

Ⅱ-20 事例 (●●年度)

1. 臨床経過

患者：70 才代前半 女性 (身長：140cm 台、体重：40kg 台)

病名：肝内胆管癌疑い (術後病理結果「嚢胞」、「線維性病変」)

既往：慢性心不全、発作性心房細動、高脂血症、骨粗鬆症

術式：肝右葉切除術、リンパ節郭清 (手術時間 4 時間 10 分、出血量 792 mL)

解剖：無

慢性心不全、発作性心房細動のため他院通院中に超音波検査にて肝内胆管癌を疑われ、当該病院へ紹介された。術前採血 (T-bil 0.6 mg/dL、Alb 3.1 g/dL)、MRI、超音波検査結果より、胆管炎や炎症性偽腫瘍の可能性も指摘されるが、肝内胆管癌を疑い、手術目的のため入院。バイアスピリン (抗血小板剤)、ワーファリン (抗凝固剤) 内服中止。肝右葉切除、リンパ節郭清術を施行した。術後 1 日、心拍数 60~80 回/分、不整あり、胸部症状が出現したが、安静により消失した。術後 2 日、左側腹部痛みられ、当直医の指示によりモルヒネ (鎮痛・鎮静薬) 5 mg/生食 100 mL 投与した。その直後から SpO₂ 80 %台、酸素投与を鼻カニューレからマスクに変更し、一時的に SpO₂ 90 %台まで回復したため様子観察とした。術後 3 日、深夜帯に「息苦しい」との訴えでナースコールあり。モニター上、心室細動の波形がみられ、激しい体動と共に「苦しい、苦しい」と訴えがあった。その直後に全身硬直し呼吸停止となる。直ちに気管挿管等蘇生処置行うも心拍再開せず死亡した。

2. 死因に関する考察

臨床経過からの推定死因は、肺塞栓症あるいは急性冠症候群 (心筋梗塞、冠動脈攣縮、たこつぼ心筋症など) が疑われる。モルヒネ投与の死因への関与は、呼吸苦を訴えていた点と蘇生にもかかわらず反応がなく死亡したことから、その関係性は低いと考える。

3. 医学的評価

1) 術前検査・診断

循環器系の既往があるが、紹介元が循環器専門病院であり術前循環器的評価は十分であった。しかし急変時の対応などのため、当該病院循環器科にもコンサルトしておくことが望ましかった。

2) 手術適応、術式

胆管炎や炎症性偽腫瘍の可能性も指摘されるが、肝内胆管癌を否定できず、手術適応としては問題ない。術式に関しても妥当と考える。ICG 停滞率や予定残肝容積測定によるさら

なる詳細な肝機能評価や、それにとまなう術式の検討が必要であるが実施された記録がない。

- ・手術適応あり
- ・肝右葉切除術の保険収載あり

3) 手術実施に至るまでの院内意思決定プロセス

当該科のカンファレンスで治療方針が検討され決定する必要があるが、その記載がない。さらには当該病院循環器科のリスク評価、カンサーボードによる検討が望ましい。

4) 患者家族への説明と承諾プロセス

術前に具体的に説明を行った記載が診療録にないため、説明と同意の過程を判断することは難しい。同意書には肝切除全般における合併症の項目が入力されており、この患者独自のリスク（慢性心不全、発作性心房細動、それに対する抗凝固療法など）に関する記載が不十分のため、手術の理由・危険性を示した内容が追記されることが必要であった。

5) 手術手技（手術映像記録 無）

手術映像記録がなく、手技に関する正確な判断はできない。術前画像と手術記録から考えて手術時間 4 時間 10 分、出血量 792 mL からは、標準的といえる範囲の手術が実施されたものと判断される。

6) 手術体制

手術体制に関しては、術者は経験 18 年目、指導的助手は経験 29 年目の医師 1 名、その他 2 名の計 4 名と適切な体制で行われていた。

7) 術後の管理体制

夜間当直帯での急変に対する対応が不十分である。左側腹部痛に対しては鎮痛剤の指示が行われているが、疼痛の原因検索を行うことが必要であった。

患者は手術のために抗凝固剤内服の再開を中止していた。今回死因として、肺塞栓が疑われているが、中止していた抗凝固剤再開の時期に関しては、肝右葉切除術後であり、またドレーン排液が希血性であったことを考えると抗凝固剤を再開しなかったことはやむをえない対応であったと考える。

8) その他

この事例においては、術後早期に急変して死亡した事例として、医師、看護師から発生当日～翌日までにインシデント報告が行われており、速やかに対応していた。

死亡時は病理結果が得られていなかったが、術後（死亡後）に「良性（嚢胞と線維硝子化病変）」の診断結果が判明したことを遺族に伝える方が望ましかった。

4. 要約

- (1) 抗凝固剤を使用していた患者に対して、肝内胆管癌の診断で肝右葉切除術が行われ、術後3日に死亡した。
- (2) 臨床経過から死因は明確ではないが、肺塞栓症あるいは急性冠症候群が疑われた。
- (3) 術前精査に ICG 停滞率や予定残肝容積の測定が施行された記録がない。また、術前患者家族へのインフォームドコンセントに関する診療録記録が不十分であった。術後の左側腹部痛に対しては、疼痛の原因検索を行うなどの対応が必要であった。