

このような事態が生じた後、午前7時14分より輸血開始となっている。大量出血に対する処置は適切に行われており、急激に出血したことが対応を困難にさせていたと考えられる。6時20分に行った検査データでは血液凝固・線溶系の異常を示していた。

検査科の技師もおり、病院内でストックされている血液もある施設であるため、輸血までの時間は他の施設と比較して遅いものではないと考えられる。

本症例が胎盤娩出後の弛緩出血による、出血性ショックから生じる多臓器不全という剖検的結論は、死亡原因として間違いが無いものであろう。DICが何らかの原因によって生じて、その結果多量出血となった可能性が高いと思われるが、DICの原因は不明である。輸血の準備も出来る限りの事を行ったが輸血前に心停止を来たしたことは出血がそれほど急激に進行したものだと考えられる。

産婦人科当直医は夜間という人手不足の中、弛緩出血に対する最大限の処置並びに人的確保を行っている。

本症例においては凝固因子がなんらかの原因で極度に消費されており、止血が難しい状況になったが、この状況を予知することは不可能である。当施設は病院内に輸血の確保も常時行われており、麻酔科当直医、産婦人科待機医師がおり、分娩を扱う施設の中ではレベル的に高い水準が保たれている。人的確保も行われていることより、本症例はあまりに急激な進行で対応が困難であったといえる。

#### 4. 再発防止の提言

産科領域において妊産婦死亡は、当然0を目指さなければならない。しかし医療の進んだ現在でも240人に1人の妊婦は生命的危険が伴うと報告され、妊産婦死亡は約15,000の出産に1件の割合で起きており、その主な原因は出血によるものである。分娩に対する病院の体制が整っている施設でさえ、予知できない血液凝固異常を伴う大量の出血には救命が困難なことがある。

本症例の再発防止は困難と言えが、敢えて改善点を挙げるとすれば、人員確保と輸血の早期開始であろう。産科医師が極端に不足し、重労働を強いている現状ではあるが、一定の出血量を超した場合、緊急呼び出し医師、上席当直医に連絡をすることを義務付けることなどが対応として考えられる。また、生命的緊急時に血液型の交差試験検査を行うか否かの病院の規定の作成が望まれる。

原疾患である弛緩出血に対し医療的処置を適切に行うことのできる経験を持つ医師でありながら、このような結末に至ってしまったことは残念である。しかし分娩にはこのような事が起こり得ることを一般的認識として持ってもらうことを学会として行って欲しい。

また輸血学会に対しても、輸血供給までの時間を、産科医療の特殊性をよく理解、加味し、指針作りをしていただきたい。