

はじめての妊産婦死亡：分娩後脳内出血の一例

平成10年卒 松本直樹

はじめに

現在、母体救命という視点でさまざまな対策が講じられています。また医師個人のレベルでも、だれもが以前よりも注意して診療していることと思います。私は卒後3年目に妊産婦死亡例を経験しました。当然ですがそれは妊婦さんとその家族にとって大変不幸なことでありました。そしてそれは現在の私の診療に大きく影響した臨床経験であります。このような症例はなかなか経験しませんし、そのようなイベントが起きない方が良いに決まっています。まれな経験は共有することが重要と考えますので、この場を借りてその症例に関し考察を加えまとめました。



症例

もはや資料も持っていませんし、記憶の範囲でおおまかな経過を記述します。

30歳代の初産婦。不妊治療による2絨毛膜性双胎妊娠。満期での計画的分娩誘発を実施。分娩はスムーズに進行し日中に完了。弛緩出血など過度な多量出血はなかった。分娩後しばらくして嘔吐、胃痛あり。ファモチジンなどで対処された。その後やや落ち着くも、夜間になって不穏な様子や言動の異常などが見られた。血圧はやや高めだが安定していたので経過観察とされていた。その深夜、突然の痙攣発作を起こした。私はファーストコールの当直医として連絡を受けた。産褥子癇と判断し、ジアゼパム等で対処。痙攣は消失したが、意識ははっきりしなかった。バイタルサインはおおよそ安定。セカンドコールの当直医に状況を報告した上、経過観察とした。ジアゼパムの効果が薄れ意識が回復するのを待っていたが、しばらくして痙攣の再発あり。緊急で血液検査と頭部CTを実施した。ラボデータからは、血小板減少、凝固能低下、肝酵素上昇、クレアチニン上昇などDICに相当する所見を認め、さらにCTでは多発する脳内出血を認めた。DICに対する治療を開始しつつ脳外科的手術（減圧術）を行った。その後治療を継続するも意識が回復することはなく、脳死を経て死亡に至った。

経過・ラボデータ・病理解剖などの結果から、本症例は羊水塞栓症やHELLP症候群などに起因する急性かつ重度のDICに陥り、それが原因となって脳内出血に至ったものと結論づけられた。

考察

分娩後の脳内出血による妊産婦死亡の一例を示した。脳内出血の原因はDICと考えられたが、DICの原因について当時断定することはできなかった。しかしながら、現時点での見地（私見）からすれば、産褥期発症型のHELLP症候群が急速に進行したものと推定される。

日本の妊産婦死亡率は、100年前およそ400（対出産10万）でしたが、近年ではおよそ4～5と、100分の1までに減少しています。この数値は世界的にも十分に低いのですが、それは先進国のトップではなく、またその減少傾向も停滞しています。その一因として妊婦の高齢化を含めたハイリスク化が挙げられるでしょう。妊婦のハイリスク化という避けられない現状の中で、以前にもまして母体救命という観点での改善策が求められ、そしてそのための取り組みが進められてい

ます。

頭蓋内出血に関連した妊産婦死亡例として、奈良県大淀町立大淀病院事件（2006年）と東京都立墨東病院妊婦死亡事件（2008年）はマスコミを通じ大きく取り上げられました。これらの事件では妊産婦の緊急事象に対する救急医療の連携の不備が指摘されました。このころは、救急搬送を受け入れたが専門外などの理由を含め診療能力が及ばず結果として不幸な転帰を迎えた場合には刑事責任を問われ得る（杏林大病院割りばし死事件・1999年）という背景もあり、防衛医療（萎縮医療）の傾向が強まっていた時期でありました。

奈良・東京の事件を受け、ようやくこのままではいけないという気運が高まりました。徐々にですが、従来からの母体搬送システムに加えて母体救命に重点を置いた救急医療体制の整備が各地で進められています。日本産婦人科医会では2010年から妊産婦死亡報告事業が開始されました。妊産婦死亡例の集積と分析が行われ、さらにその結果を基にした指導・教育的な情報が提供されています¹⁾。

医会によると2010～14年の脳出血・梗塞による妊産婦死亡は35例（0.7 / 10万出産）でした¹⁾。深谷赤十字病院在籍中に、脳血管障害を鑑別すべき突発的な神経学的症状を呈した妊産婦症例を集積し、それを基に推計した結果を図に示します²⁾。1例の頭蓋内出血による死亡例の背景にはおよそその350倍（1.1 / 390）の疑い例が存在すると推計されました。つまりその多くが軽症から中等症でほとんどが死に至らない訳ですが、常に最重症の可能性を考慮して対処し続けなければ死に至る症例を見落とすかもしれないのです。

私は個人的にこのような症例に遭遇したため、その反省のもと診療に取り組んできました。私のような経験をしなくても産科に携わる医師は、重大な事象を予見・予防し得る能力と緊急事態に対応する能力を身につけなければなりません。産科医療全般に言えることですが、過剰診療にならないバランス感覚も求められます。またALSOや京都プロトコルなど産科救急蘇生法が広まりつつありますし、医局でもこのような教育・指導が行われていることと思います。この分野においても慈恵医大産婦人科講座がリーダーとしてさらに活躍することを期待しています。

文献

1. 日本産婦人科医会・妊産婦死亡症例検討評価委員会：母体安全への提言2014 Vol.5, 2015 (http://www.jaog.or.jp/medical/ikai/project03/PDF/botai_2014.pdf)
2. 松本直樹ほか：妊娠・分娩・産褥期に突発的な神経学的症状を認めた18例の後方視的検討。産婦人科の実際60 (13)：2103-2110, 2011（松本産婦人科医院ホームページ <http://matsumotoc.org>）

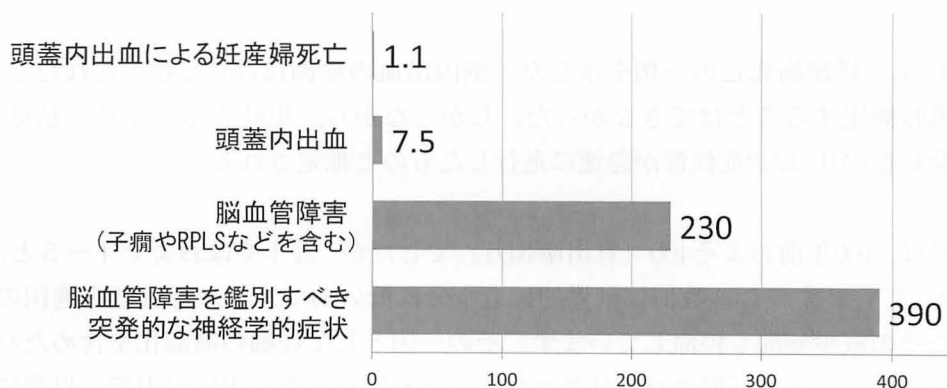


図 2011年の論文²⁾において推計した妊産婦における各発症率（対出産10万）

編集後記



はじめての手術・はじめての分娩と言うテーマは、誰もが経験がある事なので面白い内容になると思った半面、暴露本の様相を呈するのではないかと心配しておりました。でもまあそんな事にならず安堵しております。

オーベンに手取り足取り教えてもらったというのはあまり憶えていなくて、オーベンを呼んでも来てくれなかった、オーベンが酩酊していた、とか、年配の先生にそんな経験が多いようです。皆、危ない橋を渡っていたんですね。

さて、2011年～2015年の入局者数は49名で内29名が女性です。その29名の女性の内、産休・育休中が12名、3名は子育てをしながら復帰しており、さらに4月から5名が復帰予定です。と飯田先生が調べてくれました。

何とも驚くべき事実、「女のくせに」「女ごときに」「どうせ女だろ」などと言ってはいけません。しかし女性には出産・育児というもう一つの大仕事を抱えています。このために医師をやめてしまったという事があってはなりませんし、そうなってしまったら社会の大きな損失です。医師であり母であるためには、まず第一にパートナーであるご主人の協力が不可欠です。社会も底からささえなければなりません。

ところで表紙は前号のpartⅡのようになってしまいましたが、題は『Prima』といひます。女性医師にいつまでも輝いていて欲しいという思いから選びました。男尊女卑という言葉はもうゴミ箱に捨てましょう。しかし男損女肥にならないよう男たるもの頑張りましょう。今回も、斉藤先生、飯田先生、そして岡本二葉さん御尽力ありがとうございました。お陰でいいものが出来ました。

森本 紀

会報第33号

平成28年3月

発行人 東京慈恵会医科大学産婦人科学教室同窓会「妙手会」

印刷 スピックバンスター株式会社

文京区関口 1-47-12

電話 03(3260)8151