

搬送する側される側の診療の範囲と妊産婦死亡の検討

久保隆彦

(はじめに)

我が国における妊産婦死亡を減少させるために、救命可能な妊産婦死亡症例について搬送する側の問題、搬送された側の問題、あるいは搬送システムの問題を検討した。

(方法ならびに対象)

平成3・4年の我が国の全妊産婦死亡230例のうち個別調査が可能であった197例、その中で救命が可能と評価委員が判断した72例について検討した。救命可能の判断は評価委員の70%以上が救命可能と判断し、しかも救命不可能と判断した委員が一人もいないことを条件とした。

救命可能と判断された妊産婦死亡例で死亡に至った要因が本人にあったのか、一次施設にあったのか、搬送システムにあったのか、搬送受け入れ施設にあったのかを複数選択として分類し、各々について類似例を抽出した。

(結果)

(1)救命可能症例で妊産婦死亡に至った要因(図4)

死亡に至った要因は1つに限定せず、重複可とした。本人に問題があった症例は8例(11.1%)、一次施設に問題があった症例は61例(84.7%)、搬送システムに問題があった症例は13例(18.1%)、搬送を受け入れた施設に問題があった症例は12例(16.7%)であった。

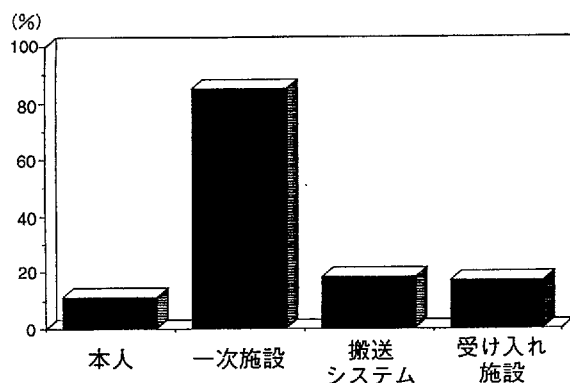


図4 妊産婦死亡に至った要因
(救命可能と考えられた症例の検討、72例)

(2)本人に問題があった症例の検討(8例)

未妊婦健診: 高齢妊娠に多く認められたが、異常が発生あるいは陣痛発来まで産婦人科の管理を受けていない症例が5例認められた。その中で家族が妊娠に気が付いていない例もあった。

異常を自覚するも産婦人科施設への受診が遅い:

転落し、腹痛あるも27時間がまんし、来院時には早剥でショック状態の例を含め4例認められた。

(3)一次施設の対応に問題があった症例の検討(61例)

妊産婦死亡し救命可能と判定された症例で最初に受診した施設(一次施設)に問題ありと考えられた症例を管理した一次施設の内訳は、助産所: 1施設(1.6%)、診療所: 36施設(59.0%)、病院: 21施設(34.4%)、大学病院: 3施設(4.9%)であり、病院・大学病院を合わせて約4割にも認められた。

死亡に至る症例でありながら異常発生から搬送先施設の収容までに3時間以上を要した例が18例、結局搬送せずに一次施設で妊産婦死亡となった例が6例と高次施設での対応がなされなかった症例が合計24例認められた。

手術に関する問題も多く認められた。通常の帝王切開を実施するも技術的問題(一人あるいは研修医のみで実施等)か、止血できない例あるいは腹腔内出血・後腹膜出血となった例が7例、前回帝王切開・前置胎盤を予定再帝切し止血できなかった例が5例、産科麻酔の事故が4例、妊娠中絶の事故が3例認められた。

分娩誘発に関する問題としては、分娩誘発後の子宮破裂・頸管裂傷が12例あり、その内6例がプロスタグランジンとアトニンの混注使用例であった。また、因果関係は明らかではないが分娩誘発後の弛緩出血が4例に、吸引分娩後の頸管裂傷が2例に認められた。

知識の問題ではあるが妊娠悪阻としての管理中にウェルニッケ脳症を発症したが対応できず死亡に至った例が3例に認められた。

(4) システムに問題があった症例の検討 (13例)

産婦人科救急疾患でありながら産婦人科の対応ができない施設(救急救命センターを含む)へ救急隊により搬送され、十分な対応ができず死亡に至った例が5例(重傷妊娠中毒症:3例、子宮外妊娠破裂:2例)に認めた。

一次施設が搬送必要と判断したが、母体搬送システムが体制化されていないために搬送が円滑に実施されなかった例が5例に認めた。内訳は以前に近在の病院に搬送を依頼したが断られたので今回は搬送しなかった例が2例、これまでの交友関係で搬送を受け入れてもらっているために近在の設備の充実した病院ではなく遠方の病院に搬送した例、救急車が県境を越えられないために短時間で搬送可能な県外の総合病院ではなく2時間以上かかる県内の病院に搬送となった例、一次施設に総合病院のICUの医者が応援にきたが夜間は労使の規定により新患はICUに入院できないために搬送が翌日になった例であった。

(5) 受け入れ施設に問題があった症例の検討 (12例)

母体救急搬送でありながら受け入れ施設での対応が不十分であった例が10例認めた。内訳は、搬送後に必要だったterminationが遅れた例が3例、子宮破裂・腹腔内出血に気づかず失血死となった2例、夜間の対応(CT施行できず頭蓋内出血診断不能、パートの医者が対応し、しかも緊急輸血・手術できず)ができずに死亡に至った例が2例あった。

(考案)

妊産婦死亡を予防するために搬送する側される側の診療の範囲と妊産婦死亡について検討をした。今回の調査の中で救命可能と判定された72例で死亡に至った要因がどこにあったかについて分類してみると、やはり最初に患者を管理した一次施設に問題があった症例が圧倒的に多数を占め85%に認めた。しかし、搬送システムに問題があった症例が18%、受け入れ施設に問題があった症例が17%、患者本人に問題があった症例が11%と一次施設以外にも問題があったことが判明した。

問題のあった一次施設は助産所・診療所だけではなく、病院:21施設・大学病院:3施設も含まれており、設備が不十分なために妊産婦死亡に至ったとは断定できず、複数の産婦人科医が従事する病院でも緊急時の対応に備えて置く必要がある。

一次施設の問題として死亡に至った類似症例では、搬送決定が遅いあるいは搬送せずに妊産婦死亡となった例が24例もあり、周産期搬送システムの早急な確立が急がれる。また、帝王切開に関係した死亡も多く、術後出血が7例、前回帝切・前置胎盤の再帝切で止血できなかった症例が5例に認め、前回帝切・前置胎盤の再帝切は診療所ではなく設備の充実した病院で実施することが望ましい。産科麻酔の事故でも4例あり、胎児救急で安易に帝王切開を実施する傾向がみられるが、帝王切開自身が妊産婦死亡のハイリスク因子と再考する必要がある。さらに、最近マスコミでも取り上げられている分娩誘発に関係した救命可能であった妊産婦死亡は子宮破裂・頸管裂傷・弛緩出血で16例認め、しかもプロスタグランジンとアトニンの混合使用例が6例に存在した。因果関係は明確ではないが陣痛促進剤の使用は適応、患者への説明、使用量、モニタリングなど十分注意して実施すべきであろう。

システムの問題としては、日本全国でいまだに実用的な周産期搬送体制が確立されていない事実が明らかとなった。即ち、救急隊まかせではどこに搬送されるか分からず、搬送先を決定するシステムを開発すべきであるし、現在のような個人的つながりで搬送先をさがす非効率の搬送体制では短時間で決着の付く妊産婦死亡を回避することはできない。したがって、現在厚生省主導で行われている総合周産期センター構想のなかでも適切な搬送先を短時間で決定し、実施できる母体搬送体制の確立が望まれる。

受け入れ施設の問題では診断・治療の遅れが妊産婦死亡に繋がっており、母体搬送例は常に妊産婦死亡に直結することを念頭に置き適切な対応をすべきである。

救命可能な妊産婦死亡例でも明らかに患者自身

の問題があった例を認めた。すなわち、妊娠をしているにもかかわらず妊婦健診を受けていない、あるいは異常を認識しているが受診が遅れた9例である。我が国の妊産婦死亡率は1万人に一人で

あり、交通事故死数とほぼ同率である。妊産婦死亡が交通事故と同じ確率で発生することをもっと啓蒙する必要がある。



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



(はじめに)

我が国における妊産婦死亡を減少させるために、救命可能な妊産婦死亡症例について搬送する側の問題、搬送された側の問題、あるいは搬送システムの問題を検討した。