

Ⅱ. 常位胎盤早期剥離について

第6回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書
第4章 P63～P64

事例 1

原因分析報告書より一部抜粋

妊娠33週、切迫早産と診断された後、常位胎盤早期剥離と診断され母体搬送となった事例

〈事例の概要〉

病院から病院に母体搬送された事例。1回経産婦。妊娠32週、妊産婦は手足のむくみを主訴に搬送元分娩機関を受診した。血圧は139/90mmHg、尿蛋白(2+)で、医師は妊娠高血圧症候群の兆候があると判断し、減塩と安静を指示した。

妊娠33週、腹部緊満感と腹痛が出現し、搬送元分娩機関を受診した。内診所見は子宮口の開大1cm、性器出血は少量で、超音波断層法では胎盤中央部は厚く低エコーであった。子宮収縮は周期的であり、医師は切迫早産と診断し、妊産婦は入院となった。血圧は発作時162/110mmHg(再測定して127/72mmHg)で、分娩監視装置が装着され、子宮収縮抑制薬の投与が開始された。子宮収縮が数分毎にみられ、投与開始から45分後と1時間後に子宮収縮抑制薬を増量した。その後、一過性徐脈が続いていることから、常位胎盤早期剥離を疑い、母体搬送を決定した。以降の胎児心拍数陣痛図では、基線細変動の消失、遷延一過性徐脈がみられた。母体搬送し当該分娩機関に到着後、すぐに手術室に入室し、帝王切開により児が娩出された。子宮底部にかけてクーベールサインが認められた。臍帯巻絡は、頸部に1回みられ、胎盤母体面に凝血塊が付着していた。医師は常位胎盤早期剥離と判断した。

児の出生時在胎週数は33週、出生体重は1870g台であった。臍帯動脈血ガス分析値は、pH6.7台、BE-28mmol/L台であった。全身が弛緩しており、皮膚色は白く、臍帯拍動を認めず、酸素投与、胸骨圧迫が開始された。アプガースコアは生後1分、5分ともに0点で、気管挿管が行われ、強心薬が投与された。生後20分、心拍数が90回/分台で確認された。生後57分、NICUに入室し、人工呼吸器が装着された。

〈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高度の胎児低酸素・酸血症が持続し、出生後に児が低酸素性虚血性脳症を発症したと考えられる。妊娠高血圧症候群が常位胎盤早期剥離の関連因子となった可能性がある。常位胎盤早期剥離の発症時期については、腹痛の症状が出現した頃またはその少し前頃と推察される。新生児期における呼吸循環不全の遷延ならびに脳内出血が脳性麻痺の増悪因子となった可能性がある。

〈臨床経過に関する医学的評価〉

妊産婦が受診後、妊娠高血圧症候群が背景にあり、検査で異常が認められた状況で、常位胎盤早期剥離を疑わず切迫早産と診断し、子宮収縮抑制薬を投与したことは一般的ではない。入院時の胎児心拍数陣痛図では、基線細変動は減少し、軽度および高度遅発一過性徐脈が認められ、「産婦人科診療ガイドライン-産科編2011」と照らし合わせるとレベル4(中等度異常波形)と判断され、保存的処置の施行および原因検索、急速遂娩の準備が推奨される所見である。この段階で母体搬送を決定しなかったことは一般的

Ⅱ. 常位胎盤早期剥離について

第6回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書
第4章 P63～P64

ではない。妊娠33週で常位胎盤早期剥離と診断した後に、新生児の蘇生処置を考慮して母体搬送としたことは選択肢のひとつである。

当該分娩機関における母体搬送から手術開始までの対応は速やかであり優れている。臍帯動脈血ガス分析を行ったことは一般的である。胎盤病理組織学検査を行ったことは適確である。

出生後の新生児蘇生とNICU入院後の管理は一般的である。

〈今後の産科医療向上のために検討すべき事項（搬送元分娩機関に対して）〉

○常位胎盤早期剥離の対応について

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推奨されており、ガイドラインに沿った診断・管理を行うことが望まれる。

○診療録の記載について

医師の胎児心拍数陣痛図の判読所見や判断と対応の記載が不十分であった。胎児徐脈の波形パターンや観察した内容、判断の根拠や対応などについて詳細に記載することが望まれる。