

事例番号：260178

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

初産婦。妊娠6週より31週6日まで健診機関で妊婦健診を定期的に受けていた。妊娠10週の血圧は1回目176/94mmHg、2回目119/68mmHgであり、妊娠12週に自宅での血圧測定が指導された。妊娠33週4日、実家に里帰り中、妊産婦に強度の頭痛があったため救急車が要請された。救急隊が到着した時は、会話が困難で救急車内で瞳孔散大、呼吸停止となり、当該分娩機関で脳出血と診断された。妊産婦の救命を優先して心肺蘇生、ならびに帝王切開が施行され、児が娩出された。また、帝王切開の後に続けて両側脳室ドレナージが行われた。

児の在胎週数は33週4日で、体重は1756gであった。臍帯動脈血ガス分析値は、pH7.209、BE-7.0mmol/Lであった。アプガースコアは生後1分2点（心拍2点）、生後5分5点（心拍2点、筋緊張1点、反射1点、皮膚色1点）であった。出生時、心拍のみであったためバッグ・マスクによる人工呼吸、気管挿管が実施され、児はNICUに入院した。入院時の血液検査は、CPK222IU/L、血糖134mg/dLであった。出生当日、頭部超音波断層法の所見は、「左側脳室近傍の嚢胞数個有り、大脳の浮腫および大脳基底核の高エコー」であった。生後30日の頭部MRIより、医師は「大脳基底核および分水嶺領域は特に強い壊死性変化あり、脳幹

上部も障害あり、眼球運動異常や嚙下障害などの球麻痺症状残る」と診断した。

本事例は病院における事例であり、産科医2名、小児科医2名、外科（麻酔科）医1名、脳外科医2名と助産師1名、看護師2名が関わった。

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、母体脳出血による呼吸循環不全のために子宮胎児循環が保たれず生じた重症の胎児低酸素・酸血症と考えられる。胎児低酸素・酸血症の発症時期は、妊娠33週4日に妊産婦の心肺停止が確認された分娩約2時間前頃から母体の血圧が回復した分娩前約1時間30分前までの間と推定される。

3. 臨床経過に関する医学的評価

一過性に高血圧を認め、自宅での血圧測定を指導したことは一般的である。妊娠初期からほぼ毎回蛋白尿が陽性であるにもかかわらず、精密・確認検査を行わなかったことは選択されることの少ない対応である。

妊産婦の救命を優先して心肺蘇生を行い、その後に帝王切開分娩に至った経過は医学的妥当性がある。新生児蘇生、NICUでの対応は一般的である。

4. 今後の産科医療向上のために検討すべき事項

1) 健診機関および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) 健診機関

妊娠中に連続して尿蛋白陽性を認めた場合の対応について

妊娠中に連続して蛋白尿を認めた場合は、尿蛋白定量検査などの精査を実施することが望まれる。

(2) 当該分娩機関

特になし。

2) 健診機関および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

(1) 健診機関

特になし。

(2) 当該分娩機関

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. 妊産婦の脳出血の実態についての調査研究

日本産婦人科医会『母体安全への提言2010』によれば、妊娠中の脳出血による死亡率は非妊娠者と比較して死亡率が2倍程度高いと報告されており、また、発症した場合に母体死亡となりやすい疾患である。発症の予知や予防についての医学的データは不足しており、今後学会・職能団体等における調査・研究を進めることが望まれる。

イ. 妊産婦の心停止に対する対応について

「産婦人科診療ガイドライン—産科編2014」CQ903-1「突然発症した妊産婦の心停止（状態）への対応は？」のなかで、母体蘇生処置に反応しない場合には帝王切開術（死戦期帝王切開）を行うことが推奨されている。死戦期帝王切開は母体救命を目的としたものであるが、早期（母体心停止から5分程度）に施行すれば後遺症なく児を救命できる可能性もあるとされている。しかし実際には手術準備や

同意取得などで時間が費やされてしまうものと推測される。救急医療関係者など関連学会との間で、本邦で妊産婦の心停止にいかなる対応を行うことが有効かつ現実的なのかの協議をすることが望まれる。

(2) 国・地方自治体に対して

特になし。