

脳出血による妊産婦死亡実例の検討

鮫 島 浩

平成3年～4年の妊産婦死亡例の中で、検討可能な197例中、27例が脳出血によるものであった(13.7%)。内訳は脳内出血20例、くも膜下出血が7例であった。

1 発症年齢

20才代が14例と最も多く、次いで30才代が11例、40才代は2例であった。40才代の1例は妊婦健診を全くうけておらず、経産回数や妊娠中の経過など、不明である。

2 経産回数

初産婦が17例で過半数を占めた。1回経産婦が2例、2回経産婦が6例、3回経産婦が1例であった。(1例は不明)

3 既往歴、家族歴

明らかな既往歴が2例に認められた。症例13は12才時に脳動脈瘤のクリッピング術を、症例204は8才時に脳出血の既往があった。症例131には祖母に脳動脈瘤の家族歴があった。妊娠中にも、症例204は妊娠22週で跛行、症例3は妊娠30週で原因不明の痙攣発作を起こしていたが、いずれも精密検査は行われていなかった。

4 発症時期

妊娠中の発症が12例、分娩中が5例、産褥期が9例であった。残りの1例は子宮外妊娠に合併したものであった。

妊娠中の12例の内訳は、妊娠20週未満が2例、妊娠20～28週が1例、妊娠28～36週が7例、妊娠36週以降が2例であった。

分娩中の5例の内訳は、妊娠36～41週が4例、妊娠18週の中期中絶が1例であった。症例121は妊娠36週の、胎内死亡後で、自然陣痛時の発症であったが、他の4例にはラミナリア、メトロイリントール、マイリス、オキシトシン、プロスタグラ

ンジンなどで陣痛促進が行われていた。

産褥期の9例の内、7例は分娩後24時間以内の発症であり、残りの1例は産褥3日、もう1例は産褥14日であった。分娩後24時間以内の発症7例中、1例(症例141)にのみ陣痛促進(プロスタグランジン点滴)が行われ、無痛分娩が1例(症例99)、31週での自宅分娩が1例(症例213)、胎児仮死で妊娠30週に帝王切開が1例(症例82)、残りの例は自然陣痛による正期経産分娩であった。

脳内出血とくも膜下出血とで、発症時期を比較した。脳内出血の20例では、妊娠中10例、分娩時4例、産褥期5例であった(1例は子宮外妊娠に伴う)。くも膜下出血の7例では、妊娠中2例、分娩時1例、産褥期4例であった。脳内出血は妊娠中に多く、一方、くも膜下出血は産褥期に多い傾向を示した。

5 発症場所

妊娠中に発症した12例はいずれも自宅で発症した。また、産褥14日に発症した症例は、頸部痛で整形外科受診中に発症した。残りは全例産婦人科病院内であった。

6 発症後、死亡までの時間

発症後24時間以内に死亡した症例は12例、44.4%であった。1週間以内が3例、1週間以上が12例であった。

7 診断

3例は解剖でより診断され、症例84は行政解剖、症例493は司法解剖、症例99は病理解剖であった。また、3例(症例39、症例82、症例13)は臨床診断であった。残りの21例はCTあるいは血管造影で診断された。

画像診断された21中、手術適応なしと判断された症例が17例(症例130は適応なしと判断されたが血腫除去を行った)、ドレナージされた症例

が3例、手術目的で搬送したもののその間に重症化した症例が1例であった。

このように、母体死亡に至った脳出血の中で、発症早期に手術可能と判断された症例は4例、14.8%にすぎなかった。

8 発症時の産科異常と初発症状

妊娠中毒症合併が5例(39、78、129、141、213)、陣痛誘発・促進が5例(3、43、87、141、152)であった。症例87はPG膈座剤使用中に発症したと推測された。

合併頻度の高い妊娠中毒症に焦点をあてて分析した。症例39は妊娠34週で高血圧(170/110)、蛋白尿強陽性、高度浮腫を急激に発症し、2日後に頭蓋内出血を起こした。症例78は36週で蛋白尿のみ軽度に認め、分娩時には血圧が150/100と上昇したものの正常分娩となり、約1時間後に発症した。発症後の血圧は180/100以上と高値であった。症例129は36週から蛋白尿型の妊娠中毒症をみとめ、その後39週に自宅で発症した。その間の血圧の詳細は不明である。症例141は妊娠36週で血圧136/82、軽度の蛋白尿をみとめ、妊娠38週で経腔分娩。分娩後の血圧の記載はなく、15時間後に発症した。症例213は妊娠29週で重症妊娠中毒症(詳細不明)発症、入院を拒否、31週で自宅分娩後約12時間で発症した。この5例はいずれも初産婦であった。明らかな重症妊娠中毒症は症例39と症例213の2例であった。

初発症状は嘔気、嘔吐、頭痛、項部痛、頸部痛、意識障害、歩行障害、痙攣、意識消失であり、特徴的なものは認められなかった。

また、症例182では、39.7℃の発熱、関節痛から始まり、凝固異常、DICとなり、血小板1.8万、fibrinogen 1.5mg/dl、ATIII28%の状態での発症であり、二次性の脳内出血と考えられた。

9 搬送

搬送の問題が2例で認められた。症例121は、1回目の搬送で脳外科のない病院に搬送され、手術の必要ありと判断された。再搬送するも、その間に血腫の著明な拡大を認め、除去術にても脳浮腫

が重篤で改善しなかった。症例228は、頭痛発症から搬送までの30時間に脳動脈瘤が再破裂したと考えられた症例であり、早期の搬送が望まれた。

10 救命の可能性

既往歴、家族歴、妊娠中の異常から、4例(症例3、症例13、症例131、症例204)は早期発見できた可能性があり、この4例、14.8%に関しては救命の可能性を否定できない。

また、発症早期に画像診断され、手術可能と判断された症例は4例あり(症例13、症例76、症例79、症例121)、この14.8%も救命の可能性があったと推測される。逆に、母体死亡に至った脳出血では、発症した時点で既に80%以上は手術不可能と判定されるほど重症であったともいえる。

搬送に問題のあった症例121と症例228、また、細菌感染-septic DIC後の二次性の脳出血であった症例82の合計3例も救命の可能性が存在したと考えられる。

以上の症例から重複例を除いた9例、33.3%は、発症以前に、あるいは発症早期に救命の可能性があったと推測された。

救命の可能性の集計から、不可能と判定した委員が0で、かつ、ある程度救命可能の判定した委員が総数の70%以上を救命可能とすると、この27例中、救命可能症例は1例(3.7%:症例39)のみであった。

考 察

検討可能な197例中、27例が脳出血(13.7%、内訳は脳内出血20例、くも膜下出血7例)によるものであった。

脳内出血は妊娠中に多く、一方くも膜下出血は産褥期に多い傾向を示した。全体として分娩中と産褥24時間以内の発症が12例と最も多く、分娩前後の血流動態の変化が影響していると推測された。

妊娠中毒症の合併は5例であり、いずれも初産婦であった。しかし、明らかな重因果関係を証明

するためにはさらに検討を要すると思われる。

救命の可能性を考える時、家族歴、既往歴などをどのように位置づけるかは、その後の確定診断、診断後の治療との関連があり、脳神経外科との協議を要する課題である。すなわち、ハイリスク群に対して画像診断を行うか？、行うとすると妊娠中か？、発見された症例に脳外科的手術を行うか？、など重要な課題である。日本での脳動脈瘤や動静脈奇形合併妊娠の natural history の蓄積が大切である。

また、発症直後の画像診断の有用性にも目を向ける必要がある。妊娠中や分娩前後に頭痛、血圧上昇、意識消失、嘔吐などを見ると、産婦人科医の多くは妊娠中毒症や子癇発作と考え、その治療を優先させる。これは現時点では正しい選択であると思われる。妊娠中毒症と頭蓋内出血との臨床症状の違いを明らかにし、一般臨床医に注意を喚起する必要がある。すなわち、どのような症状が

出現したら脳出血を疑い、画像診断をすべきかのガイドラインを示す必要がある。

妊娠中毒症も、これらの脳内出血も、専門医を要する総合医療センターで管理する必要がある。したがって搬送の問題も重要である。[妊娠中毒症は現在の周産期医療にとっても重大な課題であり、母体死亡に至るハイリスク妊娠である]、との意識をもち、総合医療センターでの管理を行うことを改めて強調する必要がある。また、原因不明で意識障害を起した妊産褥婦では、呼吸管理、全身管理を確立した後に、脳外科、産婦人科、新生児科、麻酔科などの完備したセンターに搬送する。いわゆる救命救急センターにも妊産褥婦の意識障害に対応できる専門医の常駐、あるいはコンサルト可能な専門医と連携可能な体制が望まれる。このような産科救急症に対する地域化の早急な確立が急務である。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



平成3年～4年の妊産婦死亡例の中で、検討可能な197例中、27例が脳出血によるものであった(13.7%)。内訳は脳内出血20例、くも膜下出血が7例であった。