

事例番号：260053

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

1 回経産婦。妊娠 25 週より胎児発育不全が疑われ、妊娠 30 週に管理目的で入院となった。妊娠 34 週 3 日、出血、気分不良があり、収縮期血圧が 77 mmHg で低血圧を認めたため、助産師は医師に報告した。医師が診察し、破水でないことが確認され、子宮口が 1 指開大、「3～5 分ごと」の痛みがあったことからリトドリン塩酸塩注射液の点滴が開始された。その 1 分後、経腹超音波断層法にて徐脈が認められたため、医師は緊急帝王切開手術を決定し、その 25 分後に緊急帝王切開で児が娩出した。手術時、皮膚切開後、筋膜切開とともに破膜すると血性羊水が流出し、児の左手が先進していた。胎盤を娩出した後に後血腫も排出された。胎盤実質は梗塞が強く、卵膜は全体的に黄染していた。胎盤病理組織学検査が実施され、単一臍帯動脈で、卵膜には I 度の炎症細胞浸潤が認められた。

児の在胎週数は 34 週 3 日で、体重は 1468 g（低出生体重児）であった。臍帯動脈血ガス分析値は、pH 6.709、PCO₂ 11.6 mmHg、PO₂ 18.9 mmHg、BE - 19.9 mmol/L であった。アプガースコアは生後 1 分、生後 5 分いずれも 0 点であった。出生直後より心拍、自発呼吸、体動がなく、小児科医により胸骨圧迫とバッグ・マスクによる人工呼吸が開始された。生後 6 分、気管挿管が行われエピネフリンが投与された。そ

の後NICUに入院となり人工呼吸器管理となった。出生当日の頭部超音波断層法で、頭蓋内出血は認めず、脳梁があった。軽度の脳浮腫が認められ、PVEは両側I度、であった。生後2ヶ月、頭部CTの結果、「脳溝や皮髄境界の不明瞭化あり。両側視床に高吸収域を認められる。」とされ、低酸素性虚血性脳症の可能性ありと診断された。

本事例は病院の事例であり、産婦人科専門医1名（経験13年）、産科医3名（経験2年、3年、4年）、小児科医1名（経験8年）、新生児医療に専従する医師1名（経験6年）、麻酔科医3名（経験1年、12年、17年）と、助産師3名（経験4年、4年、10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・酸血症であると考えられる。胎児発育不全があり、その原因としては胎胎盤機能不全が考えられ、それが常位胎盤早期剥離の発症に関与した可能性は否定できない。常位胎盤早期剥離の発症時期は、妊産婦がお腹の張りを感じた分娩2時間41分前頃か、遅くとも、性器出血を認めた分娩47分前であると思われる。

3. 臨床経過に関する医学的評価

妊娠中の管理および胎児発育不全で入院させたことは一般的である。胎児発育不全において妊娠を継続して経過観察としたことは医学的妥当性がある。

妊産婦が性器出血、気分不良を訴えた際に直ちに胎児心拍数を確認しなかったことは選択されることの少ない対応である。常位胎盤早期剥離の診断、そして手術決定から25分で児を娩出したことは適確である。胎盤病理組織学検査を実施したことは適確である。臍帯動脈血ガス分析を実施したことは

一般的である。

新生児蘇生として、直ちに胸骨圧迫とバッグ・マスクによる人工呼吸を開始したことは一般的である。

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

常位胎盤早期剥離の管理について

常位胎盤早期剥離の初期症状として、切迫早産と同様の子宮収縮を呈することがある。「産婦人科診療ガイドライン—産科編2011」では、切迫早産様症状と異常胎児心拍パターンを認めた時は常位胎盤早期剥離を疑い、超音波断層法、凝固系の血液検査を実施することが勧められるとされている。今後は、ガイドラインに沿った胎児心拍数陣痛図を含めた管理を行うことが強く勧められる。

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

本事例では、胎児発育不全が常位胎盤早期剥離の原因の一つと考えられる。胎児発育不全における常位胎盤早期剥離の発生について、妊娠週数、胎児発育不全の程度、その他の異常との関連を調査することが望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。