

事例番号：250013

原因分析報告書要約版

産科医療補償制度
原因分析委員会第四部会

1. 事例の概要

初産婦。骨盤位のため分娩方針は帝王切開とされた。妊娠36週3日、破水と赤い出血があったため当該分娩機関を受診し、凝血塊と血性羊水の流出が認められ、入院となった。妊産婦の腹部の板状硬や激痛はみられなかった。分娩監視装置で胎児心拍数は60～70拍/分であった。超音波断層法で胎位は頭位となっていた。胎児機能不全のため緊急帝王切開が決定され、児が娩出された。手術中に265gの凝血塊が排出された。後羊水に羊水混濁はなく、清明であった。胎盤の辺縁部分、胎盤面積全体の約20%に凝血塊が付着していたことから、常位胎盤早期剥離と診断された。

児の在胎週数は36週3日、体重は2362gであった。臍帯動脈血ガス分析値は、pH6.616、PCO₂130.0mmHg以上、PO₂6mmHgであった。アプガースコアは生後1分、5分ともに1点（皮膚色1点）であった（診療録の記載による）。生後3分頃に医師は気管挿管を試みたが、気管挿管できなかった。妊産婦の出血が増えたため、医師は手術に戻り、看護師と助産師が蘇生を行った。生後10分に応援の産科医が到着し、気管挿管を行い、生後15分に心拍数80回/分、全身の皮膚色がピンク色となった。生後約1時間30分に高次医療機関のNICUへ搬送となった。頭部超音波断層法では、明らかな異常はなく、拡張期の中大脳動脈の血流に盗血現

象がみられた。生後23日の頭部MRIで大脳の広範囲に嚢胞性変化が認められ、出生時の低酸素性虚血性脳症に起因する多嚢胞性脳軟化症と診断された。

本事例は、診療所における事例であり、産婦人科専門医2名（経験22年、27年）、助産師2名（経験26年、28年）、看護師3名（経験6年、15年、29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。前期破水により子宮の内圧が低下したことが常位胎盤早期剥離発症に関連した可能性があるが、関与の程度は不明である。常位胎盤早期剥離の原因となるその他の関連因子は認められない。

3. 臨床経過に関する医学的評価

妊娠中の管理は一般的である。

入院時の対応は一般的である。看護スタッフが胎児心拍数60～70拍/分であることを確認し医師に報告したこと、および医師が超音波断層法で胎児心拍の確認を行ったこと、胎児機能不全と診断し緊急帝王切開を決定したこと、帝王切開決定から36分後に児を娩出させたことは一般的である。

出生後の児の状態とアプガースコアの判定が一致しておらず、アプガースコアの評価方法は一般的ではない。新生児蘇生の方法は一般的である。

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) 新生児蘇生について

本事例で実施された新生児蘇生の方法は一般的であると考えられる。しかし、助産師と看護師がバッグ・マスクによる人工呼吸と胸骨圧迫を実施した後も心拍は確認されず、応援の医師が気管挿管を行った後に心拍の再開がみられたことから、有効なバッグ・マスクによる人工呼吸および胸骨圧迫が行われなかった可能性がある。

今後は、日本周産期・新生児医学会の推奨する新生児蘇生法を十分に習得し、緊急帝王切開に対応する医師、助産師、看護師等は、新生児蘇生に熟達することが勧められる。

(2) 胎盤病理組織学検査について

新生児仮死が認められる場合は、原因究明を行う一助として、胎盤病理組織学検査の実施が望まれる。

(3) 新生児の状態評価について

本事例では、出生後に心拍が認められず、臍帯動脈血ガス分析値が pH 6.616 で、「全身蒼白」とされながら、アプガースコアは皮膚色 1 点と評価されていた。新生児の状態とアプガースコアの判定が一致していなかったため、アプガースコアの採点等、新生児の状態の評価について、施設内で見直すことが望まれる。

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。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。