

日本産婦人科医会共同プログラム

5. 事例からみた脳性まひ発症の原因と予防対策：産科医療補償制度再発防止に関する報告書から

1) 臍帯動脈血液ガス所見からみた脳性麻痺の原因分析

国際医療福祉大学 松田 義雄

周産期医療の究極の目的である「後遺症なき生存」の達成にあたって、課題となっている一つに脳性麻痺（CP）の発症予防がある。医療先進国においても、出生1,000に対し、CPの頻度は約「2」と報告されているが、医療の進歩にもかかわらず、著しい改善はみられていない。日本医療機能評価機構では、平成21年から重度の脳性麻痺として補償対象と認定された症例に対し速やかに補償する一方で、専門家のpeer reviewによる原因分析を行っている。その結果はマスキングされた報告書として、誰でも閲覧できるようになっている。これまで、わが国においてこの種のデータ蓄積がなく、CPの原因分析は十分とはいえなかった。

一方、「CPの主要因は分娩時の仮死」とする長年の見解が、国内外での症例検討から否定されるようになってきた。分娩時の仮死と診断されるためには、Apgar scoreの低値に加え、臍帯動脈血液

ガスpH(UApH)の値も参考にされ、アメリカ産婦人科学会/小児科学会による診断基準では、pHは7.0未満と定義されている。

したがって、pHの測定は必須であり、その観点から、症例の原因を検討することも極めて重要と思われる。

本講演では、既報告例の中からUApHが測定されていた症例の分析を行った結果の一部を報告する。出生時のacidemiaと仮死を伴っていない症例が、重度のCPにおいても10%程度存在することが明らかになった。

「CPの主要因は分娩時の仮死」—この誤解が完全に解けているとはいえない。「UApHの測定は極めて重要な検査であり、原因分析には必要不可欠である」をtake home messageとして伝えたい。

2) 脳性まひとなった事例からみた子宮内感染への対応

千葉県立海浜病院 飯塚 美徳

第4回再発防止委員会報告書によれば、2013年12月末までに原因分析報告書が公表された319件のうち子宮内感染を発症したと考えられる事例は63件(19.7%)であった。対象事例のうち、正期産は52件(82.5%)であり、また出生時の臍帯動脈血ガス分析pH値が7.0以上と重度のアシドーシスを認めなかった事例は17件(27.0%)、アプガースコア(5分値)が軽度新生児仮死の4点以上7点未満が23件(36.5%)、新生児仮死のない7点以上が5件(7.9%)であったと報告している。

子宮内感染が脳性まひに関与する一般的な機序としては、「胎児低酸素等に対する予備能の低下」や、胎児炎症反応症候群、絨毛膜羊膜炎による炎症性サイトカインの増加などが考えられている。また、子宮内感染を臨床的絨毛膜羊膜炎あるいは組織学的絨毛膜羊膜炎ととらえた場合、感染が認

められた群における脳性まひのリスクは非感染群に比べて各々140%および80%増加するとされている。しかし、子宮内感染の診断は必ずしも容易ではない。

そのため、再発防止委員会は再発防止および産科医療の質の向上に向けて、産科医療関係者にこれだけ行ってほしい内容について(1)前期破水や母体発熱がみられる場合の対応、(2)臨床的絨毛膜羊膜炎の診断基準に該当する場合の対応、(3)臨床的絨毛膜羊膜炎が疑われる場合の胎児心拍数陣痛図の評価、(4)臨床的絨毛膜羊膜炎が疑われた場合の胎盤病理組織学検査の実施に関する提言を行った。今後われわれ産科医療者はこの提言を念頭に置きながら日々の診療を行うことが望まれる。