

妊娠中毒症による妊産婦死亡実例のまとめ

小柳 孝司・佐藤 昌司

調査症例 197 例のなかで、妊娠中毒症合併症例は 17 例 (17/197:8.6%) であった。本症例に関して、その背景、ならびに救命の観点から検討を加えた。

【症例分析】

I. 症例の背景 (表 1)

1. 母体年齢

年齢は 21 才~46 才であった。内訳は、20 才代 3 例 (3/17:17.6%)、30 才代 11 例 (11/17:64.7%)、40 才代 3 例 (3/17:17.6%) であり、35 才以上の症例は 8 例、47.1% を占めた。

2. 経産回数

初産婦が 6 例 (6/17:35.3%)、経産婦が 11 例 (11/17:64.7%) であり、経産回数は 0~5 回であった。

3. 既往歴

妊娠中毒症の既往を有する経産婦が 2 例 (2/17:11.8%) にみられた。他の合併症として、糖尿病が 1 例、双胎妊娠が 2 例、Rh 不適合妊娠が 1 例にみられた。

4. 分娩様式

経膈分娩が 4 例 (自然分娩 3 例、吸引分娩 1 例)、帝王切開分娩が 11 例 (すべて緊急手術)、未分娩が 2 例であった。

5. 帝王切開の適応

帝王切開例 11 例の手術適応は、母体適応が 7 例 (7/11:63.6%)、胎児適応が 4 例 (4/11:36.4%) であった。母体適応の内訳は、妊娠中毒症の悪化による急速遂娩 (HELLP 症候群、妊娠脂肪肝、肺水腫の増悪、子癇など) が 6 例であり、他の 1 例は分娩停止であった。一方、胎児適応 4 例は、いずれも胎児仮死であった。

II. 臨床経過の特徴 (表 2)

1. 17 症例の要約ならびに特記事項

17 例各々の、主たる特記事項は以下のとおりである。

症例 46: 患者本人の妊婦健診が不定期。

夜間診療のない産婦人科のため、呼吸困難出現時に外科病院を受診。

54: 妊娠 16 週で尿蛋白出現がみられていたが、外来健診を継続。妊娠 33 週で呼吸困難出現し、病院到着時にはすでに呼

表 1 症例の背景

症例番号	母体年齢	経産回数	既往歴	分娩様式	子宮摘出術の有無	帝切の適応 (母体・胎児別)	帝切の適応 (診断)	死亡した施設	1つ前の施設	2つ前の施設
46	35	1以上		分娩なし	なし			病院		
54	38	0	糖尿病	分娩なし	なし			病院		
68	34	0	双胎	緊急帝切	なし	母体	HELLP 症候群	病院	病院	
70	39	1		緊急帝切	なし	母体	妊娠脂肪肝	病院		
77	46	0		経膈	なし			病院	病院	
95	43	3		経膈	なし			病院	病院	
106	37	2	双胎	緊急帝切	膈上部	母体	肺水腫	病院	診療所	
148	29	1		緊急帝切	なし	母体	HELLP 症候群	病院	病院	診療所
162	25	0		緊急帝切	なし	胎児	胎児仮死	病院	診療所	
163	21	0		緊急帝切	なし	母体	子癇	診療所		
173	33	1	妊娠中毒症	緊急帝切	なし	胎児	胎児仮死	病院	診療所	
177	39	2		緊急帝切	膈上部	胎児	胎児仮死	病院	病院	
178	30	1		経膈	なし			病院	診療所	
195	31	1	Rh (-)	緊急帝切	なし	胎児	胎児仮死	病院	病院	診療所
221	43	3		緊急帝切	なし	母体	中毒症増悪	病院	診療所	
223	30	0		緊急帝切	なし	母体	分娩停止	病院		
229	34	5	妊娠中毒症	経膈	なし			病院		

- 吸停止。
- 68 : 帝王切開後に出血増量、肺水腫出現。
双胎妊娠
- 70 : 妊娠26週で妊娠脂肪肝のため、帝王切開分娩。抜管時に気道閉鎖を生じ、呼吸停止。
- 77 : 経膈分娩後に出血性ショック。
入院時データで肝機能異常・凝固異常・黄疸が存在したが気付かれていない。
- 95 : 妊娠6ヶ月頃に妊娠中毒症を指摘されていたが、妊娠38週まで外来管理。
咳嗽症状(肺水腫)を喘息と判断。
- 106 : 妊娠33週で重症妊娠中毒症と診断されているが、11日間保存的治療。
肺水腫を発症し、帝王切開。術後出血傾向増悪。
- 148 : 高次病院に徒歩入院。同日、子癇発症。
帝王切開術中より出血傾向増悪。
- 162 : リトドリン使用。帝王切開後、肺水腫および出血傾向。
- 163 : 子癇重積発作で死亡。高次施設への搬送なし。
- 173 : 妊娠26週で収縮期血圧200mmHg以上の高血圧あり。これに対して外来治療。
入院後輸液過量。肺水腫の状態で胎児適応で帝王切開分娩。
- 177 : 右側腹部痛で来院後、数時間でショック。
帝王切開分娩中に出血傾向出現、増悪。
- 178 : 重症妊娠中毒症で経膈分娩。分娩後75日で心不全のため死亡。
- 195 : 患者本人の健診が不定期。呼吸困難(肺水腫)を喘息と判断し、胎児適応で帝王切開分娩。患者本人が救急病院に連絡等を行っており、病診連携がうまくいっていない。
- 221 : 未健診。初診で重症妊娠中毒症と診断し、帝王切開分娩。
術後輸液過量。肺水腫併発。
- 223 : 妊娠35週から蛋白尿出現するも、外来治療。術前・術中モニタリングに乏しいため、詳細不明。

229 : 患者本人の健診が不定期。妊娠30週でけいれんのため入院しているが、内科医が診察し、リトドリン治療。

経膈分娩後、自己抜管した際に呼吸停止。

2. 重症・軽症別および合併症

不明1例(症例46)を除き、他の16例は全例、日本産科婦人科学会妊娠中毒症委員会の定義に基づく重症例であった。これに関連する合併症として、子癇が5例(5/17:29.4%) (症例148、162、163、173、229)、肺水腫が11例(11/17:64.7%) (症例46、54、68、95、106、162、173、177、195、221、229)、DICが10例(症例68、70、77、106、148、162、173、177、195、229)、HELLP症候群が3例(3/17:17.6%) (症例68、148、178)、急性妊娠脂肪肝が2例(2/17:11.8%) (症例70、77)、脳出血が2例(2/17:11.8%) (症例106、148)にみられた。

3. 妊娠中毒症の発症時期(表2)

患者の症状あるいは妊娠中毒症の診断時期のうち、妊娠週数の早い方を発症時期と定義した場合、その範囲は妊娠16週~39週(不明2例)であった。内訳は、妊娠24週未満が2例(2/17:11.8%)、妊娠24~31週が5例(5/17:29.4%)、妊娠32週以降が8例(8/17:47.1%)であった。

4. 妊娠中毒症発症から入院までの期間(表2)

発症時期から入院までの期間は、0日(診断あるいは来院時に緊急入院)が5例(5/17:29.4%)、1~3日が4例(4/17:23.5%)、4~7日が2例(2/17:11.8%)、7日以上が4例(4/17:23.5%) (7日~17週)であった(不明1例)。

Ⅲ. 母体救命の観点からみた診療上の問題点

個々の症例において、母体救命の視点からみた診療上のturning pointを、

- ①患者サイドの問題である事象
- ②医療サイドの診断あるいは入院の遅れ
- ③高次病院への搬送の遅れ(病診連携に問題)
- ④医療手技に問題

の4つに分類し、個々の症例を検討した。なお、症例によっては複数の項目に該当するため、重複がある。

①患者サイドの問題である事象

4例でみられた。内訳は、健診を未受診の症例が1例(症例221)、定期的に健診を受けていなかった症例が3例(症例46、195、229)であった。

②医療サイドの診断あるいは入院の遅れ

11例でみられた。内訳は、妊娠中毒症と診断しながら、入院時期が遅れたと考えられる症例が7例(症例54、77、95、106、148、173、223)、上記①により来院が遅れた症例が4例(症例46、195、221、229)であった。

③高次病院への搬送の遅れ

6例でみられた。内訳は、検査異常あるいは症状の重大性の認識が遅れたもの4例(症例77、95、106、148)、診療所一病院間の連携が悪かったもの1例(症例195)、搬送のなかったもの1例(症例163)であった。

④治療方法・治療手技に問題

7例でみられた。内訳は、抜管時気道閉塞1例(症例70)、リトドリン治療1例(症例162)、産褥期の治療に問題があるもの3例(症例173、178、221)でみられた。産婦人科以外の診療科医師が診察し、誤った治療を行ったもの2例(症例46、229)であった。

IV. 検討会における救命の可能性の判定(表2)

症例検討医師の70%以上が「救命できた」と解答した症例は、17例中11例(64.7%)であった。

【考察】

妊娠中毒症合併症例の検討を通じて、もっとも痛感することは、上述の検討会での結果でも述べたように、64.7%もの症例が「救命可能」と判断される背景を有していたことである。この結果を念頭において、筆者らの気付いた点を列記する。

1. ハイリスク妊娠に対する予測性の欠如

既往歴、既往妊娠・分娩歴あるいは現病歴に、妊娠中毒症発症のハイリスク群としての情報があるにも関わらず、妊娠管理上に生かされていない症例があった。具体的には、妊娠中毒症の既往歴、糖尿病、双胎あるいは高齢妊娠に対して、通常の妊娠管理あるいは指示を続けている症例があった。

2. 肺水腫発症例が多いこと

肺水腫合併例は17例中11例を占め、妊娠中毒症が致死的となるうえで、本症が極めて留意すべき合併症であることを改めて認識させられた。加えて、咳嗽あるいは呼吸困難が出現しているにも関わらず、喘息と診断したり、安静治療のみで妊娠を継続した結果、不良の転帰に至っている症例が少なくない。

3. 出血傾向(DIC)に対する準備、処置の遅れ

出血傾向(DIC)発現例は17例中10例を占め、肺水腫と並んで重大な合併症であった。特記すべき事項として、帝王切開中、術後あるいは経膈分娩後に止血困難、ショック等に陥り、その後に輸液あるいは輸血が行われた症例、ならびに凝固系に関する検査あるいは評価が不十分の状態での分娩管理を行った症例が多いことが分かった。このことは、重症妊娠中毒症を管理するうえで、知識のみならず、医療設備および人員面での制約に対する認識の甘さを示している。

4. 高次施設への搬送タイミングの遅れ

1. 3.にも関連するが、バイタルサインに変化が及ぶに至った後、高次病院に搬送し、到着時には不可逆的な状態に陥っている症例が多い。

5. 病診連携上の問題

6例(症例46、106、148、163、195、229)では、搬送方法あるいはシステムに問題があると考えられた。

具体的には、産婦人科医が不在、徒歩入院の指示、重症例を診療所で単独治療したなどの事例である。重症例紹介にあたっての連絡網、搬送にあたっての搬送方法の指示など、システム上の整備が不十分であったために、治療開始までに時間的なロスが生じている。

6. 未健診もしくは不定期受診の症例

17例中4例で、患者側の理由によって十分な健診がなされていない。当然のことながら、患者情報がないために、妊娠中毒症に対する初期治療の段階から搬送面、治療面に亙って後手にまわっている。本群の存在は、健診システムを考慮するうえで無視できない比率であると考えられる。

7. 治療方法・治療手技の問題

本項に該当する7例のなかで、抜管時気道閉塞、リトドリン治療、輸液過量例などは、治療方法ならびに手技上の問題ケースとして、医師側の教育などに還元すべき事象と考えられる。一方、産婦人科以外の診療科医師が診察し、誤った治療を行った症例に関しては、産婦人科側の知識・手技のみならず、連絡システムなどの問題とも関連すると思われた。

8. 帝王切開のタイミングならびに適応の問題

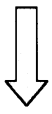
I. 4. で述べたように、本症例群には帝王切開分娩例が11例(64.7%)と多数を占めていた。重症妊娠中毒症という原疾患の特性上、帝王切開の頻度が高いことはやむを得ないのであるが、手術のタイミングならびに適応の点から、二つの問題点を提言したい。ひとつには、出血傾向あるいは肺水腫といった合併症の存否ならびに発症の危険性を考慮した手術準備や手技がなされていない症例が多いことである。十分な輸血準備、DIC治療あるいは術後管理等のない状態で手術が施行された結果、失血性ショックあるいは術中・術後肺水

腫を発症し、高次病院搬送時に到着した時には、すでに不可逆的な全身状態の悪化を招来していたケースが多数みられた。

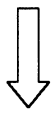
いまひとつには、術前から母体全身状態が不良であるにも関わらず、胎児仮死の適応による帝王切開を施行し、術中・術後に母体状況のさらなる悪化を招来した症例が目だつことである。同適応による帝王切開分娩例4例は、いずれも術中・術後にDICおよび肺水腫を発症し、不良の転帰に至っている。

上述の2.3.4.5.7.の項目とも関連するが、本症患者の分娩、とりわけ帝王切開分娩にあたっては、手術適応に関わらず、手術に耐え得る呼吸・循環状態であることを十分に評価したうえで、DICおよび肺水腫の存否ならびに治療が可能な環境下で娩出させることが肝要であり、安易な開腹術に対して慎重であるべきと考える。

以上、症例検討の結果を報告した。他の疾患とも併せ、死亡例を減少させるべく参考になることを期待する。



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



調査症例 197 例のなかで、妊娠中毒症合併症例は 17 例(17/197 : 8.6%)であった。本症例に関して、その背景、ならびに救命の観点から検討を加えた。