

全腹腔鏡下準広汎子宮全摘出術を受け、術後2日目の深夜急死した事例

キーワード：子宮体癌、全腹腔鏡下準広汎子宮全摘出術、解離性障害、周術期死亡、肺水腫、致命的不整脈、夜間巡回、モニタリング（モニター装着）

1. 事例の概要

60歳代 女性

解離性障害で他医療機関に通院し内服治療していた患者。子宮体癌の診断を受け、全腹腔鏡下準広汎子宮全摘出術施行。術後1日目の経過は順調であったが、術後2日目の深夜の巡回時に心肺停止の状態で見送られた。救急蘇生を試みたが、奏功なく死亡。

2. 結論

1) 経過

不正出血のため他院より当該病院婦人科を紹介され、精査の結果、子宮体部明細胞腺癌（Class IV）と診断された。16年前に解離性障害と診断され、向精神薬等を内服中であった。手術2日前に入院し、クリティカルパスが適応された。全身麻酔・硬膜外麻酔下に全腹腔鏡下準広汎子宮全摘術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節郭清術を施行した。12時05分手術を終了し、15時10分リカバリー室より病室に帰室された。硬膜外麻酔（フェンタニル、アナペイン）の持続投与にて疼痛はコントロールでき、バイタルサインは安定していた。

術後1日目主治医の許可がありモニター装着を解除した。朝から右の耳鳴りがあり、ワイパックス（1）1錠を内服された。その後、術後の経過良好で、昼間の歩行は看護師付添いで行った。夕食から流動食を開始し、20時にワイパックス（1）1錠を内服した。眠前、ヒルナミン（25）1錠、ヒルベナ糖衣錠（25）1錠、サイレース（2）1錠内服した。21時頃、頭から目にかけてカーディガンをかけられ就寝される。

術後2日目0時、いびきをかいて21時に訪室した時と同様の体勢で入眠していた。看護師は尿量や輸液ポンプ流量を確認し、退室した。3時前より巡視を開始したが他患者のおむつ交換に時間がかかった。3時28分 看護師が訪室したところ、患者のいびきなし。顔色、口唇色不良。呼吸運動確認できず。すでに冷感あり、肩を叩き声かけするが反応なし。心肺停止状態で発見された。応援を依頼し、総計8名の看護師により当直医や主治医の指示を受けて救急蘇生を行うも改善なく4時09分死亡を確認した。

2) 解剖結果

病理学的診断

【主病診断名】肺うっ血、肺水腫、肺胞出血（右：525g、左：502g）

【副病変】

- ①心嚢水貯留（50 mL、淡血性）、心臓（280g）
- ②子宮体部明細胞腺癌術後状態
- ③肝うっ血（1204g）
- ④幽門側胃切除術（Billroth II）後状態後状態
- ⑤虫垂切除術後状態
- ⑥胆嚢結石（13 mm）
- ⑦多発肋骨骨折（右3、4、5、6、7肋骨、左2、3、4、5、7肋骨）
- ⑧膀胱炎

3) 死因

突然の心肺停止の原因を種々考察したが、直接の死因を究明するには至らなかった。手術に関連する感染、再出血などの異常も見出されなかった。向精神薬の服用があり、鎮痛薬との相互作用の可能性は否定できないが、それを示唆する所見も認められなかった。致命的不整脈が、特発的に発生した可能性は否定できないがそれを示唆する所見も見当たらず、死因を特定することは出来なかった。

4) 医学的評価

（1）診断やインフォームド・コンセントについて

画像診断や組織診により診断が的確になされている。また、選択された治療法は診断に対して適切なものであった。病理組織検査結果を踏まえた病状説明や、既往の手術を考慮した手術術式の検討、その合併症が説明され、「手術同意書」により同意を受けており、その内容に関しての問題はなく、インフォームド・コンセントは適切になされていると考えられる。「麻酔同意書」も提出されている。外来通院での検査診断、説明に関しては特に問題を認めない。

(2) 手術内容および手術経過について

全身麻酔・硬膜外麻酔下で全腹腔鏡下準広範子宮全摘術、両側卵管卵巣切除、骨盤リンパ節廓清術が施行された。手術時間は2時間26分、麻酔時間は3時間20分で出血量150g、補液量1100mLで、麻酔記録からも特に血圧や脈拍、酸素飽和度等に関しては問題なく、安定しており12時05分手術を予定通り終了している。手技上の問題は認めなかった。また、後日の解剖所見においても腹腔内出血や腹膜炎等の所見はみられなかった。手術は、適正に施行されたものと判断する。

(3) 巡視間隔について

心肺停止状態で術後2日目3時28分に発見されている。0時00分から約3時間半の空白時間がみられた。早期発見は出来なかったであろうかという視点から巡回時間について検討をした。一般的に、患者の状態が悪い場合や悪くなることが予想される場合は、観察を密に行うが、本事例は術後経過が良好であったことから、巡視間隔を3時間にしたと考えられる。巡視間隔に関する一般的な規定はないため、当該病院が行った3時間間隔の巡視に問題があったとは言えない

(4) 術後患者管理による死亡の統計について

当該医療機関が、新病棟を移設し全館個室となってから10年間の婦人科手術件数は、1万件を超える。そのうちの全腹腔鏡下手術は約9000件であり、うち悪性疾患に対する腹腔鏡下手術は約900件であった。これら症例において術後の管理による死亡例は皆無である。また、子宮体癌リンパ節廓清手術術後の腹腔内ドレーンからの排液量に関しても、約2年の間に当該医療機関で施行された子宮体癌リンパ節廓清手術約80例における、手術終了時から術後2日目朝6時まで34時間のドレーン排液量の平均は16.3mL/時(4.3~47.3mL/時)であり、全例術後の経過は良好であった。当該患者のドレーン排液量36.7mL/時(1174mL/32時)は、平均値より多いが想定範囲内である。昨年の病院全体としての年間手術件数約6000件(うち全身麻酔約2000件)や婦人科過去10年間の手術1万件を超える術後患者において、術後経過に全く問題はなく、術後管理は適確に行われているものとする。しかし、今回の事例を考えると、さらなる安全策を講じるよう全科での取り組みが必要と考える。

(5) 心肺停止発見後の対応について

心肺停止状態で発見された後の蘇生に関する対応においては、特段に問題提示すべきことはなく適確になされている。

当該医療機関では、救急運営委員会が全職員に対して救急蘇生法を受講し、又急変時の対応ができるように定期的な講習会や急変時の対応訓練を行っており、BLSアルゴリズムに沿った訓練を指導している。

今後さらに迅速な救急処置の実施のため、当直医やAEDの要請、またデータの正確な記載や保存についても定期的な講習会の内容に追加することが望まれる。

3. 再発防止への提言

モニター装着条件や巡回時間に対して早期発見のために改善するとするならば、看護重症度を適確に評価し簡便なマニュアル化とその周知徹底を推進する必要がある。さらに、モニター装着や除去の判断を明確にし、アラームの初期設定や範囲を取り決める必要がある。しかしながら、全国規模で承認された看護重症度判定法は存在せず、病院独自で検討し周知徹底しなければならない。

1) 術後管理を含めた、病棟での看護管理体制の強化

患者さんの異状を的確に把握し、早期対応や急変時に早期発見することが大切である。このためには、日ごろから勉強会やカンファレンスを行うことにより医学的な管理や看護のスキルをアップするとともに個々の患者の病態を把握することが重要である。

2) 巡視時間の間隔短縮

当該医療機関は7対1の看護体制をとっているが、患者全員の巡回間隔を短縮することは物理的にも困難である。看護度Bに対し2時間間隔に短縮、看護度Aはモニター管理とすることとした。

3) モニター装着基準

モニター装着基準を見直し、明瞭化を図り周知徹底する。アラーム管理のための委員会を設置し、問題点を収集し、適宜規定の見直しを図る必要がある。

(参 考)

○地域評価委員会委員（11名）

評価委員長	日本産科婦人科学会
臨床評価医	日本内科学会
臨床評価医	日本産科婦人科学会
臨床評価医	日本内科学会
解剖執刀医	日本病理学会
解剖立会医	日本産科婦人科学会
看護系委員	日本看護協会
看護系委員	日本看護協会
医療安全関係者	医師
医療安全関係者	看護師
有識者	弁護士

○評価の経緯

地域評価委員会を1回開催し、その後において適宜電子媒体にて意見交換を行った。