酸血症の持続が脳性麻痺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

妊娠35週4日の急激な腹痛に対して入院管理とし、血液検査、ノンストレステストを行ったことは一般的である。腹痛の治療として抗生剤投与を行ったことは、選択肢のひとつである。

妊産婦が救急車で到着後、分娩監視装置を装着し、血管確保を行い、補液の投与および酸素投与を開始したことは一般的である。常位胎盤早期剥離と診断し、早期に帝王切開を決定したこと、手術前に血液検査で凝固機能の評価を行ったことは一般的である。手術決定から手術開始までに要した時間は、母体の安全および児の蘇生準備を考慮すると基準内である。

搬送先のNICUの小児科医の立会いで手術を行ったことは適確である。

出生後の蘇生は一般的である。生後40分に人工呼吸を行いながら、NICUに搬送したことは適確である。

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

緊急時の胎児心拍数陣痛図の患者情報の記載について

本事例の胎児心拍数陣痛図に妊産婦の氏名、IDの記載がなかった。リスクマネジメントの観点から、緊急時においても胎児心拍数陣痛図に氏名、IDを速やかに入力する体制を確立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

常位胎盤早期剥離に関する研究

常位胎盤早期剥離の発生机序の解明、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。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。