

# カルテ等検討報告

報告者 山口信恭

作成日 平成10年8月2日

本報告は、TH 大学医学部付属 OH 病院に対する1回目の証拠保全を経て、平成9年7月18日に提示を受けたカルテ等、及び同 OH 病院に対する2回目の証拠保全により平成10年7月3日に提示を受けたカルテ等を検討した結果を報告するものです。但し、2回目の証拠保全により提示を受けた胃癌手術に関するカルテ等(手術日平成5年12月24日)は弟雷太が検討し報告します。

本報告は、第1 胃癌手術後の経過観察、第2 術前検査と手術決定、第3 術前検査補論、第4 4月21日肝切除術、第5 4月30日腹腔内洗浄術及び人工肛門造設術、第6 術後記録、第7 第2回 OH 病院証拠保全記録、で構成しています。各項の記述は、基本的に、結論の骨子を示す、関連記録を医学英語を訳し、医学用語を解説しながら転記しコメントを付す、必要な医学的基本知識を解説する、全体の結論を記す、という流れになっています。本報告は、事項毎に作成した報告書(全12通)を合わせる形で作成していますので、重複等があると思います。

本報告中、(1-276)(2-4)等とあるのは、受領したカルテ等写しに整理の便宜のため私が付した通し番号です。

追記 今回裁判所に提出するにあたり、誤記等の訂正をした。

平成12年8月19日

山口信恭

追記2

本報告は甲第10号証として裁判所に提出しましたが、今回ホームページに掲載するにあたり、甲第11号証として提出した肝切除術出血経過裏付報告を第8章として、甲第26号証として提出した解剖記録検討報告(3回目の証拠保全により平成11年5月26日に TH 大学医学部付属 OM 病院病理科から提示を受けた病理解剖記録を検討した結果報告)を第9章として掲載しました。

なお、本報告で未解明であった事実が訴訟の過程で解明されたり、訴訟の過程で誤りが発見された部分があります。しかし、専門的知識を持たない者がカルテ等を検討した過程を公開するという趣旨から、内容の修正はしていません。その点ご了解下さい。

参照した医学書籍の中で、引用個所に記載した書籍の他、メジカルビュー社「ステッドマン医学大辞典改訂第4版[英和・和英]」、医歯薬出版株式会社「最新医学大辞典第2版」、中山書店「全訂第4版内科学書」が特に有用でしたので、ここに記載します。

平成15年12月7日

山口信恭

## 目次

第1 胃癌手術後の経過観察 1	手術会計表 39
1 定期検査で腫瘍マーカーに異常はなかったか 1	検討結果 39
2 NJ医師は定期検査を適切にしていたか 1	第6 術後記録検討 41
3 結論 1	はじめに 41
第2 術前検査と手術決定 2	総括・資料 41
総括 2	1 経過 41
1 各画像診断結果の要旨 2	2 元看護婦のコメント 41
2 手術決定の問題点 2	3 資料 42
術前検査の内容 2	1 術後肝不全 42
術前検査の結果 3	2 使用された薬剤 43
1 初めに 3	3 行われた検査 43
2 超音波・CT・DSAの一般的説明 3	I C U記録 44
3 画像診断結果報告、カルテ中の結果検討 5	4/21(2-39)(2-38) 44
手術決定に対する疑問点 8	4/22(2-37)(2-36)(2-35)(2-33) 45
1 手術適応 8	4/23(2-34)(2-32)(2-31)(2-30) 48
2 T A Eの結果評価 9	4/24(2-29)(2-28)(2-27)(2-26) 50
3 私の疑問点ないし考え 9	4/25(2-25)(2-24)(2-23)(2-22) 52
第3 術前検査補論 10	4/26(2-21)(2-20)(2-19)(2-18) 54
1 始めに 10	4/27(2-17)(2-16)(2-15)(2-14) 56
2 腫瘍が尾状葉に及んでいることは手術前からCT 写真で明らかにわかる 10	4/28(2-13)(2-12)(2-11)(2-10) 58
3 副腎(特に右副腎)は顕著に大きくなっていて、 肝臓の腫瘍が浸潤したという程度ではなく、副腎の 中に病変があったと考えられる 10	4/29(2-9)(2-8)(2-7)(2-6) 60
4 横行結腸が肝後区域の腫瘍(第三外科の医師が卵 大の腫瘍と呼んでいたもの)と癒着することはあり 得ない 11	4/30(2-5)(2-4)(2-3)(2-2)(2-1) 62
第4 4月21日肝切除術 12	5/1(3-24)(3-23)(3-22)(3-21) 65
[結論及び構成] 12	5/2(3-20)(3-19)(3-18)(3-17) 68
術中看護記録 13	5/3(3-16)(3-15)(3-14)(3-13) 70
麻酔・術中記録 14	5/4(3-12)(3-11)(3-10)(3-9) 72
(1丁目)8・40~13・45 14	5/5(3-8)(3-7)(3-6)(3-5) 74
(2丁目)13・45~18・55 19	5/6(3-4)(3-3)(3-2)(3-1) 76
(3丁目)19・00~21・25 23	第3外科入院診療録 78
病理検査報告書 24	第7 第2回OH病院証拠保全記録 95
「手術表」「手術経過並びに所見」「4月21日 T A E記載」転写「4/21D S A画像」分析 肝切除 術の一般的知見 「手術経過並びに所見」の分析26	検討対象と注目・印象点 95
(「手術表」「手術経過並びに所見」「4月21日T A E記載」転写「4/21D S A画像」分析) 26	カーデックス綴り 95
(肝切除術の一般的知見) 27	診療報酬明細書 101
(「手術経過並びに所見」の分析) 30	摘出臓器カラー写真 101
手術会計表 32	病理検査報告書等 102
第5 4月30日腹腔内洗浄術及び人工肛門造設術 34	第8 肝切除術出血経過裏付 - 輸血量のグラフ化 - 103
(結果の骨子) 34	結論 103
術中看護記録 34	1 本報告の目的 103
麻酔・術中記録 35	2 輸血量調査の手法 103
細胞診申込兼報告書 38	3 グラフの分析 103
「手術表」「手術経過並びに所見」 38	4 結論 103
	肝切除術輸血量 H9/4/21 104
	第9 解剖記録 105
	総括 105
	1 検討の対象 105
	2 病理解剖記録写しの検討 105
	3 「病理解剖学的考察、臨床病理学的考察及び病 理解剖所見」の検討 111

## 第1 胃癌手術後の経過観察

1 定期検査で腫瘍マーカーに異常値はなかったか。

S T N 抗原が平成 8 年 5 月 1 6 日実施の血液検査で、6 5 ( 正常値 4 5 以下 ) を示していました。( 検査報告書 1 - 2 7 6 ) 検査報告書の解説及び「今日の臨床検査 97/98」( 南江堂 ) 592 頁によれば、S T N 抗原は胃癌細胞に特異的な腫瘍マーカーとのこと。S T N 抗原の値は、6・3・3 1 ( 1 - 2 6 9 ) は 2 9、6・1 0・1 1 ( 1 - 2 7 3 ) は 4 4、と徐々に上がり、7・7・2 0 ( 1 - 2 4 8、2 4 9 ) に 5 9 と正常値を越えています。同じく胃癌細胞の腫瘍マーカーである C A 1 9 - 9 も検査毎に値が上がり、6・1 0・3 に 7、7・7・2 0 に 1 3、8・5・1 6 には、2 3 ( 正常値 3 7 以下 ) になっています。

2 N J 医師は定期検査を適切にしていたか。

8・5・1 6 に腫瘍マーカー検査を行い、6・4 に超音波検査・X 線撮影を行い、6・2 7 のカルテに超音波、腫瘍マーカー異常なしと記載しています。( 1 - 2 5 6、2 5 8 ) 8・2 9 の診察で変化なしとして投薬を行い、1 1・7 の診察で変化なしとして次回血液検査・T M ( 腫瘍マーカー ) ・X 線撮影の予定としています。しかし、1 2・1 8 の診察で

ドッグで検査して異常なしと記載して投薬のみで検査をしていません。9・2・1 3 の診察で 2・1 4 の胃内視鏡検査と 2・2 5 の超音波検査等を指示しています。( 1 - 2 5 8、2 6 1 ) 従って、8・5・1 6 に腫瘍マーカーに異常値を見ながら、8・6・4 の検査から 9・2・1 4 の検査まで 8 か月以上全く検査をしていなかったこととなります。

## 3 結論

胃癌手術後の経過観察は 6 か月おきに行うとされ、腫瘍マーカー陽性の場合には 3 か月おきの頻回の検査をすべきであるとされている。しかるに、N J 医師は、胃癌転移に特異的な腫瘍マーカーである S T N 抗原が 7 年 7 月の検査で異常値となり、8 年 5 月の検査では更に値が上昇しているのに、8 年 6 月に超音波検査をした後、9 年 2 月まで 8 か月間検査をしておらず、かつ、8 年 6 月 2 7 日のカルテには腫瘍マーカー異常なしと記載している。超音波検査結果 ( 1 - 2 5 7、異常なしとする ) により経過観察することにするとしても、「腫瘍マーカー 要注意」と記載すべきと思われる。ここの N J 医師の行動は、腫瘍マーカーの異常値を見落とししたというより、ことさら無視をしているように受け取れる。

## 第2 術前検査と手術決定

### 総括

術前検査として行われた画像診断（腹部超音波、腹部 CT、肝動脈血管造影）により、肝切除術の適応のないことを示す明らかな結果が出ており、かつ、肝切除術を行うのに必要とされる検査で行われていないものがあります。肝切除術の決定は医学合理性が認められません。

#### 1 各画像診断結果の要旨

腹部超音波（2月24日、4月7日）、腹部 CT（3月14日、4月11日）各検査については、超音波診断室・放射線部各医師作成の画像診断報告書があり、それによると、

肝臓の全亜区（S1ないしS8）に転移性腫瘍がある。S6（右葉後区域下部）からS7（右葉後区域上部）に、直径34ミリから10ミリまでの4ないし5個の腫瘍からなる塊がある。

右葉後区域腫瘍の塊は下大静脈に浸潤している。（写真を見ると、右肝動脈ないし門脈右枝にも近い。）

腸間膜根部リンパ節、腹部大動脈周囲リンパ節に転移性の腫脹あり。

副腎は両側共腫大。

脾臓内に CT 画像上他の部位より暗い部分（低吸収領域）が2か所ある。

となっています。

肝動脈血管造影（4月7日）は、画像診断報告書が手元の記録中にないので、画像写真から私なりに判断したところでは、

肝内全体の造影で転移性肝癌の特徴とされるリング状像を全体に多数認め、

同造影と左葉外側区域の造影で左葉外側区域に進む動脈が他の区域に進む動脈より細く（腫瘍による圧迫？）造影されており、

左葉内側区域の2回の造影で他の腫瘍より明らかに大きい直径3ないし4センチの腫瘍が造影されています。

この4回の肝動脈血管造影に続けて TAE が施行されています。

検査内容と手術決定との関係については次項で述べるとして、我々に対する術前説明と検査内容との主要な相違点を指摘すると、次のとおりです。

右葉後区域に卵大の比較的大きい腫瘍があると言っていたのが、複数の小腫瘍からなる塊だった。

肝臓以外に転移はないと言っていたが、脾臓転移、リンパ節転移があり、副腎にも転移を疑うべき結果が出ていた。

左葉内側区域の3ないし4センチ大の腫瘍については全く述べていなかった。

右葉後区域の腫瘍は下大静脈に近いと話し、浸潤しているとは言わなかった。

#### 2 手術決定の問題点

手術決定については、カルテの4月14日の欄に「教授回診 多発性肝転移癌に対し TAE 実施後治療方針検討中 NJ 医師右葉切除指示」と記載されています。

転移性肝癌の手術適応は、成書によれば原則として、原発巣がコントロールされている、転移巣が肝臓に限局されている、転移巣が完全に除去できる、手術が安全に施行可能である、が要件とされています。これに前項の検査内容を当てはめると、次ぎの問題点が指摘できると思います。

転移巣が肝臓に限局されているという要件につき、明らかにリンパ節転移があり、両側副腎・脾臓にも転移の疑いがあった。

同じ要件につき、胃癌からの転移が多いとされる肺、骨、脳について必要な超音波、CT、シンチグラムを全く実施していない。（肺に転移があったことは解剖検査で確認されている。）

転移巣が完全に除去できるという要件につき、肝臓全亜区域に多発的に腫瘍があり、全て除去する手術は不可能である。

安全性の要件について、成書にある肝切除率 CT 計測法、重回帰式を用いた予後得点の算出をした形跡がない。

同じ要件で、血管造影検査において、手術の対象となった右葉後区域の腫瘍の位置、大きさ、肝臓内血管との結び付き方を知るために必要と思われる右葉後区域枝動脈を選別した血管造影を実施していない。

同じ要件で、血管造影所見で、左葉にかなり腫瘍が占拠している疑いがあり、これで右葉切除術を実施したら、直ちに肝不全を起こしたのではないかと思われる。

同じ要件で、切除対象となった右葉後区域の腫瘍は下大静脈に浸潤し、右肝動脈ないし門脈右枝に近く、同腫瘍を摘出しようとするれば大血管を傷つけて大出血を起こす危険がある。

少し別の観点で、成書によれば TAE 実施後2週間経過してから効果判定のための CT ないし血管造影を実施するとされているところ、右効果判定の検査をすることなく、TAE 実施して2週間目である4月21日に手術を行っている。

こうしてみると、それまでの検査内容ないし検査の流れと4月14日の肝右葉切除術決定とは合理的関連を見いだすことはできず、右決定を医療の立場から正当化することは困難と思われます。

術前検査の内容（便宜、NJ 医師の父に対する指

示も で記載)  
(入院前検査)  
2月13日  
1 血液採取による血算(血球算定)・生化学・腫瘍マーカー検査(検査報告1-278、279)  
2月14日の胃カメラ、24日の超音波検査指示  
2月14日  
2 胃内視鏡検査(検査報告1-259)  
2月24日  
3 腹部超音波検査(検査報告1-97(260と同じ))  
3月1日  
肝臓に影があるとして3月14日のCT検査指示  
3月14日  
4 腹部単純・造影CT検査(検査報告1-98(262と同じ)、入院カルテ中の結果検討1-34、写真有り)  
3月27日  
5 胸部正面・側面、腹部正面X線検査(検査報告1-264、写真有り)  
6 安静時心電図検査(検査報告1-266)  
7 血液採取による血液型・血算・生化学・出血凝固・肝炎ウイルス・HIV・梅毒検査(1-265、280(100と同じ)、281)  
31日以降の入院指示  
(入院(3月31日)後検査)  
4月2日  
8 ICG検査(インドシニアングリーン負荷試験:肝機能を検査するもの・検査報告1-109)  
9 腫瘍マーカー検査(検査報告1-115・STN抗原入れていない)  
10 血液ガス検査(検査報告1-119)  
4月3日  
11 呼吸機能検査(検査報告1-124)  
4月7日  
12 腹部超音波検査(検査報告1-283、撮影写真1-284、285)  
13 DSA(デジタルサブストラクシオン血管造影法)及びTAE(動脈塞栓術)(カルテ中の結果検討1-36、カルテ中の写真貼付1-120、121、看護記録1-125、126。写真有り。検査報告は手元に無く、この点は後述)  
4月9日  
14 血算・生化学検査(検査報告1-105、109)  
15 腫瘍マーカー検査(検査報告1-116)  
4月11日  
16 腹部CT検査(検査報告4-18、カルテ記載1-39、写真有り)  
(カルテ中の検査一覧(1-24)の4月14日欄

で腫瘍マーカーの項にチェックがあるが、それに該当する検査報告・看護記録はなく、誤記と思われる。)

4月17日  
17 胸部X線検査(写真有り。検査報告手元に無い。))  
4月18日  
18 抗体スクリーニング検査(検査報告1-117)  
4月21日  
19 細菌検査(手術・麻酔・申込伝票(1-6)に「4/21朝病棟で細菌検査(鼻粘膜)施行済」と記載)

#### 術前検査の結果

1 初めに  
上記の術前検査の結果については、超音波・CT・DSA以外は次の点を除き特段問題はありません。  
1の腫瘍マーカー検査でSTN抗原が64(正常値45以下)  
9、15の腫瘍マーカー検査ではSTN抗原を測定していないが、CA19-9(正常値37以下)が、9の4・2で37、15の4・9で45となっている。

3月27日に実施された5X線検査報告、6心電図検査報告には、依頼医師として「KH」と記載されており、遅くともこの時点ではKH医師が積極的に関わっていたことが確認できた。

超音波・CT・DSAの検査結果は重要と思われるので、理解の助けとして2で一般的説明を記載し、3で各検査報告及びカルテに記載された結果検討を転記し、併せて私なりの理解ないし注目点を記載します。重要度から、適宜画像写真を引用します。参考図書として「CT正常画像アトラス」(ベクトル・コア社)抜粋(CT写真理解用)、「肝癌」(中山書店)抜粋(DSA写真理解用)各写しを添付します。[画像写真・参考図書抜粋写しは省略]

2 超音波・CT・DSAの一般的説明  
(「内科学書」(中山書店)P1578以下の肝画像検査の項の要約)

#### 超音波検査法

生体に超音波(US)を照射すると、音響的性質に基づいた反射波が生じる。これを受信し映像化する検査が超音波断層法である。肝は体表直下に位置し、ガスや骨に影響されず超音波が深部に到達するため、超音波検査法で得られる情報量は大きい。

長所は、非侵襲的で繰り返し検査できること、簡単で外来でも操作できることである。短所は、横隔膜直下が肺の影響で死角になること、検者の技量、経験で得られる情報量が大きく異なることである。

あらゆる肝疾患で第一に施行される画像診断法であり、最近の高性能機種は確定診断にも十分利用可能である。限局性肝疾患(結節型の肝腫瘍等)では

スクリーニングに威力を発揮する。

検査方法は、始めに肝の表面・辺縁の性状と肝容積を評価し、次に肝内エコーや脈管系の描出状況を評価し、さらに腫瘤性病変の有無を検索するが、この際は仰臥位、側臥位、座位などさまざまな体位で肝内くまなくスキャンする必要がある。また、腎、胆嚢など隣接臓器及び門脈、脾など肝外脈管系の評価も重要である。

超音波断層所見の正常像は、正常肝は表面平滑で、辺縁は鋭又は楔状の角を形成する。内部エコーは細かい均一なスポットからなり、内部減衰は認められない。

限局性肝疾患に対する超音波検査は、腫瘤性病変の存在診断とその質的診断とに大別される。1 cm以下の腫瘤性病変は他の画像診断では描出困難であり、慢性肝疾患における肝細胞癌の早期診断には超音波診断法を中心としたスクリーニングが行われている。質的診断については、肝細胞癌と嚢胞（のうほう）とはその特徴的所見が確認できれば確定診断できるが、その他の腫瘤性病変である転移性肝癌、血管腫、胆管細胞癌の診断は通常各種画像診断を併用して行われる。

#### X線CT

X線を多方向から照射し、生体組織の吸収度をコンピュータ処理で算定することにより、断層画像を再構成する方法である。肝では、非イオン性ヨード造影剤の注入前に撮影する単純CT（plain-CT）と静脈注射後の血管像の変化を評価する造影CT（enhancement-CT）が併用される。造影剤は点滴で投与する場合と急速静注する場合（dynamic scan）があり、後者には断層面を固定する撮影法と経時的に移動する撮影法とがある。また、血管造影時に肝動脈ないし上腸間膜動脈経由で造影剤を注入する場合もある（angio-CT）。

長所は、任意のレベルの肝横断面が描出可能であり、肝や腫瘤の大きさ、形態を客観的に評価できる。短所は、断層面が不連続であるため小腫瘤の検出能は超音波断層法に劣り、表面や内部の微細な変化も検出困難である。

目的・適応は、腫瘤性病変のスクリーニングでは、超音波断層法で描出困難な横隔膜直下部の評価を目的に施行される。腫瘤性病変の鑑別診断には、dynamic scan や angio-CT が行われる。

CT所見の正常像は、正常肝の前面は平滑であり、腹壁や横隔膜に接して観察される。腹側面には肝門索裂、静脈索裂、胆嚢床が存在し、各葉に分割されるが葉間解離は軽度で、容積は右葉が相対的に大きい。単純CTでは脈管部分が低吸収域となるが、肝実質は+10から70のCT値を示し均一である。dynamic scan では、まず脾や脾の濃染時に一致して肝

動脈が造影され、肝実質は門脈造影時に遅れて濃染、引き続き肝静脈が造影される。点滴静注による造影CTでは、dynamic CTの門脈造影期に一致した所見が得られ、正常肝は造影される。（「CT正常画像アトラス」抜粋参照。同写真は動脈優位相の写真とのこと。）

限局性肝疾患のうち、肝細胞癌は単純CT検査で低吸収域として描出されるが、境界不明瞭で肝実質とのコントラストは不良である。造影剤を点滴静注すると、腫瘤の描出は明瞭となる。肝細胞癌と鑑別を要する各種腫瘤性病変にも低吸収域として描出されるものが多い。特に転移性肝癌は壊死傾向が顕著であり、CT値の低い腫瘤として観察される。

#### 血管造影（DSAについて下線部）

肝動脈と門脈の造影を行い肝血行動態を検索するが、肝静脈造影を施行する場合もある。

長所は、肝内血管の描出に関して最も優れた画像診断法であり、血流に富む腫瘍の診断に際して威力を発揮する。短所は、多量の造影剤を使用するため腎機能低下例では検索が困難であること、経皮的カテーテル法（Seldinger法）の処置自体が侵襲を伴うことなどである。

あらゆる限局性肝疾患で確定診断と治療方針の決定を目的に肝動脈及び門脈造影が施行される。実際は、肝細胞癌合併慢性肝疾患患者において、肝動脈塞栓術を兼ねて実施されるのが大部分である。肝悪性腫瘍の手術適応の決定にも本検査は必須である。肝静脈造影は、Budd-Chiari症候群が疑われる場合や肝静脈楔入圧を測定する際に施行される。

検査方法は、鼠径部で大動脈又は静脈を穿刺し、カテーテルを腹部大血管まで挿入するSeldinger法が採られる。まず、プロスタグランジン投与により腸管血流が増加した状態で上腸間膜動脈から造影剤を注入し、門脈造影を施行する。次いで、腹腔動脈から固有肝動脈までカテーテルを挿入し、選択的肝動脈造影を行う。造影剤注入後は連続撮影するが、注入前の画像をコンピュータ処理で消去し、造影血管のみを描出するデジタルサブトラクション法（digital subtraction angio-CT：DSA）も併用される。

血管造影所見の正常像は、上腸間膜動脈性門脈造影では、末梢門脈枝まで明瞭に描出され、次いで肝実質が均一に造影される。肝動脈造影では、分枝は滑らかな弧状を呈して走行し、末梢まで途切れることなく描出は明瞭である。動脈相に引き続き、毛細血管相、静脈相が観察される。

限局性肝疾患の血管造影所見のうち、肝細胞癌は、肝動脈造影の動脈相で不整な腫瘍血管増生が認められ、毛細血管相で境界明瞭な腫瘍濃染像（tumor stain）が観察される。胆管細胞癌や転移性肝癌は通常血流が乏しく、肝動脈造影でも圧排、狭窄像が認められ

るのみのことが多い。

転移性肝腫瘍の血管造影所見（この項のみ、「肝癌」P68以下）

転移性肝腫瘍の動脈造影所見は、原発腫瘍の vascularity（血流との結びつき易さ）を反映する傾向があり、腎細胞癌、膵島細胞癌等の vascularity の高い腫瘍の肝転移巣は結節型の肝細胞癌に類似した hypervascular mass（血流に富んだ結節）として描出されることが多い。これに対して、転移性肝腫瘍の大半を占める消化管の癌の肝転移巣はリング状の腫瘍濃染を示す hypovascular mass（血流の乏しい結節）として描出されることが多く、リング状の腫瘍濃染は中心部に壊死を反映する所見とされている。（「胃癌」抜粋P69の写真、特に図24を参照）

#### MRI

肝血腫において特徴的な画像が観察され、肝細胞癌の鑑別に際し、その除外の目的で施行されることが多い。

#### 肝シンチグラフィ

現在、肝シンチグラフィが施行される唯一の疾患はびまん性肝細胞癌（肝全体に肝癌細胞が正常肝細胞と混じる形で存在し、肉眼では正常域と病変域とが区別できない状態にある肝細胞癌）である。

3 画像診断結果報告、カルテ中の結果検討（英語は理解できた範囲で日本語に直しています。）

3の腹部超音波検査報告（2月24実施、1-97、コピー添付）

肝 ガスで一部不明瞭

辺縁鈍く、表面ほぼなめらか

実質エコーはやや粗で不均一

左図（コピー参照）の如くS7（右葉後区域上部）にややぶら下がった形で直径40ミリ程の塊認める。

ハロー（辺縁低エコー帯）有り 内部エコーは周囲よりエコーレベルが高い。

IHB D（未解読）の肥大無し モザイクパターン（肝細胞癌の特徴像）とはいいにくい

（図の説明）

ややcluster様（cluster sign: 多数の小さな高エコーの腫瘍結節が集合し、辺縁凹凸不整の塊状の腫瘍を形成していること）

中心部壊死無し

胆 脹れ無し 壁の肥厚無し 描出内石、ポリープ無し 総胆管はよく写らない

膵 実質やや周囲よりエコーレベルが高い 描出内明らかな塊無し

脾 描出不能

腎 左右とも問題無し

超音波診断

・肝腫瘍（転移）

・肝の障害が拡散している疑い

（私の注目点）

一番最初の画像診断で、S7の腫瘍が小結節が集合した塊であること、転移性腫瘍であることが分かっていたことが把握できます。

3についてのカルテの記載（1-261）

3月1日の欄に、「2・24 超音波」の記載から矢印を引っ張って、「S7に塊」と記載

4の腹部単純・造影CT検査報告（3月14日実施、1-98、同封写真特に赤マーカーの写真参照）  
腹部のCT

胃癌手術後腫瘍マーカー上昇

肝 S6（肝右葉後区域下部）を中心とした直径40ミリの転移性肝腫瘍を認めます。肝両葉に5ミリないし10ミリ程度の多数の転移性腫瘍の散在あり

胆 問題無し 総胆管 正常範囲内

膵 膵後部に直径20ミリのリンパ節腫大あり

脾 脾内にも転移性腫瘍あり

腎 問題無し

副腎 両側ともにやや腫大

腎 問題無し

腹部大動脈周囲リンパ節腫脹あり

胃 胃垂全切除術

診断

・胃 胃垂全切除術

・転移性肝腫瘍

・腸間膜根部リンパ節、腹部大動脈周囲リンパ節

腫脹

（私の注目点）

「胃癌手術後腫瘍マーカー上昇」という記載は依頼医師である NJ 医師の説明と思われる、NJ 医師の認識が窺えます。

S6の腫瘍については、画像写真の3/14肝CT-2の下段の3枚の写真、同CT-3の上段左の写真を見て戴くと小さい結節の集合であることがよくわかります。周りより黒い部分（血流の乏しい病変）の中が白い境で仕切られています。右のスケールは1目盛り1センチです。写真の方向は上が前、下が後ろ（下の中央の白いものが背骨）で身体を上から見た形になっています。身体内の位置関係は「CT正常画像アトラス」と見比べて下さい。それから「CT正常画像アトラス」の下大静脈（IVC）及び肝尾状葉（CL）の位置・形状と赤マーカーの写真の下大静脈及び肝尾状葉の位置・形状を見比べると、赤マーカーの写真では肝尾状葉の先端がS6の腫瘍壁面と癒着して下大静脈を包み込む形になり、そのため下大静脈がこの部分で細く絞られた状態になっていることがわかります。これは私の推測ですが、雄仁さんの報告で、お父さんが昨年初めころから歩き始めに足の付け根の痛みを訴えしばらく休息することが

あったとのことでしたが、もしかすると既に下大静脈は腫瘍の圧迫を受けていて歩き始めて足の血流が増えたときに足から戻る血流が鬱血し痛みを生じたのではないかとも思われます。

3/14 肝 CT-2 の下段右の写真、同 CT-3 の上段左の写真を見ると、切除対象となった右葉後区域の腫瘍のすぐ左側に白い筋が走っているのが見えます。「CT 正常アトラス」の記載からすると、これは門脈右枝が右肝動脈か、いずれにしても大血管であると思われる。

この時点で両葉に多発していることが把握できています。

リンパ節転移も把握できています。

脾内の転移性腫瘍(?)の記載は特に注目されません。3/14 肝 CT-1 の3段目中央の写真、同 CT-2 最下段中央の写真には中央に周囲より暗い部分(低吸収域)があります。これが転移性腫瘍なら、この時点で遠隔転移(他の臓器への転移)を認めていたこととなります。なお、脾内の腫瘍は解剖報告では触れていないところであります。

副腎両側ともやや腫大との記載にも注意していません。病理解剖報告には右副腎は切除術と摘除術が施され、左副腎は自己融解したと記載されていますが、右副腎を摘除したことを記した箇所はなく、又、カルテ中の病理解剖に関する記載(1-93、当日のメモをもとに TH 医師が作成したものと思われる。)には「左副腎転移有り」「副腎転移右2分の1切除」との記載があるからです。

4 についてのカルテの記載(1-268) 3月27日の欄に「S6, 7の転移 下大静脈浸潤有り S3, 2, 4の小腫瘍 肝円索の低吸収域 腸間膜根部リンパ節、腹部大動脈周囲リンパ節腫脹!」と記載しています。

(私の注目点)

腫瘍が下大静脈に浸潤していると診断していません。私達に、開腹後に腫瘍が下大静脈に癒着していることがわかったと説明したのは虚偽だったといえます。(腫瘍が下大静脈に癒着していたとして第3外科医師が描いた絵を今見ると、下大静脈として描かれた血管は右肝動脈ないし門脈右枝にあたります。)

小腫瘍があるとする S3, 2, 4 はいずれも左葉です。

肝円索の低吸収域は画像診断報告に明示には記載されていない点です。後述する S4 の腫瘍のことも知れません。

当然のことながら、リンパ節腫脹の記載に「!」が付いていて大変と思ったことがわかります。

12 の腹部超音波検査報告(4月7日実施、1-283、写真は1-284、285)

肝 S7 に 33 × 34 大腫瘍を中心に周囲に本図(1-283 参照)の如く腫瘍が数個認められる。右腎よりのものは肝外に突出しているため、リンパ節転移等も否定できない。エコー上 S3 に直径 10 ミリ大腫瘍? 又臍後部に 13 ミリ大リンパ節転移疑い。

膵 大きさ普通 エコーレベルやや高い MPD(未解明)普通 塊無し

胆 大きさ普通 壁肥厚無し 房内ポリープ、石無し(小さいポリープはあるかも)

総胆管は普通

脾 十分見えない

腎 正常

超音波診断

・多発的肝腫瘍(肝転移)

・腹部大動脈周囲リンパ節腫脹疑い(転移)

(私の注目点)

S3 の腫瘍は後記 DSA を参照下さい。

胆嚢について、小さいポリープがあるかもと記載していますが、病理検査の結果、肝の腫瘍と同種の癌細胞が確認されています。

13 の DSA 及び TAE (4月7日実施)

DSA の検査報告は、手元の記録中にありません。10/7/3 の2回目の証拠保全では、存在しないと回答されましたが、真偽は現在のところ不明です。

そこで、画像を見て私が理解できた範囲を以下に記載します。

看護記録(1-125、126)から4回 DSA を実施し、その後 TNA を施行したことが分かっています。受領した DSA の写真7枚にはそれぞれ #1 ないし #4 と記載されているので、各回の写真と理解できます。(写真に印字された時間もその順です。)写真の順に私の理解したところを話します。

#1 は上腸間膜動脈から造影剤を注入したもので、腹部臓器の動脈系と門脈(腹部臓器の静脈から栄養の富んだ血流を肝臓内に運ぶ血管)系とが造影されます。(門脈造影というのは、前記「内科学書」に初めに門脈造影すると書いてあるからで、それ以外に根拠はありません。)  
「胃癌」P59 の動脈図、P60 の門脈図を参照しながら見て下さい。(以下は素人の浅知恵として話し半分で聞いて下さい。)画像中央に T 字型の血管があり、そのうち左側に行く血管が門脈本管です。門脈本管は左に進んで直角に上に上がりそこで二つに分岐しています。画像で左に進むのが門脈右枝、斜め左上に進むのが門脈左枝です。この分岐から肝内に入ります。肝内では門脈と動脈とはグリソン鞘という一つの管の中を進みます。従って門脈と動脈の走行はほぼ同じです。そこで便宜、以下では門脈を動脈に置き換えて説明することにします。そうすると上記の門脈右枝は右肝動脈、門脈左枝は左肝動脈になります。左に行った

右肝動脈は次にそのまま進むものと向こう側に進むものとに分岐します。向こう側に進むのが後上区域枝（S7）です。そのまま左に進んだ動脈は次に上と下に分岐します。上に行くのが右葉前区枝、下に行くのが後下区枝（S6）です。右葉前区枝はその先で前下区枝（S5）と前上区枝（S8）とに分岐します。初めの分岐に戻り、斜め左上に進んだ左肝動脈はそのまま斜め左上に進む方形葉枝（左葉内側区域・S4）と右に進み鎌状間膜を越えて（「胃癌」P59の図の19umbilical point 臍帯動脈の起点）左葉外側区域に入る動脈とに分岐し、右に進む動脈は左葉外側上区（S2）と左葉外側下区（S3）とに進む動脈に分岐します。

そこで改めて#1の画像を見ると左肝動脈から分岐して左葉外側区域に進む血管がほとんど造影されていないことに気づきます。本来他の血管と同じ太さの血管が造影されなければならないはずであり、左葉外側区域に血流を障害する要因があるのではないかと疑う必要があります。実際は門脈造影ですが、門脈と動脈とは同じグリソン鞘を通っていることを考えると同一と思います。

#2の上の画像は#1のT字の左へ行く動脈（固有肝動脈）から造影剤を注入し、肝臓全体の動脈を造影したものです。やはり、左葉外側区域に行く動脈が他の動脈に比べて細くその先の動脈も少ないことに気づきます。

#2の下の画像は肝全体の毛細血管相です。「胃癌」P69図24bにあるリング状の腫瘍濃染が各所に存在することが見えます。あと、この画像では中央部が広範囲に濃く染まっているため右葉後区域に存在する手術の対象になった腫瘍の位置・大きさ等が判別できないことを指摘したいと思います。

#3の上の画像はカテーテルをさらに進めて右肝動脈と左肝動脈との分岐点から造影剤を前2回より少量にして注入したものです。造影剤が前2回より少量であることは看護記録（1-126）からも裏付けられます。#3の下の画像を見ると右分岐点周囲の状況を見なかったものと思われる。

#3の下の画像はカテーテルの位置から上記分岐点周囲の毛細血管相と認められます。カテーテルの右側、おそらくS4の部位に明らかな縦と横の二つのリング状腫瘍濃染が認められます。この二つのリング状腫瘍濃染は#4の下の画像から一つの腫瘍の像であることがわかります。また、この二つの腫瘍濃染はドーナツ状であり、当該腫瘍の構造が2層になっている可能性を伺わせます。

#4の上の画像は#3と同じ右肝動脈と左肝動脈との分岐点から#3より造影剤の量を増やして注入したものです。看護記録（1-126）によれば注入量は#1、#2と#3の間です。

#4の下の画像は#3の下の画像よりやや広い範囲の毛細血管相となり、#3の下の画像に現れた腫瘍が全周を現す形でリング状の腫瘍濃染を形成しています。正確な大きさは分かりませんが#2の下の画像に現れたリング状の腫瘍濃染よりかなり大きいと思われます。位置は、カテーテルの右下であることは明らかですから、S4（左葉内側区域）と考えられます。リング状の腫瘍濃染の中央やや左下に周囲より色の濃い円盤状の部分があり、当該腫瘍の構造を示していると思われます。

（私の注目点）

左葉外側区域に進む動脈が細く、左葉外側区域に血流を障害する病変がある疑いがある。

S4にかなりの大きさがある腫瘍が存在する。この腫瘍は今まで第3外科の医師の口から触れられたことはない。

DSAは専らこのS4の腫瘍の位置・大きさを特定するために行われている。少なくとも今回手術の対象になったS6、S7に存在する腫瘍の位置・大きさを特定するために右葉後区枝を選別して血管造影することは行われていない。

13のDSAに対するカルテの記載（1-36）

4月7日の欄に「13時より血管造影施行 肝両葉に多発的に腫瘍濃染を認めたため、化学塞栓術施行 固有肝動脈より全肝に5-FU500mg フアルモルピシン50mg リピオドール10ml注入」と記載されている。

13のDSAの写真のカルテ貼付（1-120、121）

#1の画像、#3の上の画像、#4の経過の画像（コピーせず）、#4の上の画像のうち肝門部血管から上方向に伸びる複数の小血管を拡大した写真、#4の下の画像を貼付している。

（私の注目点）

貼付した写真は左葉内側区域の病変を示すものであり、医師の関心はそこにあったのではないかとと思われる。但し、小血管の拡大写真は尾状葉に延びる癌血管を撮影したものかも知れない。

16の腹部CT検査報告（実施日4月11日、1-98、添付写真特に赤マーカーの写真参照）

指示 胃癌手術後、多発性転移に対し動脈塞栓術施行

腹部CT：単純及び造影

肝 表面はやや不規則、辺縁はやや鈍い

肝内には多数のリピオドールの集積を認める。

造影剤投与後、明らかな異常な強調像を示す部位は指摘できない。

胆 正常な大きさと形 石灰化・ポリープは指摘できない 壁の肥厚化無し

膵 明らかな塊障害無し 石灰化無し p - d u c

t ( 臍管 ? ) 問題無し

脾 単純にて直径 5 ミリ大程の低吸収領域を 2 か所に認める。

腎 両側とも問題無し

副腎腺 両側とも軽度腫大している。

大動脈 壁に石灰化像あり。

リンパ節 腹部大動脈周囲リンパ節及び脾 a 後方のリンパ節腫脹あり。

胃亜全摘出術後 腸内に著名な低吸収領域あり

腹水無し

印象

- 1 胃亜全摘出術後
- 2 肝転移巣に対し動脈塞栓術後
- 3 脾の低吸収領域  
リンパ節腫脹

( 私の注目点 )

4/11 上腹部 CT-3 最上段中央、右側、2 段目左側の写真を見ると、切除対象となった右側後区域の腫瘍は 4 ないし 6 個の腫瘍がくっついているものであることがよくわかります。私達が第 3 外科医師から受けた、「急速に成長する卵大の腫瘍」というのは虚偽であることが明らかです。

4/11 上腹部 CT-3 最上段右側の写真を見ると、S 3 に背骨の方に突き出る形で D S A # 3、# 4 に現れた腫瘍が認められます。白い粉 ( リピオドール ? ) がドーナツ状に成っており、この点も D S A と一致します。右のスケールから直径 3 センチ位と思います。その右隣、斜め右上、斜め左上にも腫瘍が認められます。いずれも左葉です。

3 月 1 4 日の C T 検査報告と同じく、脾の低吸収領域、両側副腎の腫大を指摘しています。特に脾の低吸収領域は「印象」の欄にリンパ節腫脹と並べて記載しています。4/11 上腹部 CT-1 3 段目左側の写真で脾の 2 か所の低吸収領域は私でもわかります。

後述しますが動脈塞栓術 ( T A E ) の効果判定のための C T 検査とすれば早すぎると思われます。

16 についてのカルテの記載 ( 1 - 3 9 )

「 T A C E 後 C T 9 7 ・ 4 ・ 1 1 」と題し、「亜区域全てに腫瘍認められる。9 7 ・ 3 ・ 1 4 の C T では S 2 , 3 , 4 , 7 , 8 のみ、また半年前には 1 つも認めていないことより、非常に急速な進行であるといえる。腫瘍へのリピオドールの集積 + 。 T A E の効果不 ( 調 ? ) , o r i n g n ( o r i g i n ? 原発巣 ? ) は ( 読めない ) で下大静脈に近く、P E I T ( 経皮的エタノール療法 ) の適応無し」と記載されている。

( 私の注目点 )

外科手術の適応の有無についての記載が全く無い。通常、肝癌については、第一に外科手術の適応の有無が検討され、適応無しとされた場合に別の治療法

が検討されるとされている。ここに外科手術の適応について記載がないのは、本記載をした者 ( おそらく K H 医師 ) は当時当然外科手術の適応はないと考えていたか、医療判断とは全く別の目的をもっていたかのいずれかと思われる。

後述するが T A E の効果判定するには早すぎる。

4 月 1 2 日の我々に対する N J 医師の説明については、N M 医師が 4 月 7 日に雷太さんに「検査結果が出たから 1 2 日に来て欲しい。」と連絡してきたものだが、N M 医師は 1 1 日の C T 検査を見ずに連絡してきたことになる。

カルテ中の手術決定の記載 ( 1 - 4 0、前記 C T 検査検討記載の次ページ )

4 月 1 4 日の欄に

「教授回診

7 0 歳 男 9 3 ・ 1 2 胃癌にて亜全摘出術 今回多発的肝転移癌にて 4 ・ 7 T A C E 施行 今後の治療方針検討中です。

N J 医師より

右葉切除指示

4 ・ 2 1 月 9 時から

I C U 入室届 済

手術伝票 済

ゲフリール

輸血伝票 済

患者への説明

4 ・ 1 6 木 1 1 時から」

との記載があります。

( 私の注目点 )

16 の C T 検査が行われた 4 月 1 1 日は金曜日であり、上記教授回診の 4 月 1 4 日は月曜日であるから、前記の C T 検査結果についてのカルテ記載の後に医師の間で医療の立場から新たな検討がされた可能性は考えられない。

N J 医師の指示は右葉切除のみで、左葉内の腫瘍及び肝外のリンパ節腫脹・脾等の腫瘍疑いに対する措置を全く含んでいない。

手術決定に対する疑問点

始めに手術適応、T A E の結果評価についての一般的知識を説明し、次に私の疑問点ないし考えを述べます。

1 手術適応

参考文献： 山本順司他「転移性肝癌の外科治療」 浅沼義博他「転移性肝癌の治療方針」 岡本英三他「肝癌診療マニュアル」

理論的には肝転移癌は全肝に散布されており、肝切除術は基本的に腫瘍の減量手術であるという考え方に基づき、原則的には 原発巣がコントロールされていること、 転移巣が肝に限局していること、 転移巣が完全に切除できること、 手術が安全に

施行可能であることを満たせば、転移巣の個数や分布に関係なく肝切除の対象となる。肝外病変があっても、それが根治的に切除できると判断した場合は肝切除の対象とする。( )

肝のほかに遠隔転移巣として多いのは、肺、骨、脳である。これらの診断には、超音波検査、CT、MRI、シンチグラムなどが用いられる。( )

治療選択にあたっては、第一に安全性を優先させ、第二に根治性を考慮する。肝切除の安全性を計る基本はICG検査であるが、これに加え肝切除率CT計測法が必要である。これはCTの各スライス面を元に各区域の肝実質面積、腫瘍面積を計測し、これを基に腫瘍を除いた肝実質の切除量(切除率)を算出するものである。さらにこの切除率・ICG検査結果・年齢を基礎としてこれまでの肝不全例と経過良好例とを分析して作成した重回帰式を用いて予後得点を計算し、治療方針を決定しなければならない。( )

## 2 TAEの結果評価

参考文献：西尾博「肝癌に対する熱凝固自家血栓粒子を用いた動脈塞栓術」前記「胃癌」P136以下

TAEによる治療効果判定を2週間後の造影CTで行った。( )

肝悪性腫瘍に対するTAEを施行した後は治療効果を確認するためにfollow up血管造影を行う必要がある。2回目の血管造影は初回塞栓術後2週から1か月後の間に行い、腫瘍血管、腫瘍濃染の減少及び消失の程度を検討する。( )

## 3 私の疑問点ないし考え

手術適応の要件のうち、まず転移巣が肝に限局しているという要件に関して、二つの面からの疑問があります。一つは肝以外に転移しやすいとされる肺・脳・骨に対し、胸部レントゲンを撮影したのみで、参考文献が挙げる超音波検査・CT検査・MRI・シンチグラムを全く実施していないことです。肺・脳・骨の転移巣の有無を判定するために必要な検査をしていないと評価できると思います。実際、病理解剖によりお父さんには両肺に転移巣があったことが確認されていますが、これを見逃しているわけです。もう一つは、すでに術前検査でリンパ節転移が確認され、脾の遠隔転移の疑い及び両側副腎の軽度腫大が指摘されており、これだけで手術適応の要件を満たさなくなると思われるのに、この事実をほとんど無視する形で手術を決定していることです。

手術適応の要件のうち、根治性の要件については、腫瘍が全区域に存在することがわかっており、腫瘍

を全部取り切る手術が不可能であることは明らかであり、根治性の要件は満たさないといえます。左葉に腫瘍が存在する以上、右葉切除術では根治性がないことはいうまでもありません。なお、NJ医師が我々に話したMCT(マイクロウェーブで焼く方法)はカルテ中に全く記載がありませんから、触れる必要はないかも知れませんが、年の為申し上げると、MCTは切除術に代わる治療法として研究・実施されているもので、切除術とMCTを同時に施行するという治療方法は私が調べた限り全く報告されていません。

手術適応の要件のうち、安全性の要件については、2点指摘できます。1点は、上述の肝切除率CT計測法を行った形跡も重回帰式を用いて予後得点を算出した形跡もないことです。手術の安全性について検討していないというべきです。さらにいうと、4月7日のDSA検査及び4月11日のCT検査で左葉外側区域には最大3センチから1センチ位までの腫瘍が数個あり、動脈も細くなっていることがわかっていましたから、ここで右葉切除を行えば直ちに肝不全を起こすおそれもあったのではないかと思います。1点は、切除対象とした右葉後区域の腫瘍は、下大静脈に浸潤し、右肝動脈ないし門脈右枝に近く(手術記録からすると右肝動脈に癒着していたらしい)、この腫瘍を切除することは大血管を損傷し、大量出血を引き起こす可能性があり、安全性が確保できないといえる。

手術適応を判断するための検査という点で、手術の対象となる腫瘍の部位・大きさ・血管との繋がりを把握するための血管造影検査を行っていないことが指摘できます。

TAEの結果評価という点では、4月11日のCT検査はTAE実施後わずか4日後のもので、これは経過観察というべきで、これをもって結果評価ということはできません。そして、参考文献にある2週間おくとすると、まさにCT検査によりTAE結果評価を実施すべきその日である4月21日に手術を実施したということになります。従って、TAEを実施しながら、その結果評価をすることなく手術を行ったといえます。

以上からすると、カルテに現れた4月14日のNJ医師の肝右葉切除指示は、それまでに行われた検査結果及び検査の流れと全く結び付かないものであり、医療の立場からは合理的に説明することはできないと考えられます。

### 第3 術前検査補論

#### 1 始めに

腹腔内臓器の位置関係（腹腔内の解剖）を知ること、術前のCT写真から更に3点を知ることができました。

その3点とは次のとおりです。

腫瘍が尾状葉に及んでいることは手術前からCT写真で明らかにわかる。

副腎（特に右副腎）は顕著に大きくなっていて、肝臓の腫瘍が浸潤したという程度ではなく、副腎の中に病変があったと考えられる。

横行結腸が肝後区域の腫瘍（第三外科の医師が卵大の腫瘍と呼んでいたもの）と癒着することはあり得ない。

この3点を説明するため、次の資料1ないし7を利用します。資料1は画像写真であり、資料2ないし7は末尾に添付します。[添付資料は省略]

資料1 4 / 1 1 上腹部CT-3

資料2 消化器外科 新手術アトラス 1096頁

資料3 CT正常画像アトラス（第2添付の下の部位です。）

資料4 CT写真検討図

資料5 解剖学（肝臓）「解剖学講義」から

資料6 解剖学（肝臓と横行結腸）「解剖学講義」から

資料7 解剖学（肝臓裏側の臓器）「解剖学講義」から

2 腫瘍が尾状葉に及んでいることは手術前からCT写真で明らかにわかる。

第三外科の医師は、手術前の説明では尾状葉に触れることはなく、手術直後の説明と26日の説明では術中超音波で尾状葉にも腫瘍が延びていることがわかったから尾状葉を切除したといい、5月になってからは手術前から尾状葉に腫瘍があることはわかっていたと話しました。ですから、術前の検査で尾状葉に腫瘍が及んでいたことを把握していたか否かを客観的に明らかにすることが必要でした。それが「癌の外科—手術手技シリーズ 1 肝癌」「消化器外科 新手術アトラス」により、全く明解になりました。

この項については、資料1、資料2、資料5を利用します。

始めに資料5の図6-55と図6-56を見て、尾状葉の大まかな位置を把握して下さい。肝臓の裏側で下大静脈と静脈管索裂とに挟まれて長丸に飛び出した部分があり、そこは尾状葉であることを覚えて下さい。

次に資料2に移ります。一番上の二つの図（5aの切除前の図、左は肝臓を前から見た図、右はCT

写真と同じ図（CT写真は鏡写しと同じ図になります。）と説明文・中下段の図の記号の解説とを見てください。資料5で見た下大静脈と静脈管索裂（資料2の記号8のArantius管は静脈管索といい、静脈管索が通る裂腔を静脈管索裂といいます。）との間の長丸に飛び出した部分が資料2のSpiegel部（SP、左尾状葉ともいいます。）であり、Spiegel部の右側に続き肝臓が下大静脈に接する部分に存するのが下大静脈部（CP、右尾状葉ともいいます。）であり、Spiegel部と下大静脈部の下に飛び出る形で突起部があり、この三部で尾状葉が出来ていることがわかります。ここで大事なことは下大静脈部の位置ですので、上段右の図と中段右の図とを見比べてCT写真における下大静脈部の位置関係を掴んで下さい。

そこで、資料1の最上段中央と同段右の写真を見てください。肝臓が下大静脈に接する部分、即ち尾状葉下大静脈部に腫瘍が存することは明確です。術前検査で尾状葉に腫瘍が存することを把握していたことがはっきりしたといえます。

3 副腎（特に右副腎）は顕著に大きくなっていて、肝臓の腫瘍が浸潤したという程度ではなく、副腎の中に病変があったと考えられる。

副腎については謎が多く、手術直後には右副腎切除と説明され、26日には切除を否定され、病理解剖当日には左副腎に転移があると説明され、病理解剖報告書では右副腎全摘出・左副腎自己融解と記載され、副腎に関する事実の解明は一つのポイントと認識しています。この中でCT検査報告書に「両副腎腫大」との記載があることに注目し、副腎の位置を理解してCT写真を見てみると、特に右副腎は通常より顕著に大きくなっていることがわかりました。単に肝臓の腫瘍が浸潤しているという程度ではなく、副腎内部に何らかの異常が生じているものと思われる。

この項では、資料1、資料3、資料4、資料5、資料7を利用します。

初めに、資料5の図6-56と資料7の図6-31、図6-86、図6-88とを見て下さい。一つの図で明確に書いたのがないので申し訳ありませんが、4つの図を見ると、右副腎は右腎臓と肝臓と下大静脈とに囲まれた位置にあり、左副腎は左腎臓と脾臓と大動脈とに囲まれた位置にあることを知っていただければと思います。

次に資料3の2つの写真でCT画像上の左右副腎の位置と大きさ、周囲の臓器を確認して下さい。周囲の臓器については資料5、資料7のとおりであり、大きさは腎臓や下大静脈、大動脈よりかなり小さいことがわかるといえます。副腎は正常では長さ約5

cm、幅約 3 cm、厚さ約 0・5 cm の臓器ですので、断層写真ではこれ位に写るのだと思います。

そこで資料 1 の上から 2 段目の右の写真と資料 4 とを見てください。資料 4 は資料 1 の上から 2 段目の右の写真を私なりに図解してみたものです。解剖学上、肝臓と右腎臓と下大静脈の間には右副腎しか存在せず、脾臓と左腎臓と大動脈との間には左副腎しか存在しませんから、左右両副腎の指摘は間違っていないと思います。資料 1 の写真に写された左右両副腎、特に右副腎は資料 3 の副腎に比べて顕著に大きくなっています。CT 診断報告書に「腫大」とあることから、これは内部に異常があり、腫れて大きくなっているものと思います。

4 横行結腸が肝後区域の腫瘍（第三外科の医師が卵大の腫瘍と呼んでいたもの）と癒着することは有り得ない。

手術直後及び 26 日の説明では、第三外科の医師は、胃癌手術の影響で横行結腸が上に上がり、腫瘍が横行結腸と癒着していたから横行結腸を切除したと述べていました。しかし、今度の手術の対象となった肝後区域の腫瘍と横行結腸とが癒着することは有り得ないことが確認できましたので報告します。

この項では、資料 1、資料 3、資料 4、資料 5、資料 6、資料 7 を利用します。癒着が有り得ない理由を 3 項に分けて述べます。

1 横行結腸が肝臓に接する部分は腹壁に固定され、その接する部分は肝臓としては今回の腫瘍ができた部分（右葉後区域・尾状葉）と離れた場所であり、横行結腸はそこから腫瘍ができた部分と反対の方、即ち腹部の前側を左に向かって走る。

資料 6 の図 6-42、47 を見ると、大腸は盲腸から上に上がり（上行結腸）、肝臓の下で右に曲がり（右結腸曲）、そこから左に向かって走り（横行結腸）、脾臓の下で下に曲がり（左結腸曲）、そこから下に下りる（下行結腸）ことが分かります。併せて、資料 6 の図 6-36、46、58、資料 7 の図 6-88 を見ると、上行結腸や横行結腸の右結腸曲のあたりは腹壁にくっついていて動くものではないことが分かり、資料 6 の図 6-48、72 を見ると、横行結腸は右結腸曲から少し左に進んだところで腹壁から離れ、脾臓の前から出る結腸間膜にぶら下が

り小腸の前に出る形で腹部の前側を左に進み、左結腸曲に至ることが分かります。垂れ下がった横行結腸は仰向けになった状態で臍のところまでくるそうです。資料 5 の図 6-56 を見ると、横行結腸が肝臓に接するのは胆嚢の右隣（図で結腸圧痕とあるところ）であり、ここは右葉前区域ですから、腫瘍があった右葉後区域・尾状葉とは部位が違うことがわかります。そして、右葉後区域・尾状葉は肝臓の背側（裏側）にあり、右結腸曲から腹部の表側を走る横行結腸が右葉後区域・尾状葉に接することは有り得ないといえます。

2 父の横行結腸は正常とおりに走行している。

資料 3 の右側の写真で右結腸曲（RCF）を見てください。胆嚢の上側（前側）に少し左にずれる形で存在します。肝臓の結腸圧痕は胆嚢の右横ですから、この写真は結腸圧痕のところから左に進み胆嚢の前側（左側）に出たところだと思います。ここで資料 1 の上から二段目右側の写真と資料 4 とを見てください。資料 3 の写真と同じ位置、胆嚢の上側（前側）に左にすすむ横行結腸が写し出されています。父の横行結腸が正常な位置に走行していることは明確です。従って、父の横行結腸が肝臓の右葉後区域・尾状葉に存する腫瘍と癒着することは有り得ないことです。

3 切除した横行結腸には癌細胞がなかった。

切除した横行結腸に対する病理検査報告書（1-138、4月25日付）には、「提出された結腸内に 3 個の隆起を認めたが、いずれの中にも胃癌細胞の転移をはじめとする異型細胞を認めない。リンパ節内にも異型細胞を認めない。」とあります。腫瘍が横行結腸に浸潤していたという説明は、病理検査により明確に否定されたこととなります。

以上により、手術直後及び 26 日の説明で第三外科の医師が述べた「胃癌手術の影響で横行結腸が上に上がり、腫瘍と癒着していた。」との説明は全くの作り話であることがはっきりしました。付言すると、26 日の説明の際には、NJ 医師は連休明けに病理検査の結果が出ると言っていたもので、この点でも嘘を付いていたわけです。

## 第4 4月21日肝切除術

〔結論及び構成〕

(結論)

4月21日の肝切除術は、右葉切除術予定とされ、術中に右葉後区域+右尾状葉合併切除術に変更とされたが、肝切除開始してまもなく横行結腸を損傷して第1回の多量出血を起こし、さらに右葉後区域と右葉前区域とを離断する際に肝動脈を損傷してしまったため、動脈血の多量かつ止血困難な出血を生じ、出血性ショックの状態となり、その後は止血操作と出血性ショックに対する措置に終始し、目的とした腫瘍を右尾状葉に残したまま右葉後区域のみを切除して肝切除術を終了したが、腫瘍切離面からも止血に時間を要する出血が生じ、ショック状態が遷延することになった。経過の骨子を時系列にすると下記のとおりである。なお、使用薬剤に疑問点があるが、解明は未了である。右副腎切除術は行われていない。術中看護記録、麻酔術中記録の各「術者」欄は空欄となっており、疑問がある。

記

予定手術は肝右葉切除術とした。

8・40 麻酔開始

9・35 超音波エコー施行(この前後低血圧を示し、9・40は90/65)

10・10 手術開始(第9肋間、逆T字切開)

10・30 麻酔による低血圧に対し心不全用強心剤(ドパミン)投与開始

11・00 超音波エコー施行(肝臓に術中エコー)。おそらくここで肝右葉後区域、右尾状葉(尾状葉下大静脈部)合併切除術に変更とする。

11・40 胆嚢摘出。12・10まで肝門(肝臓の下面で動脈、門脈が流入する部位)で血管の剥離を進める。

12・10 肝右葉後区域に流れる動脈枝、門脈枝の剥離を終了し、結さく・切離。

12・15 全肝流入血流遮断法(プリングル法。15分血流を止めてその間に肝切除を進め、5分血流を再開して、また遮断して切除する技法。)により後区域と前区域との間の切離を開始。

12・50 肝切除中に横行結腸に損傷を与え、横行結腸から多量の出血。止血困難で13・15 横行結腸切除。

13・20 肝切除再開

14・20 肝切除中断し、生理食塩水による洗浄、超音波エコー施行。

14・30-14・55 この間の肝切除中に肝動脈を損傷し、血流遮断を延長し止血措置をする。

15・00 血流再開。肝動脈損傷部位から動脈血が大量に出血。以後血圧は著しく低下。遅くともこの

時点で出血性ショックの状態になる。以後、心不全用強心剤増量、DIC治療薬(FOY)、出血性ショック治療薬(プラスマネートカッター)投与。急速かつ大量の輸血(手術終了まで、200cc48本。他にも血液製剤投与)。

15・12 止血操作のため開胸。(このため15・15 気胸発生)

16・15 右尾状葉切除を断念し、主腫瘍の一部を右尾状葉に残す形で後区域と尾状葉とを切離し、後区域のみ摘出。以後、腫瘍の離断面からも出血。

17・30 まででガーゼで吸い取った出血3227cc、腹腔内に溜まりドレーンで排出した出血7700cc。

18・00 横行結腸吻合

19・00 まで止血操作。

20・00 腹膜閉鎖

20・55 手術終了

21・25 ICUへ。

22・00 ドレーンより出血多く、血圧低下、出血性ショックを示す。

23・05 止血目的でアンジオ室(血管造影室)へ。

23・34 DSA施行後、右肝動脈からTAE(動脈塞栓術)施行。

右副腎切除術は行われていない。(4月30日も行われていない。)

(構成)

本報告は、4月21日の肝切除術に関する資料に従い、第1術中看護記録、第2麻酔・術中記録、第3病理検査報告、第4「手術表」「手術経過並びに所見」「4月21日TAE記載」肝切除術の一般的知見「手術経過並びに所見」の分析、第5手術会計表からなります。

各項目とも、表題の資料の内容を転記し、訳・説明・分析・問題提起を付記するという形式を取っています。〔 〕内が私の付記部分です。読んで戴く順番としては、術中看護記録で大きな流れを理解して頂き、次いで 病理検査報告、「手術表」「手術経過並びに所見」「4月21日TAE記載」肝切除術の一般的知見「手術経過並びに所見」の分析、を読んで戴ければ、結論に至る根拠を理解して戴けると思います。麻酔・術中記録は、表で記載されているものをいくら眺めても頭に入らないので、私が文章式にワープロに入力して理解しようとしたため、大部になってしまいました。ところが一つ一つ入力して見ると、外科手術の手技だけでなく、麻酔やその他の投薬についても種々疑問が出てきました。私なりの疑問点は付記しましたが、解明は不十

分です。手術会計表も、同じ趣旨で殆ど未解明ながら資料として提出するものです。

術中看護記録(1-174、175)

術中看護記録には術前部分(左頁)、術中部分(右頁、左欄)、術後部分(右頁、右欄)があります。

(術前部分の記載)

手術日 9年4月21日 執刀時間 9:00 予定時間 5時間

外科 病棟 5C 氏名 山口与志広 70才 男  
血型 AB(+)

感染症 Wa〔梅毒〕 - Hb〔B型肝炎ウイルス〕  
- Hb〔C型同〕 -

身長 156cm 体重 50kg

術前診断 転移性肝癌 術後診断(空欄)

予定手術 肝右葉切除術 施行手術(空欄)

麻酔 全+Epi〔全:全身麻酔、意識を喪失させることによって痛覚と自律神経反射を喪失させる麻酔法。局所麻酔に対する語。吸入麻酔、静脈内麻酔、麻酔薬の静脈内注射、筋肉注射、注腸等がある。〕〔Epi:硬膜外麻酔、epidural anesthesia。硬膜外腔に局所麻酔薬を注入すると、同部位を中心とした脊髄神経がブロックされて、知覚及び運動麻痺が得られる。目的とする麻酔領域によって穿刺部位を選び、頸部、胸部、腰部硬膜外麻酔、仙骨麻酔などに分類される。〕  
体位 背臥位〔背部をベッドに接し、上向きに水平に臥した体位。〕

担当医 KH、NM 術者〔空欄〕 助手〔空欄〕

〔術者、助手は重要事項のはずであり、空欄は疑問。理由を検証する必要がある。〕

既往歴 S30 アッペオペ〔虫垂炎手術、以下opeと記載あるは手術と記載〕 S40 HT〔高血圧〕 H5 左Cat手術〔cataract 白内障〕

緑内障 MK手術〔Magenkrebs 胃癌〕

高血圧+/- アストマ - DM〔糖尿病〕 -

現病歴 H5、胃癌手術後、外来 follow 中、2月に倦怠感あり、エコー施行にて上記診断あり。手術にて入院。

義歯 部分 視力障害 眼鏡

直接Ns〔Nurse 看護婦〕××、×× 間接看護婦  
×× ××

(術中部分の記載)

入室時 BP〔血圧〕=157/92、P〔脈拍〕=75

9:07 硬膜下麻酔施行(T9,10〔第9肋間〕)

9:15 左前腕よりV〔静脈〕18G〔Gauge 針の規格〕、右前腕より静脈18G確保

全マ〔全身麻酔〕導入(ラボナル〔全身麻酔薬〕、マスキュラク〔麻酔時筋弛緩薬〕にて)

N2O〔亜酸化窒素〕、イソフルレン〔全身麻酔薬〕にて維持

9:35 挿管施行(8・5Fr)血圧=100/65、脈拍=69

右前腕よりA〔動脈〕22G確保

超音波エコー施行

10:10 手術開始 kt〔体温〕=36・3°C

10:33 血圧=90代〔ママ〕のためDOA開始〔DOA:ドパミン(カテコールアミン製剤)。強心薬。強力な強心作用があり、心原性ショック、重篤な心不全に使用され有効である。ドブタミン(DOB)も同じ作用を有する。〕

11:00 超音波エコー施行 血圧154/101 脈拍68

:40 胆のう摘出

:55 血管剥離中のため出血量。血圧120台

12:10 左右肝A〔動脈〕剥離終了、切離へ輸血開始す

:18 プリングル開始 PGE1開始(肝血流維持のため)〔Pringle法:全肝流入血管遮断法。看護記録には、プリングルとあるが、プリングルの誤り。肝臓切除手術の技法の一つで、切除中の出血抑止のため、血管が肝臓に入るところ(肝門)で血流を遮断しながら肝臓切除を行う技法。長い時間血流を遮断すると臓器細胞は壊死を起こすので、通常、15分遮断してその間に切除を進め、一旦遮断・切除を中断して血流を再開し、また15分遮断して切除を進めるということを繰り返す。以下、この趣旨で、看護記録には、「プリングル開始(又はon)」、「プリングルoff」が繰り返し出てくるが、本報告では分かりやすさのため「肝切除再開」「肝切除中断」と記載することにします。〕〔PGE1:アルプロスタジル。末梢血管拡張作用と血小板凝集抑制作用を有するホルモン。PGE1製剤は、慢性動脈閉鎖症の四肢潰瘍、壊死、末梢循環障害、血行再建術後の血流維持に用いられる。〕

:35 肝切除中断

:41 肝切除開始

:46 肝切除中断

13:15 横行結腸切除

:20 肝切除再開

:35 肝切除中断 血圧108/79、脈拍70にて経過

:40 肝切除再開

:48 肝切除中断

14:06 肝切除再開

:21 肝切除中断 温生食(生理食塩水)1000mlにて洗浄

超音波エコー施行

14:30 肝切除再開

14:54 肝切除中断  
 15:04 血圧:[空白]で低下みられ、FOY  
 2V、プラズマネットカッター開始  
 [FOY:蛋白分解酵素阻害薬であり、また、血液凝固系に対しても阻害作用を有する。適応は、蛋白分解酵素逸脱を伴う急性膵炎等、汎発性血管内血液凝固症(DIC)。VはVial(ガラス瓶)で投薬単位。FOYは100mg/V,500mg/Vがあり、500mg/VはDICのみ適応。][プラズマネットカッター:加熱人血漿蛋白(アルブミン製剤)。適応は、熱傷等によるアルブミンの喪失による低アルブミン血症、出血性ショック]  
 15:12 開胸  
 血圧100代へ  
 16:10 肝臓摘出  
 断端+のためアルゴンレーザーで熱傷する。  
 [断端+:切除した臓器の切離面に腫瘍が露出していること。癌手術では、可能な限り腫瘍から10mm前後の距離をとって切除するものとされていて、腫瘍を露出させることなく切除できた場合を断端-という。]  
 17:00 止血操作行う。  
 ドレーン挿入  
 18:00 腸吻合施行  
 18:40~19:00 圧迫止血す。  
 20:00 腹膜閉鎖 カウントOK [カウント:使用器具の数確認]  
 手術終了  
 レントゲンとる。  
 21:25 ICUへ  
 (術後部分の記載)  
 [上段に人の絵があり、そこに線を引いて挿管・点滴針の内容が次のとおり記載されている。]  
 [鼻から線を引き] Mz  
 [口から線を引き] T 8.5Fr  
 [右鎖骨付近から線を引き] W IVH [中心静脈栄養] 16G 18cm 固定 1本N [読めない]  
 [左手首から線を引き] 静脈18G  
 [右手首から2本線を引き] 静脈16G 動脈22G  
 [右下胸部から線を引き] シリコートソラシックカテーテル 右胸腔内 24Fr ソフト  
 [右腹部から線を引き] デューブルドレーン 肝後面 10F  
 [腹部中央・臍の上から線を引き] デューブルドレーン 横行結腸吻合部 8Fr  
 [鼠蹊部から線を引き] Ba 14Fr (10cc)  
 [左大腿部外側に四角を書き、そこから線を引き] ボールシップをはって下さい。

[中段に「最終バイタル」「覚醒状態」「チアノーゼ」「麻痺」「瞳孔の大きさ」「対光反射」「ドレーンの有無 排液状態」の記入欄があるがいずれも記入がなく、欄外に輸血に関する次の記載がある。]  
 全血/MAP [赤血球保存液] 5単位/43  
 FFP [新鮮凍結血漿] 24単位  
 [下段の記載]  
 血液バランス +12900 水分バランス -15100 ml  
 ガーゼカウント・タオルカウント・キカイカウント OK  
 検体のサイン 有 (xx)  
 麻酔・術中記録 (1-170~172)  
 4月21日の麻酔・術中記録は、B4で3丁あり、各丁とも中央に時系列でデータ・処置を記入する方眼紙(以下「時系列表」という。)があり、その周囲に諸々の事項を記入するようになっていきます。本報告では、各丁毎に始めに周囲の各欄に記載された事項を転記し、次に時系列表の記載事項を転記します。  
 (1丁目)  
 (周囲記載事項)  
 1997年4月21日 手術室 7  
 患者名 山口与志広 科名 外 病棟 5C 男 70才  
 身長 156cm 体重 50kg  
 確定診断 転移性肝癌  
 施行手術 右後区域、尾状葉2/1合併切除、胆摘術、横行結腸切除  
 麻酔医 xx(指導医xx) 担当医 KH、NM、TH  
 術者 [空欄:重要事項であり疑問]  
 直 xx、xx 間 xx xx  
 血液型 AB Rh+ 準備血液 MAP100  
 FFP100  
 [MAP:人赤血球濃厚液、FFP:新鮮凍結血漿]  
 梅毒- HB抗体- HC抗体-  
 前投薬・輸液量 硫アト0.5 アタP50 8:00  
 [硫アト:硫酸アトロピン。副交感神経遮断薬。手術、麻酔に対する有害な副交感神経反射の予防に用いる。/アタP:アタラックスP(ヒドロキシジン)。鎮静剤、抗不安薬。]  
 導入薬剤 ラボナール200mg Vb8mg 挿管 Grade 経口 ID8.5mm 21cmカフ5cc  
 粘膜損傷- 歯牙損傷- 維持薬剤GOI  
 [ラボナール:導入用全身麻酔薬、Vb:臭化ペクロニウム(商品名マスキュラックス)。麻酔・手術用筋弛緩剤、ID:挿管チューブ、カフ:挿管チューブが動かないように空気を入れて膨らますようになっている部分、GOI:?)

麻酔方法：気管内 硬膜外

〔気管内挿管で全身麻酔薬 I S O (イソフルラン) を投与し、局所麻酔薬キシロカイン (Xylocain) で硬膜外麻酔をしている。〕

モニター：A P [大動脈圧]、C V P [中心静脈圧]、S a O 2 [動脈血酸素飽和度]、P e t C O 2 [呼吸終末炭酸ガス濃度]、麻酔ガス

体位：背臥位

使用薬剤：O 2 1 6 0 0 ml N 2 O 2 8 0 0 ml  
I S O 8 0 ml

〔I S O は酸素、亜酸化窒素混合ガスで使用する。通常 2・5% 以下で維持可〕

術中バランス：輸液量 1 2、0 0 0 / 輸血量・ヘスパンダー〔血漿代用剤〕1 本、プラズマネットカッター〔アルブミン製剤〕(空白)、W B [全血] 5 U [ユニット] 1 0 本、C R C [人赤血球濃厚液] 4 3 U、F F P [新鮮凍結血漿] 2 4 U / 尿量 3 6 0 0 / 出血量 ガーゼ 5 0 0 0 g (推定 1 2 0 0 0) [4 6 5 0 g (1 9・3 5 の出血量) を消して 5 0 0 0 g が書かれている。]

排液量 2 3 5 0 0

覚醒状態：遷延 (記載無し) 応答 - 反射 - 握力 - チアノーゼ - 嘔吐 - 冷感 - シバリング - 血圧 1 3 8 / 5 5 脈拍 6 6

麻酔 開始 8 時 4 0 分 終了 2 1 時 2 5 分 (1 2 時間 4 5 分)

手術 開始 1 0 時 1 0 分 終了 2 0 時 5 5 分 (1 0 時間 4 5 分)

術後指示 I C U へ  
(時系列表)

〔時系列表は 5 分毎の罫線が入っているので、便宜 5 分区切りの出来事として転記する。罫線の間に記載されたものは原則として前の 5 分区切りに入れる。但し、分表示があるものは分表示に従って記載する。脈拍・血圧はグラフの印からの読み取りのため、概数である。〕

8・4 0

血圧 1 7 5 / 9 0 脈拍 7 8

8・4 5

血圧 1 8 0 / 9 0 脈拍 7 5

8・5 0

血圧 1 7 5 / 8 8 脈拍 7 5

8・5 5

血圧 1 6 0 / 9 0 脈拍 7 0

9・0 0

S p o 2 [動脈血酸素飽和度] 9 9 血圧 1 4 5 / 9 0 脈拍 7 0

9・0 5

酸素投与開始、投与量 5 l / 分、9・2 0 分まで〔以下、ガス、輸液、輸血、静脈注射 (点滴を通しての

注入。静注。) 等の継続的投与しているものは、投与量に変化ある毎に記す。〕

血圧 1 6 0 / 9 2 脈拍 7 0

9・0 7

E [epidural anesthesia 硬膜外麻酔実施]

T 9・1 0 paramedian approach [第 9 肋間 正中 + 右横切開、胸骨正中切開付加 (逆 T 字切開ともいう。)] S E D [穿刺針?] 6・5 cm カテ〔カテテル (留置管)〕5 cm test [痛み刺激による無痛域確認] 1% E Xyrocaine 2 ml [エピネフリン (強心剤) 入り 1% キシロカイン (局所麻酔剤) 2 ml 投与] level T 4 [無痛域の範囲は第 4 胸骨以下] 9・1 5

〔この記載の趣旨は、「9 時 7 分に第 9 肋間逆 T 字切開の術式に合わせた硬膜外麻酔を開始し、穿刺針を用いて脊髄周囲の硬膜外腔にカテテルを留置し、テストとして強心剤入り局所麻酔剤を注入したら、9 時 1 5 分に第 4 胸骨以下の範囲が無痛域になった」と理解できる。(術中看護記録にも「硬膜下麻酔施行 (T 9, 1 0)」とある。) 問題は、「点滴マニュアル (エキスパートナーズ 1 9 9 1・5)」8 6 頁によると、脊髄麻酔・硬膜外麻酔で、無痛域が第 6 胸骨まで達すると腹腔内臓器全ての血管拡張により低血圧は必発であり、第 4 胸骨又はそれ以上になると交換神経心臓枝がブロックされ、心拍数の減少により低血圧が助長される、とあり、以下に見るとおり、この後父には血圧低下が起こり、重篤な心不全等に用いられる強心薬 (D O A、ドパミン) が投与されており、これは右記述とおりの事態が生じたものと思う。これが、麻酔としてやむを得ないのかミスかは今のところ不明。なお、「癌の外科―手術主義シリーズ 肝癌」1 6 頁 (肝切除の麻酔) には「術後疼痛管理のために硬膜外カテテルを留置するが、術中は硬膜外麻酔中心の管理となることは少ない。硬膜外麻酔中心では循環動態の変化が大きく、調節性が劣り、出血、門脈・肝動脈遮断及び遮断解除に伴う血行動態の変化に不利に働くことが多いからである。」と記載されている。〕

9・1 0

血圧 1 6 0 / 8 0 脈拍 7 4

9・1 5

V b [マスキュラックス・手術用筋弛緩剤] 8 mg 投与 [「治療薬マニュアル 1 9 9 7」によれば、初回量は 0.08-0.1mg/kg とあり、父であれば 5mg が初回量である。これに限らず、手術中に投与された薬剤は、「治療薬」記載の「初回量」「追加量」「最高用量」を越えているものが少なくなく、調査が必要である。〕

effedrine [エフェドリン・気管支拡張剤] 8 mg iv [静脈注射]

血圧 142 / 85 脈拍 74  
〔看護記録に、「左右前腕の静脈に 18G (針の規格) 確保」とある。〕

9・20

酸素 3 l / 分 (10・20 まで) N2O [亜酸化窒素] 3 l / 分 (10・20 まで) ISO [全身麻酔剤] 1 ml / 分 (9・30 まで)

調節呼吸開始 TV 550 / RR 10 (10・00 まで) [調節呼吸: 全身麻酔時の呼吸抑制・消失に際しての人工呼吸法。1 回換気量 (TV) 分時呼吸数 (RR) を設定する。]

血圧 100 / 65 脈拍 75

9・25

血圧 115 / 85 脈拍 75

9・30

ISO [全身麻酔剤] 0・5 ml / 分 (10・20 まで)

動脈血酸素飽和度 99 呼気終末炭酸ガス濃度 29  
体温 36・6° 血圧 90 / 60 脈拍 64

エフェドリン 4 mg 静脈注射

9・35

血圧 110 / 80 脈拍 64

〔看護記録に「挿管施行 右前腕より動脈 18G 確保 超音波エコー施行」とある。開腹前の超音波エコーを実施したものと思う。〕

9・40

血圧 90 / 65 脈拍 54

9・45

血圧 110 / 70 脈拍 55

9・50

血圧 122 / 70 脈拍 55

9・55

2%キシロカイン [硬膜外麻酔] 5 ml / 時投与開始 (19 時までこの量で継続投与)

血圧 110 / 70 脈拍 55

Atropine 0・5 mg 静脈注射 [硫酸アトロピン、鎮痙薬・粘膜分泌抑制薬。麻酔前投薬する。]

10・00

Vb [手術用筋弛緩薬] 2 mg 投与

動脈血酸素飽和度 99 呼気終末炭酸ガス濃度 29  
体温 36・6° 血圧 106 / 70 脈拍 56

調整呼吸・1 回換気量 490 分時呼吸数 10 (11・10 まで)

尿量 250 (以下、尿量は累計)

10・05

血圧 115 / 78 脈拍 64

10・10

手術開始

血圧 106 / 70 脈拍 63

10・15

CVP 0 [CVP: 中心静脈圧。循環血液量を反映するものとして、輸液・輸血のモニターとされる。正常値 5 - 10。0 がどのような意味をもつかは今のところ不明。]

血圧 100 / 62 脈拍 66

血液ガス検査・PH 7.55/PCO2 31/PO2 291/HCO3 27/BE 5.9/Ht(Hb) 28(10)/Na 128/K 3.7/BS 66 [血液ガス検査結果の意味については今回手が回らないので、検査値のみ転記します。]

10・20

酸素 2 l / 分 (21・15 まで) 亜酸化窒素 4 l / 分 (21・20 まで) ISO [全身麻酔薬] 1 ml / 分 (11・15 まで)

エフェドリン 4 mg 静脈注射

血圧 86 / 60 脈拍 65

10・25

血圧 90 / 57 脈拍 66

10・30

DOA [ドパミン・心不全用強心薬] 3 投与 (10・45 まで) [ (ガンマ) は体重 1 kg・1 分あたりのマイクログラム量。看護記録に「10・33 血圧 = 90 台のため DOA 開始」とある。]

エフェドリン 4 mg 静脈注射

動脈血酸素飽和度 99 呼気終末炭酸ガス濃度 30  
体温 36・6° 血圧 100 / 75 脈拍 73

10・35

血圧 110 / 75 脈拍 69

10・40

血圧 115 / 78 脈拍 65

10・45

ドパミン 2 投与 (10・55 まで)

血圧 130 / 80 脈拍 65

10・50

血圧 136 / 78 脈拍 65

10・55

ドパミン投与終了

血圧 138 / 80 脈拍 65

11・00

Vb [手術用筋弛緩薬] 2 mg 投与

動脈血酸素飽和度 99 呼気終末炭酸ガス濃度 31  
中心静脈圧 2

体温 36・3° 血圧 145 / 85 脈拍 65

出血量 68 [以下、出血量は累計。出血量の最後の記載である 17・35 の「4650」が、周囲記載事項・術中バランスの欄の 1 回書いて消された「ガーゼ 4650」と一致するから、この出血量はガーゼで吸収した量とわかる。]

尿量 300

〔看護記録に「超音波エコー施行」とあり、開腹し、

肝臓を露出させた段階での超音波エコー（術中超音波検査といわれ、腫瘍の位置、大きさ、肝臓内の血管の流れ方を知るために必須とされる。）を実施したものと思われる。）

11・05

血圧132/80 脈拍65

11・10

調節呼吸〔全身麻酔時の呼吸抑制・消失に対する人工呼吸〕終わり

血圧122/82 脈拍64

11・15

ISO〔全身麻酔薬〕0.7ml/分(12・45まで)

Vb〔手術用筋弛緩薬〕3mg投与

出血154

血圧110/74 脈拍65

11・20

血圧108/70 脈拍64

11・25

ドパミン〔心不全用強心剤〕2 投与(11・45まで)

血圧106/74 脈拍64

11・30

動脈血酸素飽和度99 呼気終末炭酸ガス濃度32  
中心静脈圧 0

出血量230 尿量400

体温36.5℃ 血圧110/72 脈拍65

血液ガス検査・PH 7.52/PCO2 34/PO2 163/HCO3 28/BE 5.7/Ht(Hb) 29(10)/Na 127/K 3.4/BS 84

11・35

血圧115/70 脈拍65

11・40

胆嚢摘出

血圧117/75 脈拍65

11・45

ドパミン〔心不全用強心剤〕1 投与(12・00まで)

血圧124/80 脈拍66

11・50

血圧125/80 脈拍68

11・55

血圧124/81 脈拍70

〔看護記録に「血管剥離中のため出血量 出血量 120台」とある。12・10の看護記録の記載により左右肝動脈の剥離で出血したものと推測される。〕

12・00

ドパミン〔心不全用強心剤〕投与終了

輸血〔WB(全血)/CRC(人赤血球濃厚液)〕

〔輸血ないし血液製剤は、WB(全血)、CRC(人

赤血球濃厚液)、FFP(新鮮凍結血漿)、ヘスパンダー(血漿代用剤)、プラズマネットカッター(アルブミン製剤)が投与されていますが、全血と人赤血球濃厚液は区別されずに記載されていますので(10桁の番号が付されており、それで区別できるのかも知れませんが、今回そこまでは手が回りません。)、全血又は人赤血球濃厚液が投与されたときは、「輸血(全血/人赤血球濃厚液)」と記載し、その他はその薬剤名を記載します。番号は記載された番号です。〕

動脈血酸素飽和度99 呼気終末炭酸ガス濃度29  
中心静脈圧 0

出血量400 尿量430 排液量400

体温36.5℃ 血圧125/81 脈拍70

12・05

血圧125/85 脈拍69

12・10

肝臓切除開始

Vb〔手術用筋弛緩薬〕3mg投与

血圧125/90 脈拍67

〔看護記録に「左右肝動脈剥離終了、切離へ 輸血開始す」とある。肝臓に入る動脈(固有肝動脈)は肝臓下面中央の窪み(肝門)に入り、その窪み(肝門)の中で左肝動脈と右肝動脈に分かれ、右肝動脈は肝表面を走行し、肝実質に入る直前で、前区域(S5, S8)に入る前区域枝と後区域(S6, S7)に入る後区域枝とに分岐します。(第3添付資料5・解剖学 の図6-55、56参照)肝葉切除・区域切除では、切除する部位に流入する動脈(及び門脈、胆管)を枝分かれするところで結さく・切離するのですが、その第1段階が肝門部での肝動脈の処理(及び門脈・胆管の処理)になります。後区域枝と前区域枝との枝分かれまでは肝臓の表面ですので、その処理は肝切除に先行するわけです。なお、看護記録では12・10から輸血開始となっていますが、麻酔記録では上記のように12・00から輸血開始となっています。〕

12・15

Pringle開始(12・30まで)

〔プリングル法、全肝流入血管遮断法。肝臓に入る血管を全部遮断しながら肝臓切除をお行う術式。以下の記載では、12・10のところに「肝臓切除開始」とあるので、看護・術中記録の転記と異なり、「全肝流入血管遮断法(プリングル法)開始」「全肝流入血管遮断法(プリングル法)解除」と記載する。肝臓に流入する血流を遮断したうえ、肝実質を指、鉗子、超音波(CUSA・キューサー：硬い脈管は残し柔らかい肝実質は崩す機械)などで切離していく方法(controlled method)で肝切除を行います。(「手術・麻酔申込伝票」(1-6)では「オリンパ

ス・キューサー」が用意されている。)看護記録では「12・18 プリングル開始」とある。]

血圧137/90 脈拍74

12・20

PGE1 0・025 投与(13・00まで)

[PGE1:アルプロスタジル(商品名・プロスタンディン500μg/A)。末梢血管拡張作用と血小板凝集抑制作用を有し、慢性動脈閉鎖症の四肢潰瘍、壊死、末梢循環障害、血行再建術後の血流維持に用いられるホルモン製剤。適応は、高血圧症又は軽度の虚血性心疾患を合併する場合における外科手術時の低血圧維持、外科手術時の異常高血圧の緊急措置、であり、使用法は、点滴静注(静脈注射)で血圧の下降に注意しながら目的血圧まで下げ、以後それを維持できる点滴速度に調節する、とされる。一言でいうと、末梢血管を拡張させ、血液を固まりにくくさせ、末梢の循環をよくして血圧を下げる薬剤である。看護記録には「12・18 プリングル開始 PGE1開始(肝血流維持のため)」とあり、後述の手術会計表には「術前より肝機能障害を合併していたため、プロスタンディン500を使用した

麻酔科」との記載があり、ここではプリングル法を解除して次のプリングル法を開始するまでの間に肝臓内に血流が行き渡りやすくするためにPGE1(プロスタンディン500)を投与したものと理解できる。しかし、父は12時35分に極端な血圧低下が生じ、一旦戻るが、13・30前後から手術終了(21・25)まで出血に基づくと見られる血圧低下が続き、一方全肝流入血管遮断法(プリングル法)は14・55で終了し、肝臓も16・20に摘出しているのに、投与量を、13・00に0・13に増やし、さらに18・00に0・25に増やし、19・00まで一貫して継続的にPGE1を投与しており、これは1個の問題と思う。(禁忌として、重症の肝疾患、非代償性の高度の出血、ショック状態、が上げられている。)なお、手術会計表の「術前より肝機能障害を合併」との記載は重大な問題だが、この点の詳細は「手術会計表」参照。以下、「プロスタンディン(血流維持剤)」と表記する。]

Vb〔手術用筋弛緩薬〕4mg投与

輸血(全血/人赤血球濃厚液)

血圧145/94 脈拍74

12・25

血圧125/90 脈拍70

12・30

全肝流入血管遮断法(プリングル法)解除(次は12・45から)

[看護記録は「12・35 肝切除中断」。看護記録は時分が明記してあるが、麻酔記録は表からの読み取りのための食い違い。以下同じ。]

輸血(全血/人赤血球濃厚液)

動脈血酸素飽和度99 呼気終末炭酸ガス濃度30

中心静脈圧 0

体温36・5° 血圧130/85 脈拍71

12・35

血圧88/57 脈拍65

12・40

ISO〔全身麻酔薬〕1ml/分(13・30まで)

血圧74/50 脈拍70

12・45

全肝流入血管遮断法(プリングル法)開始(12・50まで)

[看護記録は「12・41 肝切除再開」]

ドパミン〔心不全用強心剤〕3 投与(12・55まで)

出血量550

血圧100/65 脈拍70

12・50

全肝流入血管遮断法(プリングル法)解除(次は13・15から)

[わずか5分でプリングル法を解除しているのは何か理由があるはずである。なお、看護記録は「12・48 肝切除中断」とあり、8分で解除したことになる。]

輸血(全血/人赤血球濃厚液)

FFP〔新鮮凍結血漿:適応は、血液凝固因子の補充、又は、循環血漿量減少の改善と維持。番号は記載のもの〕

血圧100/65 脈拍70

12・55

ドパミン〔心不全用強心剤〕5 投与(13・00まで)

血圧80/60 脈拍70

13・00

プロスタンディン(血流維持剤)0・13 投与(18・00まで)

ドパミン〔心不全用強心剤〕3 投与(13・10まで)

動脈血酸素飽和度99 呼気終末炭酸ガス濃度35  
中心静脈圧 1

体温36・5° 血圧126/75 脈拍78

血液ガス検査・PH 7.42/PCO2 39/PO2 185/HCO3 25/BE 1.3/Ht(Hb) 28(9)/Na 132/K 3.8/BS 136

13・05

血圧135/85 脈拍75

13・10

ドパミン〔心不全用強心剤〕2 投与(14・00まで)

輸血(全血/人赤血球濃厚液)

血圧124/83 脈拍72

13・15

横行結腸摘出

全肝流入血管遮断法（プリングル法）開始

〔12・50のプリングル法解除から13・15のプリングル法開始まで25分の間隔が空き、他の解除 - 開始の間隔よりかなり長いこと、この間に横行結腸切除を行っていること、輸血が頻繁でFFP（新鮮凍結血漿）も投与していること、13・35で記載された出血量が1404（12・30では550）になっていること、は相互に関係あることと思われる。切除した横行結腸の病理検査報告から、肝切除中に横行結腸を損傷し出血を来したものと判断できた。詳細は「病理検査報告書」参照。なお、看護記録では「13・15横行結腸切除 / 13・20肝切除再開」とあり、横行結腸切除は13・15 - 13・20のことかも知れない。〕

尿量500

血圧120 / 80 脈拍70

13・20

輸血（全血 / 人赤血球濃厚液）〔時系列表にの記載はない。輸血等の番は飛びが時々ある。「麻酔・術中記録」には輸血パックに添付された番号シールが貼付され、それに表に記載された番に対応する番が記載されているが、「術中看護記録」にも同様の番号シールが貼付されており、抜けた番号はその分かも知れない。〕

FFP〔新鮮凍結血漿〕

血圧125 / 80 脈拍73

13・25

血圧110 / 80 脈拍71

13・30

ISO〔全身麻酔薬〕0.5 ml / 分（19・00まで）

動脈血酸素飽和度99 呼気終末炭酸ガス濃度33

中心静脈圧 0

体温36.3° 血圧110 / 80 脈拍70

13・35

全肝流入血管遮断法（プリングル法）解除（次は13・45から）

輸血（全血 / 人赤血球濃厚液）

出血量1404

血圧100 / 73 脈拍68

〔ここから手術終了まで一貫して低血圧が続く。その原因は、経時的に増える出血量にあるのは明らかと思う。その発端であるこの出血量1404（12・45の550から50分で894増加）の主の原因は横行結腸損傷と判断した。〕

13・40

血圧95 / 65 脈拍70

13・45

全肝流入血管遮断法（プリングル法）開始〔これについては麻酔記録上解除の記載がないが、看護記録に「13・40肝切除再開 / 13・38肝切除中断」とある。〕

Vb〔手術用筋弛緩薬〕3 mg 投与

血圧92 / 65 脈拍74

（1丁目終わり）

（2丁目）

（周囲記載事項）

使用薬剤 SFA 0.25%マーカイン40 ml

レペタン1 mg

〔「SFA」の意味が未解明で、時系列表にも対応する記載がなく、マーカイン、レペタンが何に使用されたのかは不明。 / 0.25%マーカイン：局所麻酔薬。なお、硬膜外麻酔には2%キシロカインが継続的に投与されている。 / レペタン：塩酸ブプレノルフィンの商品名。非麻酔性鎮痛薬。術後又は各種癌に使用。しかし、1回0.2 - 0.3 mgで必要に応じ6 - 8時間毎に反復とされており、1 mgは異常に多い。〕

（時系列表）

13・45

調節呼吸開始 1回換気量416 呼吸数10（17・30まで）

血圧115 / 85 脈拍74

〔1丁目の末尾と2丁目の最初とに13・45の記載があり、血圧・脈拍の異なる値が記載されている。13・45に調節呼吸（全身麻酔等による呼吸抑制・消失に対する人工呼吸）が開始されているからその前後の値かも知れない。13・45に調節呼吸が開始され、13・55の血液ガス検査の血中酸素濃度（PO<sub>2</sub>）の値が下がっているから、このときから呼吸状態が悪化したものと推測される。〕

13・50

血圧80 / 50 脈拍70

13・55

輸血（全血 / 人赤血球濃厚液）

血圧80 / 50 脈拍65

血液ガス検査・PH 7.46/PCO<sub>2</sub> 34/PO<sub>2</sub> 135/HCO<sub>3</sub> 24/BE 1.3/Ht(Hb) 27(9)/Na 132/K 3.6/BS 131

14・00

ドパミン〔心不全用強心剤〕3 投与（14・15まで）

FFP〔新鮮凍結血漿〕 出血量1659 尿量560

動脈血酸素飽和度99 呼気終末炭酸ガス濃度32

中心静脈圧 0

血圧84 / 50 脈拍70

14・05

全肝流入血管遮断法（プリングル法）開始〔看護記録では「14・06肝切除再開」〕

輸血（全血／人赤血球濃厚液）

血圧106／75 脈拍70

14・10

血圧115／75 脈拍68

14・15

全肝流入血管遮断法（プリングル法）解除〔看護記録では「14・21肝切除中断」とある。14・20の項参照〕

ドパミン〔心不全用強心剤〕5 投与（15・00まで）

輸血（全血／人赤血球濃厚液）

ソルメド1g ミラクリッド1500

〔ソルメド1g：ソル・メドロール1000mg（コハク酸メチルプレドニゾロンナトリウム・副腎皮質ホルモン製剤）。適応は、急性循環不全（出血性ショック・感染症ショック）。／ミラクリッド（ミラクリッドは誤り）：ウリナスタチン（蛋白分解酵素阻害薬）。適応は、急性膵炎 急性循環不全（出血性ショック、細菌性ショック、外傷性ショック等）。なお、手術会計表には「ミラクリッド5万単位×3」と記載があり、上記「1500」は15万単位の意味と思う。／従って、この時点でお父さんは出血性ショックに対する処置を受けていることになる。〕

14・20

血圧100／50 脈拍75

〔看護記録に「14・21肝切除中断 温生理食塩水1000mlにて洗浄 超音波エコー施行」とある。〕

14・25

血圧79／49 脈拍69

14・30

全肝流入血管遮断法（プリングル法）開始

輸血（全血／人赤血球濃厚液）

動脈血酸素飽和度99 呼気終末炭酸ガス濃度29

中心静脈圧 0

尿量600

体温35・8° 血圧80／50 脈拍70

〔ここから手術終了まで徐々に体温が下がっている。20・45（体温記載の最後）は32・9°まで下がっている。「癌の外科—手術手技シリーズ 肝癌」17頁（肝切除の麻酔）には「硬膜外麻酔中心の麻酔管理では、長時間に及ぶ手術では低体温になりやすいのが欠点」とある。しかし、出血性ショックによる体温低下の可能性もあるのではないだろうか。〕

14・35

輸血（全血／人赤血球濃厚液）

血圧80／55 脈拍75

14・40

血圧90／60 脈拍70

14・45

輸血（全血／人赤血球濃厚液）

出血量1802

血圧80／55 脈拍75

14・50

Vb〔手術用筋弛緩薬〕3mg投与

血圧75／51 脈拍66

14・55

全肝流入血管遮断法（プリングル法）解除

〔看護記録は「14・54肝切除中断」とある。いずれにしても、プリングル法では15分で肝血流を再開させるとされているのに、この回はほぼ25分肝血流を遮断している。1個の問題と思う。なお、プリングル法は以後行われていないが、肝臓摘出は1時間20分後の16・15である。「手術経過及び所見の分析」記載のとおり、14・30から14・55までの肝切除において肝動脈を損傷して止血操作を行ったが、14・55プリングル法解除の直後、肝動脈損傷部位から動脈血が大出血を起こしたと判断した。〕

輸血（全血／人赤血球濃厚液）

血圧75／50 脈拍65

15・00

ドパミン〔心不全用強心剤〕7 投与（16・20まで）

FOY／2000μg／100生食

プラズマネット×6

〔FOY：メシル酸ガベキサート・蛋白分解酵素阻害薬。適応は、急性膵炎、汎発性血管内血液凝固症（DIC）。15・15に「FOY 50mg／時」の記載があるから、FOY2000μg／生理食塩水100mlの割合の点滴剤を作り、50mg／時の割合でFOYが身体に入るように点滴したものと思う。この時点でDICの発症を予測していたことがわかる。〕

プラズマネット：プラスマネット・カッター。加熱人血漿蛋白。適応は、熱傷等のアルブミンの喪失、

出血性ショック。麻酔記録の記載は「×3」「×4」を消して「×6」を記載していてそれをそのまま転記したが、この後、P6、P7...の記載が続き、手術会計表の記載を合わせるとここは「×5」でないと数が合わないので、「×5」の誤りと思う。

看護記録には、「15・04血圧低下がみられ、FOY 2V、プラズマネットカッター開始」とある。投与薬剤、看護記録の記載からして、遅くともこの時点で出血性ショックの状態になったと推測できる。〕

輸血（全血／人赤血球濃厚液）

FFP〔新鮮凍結血漿〕

血圧 90 / 50 脈拍 73  
15・05  
血圧 90 / 50 脈拍 75  
15・10  
輸血（全血 / 人赤血球濃厚液）  
血圧 106 / 68 脈拍 85  
〔看護記録に「15・12開胸」とある。止血操作のため切開範囲を広げたものと推測される。〕  
15・15  
気胸  
〔今回の手術中に気胸が発生したとは、始めて知る事実です。気胸とは、臓側胸膜（肺を包む膜）と壁側胸膜（胸壁の内側の膜）とでできる胸膜腔に気体が貯留し、肺が縮小・虚脱した状態をいいます。分類の一つとして医原性気胸があり、人工呼吸による呼吸管理、経皮（経気管支）肺生検、中心静脈栄養等のための鎖骨下静脈又は頸静脈へのカテーテル挿入が原因で生じるとされています。この時点ではなく、はありますが、おそらく「15・12開胸」により気胸が発生したのでしょう。手術直後の説明でKH医師から「肺を切った。」との説明を受けていることが、ここの事態と関係があるのかも知れません。〕  
FOY〔DIC治療薬〕50mg / 時〔時系列表にはここから投与を開始したとの印があるだけで、終了時の記載はない。〕  
動脈血酸素飽和度 99 呼気終末炭酸ガス濃度 34  
中心静脈圧 3  
体温 35・6° 血圧 105 / 56 脈拍 80  
15・20  
輸血（全血 / 人赤血球濃厚液）  
血圧 100 / 50 脈拍 75  
15・25  
血圧 100 / 50 脈拍 71  
血液ガス検査・PH 7.40/PCO2 38/PO2 194/HCO3 25/BE -0.6/Ht(Hb) 23(8)/Na 126/K 4.3/BS 193  
15・30  
輸血（全血 / 人赤血球濃厚液）  
動脈血酸素飽和度 99 呼気終末炭酸ガス濃度 33  
中心静脈圧 0  
出血量 2142 尿量 650  
血圧 99 / 49 脈拍 70  
15・35  
輸血（全血 / 人赤血球濃厚液）22〔ワープロの番が までなので以下 なし〕  
血圧 85 / 44 脈拍 69  
15・37  
FFP〔新鮮凍結血漿〕  
15・40  
血圧 80 / 50 脈拍 64

15・45  
輸血（全血 / 人赤血球濃厚液）23  
血圧 94 / 55 脈拍 65  
15・50  
血圧 105 / 55 脈拍 66  
15・55  
血圧 99 / 50 脈拍 67  
16・00  
動脈血酸素飽和度 99 呼気終末炭酸ガス濃度 29  
中心静脈圧 0  
出血量 2477  
体温 35・4° 血圧 95 / 48 脈拍 65  
16・05  
血圧 100 / 45 脈拍 65  
16・10  
輸血（全血 / 人赤血球濃厚液）25  
血圧 106 / 48 脈拍 66  
16・15  
ラシックス 4mg〔利尿剤（フロセミド）。1回使用量 20mgとされており、1 / 5量の使用目的は不明。但し、17・05と17・10にも同量を投与している。〕  
肝摘出  
〔看護記録には「16・10肝臓摘出 断端+のためアルゴンレーザーで熱傷する。」とある。アルゴンレーザーによる熱傷の目的は今のところ不明だが、出血防止、MCTと同じ熱凝固、の二つの可能性があると思う。前記のとおり「14・55プリングル法解除」の後、ここの肝摘出までプリングル法は実施されていない。〕  
16・20  
ドパミン〔心不全用強心剤〕10 投与（19・00まで）  
血圧 78 / 36 脈拍 59  
〔血圧がかなり低下したことによるドパミンの増量と思われる。この後、今まで以上に血圧が不安定になっている。〕  
16・25  
血圧 76 / 33 脈拍 55  
16・30  
輸血（全血 / 人赤血球濃厚液）27  
動脈血酸素飽和度 99 呼気終末炭酸ガス濃度 29  
中心静脈圧 0  
出血量 2777 尿量 900  
体温 35・0° 血圧 100 / 50 脈拍 70  
血液ガス検査・PH 7.40/PCO2 35/PO2 119/HCO3 21/BE -2.4/Ht(Hb) 32(11)/Na 123/K 4.17/BS（記載なし）  
16・35  
輸血（全血 / 人赤血球濃厚液）29  
輸血（全血 / 人赤血球濃厚液）30

F F P〔新鮮凍結血漿〕  
血圧75 / 54 脈拍65  
16・40  
血圧80 / 55 脈拍74  
16・45  
洗浄〔腹腔内洗浄と思われる。出血部位探索のためだろうか?〕  
プラスマネート・カッター〔加熱人血漿蛋白〕〔番号は時系列表に記載のもの〕  
FOY〔DIC治療薬〕total8000  
〔FOYを8000μg投与した、との趣旨と思う。この時点での投与量が、最後まででの投与量かは、今のところ不明〕  
血圧95 / 60 脈拍76  
16・50  
血圧105 / 56 脈拍62  
16・55  
輸血(全血/人赤血球濃厚液)31  
血圧100 / 60 脈拍70  
17・00  
輸血(全血/人赤血球濃厚液)32  
輸血(全血/人赤血球濃厚液)33  
動脈血酸素飽和度99 呼気終末炭酸ガス濃度28  
中心静脈圧 0  
体温34・8° 血圧104 / 56 脈拍68  
〔看護記録に「17・00止血操作行う。ドレーン挿入。」とある。ここまで止血操作を行っていないはずはないので、特別の止血操作をしたのか、新たな出血部位の止血操作をしたのか、いずれかと思う。〕  
17・05  
ラシックス〔利尿剤〕4mg  
血圧125 / 40 脈拍65  
17・10  
ラシックス〔利尿剤〕4mg  
血圧108 / 48 脈拍61  
血液ガス検査・PH 7.40/PCO2 34/PO2 193/HCO3 21/BE -2.7/Ht(Hb) 36(12)/Na 131/K 3.8/BS 152  
17・15  
輸血(全血/人赤血球濃厚液)35  
血圧105 / 50 脈拍60  
17・20  
Vb〔手術用筋弛緩薬〕2mg投与  
F F P〔新鮮凍結血漿〕  
血圧100 / 50 脈拍59  
17・25  
プラスマネート・カッター〔加熱人血漿蛋白〕  
血圧76 / 50 脈拍59  
17・28  
輸血(全血/人赤血球濃厚液)36

17・30  
調節呼吸終了  
動脈血酸素飽和度99 呼気終末炭酸ガス濃度28  
中心静脈圧 1  
出血量3227 尿量1500  
排液量7700〔排液量の記載はここだけ。「17・00ドレーン挿入」により、それまで腹腔内に貯溜していた出血を排出したものでしょう。これと19・40の出血量4650とを合わせて、1丁目の術中バランスの欄の出血量推定12000となったと思われる、この排液量は腹腔内に貯溜した血液(ガーゼに吸収しきれなかった出血)と考えられる。これは17・00に留置したドレーンから排液されたものだが、父の体内血液量3840cc(体重50kgの13分の1)の倍量を肝切除中に出血させ続けたことになる。さらにガーゼで吸収した出血量が上記のとおり3227(肝切除開始前の12・00の400を控除すると2827)あるわけである。〕  
体温34・5°  
血圧・脈拍記載なし  
〔血圧・脈拍はこれまで5分毎に方眼に印を付ける形で記載されていたが、17・30以降血圧・脈拍の印が記載されていないところが繰り返し出てくる。出血性ショックにより血圧・脈拍の測定ができない状態が生じた可能性がある。(ショックの重症度3度「内科学全書」1037頁)しかし、ここから印の形が崩れた形になっており、忙しくて書き切れなかった可能性もある。〕  
17・35  
F F P〔新鮮凍結血漿〕  
血圧・脈拍記載なし  
17・40  
血圧80 / 49 脈拍60  
17・45  
F F P〔新鮮凍結血漿〕  
動脈血酸素飽和度99 呼気終末炭酸ガス濃度28  
中心静脈圧 1  
体温34・4° 血圧95 / 54 脈拍60  
17・48  
輸血(全血/人赤血球濃厚液)38  
17・50  
血圧・脈拍記載なし  
17・55  
血圧96 / 54 脈拍56  
18・00  
ブロンスタンディン(血流維持剤)0・25 (19・00まで)〔ここの増量・継続投与の疑問については前述〕  
F F P〔新鮮凍結血漿〕  
尿量1800

血圧 98 / 55 脈拍 55  
〔看護記録には「18・00腸吻合施行」とあるが、  
麻酔記録には腸吻合に関する記載はない。〕  
18・05  
V b〔手術用筋弛緩薬〕3 mg 投与  
血圧 107 / 56 脈拍 56  
18・10  
血圧 98 / 55 脈拍 57  
18・15  
動脈血酸素飽和度 99 呼気終末炭酸ガス濃度 27  
中心静脈圧 0  
体温 34・2° 血圧 98 / 64 脈拍 60  
18・20  
F F P〔新鮮凍結血漿〕  
尿量 2000  
血圧・脈拍記載なし  
18・25  
血圧 95 / 66 脈拍 58  
血液ガス検査・PH 7.429/PCO2 33.4/PO2 126.1/HCO3  
22.1/BE -0.7/Ht(Hb) 記載なし/Na128.2/K 3.57/BS 139  
〔この回から値が一桁細かくなっている。理由は不明。〕  
18・30  
輸血(全血/人赤血球濃厚液)40  
血圧 85 / 55 脈拍 56  
18・35  
血圧・脈拍記載なし  
18・40  
プラスマネート・カッター〔加熱人血漿蛋白〕  
血圧 85 / 44 脈拍 58  
〔看護記録には「18・40 - 19・00 圧迫止血  
す。」との記載があるが、麻酔記録には該当の記載  
はない。〕  
18・45  
F F P〔新鮮凍結血漿〕  
血圧・脈拍記載なし  
血液ガス検査・PH 7.416/PCO2 31.3/PO2 143.3/HCO3  
22.5/BE -0/Ht(Hb) 7.4(21.8)/Na 126.1/K 3.60/BS 150  
18・50  
動脈血酸素飽和度 99 呼気終末炭酸ガス濃度 28  
中心静脈圧 1  
体温 34・2° 血圧 95 / 56 脈拍 56  
18・55  
血圧 99 / 59 脈拍 59  
(2丁目終わり)  
(3丁目)  
(周囲記載事項)  
〔覚醒状態の欄に次の記載がある。〕  
B P〔血圧〕138 / 55  
H R〔脈拍〕66

(時系列表)  
19・00  
I S O〔全身麻酔薬〕0・25 ml / 分(20・55  
まで)  
プロントアンディン(血流維持剤)投与終了〔ここに  
0・05 μg / kg / min との記載がある。〕  
ドパミン〔心不全用強心剤〕投与終了〔ここに7 μ  
g / kg / min との記載がある。〕  
2%キシロカイン〔硬膜外麻酔薬〕投与終了〔ここ  
に5 ml / h の記載がある。〕  
〔19・00に全身麻酔薬を減量し、硬膜外麻酔・  
強心剤・低血圧維持剤の投与を終了し、看護記録に  
前記のとおり「18・40 - 19・00 圧迫止血  
す。」とあることから、ここから手術終了に向けて  
の行為に入ったのかも知れない。〕  
輸血(全血/人赤血球濃厚液)42  
プラスマネート・カッター〔加熱人血漿蛋白〕  
尿量 2200  
血圧 100 / 60 脈拍 65  
19・05  
V b〔手術用筋弛緩薬〕2 mg 投与  
血圧 104 / 71 脈拍 58  
19・10  
血圧 110 / 66 脈拍 59  
19・15  
動脈血酸素飽和度 99 呼気終末炭酸ガス濃度 29  
輸血(全血/人赤血球濃厚液)43  
出血量 4354  
体温 34・1° 血圧 104 / 64 脈拍 56  
19・20  
T 3 R I 4 単位〔ソリタ T 3(点滴液)に R I を 4  
単位を入れて静脈注射の意味と思うが、R I が未解  
明〕  
血圧 105 / 61 脈拍 59  
19・25  
輸血(全血/人赤血球濃厚液)45  
血圧・脈拍記載なし  
19・30  
血圧・脈拍記載なし  
19・35  
出血量 4650〔時系列表の出血量の記載はこれが  
最後〕  
血圧 95 / 56 脈拍 56  
19・40  
血圧 95 / 55 脈拍 57  
血液ガス検査・PH 7.436/PCO2 35.8/PO2 191.4/HCO3  
24.1/BE 0.8/Ht(Hb) 25.0(8.5)/Na125.5/K 3.37/BS 188  
19・45  
V b〔手術用筋弛緩薬〕3 mg 投与  
F F P〔新鮮凍結血漿〕2122

血圧・脈拍記載なし  
19・46  
輸血（全血／人赤血球濃厚液）46  
19・50  
輸血（全血／人赤血球濃厚液）47  
血圧・脈拍記載なし  
19・55  
Vb〔手術用筋弛緩薬〕2mg投与  
硫酸アトロピン〔鎮痙薬・粘膜分泌抑制薬。麻酔前に使用される。何故ここで投与するのか不明。〕  
カルチコール1A〔グルコン酸カルシウム。カルシウム補給剤。低カルシウム血症によるテタニー（筋痙縮。手足痙縮間代、痙攣、喘鳴などの症状を示す。）の改善に使用。父にこのような症状が現れていたということか？1Aは1アンプル〕  
尿量2800  
20・00  
輸血（全血／人赤血球濃厚液）48〔これが手術中の輸血（全血／人赤血球濃厚液）の最後。25（16・10）から48はまとめて補足欄に記載されている。頻繁の輸血のため時系列表に記載しきれなかったものと思う。実際、1パック（200ml・400mlの2種類を用いている）を5ないし10分で終わらせており、通常の用法（最初の10分は1ml／分でその後5ml／分程度）より異常に速い。当然副作用があるはずである。補足欄の記載の最後に「WB〔全血〕5U〔Unit・単位〕CRC〔人赤血球濃厚液〕43U」との記載がある。〕  
動脈血酸素飽和度99 呼気終末炭酸ガス濃度28  
中心静脈圧 0  
体温34・0° 血圧・脈拍記載なし  
〔看護記録に「20・00腹膜閉鎖 カウントOK 手術終了 レントゲンとる。」との記載がある。麻酔記録では20・55手術終了となっているので、20・00から腹膜閉鎖後の後始末が行われたものと思う。〕  
20・05  
FFP〔新鮮凍結血漿〕2324  
血圧・脈拍の記載なし  
20・10  
血圧・脈拍記載なし  
20・15  
ヘスパンダー〔ヒドロキシエチルデンプン・血漿代用剤。適応は、各科における出血多量の場合。〕  
血圧97／60 脈拍64  
20・20  
血圧105／65 脈拍65  
20・25  
血圧・脈拍記載なし  
20・30

血圧65／47 脈拍63  
20・35  
動脈血酸素飽和度99 呼気終末炭酸ガス濃度29  
中心静脈圧 2  
尿量3000  
体温33・9° 血圧107／65 脈拍65  
20・40  
RI4単位  
プラスマネート・カッター〔加熱人血漿蛋白〕  
血圧95／63 脈拍67  
血液ガス検査・PH 7.407/PCO2 36.7/PO2 137.7/HCO3  
23.1/BE -0.7/Ht(Hb) 23.5(8.0)/Na 128.9/K 4.27/BS 269  
20・45  
体温32・9° 血圧134／75 脈拍68  
20・50  
血圧・脈拍記載なし  
20・55  
手術終了  
ISO〔全身麻酔薬〕投与終了  
血圧105／65 脈拍65  
21・00  
血圧130／81 脈拍66  
21・05  
尿量3400  
血圧・脈拍記載なし  
21・10  
中心静脈圧 3  
血圧115／74 脈拍74  
21・15  
血圧105／65 脈拍65  
21・20  
酸素4ℓ／分（ICU移動後も投与継続）  
亜酸化窒素ガス投与終了  
血圧107／65 脈拍60  
21・25  
〔×が付されており、看護記録に「21・25 ICUへ」とあるから、手術室を出たとの意味だろう。〕  
〔麻酔・術中記録終了〕  
病理検査報告書  
4月21日の手術については、胆嚢 肝臓 結腸のそれぞれについて病理検査依頼表と病理検査報告書があります。（1-131～139）各通を転記し、私が注目した点を〔 〕内に記します。なお、英語は訳しました。  
1 胆嚢  
（病理検査依頼表）  
患者名 山口与志広 男 70才 外科 病棟5C  
医師名 TH  
臨床診断 胃癌手術後肝転移  
材料 胆嚢 材料採取日 9年4月21日 固定液

10%フォルマリン

臨床経過及び被検物の所見：

上記診断にて後区域+尾状葉切除術施行。その際、胆嚢摘出してあります。

検査希望事項 病理学的検索お願い致します。

(病理検査報告書)

検査番号 97-1313 患者番号 151-260-9 97/4/25

患者氏名 ヤマグチヨシヒロ 外科5C 男 70才 担当医 TH先生

臨床診断 胃癌手術後、肝転移 検査者

××

病理診断

胆嚢、胆嚢摘出術：

転移性の腺癌、胃に起源を持つとして適合

組織学的所見

63×59×4.5mm大の灰白色、網様の粘膜面を示す胆嚢が提出された。

組織学的に

胆嚢の漿膜下(胆嚢の一番外側の漿膜の内側の意味)のリンパ管及び静脈内には大小の高色素性の核と明調な細胞質を有する異型細胞の集簇(しゅうぞく。集まり群がるの意味)を認める。これらは不明瞭ながら管状の腺腔を形成する傾向にある。これら異型細胞は同時に提出された肝臓(OP97-1331)および、胃(OP93-4729)に認められた癌と類似した組織像である。

粘膜から筋層については、胆嚢の基本構築は保たれており、著しい変化をみない。

[肝切除術の際は、術後の胆汁うっ滞を予防するためルーチンに胆嚢を切除するということであり、今回のルーチンとして胆嚢摘出をしたものようですが、その胆嚢のリンパ管及び静脈から癌細胞の集合が見つかったわけで、お父さんはリンパ性転移、血行性転移いずれも起こしていたことが明確になったと思います。手術の相当性に関する一つの事実だと思います。]

2 肝臓(以下、1と同じ記載は省略します。)

(病理検査依頼表)

材料 肝臓

臨床経過及び被検物の所見：

93年12月、胃癌にて胃全摘術施行(タイプ、wp、ステージ b)

経過観察中、97年2月のCTにてS6〔7を消して6を書いている。〕メインとする肝多発性転移+にて今回後区域+尾状葉切除術施行

(病理検査報告書)

検査番号 97-1331

病理診断

肝臓、区域切除術：

転移性腺癌、胃に起源を持つとして適合  
組織学的所見

115×70×65mm大の肝臓が提出された。勝面(剖面?)にて45×20mmまでの灰白色、境界明瞭な結節を計12個認める。

これら結節は中心部に著しい壊死を伴い、大小の高色素性の核と明調な細胞質とからなる異型細胞が不規則管状あるいは索状配列を示しながら増殖する。これら癌は肝被膜および肝切離縁で露呈しているものとする。さらには、周囲に付着する脂肪組織内の静脈にも腫瘍細胞の集簇(しゅうぞく)が散見される。

以上の組織は前回の胃癌(OP93-4729)と類似するものであり、胃癌の肝転移として矛盾しません。

[癌結節の中心部の壊死は4月7日の動脈塞栓術(TAE)によるものだろう。私はここで、癌が肝切離縁で露呈しているという事実に注目したい。(5月6日実施の解剖報告書でも、「癌組織が残存するのが明らかだったが、手術を終了させた。」とある。)尾状葉2分の1合併切除を行った理由について、第三外科の医師は右葉後区域切除のみでは腫瘍が取り切れないため尾状葉も切除する必要があったと説明し、で見えるカルテにも同じ記載があるが、そうであるならば、予定どおり切除が行われれば癌が肝切離縁で露呈することはないはずである。上記事実は、予定どおりの切除を行わなかった、あるいは行えなかったことを示すのではないかと推測している。予定どおりの切除を行わなかったことの意味については述べる。]

3 結腸

(病理検査依頼表)

材料 結腸

臨床経過及び被検物の所見：

上記診断にて後区域+尾状葉切除術施行  
前回手術の影響と思われる癒着剥離の際、止血困難な血腫認めため、横行結腸部分切除。

[血腫：溢血の局所的な塊で、臓器、組織、空隙、または有効空隙に限られる。]

(病理検査報告書)

検査番号 97-1315

病理診断

結腸、部分切除術：

漿膜下の出血及び線維症

組織学的所見

160mm長の結腸が提出された。粘膜(結腸の内側)には6×4×4mm迄の隆起を計3カ所に認める。

漿膜側（結腸の一番外側の膜）では 80 mm の長さにわたり血腫の形成を認める。

組織学的に

漿膜下を中心とし粘膜直下の結合組織層に達する極めて新鮮な出血巣を認める。また、漿膜下の一部には密集した結合組織の増生もみられる。しかし炎症性細胞の浸潤はほとんど伴わない。以上は新鮮な血腫に相当しますが、破綻血管は明確にし得ません。

粘膜の 3 カ所の隆起のうち、2 個は限定的な異型性を有する良性管状腺腫であった。残る 1 カ所にはリンパ球様の小胞の形成を認めるものの明確なポリープ状の病変を見出すことは出来なかった。

また、いずれの部位にも胃癌（OP93-4729）の転移をはじめとする異型細胞は見出せない。漿膜下に数個のリンパ節をみたが、この中にも異型細胞は認めなかった。

〔この病理検査により、第三外科の医師が述べていた横行結腸ないしその腸間膜に肝癌が浸潤していたため横行結腸を切除したとの話は全て虚偽であることが明らかになったと思います。血腫とは局所的な溢血であり、溢血とは血管が破綻して血液が血管外に放出されることで、横行結腸の漿膜下で溢血が起きているのですから、横行結腸の血管が破綻したということになります。その原因を推測すると、麻酔・術中記録で 12・45 に再開した肝切除をわずか 5 分で中断し、その 25 分後の 13・15 に横行結腸切除を行っていることから、肝切除中にメス等で横行結腸を傷つけてしまい、止血不可能な状態となり、横行結腸を部分切除したと見てよいのではないのでしょうか。（病理検査依頼表）には「前回手術の影響と思われる癒着剥離の際」とありますが、すでに 12・10 に肝切除を開始しており、その前に肝臓の前側にある胃癌手術痕に対する措置は終わっているはずであり、12・30 に NJ 医師がお母さんと郡山の叔母さんに「前の手術の影響を除去するのに時間がかかったがこれから肝切除を開始する。」と話していることから、上記記載は手術ミスを隠蔽するための虚偽記載といえるでしょう。10/7/3 の 2 回目の証拠保全で入手した切除された横行結腸の写真には、大きい血の塊が写されていることも指摘しておきます。付言すると、4 月 30 日の開腹手術の記録中には、手術中に小腸を傷つけ措置した。との記載があります。技術が乏しいのかも知れません。〕

〔病理検査報告書終了〕

「手術表」「手術経過並びに所見」「4 月 21

日 T A E 記載」転写「4/21 D S A 画像」分析 肝切除術の一般的知見 「手術経過並びに所見」の分析

ここでは、4 月 21 日の肝切除術について TH 医師が作成した「手術経過並びに所見」を分析したいと思います。「手術表」「手術経過」「4 月 21 日 T A E の記載」を転写し、併せて 4 月 21 日深夜に行われた T A E 直前の D S A 画像を私なりに分析し、次に肝切除術の一般的術式、特に肝後区域切除術、尾状葉切除術を説明し、最後に ないし の資料と対比して「手術経過並びに所見」の分析を行います。（「手術表」「手術経過並びに所見」「4 月 21 日 T A E 記載」転写「4/21 D S A 画像」分析）

「手術表」（1-25）

臨床診断 肝癌（胃癌後多発肝転移） 腹腔リンパ節転移

手術診断 同上、横行結腸浸潤疑

術式 肝右後区域切除、胆摘、横行結腸切除、肝尾状葉（下大静脈部）合併切除

術者 KH 助手 ×× ×× TH

「手術経過並びに所見」（1-26・27）

逆 T 字切開にて開腹。第 9 肋間で開胸した。主腫瘍は下大静脈、右腎被膜に浸潤し発育しており肝下面にて横行結腸をまきこみ一塊となっていた。腫瘍の発育様式により右前区域の血流支配及び右肝静脈は残せるものと考え、術式を尾状葉下大静脈部を含む後区域切除として胆嚢摘出より肝切除を開始した。（浸潤のみられた横行結腸切除と前回術創の癒着剥離の為に 1500 ml 程度の出血を見た。）これを剥離することなく手術は不可能であると考え、腸切除を先行させたが、準汚染手術となった。Ao inter (No16)（大動脈周囲リンパ節）認めるも残肝に転移あり根治性ないため郭清せず。肝門部にて左右グリソンを明らかにし、右グリソンより前・後区域枝にわけた後、後区域のみ結さくし、Demarkationline を設定した。下大静脈部を明らかにするために肝脱転を試みるも腫瘍浸潤のため不可であり、右腎 Gerota 筋膜を合併切除することで下大静脈に至る。

肝切離を開始し、グリソン、肝静脈を順次結さくしつつ切離をすすめる切離中央にて右肝静脈を確認、これを marker として肝静脈基部にむかい切離を延長する。

右後区域切除のみでは主腫瘍は切離面を越してしまう為尾状葉下大静脈部と突起部の一部を合併切除することに決定。左右の流入グリソンを順次結さくするも視野確保困難で大量の止血困難な出血をみた。これを圧迫止血及び結さく止血することで対処した。（最終的に右肝静脈周囲よりの実質性出血〔肝臓の毛細血管から出血。広い範囲で滲むような出血〕と主腫瘍摘出部よりの実質性出血を約 2・5 時間にわたり止血した。）切除予定肝の右肝静脈基部の結

さくを行い、検体を提出、止血を確認後に型通り3層に閉腹した。尚横行結腸は端々にて吻合、肝切離部・吻合部にドレーンを挿入した。

「4・21夜のTAE(1-29)の記載」

classical TAE 施行。右S8・5及びS1pc(p cはCPの誤記。尾状葉下大静脈部)を塞栓する。

Successful! Ex vacat - 明らかな出血源確認困難!! 施行後劇的な出血停止を見た。

「4/21 DSA画像の分析」

4/21 DSAの拡大上側の写真、6枚組左側中段・下段の写真を見ると、いずれも動脈相であり、動脈が明瞭に写し出されるはずなのに、造影剤が拡散してボオツとした像になっている。同じ動脈相である4/7 DSA #2拡大上段の写真、同#2, 6枚組左側中段、下段の写真と見比べるとその差は顕著である。また実質相である4/21 DSA拡大下段の写真、同6枚組右側中段、下段の写真を見ると、造影剤が右葉側(向かって左側)に多く濃く拡散しているのが明らかである。同じく実質相である4/7 DSA #2拡大下段の写真、同#2, 6枚組右側中段、下段の写真では造影剤が肝中央に濃く貯留しているのと違いが顕著である。

以上の点は、右葉側の肝動脈に損傷があり、肝動脈の損傷部位から出血があることを示していると考ええる。

(肝切除術の一般的知見)

現在行われている肝切除術は、肝臓の脈管(血管・胆管)に対する措置を中心に考えられています。肝臓は多数の血管が複雑に走行する臓器で、肝切除の歴史は大量出血による術中・術後死との戦いだったからです。そこで、初めに肝臓の脈管・血管系を説明します。(第2と重複しますが御了承下さい。第2添付の「肝癌」P59、第3添付の資料5、図6-55、56、資料6、図6-58も参照ください。)

肝臓に入る血管は固有肝動脈と門脈です。肝臓から出る血管は右肝静脈、中肝静脈、左肝静脈の三本の肝静脈と短管静脈です。もう一つ肝臓で作られた胆汁を外に出す胆管(総胆管)があります。固有肝動脈は肝臓の血流の3分の1、酸素の2分の1を供給するもので、大動脈から数回枝分かれした後、肝臓の下から肝臓下面中央の窪み(肝門といひます。)に入ります。固有肝動脈は窪み(肝門)の中で右葉に行く右肝動脈と左葉に行く左肝動脈に分かれ、右肝動脈は肝内に入る直前で右葉前区枝と右葉後区枝とに分かれ、肝内で右葉前区枝は前下区枝と前上区枝に、右葉後区枝は後下区枝と後上区枝に分かれ、前下区枝は右葉前下区域(S5)、前上区枝は右葉前上区域(S8)、後下区枝は右葉後下区域(S6)、後上区枝は右葉後上区域(S7)それぞれに動脈血

を注ぎます。その先は各区域内で動脈枝、細小動脈枝に枝分かれし、毛細血管内で門脈血と合流し、列を作って並ぶ肝細胞の間にできた隙間(類洞)を通り(ここで酸素交換や肝臓の合成作用が行われる。)、静脈に入り、初めの細い静脈(中心静脈)が静脈枝にまとまり、最後に右肝静脈、中肝静脈、左肝静脈にまとまり、肝臓の上後面で下大静脈に合流します。今回問題の右葉後区域の静脈血は右肝静脈にまとまります。右肝静脈は右葉後区域と右葉前区域の間(もしくは右肝前区域内)を流れ、両区域の静脈血を運びます。門脈は肝臓の血流の3分の2、酸素の2分の1を供給するもので、食道・胃・腸・膵臓・脾臓の静脈血を集めて固有肝動脈と並んで下から肝門に到り、動脈と同じに分岐して各区域に注ぎ、毛細血管で動脈血と混じります。但し、尾状葉(S1)に入出入りする血流はこれと形が異なり、肝門で動脈・門脈が左右に枝分かれしたところで左右それぞれから2、3本ずつ尾状葉に注ぎ込む動脈・門脈が分岐し、静脈は尾状葉から短い静脈(短管静脈)が数本で直接下大静脈に注ぎ込みます。右葉後区域にも短管静脈があり、同区域の静脈血が一部直接下大静脈に注ぎ込んでいます。

現在の肝切除の基本的な考え方は、上記の血流を前提に、葉又は区域を切除単位とし、切除する区域ないし葉に注ぐ動脈・門脈と残す区域ないし葉に注ぐ動脈・門脈とが分岐するところで切除する区域ないし葉に注ぐ動脈・門脈を結さく・切離し、これにより切除する区域ないし葉の色が変わる(demarcation line)ので、これを第1の目印とし、もう一つ各区域の間を走る肝静脈を第2の目印とし、この二つの目印に従って肝切除を行うというものです。(こういう目印を設定するのは、各区域の境界は外見ではわからないからです。)また、肝切除中に予定外の血管を切断して大量出血することがないように、肝切除を行うときは残す方の動脈・門脈の血流を遮断することとし(プリングル法)、切除中に現れた小血管は結さく・切離してそこから出血することのないようにします。肝切除開始前には、切除を行いやすいように肝臓と周囲の臓器・腹壁等とを結び付ける膜・索を必要な範囲で切除し、肝内血管の変異・腫瘍の位置形状を知るために術中超音波を実施しますが、この点は省略します。

そこで、今回問題となった後区域切除術及び尾状葉切除術の標準術式を紹介します。参考文献は、癌の外科-手術手技シリーズ「肝癌」と消化器外科「新・手術アトラス」です。後区域切除術は、ととで若干手技が違っているので、両方記載します。尾状葉切除術は、だけに載っていますので、それを記載します。

「後区域切除術」

## 癌の外科—手術手技シリーズ「肝癌」

- 1 開創法は、一般的には仰臥位で逆L字切開だが、後区域の腫大が著しい場合や腫瘍が下大静脈に接している場合は左側臥位か左半側臥位で右第7又は第8肋間での胸腹連続切開が推奨される。
- 2 肝表面の視診・触診を行い、術中超音波で腫瘍の広がり、脈管との位置関係を把握する。
- 3 肝臓を腹壁とを結ぶ膜を切開し、肝臓の頭側で右肝静脈、中肝静脈、左肝静脈が下大静脈に流入する部を肝臓から剥離する。
- 4 肝右葉を下から捲くり上げた状態で後ろの腎臓との間の膜（肝腎間膜）を切離し、次に左側に捲くり上げた状態で腹壁・右副腎との癒着を剥離する。
- 5 肝右葉を捲くり上げながら、後区域から下大静脈に流れる短管静脈を順次結さく・切離する。
- 6 下大静脈の後ろで右葉後区域と尾状葉 Spiegel 部（左尾状葉）とを繋ぐ下大静脈靱帯を結さく・切離する。
- 7 肝門部の処理に移る。初めに胆嚢を摘出する。
- 8 右肝動脈を探し、前枝と後枝とに分岐するところまで剥離し、後枝を結さく・切離する。
- 9 肝動脈を横にずらすと門脈が現れるので、同様に剥離をすすめ、前後区域枝の分岐部を露出して後区域枝を結さく・切離する。
- 10 次に肝離断を始める。全肝阻血法（プリングル法）でも片葉阻血法でもよい。全肝阻血法なら、血流遮断15分、血流解除5分とし、片葉阻血法なら、血流遮断30分、血流解除5分とする。
- 11 今までの操作で肝表面に demarcation line（肝門での動脈・門脈後区域枝の結さく・切離で色が変わった部分と色が変化しない部分の境）が現れているので、それに沿って電気メスで肝被膜を切離する。離断は鉗子で離断面に沿って肝実質を挫滅し、残った脈管を結さく・切離する方法で行う。
- 12 離断面は、demarcation line と右肝静脈の両方を含むのが正しい離断面である。
- 13 臓側面（肝臓の下側、各臓器と接する面）のマーキング（離断線の書き入れ）は特に右尾状葉（下大静脈部・突起部）との境界が不明瞭であるが、動脈・門脈後区域枝が肝臓内に入る部位を含み、尾状突起（突起部のこと。肝表面で下側に突起している。）との間に離断線をおけば完全な後区域切除となる。
- 14 離断は最も尾側（下側）のS5（右前下区域）とS6（右後下区域）の境界から始める。そこから下大静脈を目指して離断する。右肝静脈が現れてきたら、その全長を露出するように離断をすすめる。
- 15 右肝静脈の背側（後側）において、肝門操作で残した後区域胆管を含むグリソン鞘（動脈・門脈・胆管を中に通す管（鞘））を結さく・切離する。
- 16 徐々に頭側背側（上方向・後方向）へと操作を進

め、肝門の背側で尾状突起との間を離断し、頭側に向かって後区域と paracaval portion（尾状葉下大静脈部）との間を離断していき、右肝静脈根部背側（右肝静脈が下大静脈に合流するところ）を露出することで切除を終了する。

- 17 止血は、阻血下に出血部位が認められれば縫合止血する。完全に止血されたらゴム手袋を切開して創面にあて、阻血を解除し10分間圧迫止血する。
- 18 次に阻血解除下に再び止血を行い完全に止血されたら、胆嚢管からパルーンカテーテルを挿入して肝離断面からの胆汁のリーク（漏れ）の有無を確認する。リーク（漏れ）があるときは縫合して閉鎖する。
- 19 最後にもう一度止血を確認して生理的組織接着剤を離断面に塗布し、10分間圧迫止血する。
- 20 右胸腔内及び右横隔膜下に1本ずつドレーンを留置する。3層に閉鎖する。

## 消化器外科「新・手術アトラス」

- 1 皮膚切開は、開腹的アプローチと開胸・開腹的アプローチがある。開腹的アプローチは体位は背臥位で右肋骨弓下切開（肋骨の一番下の骨に沿い、その少し下を切る）を行い、背側は右上後方に切り上げる。開胸・開腹的アプローチは、右後上区域に比較的大きい腫瘍が存する場合や、横隔膜との癒着、右肝静脈に近接している場合等に用い、体位は左45°側臥位とし、第7 - 第9肋間開胸を後腋窩線（腋の下の後側を垂直に下ろした線）から臍部まで延長し開腹する。
- 2 胆嚢を摘出する。
- 3 肝十二指腸間膜（肝臓と十二指腸との間の二重の膜で、その中を固有肝動脈・門脈・総胆管が走行している。）の剥離を進め、固有肝動脈を露出し、左右の肝動脈分岐部を求める。これをさらに肝側に向かって剥離していくと容易に前及び後区域枝を露出できる。確認後、後区域枝を結さく・切離する。
- 4 固有肝動脈、総胆管をずらして門脈の剥離をする。この際、尾状葉に分岐する門脈枝が認められるので結さく・切離する。門脈の左右分岐部を剥離し、右枝の剥離を前及び後区域枝分岐部まで行い、後区域枝を結さく・切離する。
- 5 4の操作の続きで、肝臓の下部裏側で下大静脈との間の漿膜を切離すると小さい短管静脈があるので、結さく・切離する。肝臓を上へ捲りながら下大静脈前面と肝後面との癒着を剥離すると、肝右葉後区域から下大静脈に直接流入する短管静脈が存することがあり、結さく・切離する。
- 6 肝臓右葉と横隔膜との間の膜（右冠状間膜）を切離し、肝腎間膜（肝臓と腎臓との間の膜）を切離し、右副腎前面と肝後区域後面との癒着を剥離する。
- 7 肝右葉を左側に捲くり上げ、5で結さく・切離した短管静脈の上存する短管静脈を順次結さく・切

離する。そうすると一番上側で肝右葉と左尾状葉を結ぶ下大静脈靱帯を認める。下大静脈靱帯を結さく・切離すると、右肝静脈根部（肝臓の上側で右肝静脈が下大静脈に合流する部位）を露出できる。

8 右肝静脈にテープをかけて、肝実質切離時に静脈出血をコントロールできるようにする。

9 すでに肝門部で行った後区域の動脈・門脈の切離により、前及び後区域の境界は明瞭に識別できるから、電気メスでマーキングする。同時に術中超音波を使って、病変が充分切除できるか否か、右肝静脈の走行を充分に肝表面に投影しておく。

10 肝動脈および門脈の前区域枝をそれぞれ曲の鉗子でクランプ（30分遮断5分開放を繰り返す。）した後、肝実質切離を頭側の右肝静脈起始部より行う。ただし、右肝静脈は前区域内を走行することも少なくなく、常に前および後区域の境界で切離するよう操作を進める。肝硬変非合併例ではCUSAやアルゴンレーザーを用いる。

11 胆管の後区域枝は左主肝管から分岐していることもあるため、温存すべき胆管を損傷せぬように充分注意して後区域枝を露出し、肝切離線で結さく・切離する。なお、後区域切離では、肝部下大静脈前面で尾状葉の paracaval portion（下大静脈部）との境界が不明瞭である。

12 肝切離面からの出血はZ縫合にて十分止血する。肝を左前上方に挙上している場合は一見止血されているようにみえることがある。元の位置に戻すと小出血部をしばしば認めるので、これを確認して出血部を縫合止血し、さらに fibrin glue（フィブリン糊）や線維性の製剤を貼付する。最後に肝切離面からの胆汁漏出をチェックする。

13 胸部、腹部にドレーンを挿入し、縫合閉鎖する。  
「尾状葉切除術」

消化器外科 新・手術アトラス

〔同書は、下大静脈部に腫瘍がある場合は尾状葉全切除をすべきであるとして、下大静脈部のみの切除術は掲載されていませんが、理解のためには、同書に記載された尾状葉全切除術を見ていただければ十分と思いますので、それを転記します。第3添付の資料2を参照下さい。〕

肝の尾状葉は、左右肝葉の深部に存在し肝部下大静脈に接する肝実質領域であり、下大静脈・三肝静脈・肝門板で境界されている。その脈管支配（血管の出入り）は左右肝葉とは独立されており、一般的に尾状葉枝は左右第1次分岐から第2次分岐として直接分岐している。

尾状葉は Spiegel 部（左尾状葉）・突起部・下大静脈部（右尾状葉）の3部に分けられる。Spiegel 部（左尾状葉）は左葉外側区域の背側（後側）で小網腔内（肝臓と胃との間の腹膜と背中側の腹壁とで作られ

る空間）に突出する部分、突起部は肝門部（固有肝動脈・門脈が肝臓に入る部分）の右背側で臓側（肝臓の下方向）に突出する部分、下大静脈部（右尾状葉）は主要肝静脈の背側（後側）で右葉・左葉内側区域（方形葉）と融合している部分である。

下大静脈部（または3部全域）の腫瘍に対しては、他の肝領域の合併切除術式を第1選択にすべきである。なぜなら、肝機能が良好で合併切除領域を大きく設定できる症例ほど下大静脈部の切除は手技的に容易になるからである。したがって、肝葉又はその一部との合併切除が肝予備能から困難な症例に対して尾状葉単独全摘術が適応になる。これには高位背方切除および経肝解放切除がある。

〔同書では「高位背方切除」が詳しく紹介されていますので、それを転記します。〕

高位背方切除

1 肝全体を生理的固定〔周囲臓器・腹壁との間の膜や接触臓器との癒着〕および下大静脈〔短管静脈〕から完全に遊離し、肝門部脈管〔固有肝動脈・門脈・総胆管〕と三肝静脈〔右肝静脈・中静脈・左静脈〕のみで連結している状態にする。右肝静脈を根部〔肝上表面で下大静脈と合流する部位〕でテーピング〔テープをかけ、目印にする。血管の位置をずらす、血流を遮断する等に用いる。〕し、次に中・左肝静脈を共通管〔中・左肝静脈は肝上表面で下大静脈に合流する直前に一本に合流する。〕の位置でテーピングする。

2 尾状葉右縁〔右葉後区域との境界〕を Counterstaining 法〔私訳で対抗側染色法〕により、腹側面〔左葉内側区域＝方形葉との境界〕を Tattooing 法〔入れ墨法〕により同定する。

〔Counterstaining 法（私訳・対抗側染色法）の具体的手技は3で述べられる。Tattooing 法（入れ墨法）は、肝表面に染色薬で入れ墨の要領で目印を付ける技法。〕

尾状葉の右縁と腹側面は上記の染色法で同定でき、他の境界は相当する脈管群（左縁＝Arantius 管〔静脈管索〕、背側面＝肝部下大静脈、頭側端＝三肝静脈根部、尾側端＝肝門板）により認識できる。

3 尾状葉の右縁を同定するために、超音波ガイド下に門脈右後枝を穿刺し右葉後区域を染色する。染色域（右葉後区域）と非染色域（尾状葉）との境界が尾状葉右縁に相当する。（Counterstaining 法〔私訳・対抗側染色法〕）

4 プリングル〔全肝流入血流遮断法〕阻血下に尾状葉右縁から肝離断を始め、門脈右枝の根部に至り、右第1次分枝から分岐する突起部グリソン〔結合組織から出来た鞘（管）でこの中を動脈・門脈・胆管が走行する。〕を結さく・切離する。

5 門脈右枝の直下を潜りこむように頭側に肝離断を

進め、先の肝内入れ墨部を目標に右肝静脈に達する。その本管背面を露出しながらさらに頭側に進み、あらかじめテーピングしてあった根部に達する。

〔これで、尾状葉と肝右葉との切離が終了。ここから左葉内側区域との離断の準備・実施に移る。〕

6 ついで、肝門部に移り、肝門板を左方にめくり起こしながら、その裏面から分岐する下大静脈部グリソン、Spiegel 部グリソンを結さく・切離する。

7 肝門板の直下を潜り込むように頭側に肝離断を進め、入れ墨部を目標にしながら中肝静脈末梢に達する。ここで左手を離断面に挿入し Arantius 管〔静脈管索〕の直上で離断先進部を小網腔に穿通させる。

8 この穿通口を Arantius 管に沿って開大する。この開口部の 1 cm ほどの深部に中肝静脈が存在しているので、これを損傷しないように注意深く肝離断を行う。その本管背面を露出しながら頭側に進み、あらかじめテーピングしてあった中・肝静脈根部に到達する。最後に Arantius 管を頭尾側〔上下双方〕の付着部で切離すれば、尾状葉が単独で全摘される。

9 離断面の止血操作と胆汁漏出テストを行い、離断面・胸腔内にドレーンを置き、各層ごとに閉胸・閉腹する。

(「手術経過並びに所見」の分析)

個々の記載の分析に入る前に重要な点を 3 つ指摘したいと思います。

1 右尾状葉(尾状葉下大静脈部及び尾状葉突起部)の切除は行われていない。

初めにおかしいと思ったのは、右葉後区域切除のみでは腫瘍を残してしまうから尾状葉 2 分の 1 合併切除するという話なのに、残肝に腫瘍が残っていることです。(病理検査報告書 2 肝臓、参照)それで、TAE の記録(上記「4・21 夜の TAE (1 - 29) の記載」)を見てみると、「右 S 8・5 及び S 1 p c を塞栓」と書いてあるではありませんか。右 S 8・5 は右葉前区域、S 1 p c は尾状葉下大静脈部ですから、右葉前区域及び尾状葉下大静脈部の末梢動脈を塞栓したということで、明らかに切除予定だった尾状葉下大静脈部を残したことになります。そういう目で「手術経過及び所見」を見ると、後段の「右後区域切除のみでは主腫瘍は切離面を越えてしまう為に...」から「...切除予定肝の右肝静脈基部の結さくを行い、検体を提出」までの記載に、前記「尾状葉切除術」78 の中肝静脈を目印にした尾状葉と左葉内側区域との切離に該当する記載が全くないことがわかります。付言すると尾状葉と左葉内側区域とは融合しその境界に中肝静脈が走行していますから、尾状葉を切除するには中肝静脈を目印にした尾状葉と左葉内側区域との切離は必須なのです。「第 1 術中看護記録」「第 2 麻酔・術中記録」で見

たように、14・55 にプリングル法を解除した後はプリングル法を実施しておらず、専ら大量出血に対する措置を行い、1 時間 20 分後の 16・15 に肝臓摘出していることも、プリングル法を実施して尾状葉下大静脈部と左葉内側区域の離断を行わなかったことを裏付けられると思われます。尾状葉下大静脈部の切離を行わなかった理由は、次に見る大量出血です。

2 肝切除中に肝動脈を損傷し大量出血を起こしたと判断できる。その根拠は次のとおりである。

10/7/30H 病院での 2 回目の証拠保全で入手した「ICU 退室サマリー」(7 - 1)の入院中の経過欄に「# 出血 Ope 中より動脈損傷し、出血多量。Ope 後も出血止まらず、同日 23 時 ~ 右肝 A (動脈)ヘエンボリ(動脈塞栓術)施行」と記載してある。これは、第 3 外科医師が手術後 ICU 看護室に対し上記説明をしたことを示す。

手術終了後の出血により撮影した 4/21 DSA 画像には、動脈相で右肝動脈領域に出血の拡がり認められ、実質相で右葉側に濃く造影剤が貯留し、右肝動脈領域に動脈損傷があり動脈血の出血があることを示している。

肝切除術中の出血量を見ると、大量出血を起こす直前の 14・45 が 1802 cc で、17・30 が 10927 cc で、2 時間 45 分の間に 9125 cc 出血している。これだけの勢いのある出血は動脈損傷によると見るべきである。

手術中の止血操作によっても止血できず、手術終了後に動脈塞栓術を実施したが、術後記録の検討によれば結局父死亡まで肝臓からの出血は継続している。これだけ止血困難なのは動脈損傷であるからと考えられる。

手術終了後の出血を止血するために行われた TAE (動脈塞栓術)は、右肝動脈にカテーテルを挿入し、右葉前区域と尾状葉下大静脈部に動脈塞栓物質を撒いている。これは右肝動脈領域の動脈に損傷があることを示している。

術前の CT 画像に切除対象となった右葉後区域の腫瘍の近傍を太い血管(動脈又は門脈)が走行していることが写し出されている。腫瘍摘出の際、この太い血管を傷つける可能性は充分ある。

手術後に第 3 外科の医師が書いた図を見ると、全部右肝動脈が腫瘍と癒着している図を描いている。(「手術経過並びに所見」(1 - 26)中央右の図、NJ 医師が 4/26 の説明の際に描いた(1 - 63)の下段の図、5/2 に KH 医師が描いた雷太作成 5/9 付メモ添付の図の中央右の図、5/3 に KH 医師が描いた雷太作成 5/9 付メモ添付 2 枚目の下の図。どれも腫瘍と癒着している血管は肝臓の下(肝門部)から入っており、これは肝動脈か門脈である。下大静脈は肝臓の

後ろ上方で接する。)いずれも、第3外科の医師は、手術開始後腫瘍が下大静脈と癒着していることがわかったとして各図を描いているが、術前に腫瘍と下大静脈との癒着はわかっていた。

3 横行結腸切除の理由は、肝切除中に横行結腸を損傷したためである。

この点は「病理検査報告書」3結腸の項で詳論しましたので、省略します。

以上3点を前提として、「手術経過並びに所見」を分析します。

「看護記録」「麻酔・術中記録」を見て、「手術経過並びに所見」を見ると、記載が非常に簡易なだけでなく、記載された事柄も重要な点で虚偽であることがわかります。事実探求のために分析する価値はないと思いますが、相手方の嘘を知る意味で分析の価値があると考えます。分析方法として、「看護記録」「麻酔・術中記録」と対照させることにしました。

1「逆T字切開にて開腹。第9肋間で開胸した。」

「看護記録」「麻酔・術中記録」によれば、10・10手術開始。雷太さんがかねて指摘しているところですが、前掲書 1、1を見ると、目的となった腫瘍は下大静脈に接しており、胸腹連続切開すべきであったと言えるのではないのでしょうか。

2「主腫瘍は下大静脈、右腎被膜に浸潤し発育しており肝下面にて横行結腸をまきこみ一塊となっていた。」

「看護記録」によれば、11・00超音波エコー施行。これにより腫瘍の位置・大きさを把握したものと思う。「横行結腸をまきこみ」は「病理検査報告書」から明らかに虚偽。

3「腫瘍の発育様式により右前区域の血流支配及び右肝静脈は残せるものと考え、術式を尾状葉下大静脈部を含む後区域切除として胆嚢摘出より肝切除を開始した。」

「看護記録」「麻酔・術中記録」によれば、11・40胆嚢摘出、11・50血管剥離(肝門部処理と思われる。)のため出血量増加、12・00輸血開始、12・10左右肝動脈剥離終了、12・15肝切除開始。

4「(浸潤のみられた横行結腸切除と前回術創の癒着剥離の為に1500ml程度の出血を見た。)」

5「これを剥離することなく手術は不可能であると考え、腸切除を先行させたが、準汚染手術となった。」

「看護記録」「麻酔・術中記録」によれば、横行結腸切除は2回プリングル法が実施された後の13・15であり、上記記載は順序が異なり、虚偽である。詳細は「病理検査報告書」参照。

6「Ao inter(No16)(大動脈周囲リンパ節)認めるも残肝に転移あり根治性ないため郭清せず。」

大動脈周囲リンパ節に転移があることは術前に分かっていた。(カルテ等検討報告第3)

7「肝門部にて左右グリソンを明らかにし、右グリソンより前・後区域枝にわけた後、後区域のみ結さくし、Demarkation lineを設定した。」

3のとおり12・10ないし12・15のこと。

8「下大静脈部を明らかにするために肝脱転を試みるも腫瘍浸潤のため不可であり、右腎 Gerota 筋膜を合併切除することで下大静脈に至る。」

ゲロタ筋膜は、副腎・腎臓の前側にあり、両臓器と腹膜との間にある線維性の膜のこと。2枚の膜とその間の多量の脂肪組織からなる。「病理検査報告書」2肝臓に、「周囲に付着する脂肪組織」とあるのはゲロタ筋膜の脂肪組織と思われる。いずれにしても、右副腎の切除が行われていないことは明らかである。〔4月21日の手術に関する記録中に全く右副腎切除があったことを伺わせる記載はない。次項で報告するが、4月30日の手術に関する記録中にも全くない。病理解剖報告書の「右副腎切除術」「右副腎摘除術」の記載は虚偽と言わざるを得ない。〕

9「肝切離を開始し、グリソン、肝静脈を順次結さくしつつ切離をすすめる切離中央にて右肝静脈を確認、これを marker として肝静脈基部にむかい切離を延長する。」

プリングル法は、12:15-12:30,12:45-12:50,13:15-13:35,13:45-,14:5-14:15,14:30-14:55 実施しており、右葉後区域と右葉前区域との切離を進めたものと思われる。

10「右後区域切除のみでは主腫瘍は切離面を越してしまう為に尾状葉下大静脈部と突起部の一部を合併切除することに決定。」

「看護記録」に14・21肝切除中断、生理食塩水で洗浄、超音波エコー施行とあるから、途中でもう一度切除範囲を確認したのかも知れない。

11「左右の流入グリソンを順次結さくするも視野確保困難で大量の止血困難な出血をみた。」

肝動脈損傷による大量出血と判断できることは前記のとおり。ここに記載された操作で肝動脈を損傷したのか、ここの記載は虚偽で別の操作で損傷したのかは不明。

12「これを圧迫止血及び結さく止血することで対処した。」

「看護記録」「麻酔・術中記録」によれば、15・00ころに起きた大量出血に対し、心不全用強心剤(ドパミン)の増量、FOY(DIC治療薬)投与、出血性ショック治療薬(プラスマネートカッター)投与、急速かつ大量の輸血を実施している。また、15・12開胸とあり、止血操作のため切開範囲を広げたものと思われる。(前掲書にある開胸・開腹切開の状態にしたのか。)

13「(最終的に右肝静脈周囲よりの実質性出血〔肝臓

の毛細血管から出血。広い範囲で滲むような出血)と主腫瘍摘出部よりの実質性出血を約2・5時間にわたり止血した。) 右肝静脈周囲よりの出血については前記参照。主腫瘍摘出部よりの出血には検討が必要である。「看護記録」に「16・10肝臓摘出、断端+のためアルゴンレーザーで熱傷する。17・00止血操作行う。ドレーン挿入。18・40~19・00圧迫止血す。」とあるから、15・00頃からの大量出血により尾状葉下大静脈部切除を断念し、動脈損傷部位からの出血に対する止血を試みる一方、プリングル法なしに右葉後区域と尾状葉下大静脈部とを尾状葉下大静脈部に腫瘍を残す形で切離したところ、腫瘍の切離面からの出血も生じたものと思われる。大量出血に対する止血措置と肝切除とをどのような順番で進めたかは不明である。アルゴンレーザーの効果は不明。

14「切除予定肝の右肝静脈基部の結さくを行い、検体を提出、止血を確認後に型通り3層に閉腹した。」前項のとおり肝切除は16・10であり、その後止血に時間を要し、腹膜閉鎖は20・00である。(「看護記録」)

なお、ここに「右肝静脈基部の結さくを行い」とあるが、これが右肝静脈の結さく・切離の意味だとしたら大いに問題である。右肝静脈は右葉前区域の静脈血も流入するから、右肝静脈を切離したら前区域の静脈血が鬱血し切離面から出血を起こすはずだからである。

15「尚横行結腸は端々にて吻合、肝節離部・吻合部にドレーンを挿入した。」

「看護記録」によれば、横行結腸吻合は18・00。手術終了20・55「麻醉・術中記録」。「手術表」「手術経過並びに所見」「4月21日TAE記載」再録 肝切除術の一般的知見 「手術経過並びに所見」の分析、終了)

#### 手術会計表(1-173)

手術会計表には、注射・検査用器材、チューブ・カテーテル等、衛生材料等、処置材料、麻醉剤、輸血量、その他の薬剤、臨時検査の欄があり、それぞれ使用器材、投与薬剤等の内容・数量が記載されています。使用器材の記載を見る人が見れば何があって何が行われたのかすぐわかるのだろうと思いますが、私では時間対効果が著しく悪いと思うので、使用器材の分析は省略しました。投与された麻醉剤及びその他の薬剤の分析(選択・量の相当性等)は必須と思いますが、今回は時間の関係で「第3麻醉・術中記録」で指摘した限度で止め、他日に期したいと思います。そのため、以下に、麻醉剤、輸血量、その他の薬剤、臨時記載の各欄に記載された事項を転記し、併せて私が利用している「治

療薬マニュアル1997」(医学書院)の該当頁を〔 〕内に記載します。

- 1 麻醉剤
  - O<sub>2</sub> 1600ℓ 〔酸素ガス〕
  - N<sub>2</sub>O 2800ℓ 〔亜酸化窒素ガス〕
  - フォーレン(イソフルラン) 80ml 〔全身麻醉薬・P1186〕
  - ラボナール0・5g 2A(アンプル) 〔全身麻醉薬・P1183〕
  - マスキュラックス10mg 6A 〔筋弛緩薬・P171〕
  - キシロカイン1% 5ml 〔局所麻醉薬・P1188〕
  - キシロカインE1% 5ml 〔局所麻醉薬・P1189〕
  - マーカイン0・25% 20ml×2 〔局所麻醉薬・P1194〕
  - レペタン 0・2mg 5A 〔解熱・鎮痛・抗炎症薬・P5〕
  - 硫酸アトロピン 2A 〔鎮痙薬・粘膜分泌抑制薬・P197〕
- (区分)
  - 全身 硬膜外(腰)
- 2 輸血量
  - 全血 200ml 3V 〔P1132〕
  - 全血 400ml 1V 〔P1132〕
  - 濃厚血 200ml/400ml 43V(区別記載ない) 〔濃厚赤血球CRC・P1133〕
  - 血漿 200ml/400ml 24V(区別記載ない) 〔新鮮凍結人血漿FFP・P1138〕
- 3 その他の薬剤
  - (輸液・側注・静注)
    - ヴィーンF 500ml×21 〔酢酸リンゲル液・P761〕
    - ヴィーンD 500ml×1 〔ブドウ糖加酢酸リンゲル液・P761〕
    - カタボンLOW 200mg×1 〔急性循環不全用強心剤(ドパミン・DOA)・P253〕
    - エフェドリン 40mg×1 〔気管支拡張薬・P417〕
    - 2%キシロカイン 20ml×2 〔局所麻醉薬・P1188〕
    - 光生食 100ml×1 〔生理食塩液・P759〕
    - 蒸留水 20ml×20
    - 生食 20ml×7 〔生理食塩液・P759〕
    - イソジン 250ml×1 〔含嗽薬・P1057〕
    - プロスタグランディン 500μg 〔ホルモン製剤PGE1・末梢血管拡張作用・血小板凝集抑制作用・P625〕

プラズマネートカッター 250 ml × 10 [加  
熱人血漿蛋白・P1141]

エフオーワイ 100 mg × 4 [汎発性血管内血  
液凝固症DIC治療薬・P511]

ソルメドロール 1000 × 1 [副腎皮質ホルモ  
ン製剤・出血性ショック等・P582]

ミラクリッド 50000単位 × 3 [蛋白分解酵  
素阻害薬・急性循環不全・P509]

食塩注10% × 1 20 ml

アスパラK 10 ml × 1 [カリウム補給剤・P  
772]

ヘスパンダー 500 ml × 1 [血漿代用剤・P  
734]

カルチコール 425 mg × 1 [カルシウム補給  
剤・p778]

「術前より肝機能障害を合併していたため、プロス  
タンディン500を使用した。 麻酔科」

[上記記載は、4 cm × 5 cmの紙に予め

「術前より イ高血圧 口虚血性心疾患 八腎機能  
障害 二肝機能障害

を合併していたため

手術時に 1低血圧維持 2異常高血圧

の目的で

プロスタンディン500を使用した。

麻酔科」

と印刷してあるものを「手術会計表」の(その他の  
薬剤)欄に貼り、「二肝機能障害」に を付けてあ  
るものである。昭和62年8月28日保険発第58  
号厚生省保険局医療課長通知が上記場合に限定して  
使用を認めているので(「治療薬マニュアル1997」626  
頁)、定型用紙を用意しているのだろう。しかし、

術前の肝機能検査ではお父さんの値は正常値であり、  
お父さんに肝機能障害はなかった。さらに、「麻酔  
・術中記録」で述べたように、PGE1は末梢血管  
を拡張し血小板凝集を抑制して末梢血管で血液が固  
まりにくく流れやすくする薬剤であるから、術中に  
大量出血を起こした後も投与し続けていることは疑  
問が強い。「治療薬マニュアル」に禁忌として 重  
症の肝疾患、 非代償性の高度の出血、ショック状  
態、が挙げられていることも再度指摘しておきたい。

(処置薬剤)

サージセル 4 in × 8 in × 1 [?]

アピテン 1 g × 2 [外用止血剤・牛真皮より得  
られた微線維性コラーゲン塩酸塩・P686]

アピテンシート 70 × 35 × 1 × 3 [外用止  
血剤・牛真皮より得られた微線維性コラーゲン塩酸  
塩・P686]

生食 1000 ml 2 B [生理食塩液・P75  
9]

蒸留水 1000 ml 1 B

(臨時検査)

CV P測定 21回 [中心静脈圧測定]

観血的動脈圧測定 9:35 ~ 21:25

血液ガス分析 9回

Na, K 10回 [血中ナトリウム・血中カリ  
ウム]

デキストロチェック 9回 [血糖検査]

パルスオキシメーター 8:30 ~ 21:25

[動脈血酸素飽和度測定]

[手術会計表終了]

## 第5 4月30日腹腔内洗浄術及び人工肛門造設術

(結果の骨子)

4月30日に実施された腹腔内洗浄術及び人工肛門増設術に関する記録を検討した結果の骨子は次のとおりです。

1 父の全身状態は非常に悪く、ASA術前状態評価がクラス4「それによって生命がおびやかされつつあるような高度の系統的疾患があって、手術をしたからといってその病変を治療できるとは限らないもの。」と評価されている。

2 右副腎摘除術が行われていないことは明らかです。左副腎が1週間後の解剖時に自己融解しているような所見も全くありません。

3 第3外科医師達が肝切理面からの止血困難な出血持続を現認している

4 4/21の手術時に腹水を採取して細胞診をしており、その結果が隠匿されているのではないかとの疑問がある。

5 手術中に腹壁に癒着した小腸の剥離に失敗して、小腸の一部に損傷を与えており、技術の未熟さを示すと思う。

4月30日の手術の記録は、4月21日の記録とほぼ同様ですので、術中看護記録、麻酔・術中記録、細胞診申込兼報告書、「手術表」「手術経過並びに所見」、手術会計表、を転記し、最後に私なりの検討結果を述べます。

術中看護記録(1-178、179)

術中看護記録には術前部分(左頁)、術中部分(右頁、左欄)、術後部分(右頁、右欄)があります。

(術前部分の記載)

手術日 9年4月30日 執刀時間・予定時間・科・病棟〔空欄〕 氏名 山口と志広

70才 男 血型 AB

感染症 Wa〔梅毒〕 - Hb〔B型肝炎ウイルス〕 - Hb〔C型同〕 -

身長・体重〔空欄〕

術前診断 縫合不全 術後診断〔空欄〕

予定手術 ドレナージ術〔排液(膿)法。創傷治療において創腔内に創液や血液の貯溜が起こり一次的縫合を行うことが危険と考えられる場合に、創腔内に排液管やタンポン挿入により排液を図ること。〕

施行手術〔空欄〕

麻酔 全〔全身麻酔〕

体位 背臥位〔背部をベッドに接し、上向きに水平に臥した体位。〕

担当医・KH、NM 術者・KH、NM 助手・TH

直接Ns〔Nurse看護婦〕×× 間接看護婦 ××

以下、既往歴・現病歴・問題点・具体策等の欄に記入なく、大きく「急」と記載されている。

(術中部分の記載)

16:40 経鼻挿管中 ICUよりDOA、FOY継続。5%TZE(?)CVP9〔CVP:中心静脈圧〕マンシェットでBP〔血圧〕=90代/40代〔マンシェット:機械測定でない人の手による測定〕(DIV〔点滴静注〕ヘソルメドール〔読めない〕)DOBドブトレックスK600 10で開始 コマク温37.4°C フェンタネスト、マスキュラックスで導入。その後、血圧110代/60代と〔上昇〕みられる。

〔DOA:ドパミン(カテコールアミン製剤)。強心薬。強力な強心作用があり、心原性ショック、重篤な心不全に使用。ドブタミン(DOB)も同じ作用。〕〔FOY:蛋白分解酵素阻害薬、血液凝固系に対しても阻害作用を有する。適応は、蛋白分解酵素逸脱を伴う急性膵炎等、汎発性血管内血液凝固症(DIC)。〕〔ソル・メドール:副腎皮質ホルモン製剤。適応・急性循環不全(出血性ショック、感染症ショック)〕〔DOBドブトレックスK600:塩酸ドブタミン、Dobutrexは商品名。K600は600mg/200ml/Vキット。強心薬。適応は急性循環不全における心収縮力増強。〕〔フェンタネスト:クエン酸フェンタニル。非アルカロイド系麻薬。適応は、

ドロペリドールとの併用による手術時等の全身麻酔、及び局所麻酔の補助、ドロペリドールとの併用による導入後、単独投与による麻酔効果の維持。〕〔マスキュラックス:臭化ベクロニウム。麻酔・手術用筋弛緩薬。ドロペリドール(全身麻酔薬)とは違う薬〕

17:00 Ope〔手術〕開始。プラズマネートカッター250ml 腹水 ケンキポーター〔嫌気porter?〕スピッツ〔小試験官〕へ。吸引で1100mlひける。〔プラズマネートカッター:加熱人結晶蛋白。適応 低アルブミン血症、出血性ショック〕

17:40 FFP〔新鮮凍結血漿〕400ml開始

17:50 FFP〔新鮮凍結血漿〕400ml

手術前よりのドレーン〔管〕抜去

18:00 出血量1520ml(吸引量込) 尿量10ml MAP〔人赤血球濃厚液〕400開始

18:20 FFP〔新鮮凍結血漿〕400

18:25 MAP〔人赤血球濃厚液〕200

Hb9.8c〔Hb:血中ヘモグロビン濃度。基準値・男12.4-17.0g/dl〕MAP〔人赤血球濃厚液〕200

19:15 Hr40ml〔?〕出血980+1100=2080ml プラズマネートカッター〔加熱人

血漿蛋白) 250 ml  
19:40 手術終了  
(術後部分の記載)  
上段の記載  
〔人の絵があり、線を引いて挿管・点滴針の内容が次のとおり記載されている。〕  
〔鼻から線を引き〕T ICU経鼻8・5  
〔右鎖骨付近から線を引き〕IVH〔中心静脈栄養〕  
ICU 16GW  
〔左上腕から線を引き〕A〔動脈〕ICU  
〔右上腕から線を引き〕V〔静脈〕  
〔右横腹から線を引き〕筋肉(8mmマルチトレーン)  
〔右横腰から線を引き〕肝切離部(10mmマルチトレーン)  
〔腹部・臍の右下から線を引き〕腸切離部(10mmマルチトレーン)  
〔腹部・臍の左側から線を引き〕ダグラス窩(10mmマルチトレーン)〔ダグラス窩:骨盤腔の一番下。腹腔の最下部で流出液が貯溜する。〕  
〔鼠蹊部から線を引き〕バルン 14Fr(水10cc)  
〔鼠蹊部右側から線を引き〕クイントンカテ〔ーテル〕  
〔左大腿部外側に四角を書き、そこから線を引き〕  
対

#### 中段の記載

「最終バイタル」  
P〔脈拍〕125  
BP〔血圧〕124/78  
〔Rを消して〕99%  
〔「覚醒状態」「チアノーゼ」「麻痺」「瞳孔の大きさ」「対光反射」「ドレーンの有無 排液状態」の記入欄があるがいずれも記入がない。〕

#### 下段の記載

「血液バランス」  
出血2000ml 尿量200ml  
「水分バランス」  
輸液1800ml 輸血FFP6単位、MAP5単位  
「ガーゼカウント・タオルカウント・キカイカウント」OK  
「検体の有無・サイン」あり 2コ  
〔術中看護記録終了〕

#### 麻酔・術中記録(1-176)

4月30日の麻酔・術中記録は、B4・1丁で、4月21日分と同じく中央に時系列でデータ・処置を記入する方眼紙(以下「時系列表」という。)があり、その周囲に諸々の事項を記入するようになっています。本報告では、始めに周囲の各欄に記載さ

れた事項を転記し、次に時系列表の記載事項を転記します。

#### (周囲記載事項)

1997年4月30日 手術室 1  
患者名 山口与志広 科名 外 病棟 ICU 70才  
確定診断 縫合不全  
施行手術 腹腔ドレナージ、人工肛門造設術  
麻酔医 xx(指導医xx) 担当医 TH 術者 KH、NM  
血液型 AB  
RISK 4 E  
〔ASA術前状態分類のクラス4Eの意味。ASA術前状態分類はクラス1からクラス5まであり、クラス4は「それによって生命がおびやかされつつあるような高度の系統的疾患があって、手術をしたからといってその病変を治療できるとは限らないもの。」と定義される。ちなみにクラス5は「24時間以内に死亡することが確実な瀕死の状態であるが、手術を行うことが必要な場合。」である。Eは救急手術(緊急手術)の場合に付される記号で「救急手術は、十分な検査や準備ができないから、スケジュールに従った手術のときよりやや全身状態が不良と評価した方がよい。」とある。ここはお父さんの当時の状態を医師が総合評価した部分である。〕  
麻酔前要約 Pre DIC〔前DIC状態〕

lever dysfunction〔肝機能不全〕

前投薬・輸液量 none〔なし〕  
導入薬剤(空欄) S.U (luy soul v l clea)〔スベル不明確・意味不明〕  
挿管 Grade (記載なし) S.U (Tonterfabed)〔スベル不明確・意味不明〕  
麻酔方法: 気管内  
モニター: AP〔大動脈圧〕、CVP〔中心静脈圧〕、SaO2〔動脈血酸素飽和度〕、PetCO2〔呼気終末炭酸ガス濃度〕  
体位: supine〔背臥位〕  
使用薬剤: O2 800ml N2O 250ml フェンタネスト100mg  
〔フェンタネスト:非アルカロイド系麻薬。適応はドロペリドールとの併用による手術時等の全身麻酔、並びに局所麻酔の補助、ドロペリドールとの併用による導入後、本剤単独投与による麻酔効果の維持〕  
術中バランス: 輸液量1800ml/輸血量・FFP〔新鮮凍結血漿〕6U〔単位〕・MAP〔人赤血球濃厚液〕5U〔単位〕/尿量200/出血量 吸引+ガーゼ2000ml(生食含〔生食:生理食塩水〕)  
覚醒状態: 遷延+ 応答- 反射- 握力- チアノーゼ- 嘔吐- 冷感- シバリング-

麻酔 開始 16時40分 終了20時00分(3時間20分)

手術 開始 17時00分 終了19時40分(2時間40分)

術後指示 to ICU  
(時系列表)

[時系列表は5分毎の罫線が入っているので、便宜5分区分切りの出来事として転記する。罫線の中に記載されたものは原則として前の5分区分切りに入れる。但し、分表示があるものは分表示に従って記載する。脈拍・血圧はグラフの印からの読み取りのため、概数である。]

16・40

麻酔開始

O<sub>2</sub>〔酸素〕6ℓ/分〔16・45まで〕

16・45

調節呼吸開始〔20・00まで〕

酸素3ℓ/分〔18・15まで〕N<sub>2</sub>O〔亜酸化窒素〕3ℓ/分〔15・35まで〕

DOA〔ドパミン・重篤心不全等用強心剤〕7〔16・55まで。は「体重1kg・1分当たりのマイクログラム量」の意味。]

尿量 前100〔手術前100の意味と思う。]

16・50

FFP〔新鮮凍結血漿〕(200)

血圧86/40 脈拍(記載なし)

16・55

v・b(inj)6〔単位記載なし。17・45まで〕

[v.b:マスキュラックス静注用。麻酔・手術用筋弛緩剤。v.bは臭化ベクロニウム(の略。以下「Vb」と表記)]

DOA〔心不全用強心剤〕10〔17・05まで〕

血圧95/50 脈拍(記載なし)

17・00

手術開始

DOB〔塩酸ドブタミン・商品名ドブトレックス・適応:急性循環不全における心収縮力増強〕10

〔17・05まで〕

動脈血酸素飽和度95 呼気終末炭酸ガス濃度38

血圧110/55 脈拍(記載なし)

17・05

Fentanyl 100

[Fentanyl:クエン酸フェンタニル=フェンタニスト。麻薬。麻酔用鎮痛剤。]

ドパミン〔心不全用強心剤〕8〔17・15まで〕

ドブタミン〔心不全用強心剤〕8〔17・15まで〕

血圧110/65 脈拍110

17・10

中心静脈圧 9

FOY〔DIC治療薬〕10ml/h〔18・10まで〕

血圧115/70 脈拍115

17・15

ドパミン〔心不全用強心剤〕10〔18・10まで〕

ドブタミン〔心不全用強心剤〕10〔18・10まで〕

動脈血酸素飽和度96 呼気終末炭酸ガス濃度45

体温37・4°血圧112/65 脈拍86

17・20

血圧85/45 脈拍81

17・25

(吸引)1000(ガーゼ)420〔腹腔内に貯溜していた血液量と思う。]

580×12(22(nHl(?))

600×14〔この二つの記載の意味は明確にできていないが、腹腔内洗浄に用いた生理食塩水ではないかと推測している。「手術経過及び所見」に「肝切離部の凝塊を洗浄した。」とある。但し、ここの記載単位と手術会計表記載の生理食塩水・蒸留水の単位とは合わない。]

中心静脈圧 6

尿量10

血圧93/46 脈拍76

血液ガス検査・PH 7.44/PCO<sub>2</sub> 49.9/PO<sub>2</sub> 95.5/HCO<sub>3</sub> 33.9/BE 9.3/Ht(Hb) 35.0(11.9)/Na143.9/K 3.15

17・30

血圧80/43 脈拍76

17・35

亜酸化窒素2ℓ/分〔18・15まで〕

体温37・8° 血圧75/42 脈拍80

17・40

プラズマネートカッター〔加熱人血漿蛋白〕250

血圧78/36 脈拍115

17・45

Vb〔麻酔用筋弛緩薬〕2

動脈血酸素飽和度95 呼気終末炭酸ガス濃度37

中心静脈圧 5

血圧79/38 脈拍116

17・50

体温37・8°血圧76/38 脈拍115

17・55

血圧78/45 脈拍122

18・00

中心静脈圧 6

血圧87/50 脈拍118

18・05

血圧86/46 脈拍118

18・10

ドパミン〔心不全用強心剤〕12〔18・30まで〕  
ドブタミン〔心不全用強心剤〕12〔18・30まで〕  
血圧98/52 脈拍119  
18・15  
酸素6ℓ/分 亜酸化窒素0・99ℓ/分〔18・35まで〕  
中心静脈圧 6  
体温37・7° 血圧102/62 脈拍126  
18・20  
FFP〔新鮮凍結血漿〕400(5cm H<sub>2</sub>O)〔「FFP 400mlを5cm水柱圧で投与」の意味。〕  
血圧103/65 脈拍128  
18・25  
ソルメドール1000mg〔副腎皮質ホルモン製剤。適応・急性循環不全(出血性ショック等)〕  
FFP〔新鮮凍結血漿〕400  
血圧103/65 脈拍128  
18・30  
Vb〔手術用筋弛緩薬〕2  
ドパミン〔心不全用強心剤〕10〔18・55まで〕  
ドブタミン〔心不全用強心剤〕10〔18・55まで〕  
動脈血酸素飽和度97 呼気終末炭酸ガス濃度35  
中心静脈圧 8  
血圧104/63 脈拍125  
18・35  
酸素3ℓ/分 亜酸化窒素2ℓ/分〔18・50まで〕  
尿量 20  
血圧89/45 脈拍123  
血液ガス検査・PH 7.456/PCO<sub>2</sub> 47.9/PO<sub>2</sub> 78.8/HCO<sub>3</sub> 33.7/BE 9.6/Ht(Hb) 28.8(9.8)/Na 146.0/K 3.37  
18・40  
RR + 16〔RRは呼吸数の略なので、調節呼吸(人工呼吸)の設定を分当たり16回増したの意味か?血液ガス検査のPO<sub>2</sub>(動脈血酸素分圧)の値が下がっているための措置かも知れない。〕  
MAP〔人赤血球濃厚液〕400  
FFP〔新鮮凍結血漿〕400  
血圧95/60 脈拍120  
18・45  
動脈血酸素飽和度97 呼気終末炭酸ガス濃度35  
中心静脈圧 8  
血圧99/56 脈拍122  
18・50  
酸素6ℓ/分 亜酸化窒素0・99ℓ/分〔19・00まで〕

血圧95/64 脈拍123  
18・55  
ドパミン〔心不全用強心剤〕8〔19・15まで〕  
ドブタミン〔心不全用強心剤〕8〔19・15まで〕  
血圧124/76 脈拍128  
19・00  
酸素4ℓ/分 亜酸化窒素2ℓ/分〔19・10まで〕  
動脈血酸素飽和度98 呼気終末炭酸ガス濃度33  
中心静脈圧 8  
MAP〔人赤血球濃厚液〕200  
〔時系列表にはMAP、MAPのみが記載されているが、欄外に右の他にMAP 200、MAP 200の記載があるから、これらも投与されたと認められる。〕  
出血量 730(ガーゼ)  
血圧124/79 脈拍135  
19・05  
Vb〔手術用筋弛緩薬〕2  
血圧97/60 脈拍123  
19・10  
酸素6ℓ/分 亜酸化窒素0・99ℓ/分〔手術終了まで〕  
血圧87/58 脈拍122  
19・15  
ドパミン〔心不全用強心剤〕10〔手術終了まで〕  
ドブタミン〔心不全用強心剤〕10〔手術終了まで〕  
動脈血酸素飽和度97 呼気終末炭酸ガス濃度31  
中心静脈圧 9  
出血量 980(ガーゼ)  
血圧103/60 脈拍110〔印が明確でない。〕  
19・20  
プラスマネートカッター〔加熱人血漿蛋白〕  
血圧115/60 脈拍122  
血液ガス検査・PH 7.501/PCO<sub>2</sub> 39.4/PO<sub>2</sub> 224.1/HCO<sub>3</sub> 30.8/BE 8.1/Ht(Hb) 34.4(11.7)/Na 145.3/K 3.79/BS 76  
19・25  
尿量 30  
血圧106/66 脈拍125  
19・30  
動脈血酸素飽和度99 呼気終末炭酸ガス濃度31  
中心静脈圧 8  
血圧120/70 脈拍120  
19・35  
Vb〔手術用筋弛緩薬〕2  
血圧126/71 脈拍123  
19・40  
手術終了

体温 37.8 ° 血压 131 / 75 脈拍 126  
19.45  
動脈血酸素飽和度 99 呼気終末炭酸ガス濃度 31  
尿量 70  
血压 122 / 73 脈拍 125  
19.50  
血压 132 / 84 脈拍 126  
19.55  
血压 121 / 80 脈拍 122  
20.00  
麻酔終了  
プラスマネートカッター〔加熱人血漿蛋白〕  
尿量 200〔手術前の100を合算した量と思われる。〕

To ICU〔ICUへ〕  
〔麻酔・術中記録終了〕

細胞診申込兼報告書(1-130)

細胞診申込兼報告書は、申込欄と報告欄とがあり、それぞれ次の記入があります。

(申込欄)

検査番号 091661

検体名 腹水

患者名 山口与志広 年齢 70 男

外科5C病棟 担当医 NM

臨床診断 胃癌手術後多発的肝転移

既往病理検査 有

X線像・臨床所見

4/21 上記病名にて、肝切除+横行結腸切除施行した患者です。

4/30 縫合不全にて再開腹 開腹時の腹水です。

4\5

1/

血性 〔この3行の意味は不明〕

5月1日採取

(報告欄)

診断

クラス 細胞学的に異型。しかし、悪性疾患の証拠はない。

細胞学的所見

好中球 +++ 中皮細胞 +

コメント

炎症性. の背景に少数の反応性中皮細胞が出現しています。

細胞検査士 xx 診断医 xx

〔好中球：好中性白血球。顆粒球の一つ。異物を認識し、遊走・粘着・貪食・消化といった過程を遂行し、生体防御機構の主役を演じる白血球。コメントの「炎症性」とは白血球が多い(3+)ことを指し

ていると思われる。〕

〔「反応性中皮細胞」という言葉は、辞書を探しても見つからない。これは「血管内皮細胞」か「反応細胞」いずれかの誤記であり、おそらく「血管内皮細胞」と思われる。ショックが高度ないし遷延した場合、活性化した白血球が血管内皮細胞を損傷し、血管外に遊走するとのことであり、この損傷された血管内皮細胞が検出されたのではないかと推測される。なお、「反応細胞」とは「反応性星状膠細胞」=「肥胖(大)星状膠細胞」と同義であり、これは中枢神経の急性・慢性病変にしばしば認められるものである。〕

〔細胞診申込兼報告書終了〕

「手術表」「手術経過並びに所見」(1-30、31)

「手術表」

平成9年4月30日

患者氏名 山口与志広殿 男 70才

臨床診断 横行結腸縫合不全 腹腔内出血

手術診断 同上

術式 人工肛門造設術 腹腔内洗浄 ドレーン留置

術者 KH 第一助手 NM 第二助手 TH

消毒法 イソジン 体位 背臥位

執刀 17時00分 終了 19時40分 所要  
2時間40分

術中経過 regular〔「型通り」の意味か〕

麻酔者 xx

開始 16時40分 終了 20時00分 所要  
3時間20分

「手術経過並びに所見」

本文と図4つがある。

(本文)

前回術創を下腹正中に延長し皮切・開腹する。臍下部にて癒着あり。これを剥離し回盲部〔回腸(小腸)と盲腸(大腸)とが繋がる部位〕よりおよそ100cm位の部の小腸を一部修復する。

肝は切除部に Coagula 〔凝塊：ゾルが凝固してできる軟らかで硬化していない不溶性の塊〕付着強く、これを慎重に洗浄するも新しい出血は確認困難であった。但し、肝萎縮はみられず、血行も充分だろうと思われた。切離部と Douglas 〔ダグラス窩：骨盤腔の一番奥の腹膜の窪み。腹膜腔の最深部で出血等があればここに貯溜する。〕に腹腔内には吸引不良で貯溜した凝塊大量に認める。

吻合された結腸は腸間膜付着対側に2cm大の縫合不全をみとめたが、周囲に abscess 〔膿瘍〕の形成はなく、腸筒内容は localized 〔局部制限的〕されている印象だった。旧吻合部を PLC にて切離後肛側を埋没し閉鎖。口側を右下腹部に colostomy 〔人工肛門

造設)として出し、固定した。

腹腔内を温生食〔生理食塩水〕にて充分洗浄シダグラス窩、肝切離部、吻合部(旧)にドレーン挿入。また胸壁皮下にも wound drain〔辞書で見つからないが創傷(wound)に留置する管と思う。看護記録には右胸部横側の筋肉にドレーン留置とある。)を挿入し、止血後型通り閉腹した。

(図1 - 皮切の図)

腹部正面が描かれ、旧術創として逆T字切開の線が描かれ、今回術創として旧術創に重ねた線とTの交差点から鼠蹊部まで延長した線が描かれている。

(図2 - 肝・横行結腸・小腸の図)

右側が凸凹に描かれた肝臓と上が開き下が繋がっている横行結腸と丸い穴が開いた小腸が描かれていて、併せて肝臓と横行結腸に水をかけているドレーンが描かれている。小腸の穴には、「腹壁癒着の為の腸管損傷 ileum end〔回腸(小腸)の末端〕より100cm位」との説明が付されている。

(図3 - 横行結腸・小腸の図)

横行結腸が二つに切り離され一つは口を縫合し一つは口が開いたままの絵と小腸の穴が縫合されている絵が描かれている。

(図4 - ドレーン・人工肛門の図)

腹部正面にドレーン4本と人工肛門が描かれている。ドレーン4本については、逆T字切開の一番右後ろ側から上方向に胸部まで挿入されたドレーン、その左側から上方向に肋骨下まで挿入されたドレーン、その左側(正中線の少し右側)から左上方向に正中線の手前まで挿入されたドレーン、切開線下端の位置の左側から別の穴を空けて下方向に挿入されたドレーンが描かれている。人工肛門は臍の右斜め下、右下腹部中央の位置に二重円で描かれている。

[私の指摘]

「手術経過並びに所見」について特に1点指摘しておきたいと思います。

「手術経過並びに所見」は、開腹時の肝臓所見として、「肝は切除部に Coagula 付着強く、これを慎重に洗浄するも新しい出血は確認困難であった。」と記載し、肝臓からの出血は認められない旨記載している。しかし、第3外科医師記載カルテ(1-76)には、術後家族に「凝塊血を洗浄しても、更に出血がたまる。止血困難な印象」と説明した、と記載されています。4/30の術後説明で私達はこのような話しは聞いていないのですが、カルテを記載したTH医師が、後で術後説明の内容を記載する際に、実際の説明内容ではなく、実際に自分の目を見た事実を記載したものと推測されます。術後経過の分析により、4/30の手術後も肝切離面ドレーンから出血が継続していることは明らかで、この医師記載カルテの

記載が事実と判断できます。さらにいえば、「手術経過並びに所見」では「肝切離面にドレーンを留置した。」と記載しており、もし肝切離面から出血していないことが確認できたならこのドレーン留置は不要なわけで、このドレーン留置も肝切離面からの出血継続の事実を裏付けるといえます。

〔「手術表」「手術経過並びに所見」終了〕

手術会計表(1-177)

4月21日分と同じ書式であり、今回も薬剤欄の転記のみを致し、治療薬マニュアル1997の該当頁を記します。

(麻酔剤)

酸素 800ℓ

亜酸化窒素 250ℓ

マスキュラツス10mg1A〔筋弛緩剤・P171〕

(麻)フェンタネスト1A〔麻薬・P1177〕

区分 全身

(輸血量)

〔記載なし。「麻酔・術中記録」によれば輸血をしたことは明らかだから、記載を省略したものでしょう。〕

(輸液・側注・静注)

ドブトレックスK600 200ml×1〔強心薬・P254〕

プラズマネートカッター 250ml×1〔加熱人血漿蛋白・P1141〕

ドルミカム10mg×1〔催眠・鎮静剤。「麻酔・術中記録」に記載がない。麻酔前投薬、全身麻酔の導入及び維持に用いる。・P72〕

(処置薬剤)

生食〔生理食塩水〕1000ml 8B

蒸留水 1000ml 1A

(臨時検査)

観血的動脈圧測定 16:40~20:00

デキストロチェック 3回〔血糖検査〕

パルスオキシメーター 16:40~20:00

〔動脈血酸素飽和度測定〕

〔手術会計表終了〕

検討結果

1 初めに、全体的な印象として、全身状態が非常に悪いということです。麻酔・術中記録のASA術前状態評価がクラス4「それによって生命がおびやかされつつあるような高度の系統的疾患があって、手術をしたからといってその病変を治療できるとは限らないもの。」であり、これが端的に全身状態を述べている訳ですが、個々の措置を見ても、最も強い強心剤であるDOA、DOBを手術開始時から合わせて4月21日の最大投与量の倍投与していた

り（4/21のDOAの最大投与量は10（16:20-17:00）、4/30の手術開始時（17:00）はDOA10 + DOB10、最大はDOA12 + DOB12（18:10-18:30）、手術中一貫して人工呼吸を使用したり、麻酔剤として麻酔薬を使用せず麻薬（フェンタニスト）を使用したりしています。麻薬を使用したのは麻酔剤では耐えられないと判断されたものと推測しています。率直に言って、この段階の措置は救命治療ではなく、延命治療になっていると受け止めています。

2 問題の右副腎摘除術の有無ですが、4月30日に右副腎摘除術が行われていないことは明らかです。MM 医師の「病理解剖報告書」の虚偽記載ははっきりしたと言えます。さらに、「病理解剖報告書」中の左副腎についての虚偽記載を根拠づける事実が一つ出てきたと思います。「病理解剖報告書」には「左副腎 自己融解」と記載されており、自己融解とは、「死滅または変成した細胞が他の生物の作用によらず、その細胞内の自原性の酵素によって自己消化すること、細胞が自生の、又は同一体内の他の細胞の産生する溶解素により破壊されること。」です。一方、「手術経過並びに所見」における腹腔内臓器の記述を見ると、「肝萎縮はみられず、血行も充分だろうと思われた。（中略）吻合された結腸は腸間膜付着対側に2cm大の縫合不全をみとめたが、周囲に abscess〔膿瘍〕の形成はなく、腸筒内容は localized〔局部制限的〕されている印象だった。」とあり、左副腎が1週間後の解剖時に自己融解しておかしくないような所見は全くありません。左副腎に関する記述が虚偽記載であることは、私達の現認と TH

医師のカルテ記載とで明確なわけですが、また一つ裏付ける事実が付加されたと考えます。

3 今回の腹腔内洗浄において、第3外科医師達が肝切理面からの止血困難な出血持続を現認していると判断できることは上述のとおりです。

4 ここで、私は、4/21の手術記録を検討して引っ掛かっていた事項に思い当たりました。それは、3通の「病理解剖報告書」に付された番号が繋がらないことです。つまり、胆嚢の病理解剖報告書に付された番号は「97-1313」で、肝臓は「97-1331」で、横行結腸は「97-1315」です。一つの手術で摘出された複数の臓器の病理解剖番号が連続しないというのは簡単には納得できず、隠匿の可能性を考えていました。今回の細胞診申込兼報告書を見て、4/21の手術時に腹水を採取して細胞診をしていないはずはないと気づきました。そもそも、本来なら腫瘍の悪性度を知り手術適応の有無を検討するために手術前に腹水を採取して細胞診をしていなければならないはずですから、手術時には当然やっているはずです。その結果を第3外科保管のカルテ内に残していないのは、細胞診報告書に手術適応を否定するはっきりした情報が記載されていたからだろうと推測されます。

5 「手術経過並びに所見」に記載されているとおり、彼らは腹腔内洗浄をする前に腹壁に癒着した小腸の剥離に失敗して、小腸の一部に損傷を与えています。技術の未熟さを示す一事実として指摘しておきます。

## 第6 術後記録検討

はじめに

術後記録の検討結果を報告します。構成は、総括・資料、ICU記録、第3外科入院診療録、です。総括・資料は、1経過、2元看護婦のコメント、3資料となっています。ICU記録、第3外科入院診療録は、記録中の右各文書を転記しコメントを付したものです。内容の分析・対照が不十分なのですが、それは後日を期すこととします。

総括・資料

### 1 経過

4月21日の肝切除術後の父の経過です。併せて10,11,12を付記します。

1 4月21日の手術中の肝臓からの大出血及び手術終了直後の出血性ショック(肝切離面からの出血)により、22日朝には重篤な術後肝不全を起こしていることが検査上明らかになった。

2 術後肝不全により血液凝固異常(直後から)、高度の肝性脳症の症状(24~25日から)を示し、合併症として肺水腫(23日)、心タンポナーデ(25日)が起きた。肝切離面からの出血は継続し、腹腔内に貯留した。

3 28日、縫合不全による便漏れが生じ、汎発性腹膜炎が起きた。しかし、何の措置もなかった。

4 30日午前9時30分頃、KH医師、TH医師は、人工呼吸器の吸入酸素濃度を50%から40%に減量、輸液を40ml/時から30ml/時に減量、アミノレバン(肝性脳症治療薬)を20ml/時から10ml/時に減量、腹腔ドレーンを抜去、の各措置を一度に行い、そのため10時~12時にかけて血圧低下・呼吸不全を起こし、ショック状態となった。同日午後から心房性期外収縮が現れ、以後心臓機能障害を示す不整脈が現れるようになった。

5 4月30日の再回復手術の際、第3外科の医師達は、肝切離面から止血困難な出血が継続しているのを現認した。

5-2 5月1日喀痰検査によりMRSA検出され、ICU内準隔離病室に移動。

6 5月3日17時に第3内科にビリルビン吸着を照会して断られる。同日夜間は利尿剤投与をしないこととし、その結果翌4日未明から乏尿となり、利尿剤にも反応しない腎不全になった。

7 呼吸不全、心不全、腎不全は次第に悪化していき、5月4日未明から乏尿、心室性期外収縮、午前から動脈血酸素分圧低下がありながら必要な措置をとらず(11時に無効な膀胱洗浄のみ行う)、15時2回目の膀胱洗浄中に徐脈となり、15時24分に1回目の心停止が起きた。この徐脈発生から心停

止の間に、15時20分、身体に9個の電極を装着して心電図を測定している。

8 1回目の心停止の後、無尿となり、出血量も増えた。1回目の心停止後は、輸血の管が詰まれば抜去して輸血を止める等、次第に治療レベルを落としていった。

9 5月6日13時6分頃に2回目の心停止があり、同日20時頃に3回目の心停止があり、同日20時3分逝去した。

10 第3外科の医師達は、我々をビリルビン吸着ないし血漿交換(最後はカリウム吸着)を希望するように誘導し、第3内科の医師を巻き込んで心臓負担の強いビリルビン吸着ないし血漿交換を実施させて、お父さんに心停止を生じさせて死亡させようとした疑いがある。

11 第3外科の医師達は真の病態を我々に隠していたが、カルテ(医師記載部分)にも真の病態を隠し、虚偽の事実を記載している。

12 DIC診断基準の要素であるフィブリノゲン値を一度も検査しておらず、4月30日のエンドトキシン吸着以前は一度もエンドトキシンを検査していない(以後はしている)。カリウムはずっと低値であった。

### 2 元看護婦のコメント

看護婦資格があり看護婦として勤務した経験のある方がICU記録(で転記)を検討してくれました。個々の事項に対するコメントはに記載しましたが、記録を通してのコメントが全体像を把握するのに有益と思い、ここに記します。

1 最初の手術で大量出血を起こしている。これが最大の失敗。恐らくNM、少なくともKH以上はこの時点で最後まで経過が予測できていたはず。「患者の肝臓次第」は自分達が悪くならないように、患者のせいにするように話を作っている。わかっている医者なら必ずDICになると検討はついている。

2 最大の問題は、こんなところを手術したこと。

血管の周囲に団子状になっている癌は手術しない。危険だから。転移性癌が4cmになっていることは、血行性・リンパ行性でとぶから、他の臓器にも転移があることは常識。特に血管にこびりついていれば、その血管からとぶ。看護学校でも教わること。

3 大量出血をすれば先は見えているから、不誠実な医者考えることは、いかにうまく最後まで数日間をのりきるか。併せて、大学病院は下の医師の勉強を考えているから、上の医師の考えることは、大量出血からend stage(死に至る局面)まで何日かはもつだろう、その間にTH君に何を勉強させようかな。普通は快方に向けて何をさせようかだが、こ

ここでは最初の時点でとりかえしがつかなくなっているから、それを前提とする。下の先生の報告をまっとう対応することになり、対応が遅れることがある。

4 手術は若い医師の執刀かも知れない。どんどん失敗している。

5 基本的にはKHがトップで指示。NJは病棟には来ない。出血が増えた等で対応に追われるのはTH、NM。KHが来ることもある。TH医師、新任のペーパーなら何もできない。

6 もっと厳しい目で取り組む事態と思うが、記録がそうっていない。最初から厳しい状況であるのに、「回復中」とか安易な言葉が多い。

7 出血が止まらない。手術時にうまく縫い合わせていない、大きい血管からの出血だから、それが止まり切れないのだろう。出血量の多さ、止血の困難さから考え、大血管が動脈からの出血である。身体の止血能力が落ちてDICに向かう。看護婦としても、ドレーン排液、創口からの染みだしをチェックするしかない。看護婦の気持ちは「腫瘍を切った場所からの出血が止まっていないのだから何をやっても駄目よ。早く切った場所からの出血を止めてちょうだい。」医者が、再開腹して止血するということができない状態にしてしまった。傷口からも新鮮な出血がある、これは腹腔内の出血が溢れている、手術した箇所の出血が止まっていないということ。お腹の中にジワジワ出血、これはドレーンで取り切れるものではない。お腹の中に血液が溜まり、溜まった血液がくさることになる。最後には、お腹が黒くなっていると記載されている。

8 熱が高くなった、血圧が高くなったで対症療法をしているが、それをしても出血を止める措置ができる状況にはならない。あんなに大量出血があり、その後の出血が止まらない状況だから、対応のしようがない。KH医師は最後まで予測はついている。「万が一にも出血がとまることがあれば、まあないだろうけど。」

### 3 資料

1は術後肝不全の説明、2は使用された薬剤の簡単な説明、3は行われた検査の簡単な説明です。2、3は辞書代わりに使ってください。

#### 1 術後肝不全

〔最新内科学体系「肝機能不全」中山書店192頁以下の「術後肝不全」によります。但し、後半の病態生理・合併症は同書157頁以下の「急性肝不全」が詳しいので、それによりました。〕

〔概念〕肝は他臓器と比較して、代償機能を含めて複雑多岐な機能をもっている。しかし、これらの機能が外科手術を契機とする何らかの原因で障害され、それが進行して生体の各種の要求に肝が対応できなくなった状態を術後肝不全という。各種外科手術後

は軽度から重度まで様々な術後肝機能障害が発生することがあるが、術後肝不全はこの術後肝機能障害の最も重篤な病態である。経過は急激に進行するものから慢性、遷延性の経過を示すものまで多彩であり、術後肝不全の概念は漠然としていることも事実で、一つの症候群として理解すべきである。

〔原因及びその分類〕術後肝不全は、その臨床病型から2型に分けられる。第1は肝炎型で、術中・術後に使用された薬剤（ハロタン等の麻酔薬や抗生物質）により急激かつ広範な肝細胞壊死が起きるものである。第2は循環障害型で、手術中の大量出血や低血圧、術後早期の呼吸・循環不全による低酸素血症や感染症の合併などが原因とされている。

〔術後肝不全の臨床像〕術後肝不全は黄疸、浮腫、腹水、消化管出血を中心とする出血傾向や、見当識障害から昏睡に至るまでの意識障害などが主症状である。類型別では、肝炎型は術後2週間以内に発症し、GOT、GPTが数千に達するが、黄疸は発症が遅れ、総ビリルビン値は10mg/dl以下が多い。循環障害型はGOT、GPTは軽度だが、術後1～2週間で黄疸が増強し、20～30mg/dlにまで達する。肝内胆汁うっ滞型の黄疸の傾向が強い。

〔診断〕診断、病態把握のため施行されている検査・指標としてはGOT、GPT、総ビリルビン値がある。これは重症度は反映しないが、総ビリルビン値は肝不全状態を評価するのに極めて有用である。肝不全の重症度と予後の判定に有用な指標は、動脈血中ケトン体比、凝固機能検査、分枝鎖アミノ酸/芳香族アミノ酸比がある。

〔病態生理〕a. 肝性脳症：肝性脳症とは、重篤な肝障害に伴って性格の変化、行動異常、精神異常、ひいては脳幹部機能障害を呈し、最終的には意識の完全喪失がみられる状態を指し、昏睡度（後記表参照）は重症度と相関する。肝性脳症の原因は、アンニア説と各種あるが、単一の原因とは考えにくく、種々の因子が複雑に絡み合っていると考える方が理解しやすい。b. 脳浮腫：急性肝不全の剖検では、多くの場合脳浮腫の合併が観察される。臨床的に脳浮腫は筋緊張の亢進、両瞳孔の不ぞろい、ミオクローネス、除脳硬直、毛様脊髄反射消失、前庭性瞳孔反射消失、脳性発作、としてとらえられるが、いずれにしても肝性脳症度のいわゆる末期状態に発現してくる。c. 血液凝固異常：肝不全の進行に伴って、消化管出血をはじめ皮内あるいは頭蓋内出血などの血液凝固異常をきたすことはよく知られている。このような症状は血液凝固因子、線溶物質、阻止物質の多くが肝において合成されていることを考えれば納得のいくことである。このような病態に加えて、血小板数の低下や機能不全も出血の増悪因子となる。d. 酸塩基平衡の異常：急性

肝不全では過換気状態で、酸塩基平衡異常のために炭酸ガス分圧は低下して呼吸性アルカローシスを呈する。一方、重篤な肝障害では低カリウム血症になる。e. 低血糖：本症では低血糖を呈する。

〔合併症〕a. 播種性血管内凝固亢進(DIC)：発生した血液凝固異常に加え、次の病態が加わり播種性血管内凝固(DIC)を合併する。即ち、肝細胞壊死による組織トロンボプラスチン様物質の放出、アンチトロンピン(AT)の産生低下、エンドトキシン血症、活性化凝固因子の排除、などである。診断は、臨床症状とFDPの測定を行う。b. 腎不全：治療法の進歩により、死亡例においても可能な限りの生存期間が得られるため、本症の末期の合併症である腎不全はしばしば経験する。c. 心不全：多くの症例に不整脈がみられるが、その原因としては、動脈酸素血分圧低下、アシドーシス、低カリウム血症などが挙げられる。e. 感染症：経過中に、細菌性ならびに真菌性の感染症を高率に合併する。d. 急性膵炎：血性アミラーゼの上昇で気付かれる。f. 門脈圧亢進。

#### 肝性脳症の昏睡度分類

昏睡度 ・睡眠、覚醒リズムの逆転。多幸気分、ときに抑うつ状態等。

昏睡度 ・指南力(時・場所)障害、物を取り違える。異常行動、ときに傾眠状態(普通のおよびかけで開眼し、会話ができる。)無礼な言動があるが、医師の指示に従う。

昏睡度 ・しばしば興奮状態、せん妄状態を伴い、反抗的態度をみせる。嗜眠状態(ほとんど眠っている。)外的刺激で開眼しうるが、医師の指示に従わない、または従えない(簡単な命令には応じうる)。

昏睡度 ・昏睡(完全な意識の消失)。痛み刺激に反応する(払いのける、顔をしかめる等)。

昏睡度 ・深昏睡。痛み刺激にも全く反応しない。

#### 2 使用された薬剤

〔ア〕アドナ(100)：止血剤(対血管性止血剤) / アデラピン：肝疾患治療薬 / アンスロピン：血液凝固阻止剤 / アミノレバン：肝不全用アミノ酸製剤(急性肝障害時における脳症の改善) / アダラート：抗狭心症薬、降圧剤 / アミパレン：栄養剤 / アスバラK：カリウム補給剤

〔エ〕SNMC：強力ネオミノファーゲンC, 抗アレルギー薬、抗炎症薬 / FOY：蛋白分解酵素阻害薬、血液凝固阻害薬(対DIC) / FDT：フランドルテープ、抗狭心症薬 / 塩酸モルヒネ：麻薬

〔カ〕カルベニン：抗生物質(カルバペネム系) / ガスター：酸分泌治療薬

〔グ〕5%グルコース：輸液用製剤 / グロベニン：人免疫グロブリン製剤

〔ケ〕血小板：濃厚血小板

〔サ〕Zantac：酸分泌抑制剤

〔シ〕新鮮凍結人血漿：FFP、成分輸血製剤

〔ソ〕ソリタT3：電解質補液 / ソリタT3：ST3、電解質製剤 / ソルコーテフ：副腎皮質ホルモン製剤、抗ショック作用

〔タ〕タチオン：肝疾患治療薬

〔テ〕DOA：カタボンHi、心不全用強心剤 / DOB：ドブトレックス、心不全用強心剤 / 5%TZ液：5%グルコースと同じ

〔ト〕トランサミン：止血剤 / トリパレン1号：輸液用製剤 / トリパレン2号：輸液用製剤

〔ハ〕パンスポリン：抗生物質(セフェム系) / パンコマイシン：抗生物質、MRSA特効薬

〔ヒ〕ピタメジン：総合ビタミン剤 / VitC：ピタC, ビタミンC製剤 / ビソルボン：粘液調整剤 / 人赤血球濃厚液：CRC, MAP、成分輸血製剤 / PGE1：プロスタグランジン製剤、末梢血管拡張作用、血小板凝集抑制作用

〔フ〕プラスマネートカッター：加熱人血漿蛋白、アルブミン製剤、出血性ショック / フィブログロミンP：止血剤、乾燥濃縮人血液凝固第 因子

〔ホ〕ポタコールR：電解質補液

〔ミ〕ミラクリッド：急性循環不全治療薬

〔モ〕モーラス：消炎・鎮痛パップ剤

〔ラ〕ラシックス：利尿剤 / ラクツロース：高アンモニア血症治療薬

〔レ〕レペタン：非麻薬性鎮痛薬

〔ロ〕ロヒプノール：催眠・鎮静薬

3 行われた検査(血液凝固検査は末尾にまとめ、他はアイウエオ順です。数字は基準値です。)

アミラーゼAmy：65 - 160、急性腹症、急性膵炎で高値

アルブミンAlb：3.8 - 5.1、重症肝疾患で低値

アルカリホスファターゼALP：90 - 298、肝疾患で上昇

アンモニアNH3：25 - 75、高度の肝障害で高アンモニア血症となる

過剰塩基BE：-2 > 代謝性アシドーシス、+2 < 代謝性アルカローシス

カリウムK：3.3 - 4.8、利尿剤の長期投与で低値

カルシウムCa：8.2 - 10.2、ビタミンD不足、腎不全等で低値

- GTP：80以下、肝障害で上昇

クレアチニンCr：0.6 - 1.2、腎機能障害の指標

クロルCl：98 - 108、消化液喪失等で低値

クレアチンキナーゼCK：32 - 180、組織細胞障害を反映

血糖値BS：75 - 116、ショックで高値  
 血小板Plt：13 - 15、大量出血・保存血大量輸血等で低値  
 コリンエステラーゼChe：185 - 431、肝実質細胞の機能障害によく反応し低値  
 酸素飽和度SaO<sub>2</sub>：94 - 97、酸化ヘモグロビンの割合を示す。増減の程度は、動脈血酸素分圧と常に一致するわけではない。  
 GOT (AST)：12 - 33、肝細胞障害で上昇する酵素  
 GPT (ALT)：5 - 35、肝細胞障害で上昇する酵素  
 C反応性蛋白CRP：0・0 - 0・3、代表的な急性相反応物質で炎症性疾患や体内組織の壊死がある場合に著しい増加。  
 赤血球RBC：410 - 550、大量出血等で低値  
 総蛋白TP：6・7 - 8・3、急性肝障害、大量出血で低値  
 総ビリルビンT-Bil：0・2 - 1・2、黄疸の診断  
 炭酸水素HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>：22 - 26、代謝性因子の代表  
 直接ビリルビンD-Bil：0・0 - 0・2、黄疸の鑑別、診断  
 中心静脈圧CVP：4 - 8、ショック又は循環血液量不足で低値  
 鉄Fe：54 - 181、大量出血等で低値  
 動脈血酸素分圧PaO<sub>2</sub>：80 - 100、呼吸障害の有無、程度を知る第一の指標。60以下は呼吸不全  
 動脈血二酸化炭素分圧PaCO<sub>2</sub>：35 - 45、呼吸障害の存在・程度を知る。  
 ナトリウムNa：135 - 147、浮腫、利尿剤投与で低値  
 尿素窒素BUN：8 - 23、腎機能の指標  
 乳酸脱水素酵素LDH：275 - 512、心疾患、肝疾患等で高値  
 白血球WBC：4 - 9、感染症で高値  
 プロトロンビン時間PT：9・5 - 12・5秒 / 70 - 100%、血液凝固検査の基本。重症肝障害、線溶亢進、DICで延長（時間増え%下がる）  
 ペーハーpH：7・35 - 7・45、酸塩基平衡の指標。  
 ヘモグロビンHb：14 - 17、大量出血等で低値  
 ヘマクリット値Hct：40 - 48、大量出血等で低値  
 （血液凝固検査）  
 PT：プロトロンビン時間、上記のとおり。  
 APT：25・0 - 40・0秒、活性化部分トロンボプラスチン時間。凝固活性を総合的に指標。10

秒以上延長すれば異常。  
 ヘパプラ（ヘパプラスチンテスト）：70 - 130%、肝障害によって合成低下の起こる凝固因子の総合的な検査法。  
 AT：75 - 138%、代表的な血液凝固阻止因子  
 TAT：3・0以下、血中TATの上昇は凝固系亢進の指標。  
 D-ダイマー：1・0以下、D-ダイマーの検出は二次線溶の亢進を意味し、DIC、各種血栓性疾患で高値を示す。  
 FDP：10以下、生体内の線溶現象の発生を把握する。DIC、手術後感染症等で上昇。

#### ICU記録

ICU記録は、1日を3つに分け、0時～8時、8時～16時、16時～24時で各1枚ずつの紙に症状・処置等を記録していくものです。1枚は縦49・5cm、横24・4cmの縦長の紙で、上から「意識レベル」「人工呼吸・酸素吸入設定条件等」「血圧・脈拍・呼吸・体温等グラフ」「輸血・輸液」「出血量・尿」「瞳孔・頭痛・嘔吐・痙攣・麻痺・離握手反応」「呼名反応」「検査値」「薬剤・処置」「所見・看護記録」等の各記入欄を設け、1時間毎の枠を設け経時的に記録しています。「所見・看護記録欄」が詳細で判りやすいので（多くの人が交替で担当するので、次の人が今の状態をすぐに理解できるようにそうするそうです。）、「所見・看護記録」を転記します。「所見・看護記録」で「薬剤・処置」を引用している分は引用箇所も記します。体温・血圧・呼吸数・心拍数のいわゆる生命兆候は1時間ないし2時間毎の計測でグラフにしていますので、それも転記します。毎日9時の欄にその日の各検査値が記載していますので、それは記載丁の冒頭に転記します。他時間の検査値記載はその時間欄に記載します。その他の欄は重要と思う記載を転記します。コメントを〔 〕内に記載します。英語は原則として訳して

（2 - 39）

〔 ICU記録の各丁は、時間と逆に綴られています。一枚を書き終わると、新しい用紙をその上に重ねて記録を続けるものと思います。〕

97・4・21

帰室時〔下線は私〕

ペーハー7・425 動脈血二酸化炭素分圧38・8  
 動脈血酸素分圧151・6 炭酸水素25・4  
 過剰塩基1・7 ヘモグロビン5・8 酸素飽和度99・0  
ヘマクリット値17・1 ナトリウム132・2  
 カリウム3・37 カルシウム0・88  
血糖値169

迅速仮報告〔下線は私〕

白血球 1・4 赤血球 2 1 9 ヘモグロビン 6・4  
ヘマクリット値 1 9・5 血小板 1・6 総蛋白 3  
・1 総ビリルビン 1・7 G A T 7 2 G P T 4  
8 尿素窒素 7 クレアチニン 0・4 ナトリウム  
1 3 5 カリウム 3・4 クロル 1 0 4 カルシウム  
6・4 アミラーゼ 1 2 9 クレアチンキナーゼ  
1 5 4 血糖値 1 7 9

〔下線の値は大量出血を示す〕

2 1 時 ~ 2 2 時

2 1 時 2 5 分 帰室。挿管のまま未覚醒にて帰室。  
血圧 1 3 0 / 1 0 0、心拍数 7 4。両肺全体的にエ  
ア入り弱い。手術室より D O B 持続点滴されていた  
が D O A へ変更。(利尿もかねて) 体温 3 3・0 代  
と低い。保温す。四肢の冷感チアノーゼなし。足背  
へ触知可。上記呼吸器設定にて動脈血酸素分圧 1 5  
0 代と良好。胸腔ドレーン空気漏れなし。ドレーン  
すべて 1 0 cm にて吸引す。帰室時、体温 3 3・1 °  
C と M 3 7・7 °C [M は毛布の意味か?] 血圧  
1 3 0 / 1 0 0 心拍数 7 4 [呼吸は人工呼吸]。  
2 2 時、体温 M 3 7・2 °C 血圧 1 1 0 / 9 0  
心拍数 7 4

〔「肺エア入り弱い」は呼吸が弱いこと。聴診器で  
両肺の各所の音を聴き、確認する。ここは麻酔が効  
いているため。〕

2 2 時 ~ 2 3 時

肝切離面等ドレーンより出血多い。血性様。人赤血  
球濃厚液、新鮮凍結血漿持続点滴する。モニター上  
血圧低下。実測 7 0 代へ。医師報告。下肢アップ。  
血圧測定不可。モニター上 3 0 代。全血ポンピング  
す。上記カテコラミン点滴変更す。徐々に血圧上昇  
あり。実測 1 5 0 / 1 0 0 と あり。顔面蒼白、口  
唇チアノーゼあり。

〔カテコラミン点滴：D O A のこと、手術時大量出  
血に対する処置。ノチアノーゼ：出血性ショックの  
兆候〕

2 3 時 ~ 2 4 時

出血多く、輸血点滴するもその分出血あり。止血目  
的にてアンギオ室〔血管造影室〕へ。(2 3 時 5 分)  
(2 - 3 8)

4 月 2 1 日 分 I C U 指示票 指示医 TH

〔医師の指示内容、実施者、使用材料・器具等を記  
載したもの。指示内容は上の医師が決めて、指示票  
を TH 医師が記載していると思う。(輸液・側管) 欄、  
(静注・筋注・皮下注) 欄、(保存血・濃厚血・新  
鮮血・生血・凍結人血漿・濃縮血小板) 欄、(処置  
・継続的指示事項) 欄を転記する。〕

ポタコール R 5 0 0、アドナ (1 0 0) 1 A、  
S N M C 2 A、アデラピン 2 A、Z a n t a  
c 1 A (5 0 ml / 時)

ソリタ T 1 5 0 0 ピタメジン 1 V V i  
t c 5 0 0 (5 0 ml / 時)

) F O Y 1 0 0 0 mg / 5 % T Z 2 5 0

パンスポリン 1 g / S a キット H

M / E ビソルボン 1 A

ミラクリッド 1 5 万単位

・新鮮凍結人血漿 1 5 ml / 時 持続

・人赤血球濃厚液 5 0 ml / 時 持続

) カタボン H i (6 0 0 μ g) / 2 0 0 ml 6 ml  
/ 時 (6 )

レペタン 1 / 2 A

(2 - 3 7)

9 7・4・2 2

血管造影帰室時

ペーハー 7・4 3 4 動脈血二酸化炭素分圧 3 9・

7 動脈血酸素分圧 1 4 5・0 炭酸水素 2 6・6

過剰塩基 2・9 ヘモグロビン 7・5 酸素飽和度

9 8・9 ヘマクリット値 2 2・1 ナトリウム 1

2 6・6 カリウム 3・3 5 カルシウム 0・7 6

血糖値 1 3 9

迅速仮報告

白血球 2・7 赤血球 2 6 8 ヘモグロビン 8・0

ヘマクリット値 2 4・1 血小板 1・7 総蛋白 4

・4 総ビリルビン 2・8 G O T 1 0 2 G P T

5 2 尿素窒素 9 クレアチニン 0・5 ナトリウム

1 3 5 カリウム 3・5 クロル 1 0 1

0 時 ~ 1 時

0 時 2 5 分 アンギオより帰室す。血圧 1 3 0 代、心  
拍数 8 5。未覚醒にて帰室。アンギオで止血施行し  
てくるも肝切離面ドレーン血性のもの流出している。  
四肢冷感ないが低体温にて保温する。全血、新鮮凍  
結血漿持続点滴中。両肺エア入り弱いのは同様。帰  
室時、体温 3 4・4 °C 血圧 1 3 0 / 9 0 心拍  
数 8 5。1 時、体温 3 4・4 °C [M 3 8 °C の記  
載もある。M は測定場所が違うのかも知れない。]

血圧 1 7 0 / 9 7 心拍数 7 9 [肝切離面ドレーン  
血性流出：腹腔内貯留又は出血継続]

1 時 ~ 2 時

血圧上昇あり。自発開眼みられ覚醒する。手術おわ  
った事説明し、患者うなづきあり。本日はかるくセ  
デーション〔鎮静〕下にて呼吸管理するとの事。1  
時 2 5 分、鎮静 5 ml / 時開始。肝切離面ドレーンよ  
り凝塊〔ゾルが凝固してできる軟らかで硬化してい  
ない不溶性の塊〕流出あり。アンギオ施行部出血な  
し。両足背動脈微弱、上腕動脈もふれにくい。2 時、  
体温 M 3 6・8 °C 血圧 1 3 0 / [下記記載なし]

心拍数 8 5

2 時 ~ 3 時

血圧 1 3 0 代あり。四肢動かしている。安静必要に  
て x x 医師鎮静薬投与指示あり。軽く抑制する。肝

切離面出血みられる。血性様。胸部ドレーン、エア漏れなし。創部ガーゼ上出血少量あり。マーキングする。2時20分、鎮静5 8ml/時。2時35分、鎮静8 10ml/時。3時、体温35.4°C〔M37.7°C〕 血圧120/なし 心拍数89

3時~4時

オリエンテーション〔説明〕とれる。創痛はないとの事。背部痛あり。かるく体位交換する。自分で下肢動かしている。調節機械換気には同調している。胃留置カテーテルより緑様のもの流出あり。気管：白色のもの少量、鼻腔：透明~白色の痰中等量ひける。4時、体温〔M36.5°C 血圧118/なし 心拍数118

4時 吸入酸素濃度30%

ペーハー7.485 動脈血二酸化炭素分圧30.6 動脈血酸素分圧120.0 炭酸水素23.0 過剰塩基0.6 ヘモグロビン6.0 酸素飽和度98.6 ヘマクリット値17.6 ナトリウム117.1 カリウム3.22 カルシウム0.51 血糖値95

迅速仮報告

白血球2.8 赤血球242 ヘモグロビン7.2 ヘマクリット値21.8 血小板2.1 総蛋白4.4 総ビリルビン4.0 GOT116 GPT59

4時~5時

背部痛訴えあり。モース1枚貼用す。鎮静剤点滴中も効果少なめ。TH医師報告、鎮静剤10 15施行す。迅速仮報告〔検査値の迅速報告〕上ヘモグロビン7.0と低下あり。全血点滴中。4時35分、鎮静10 15。4時30分、体温〔M36.5°C〕 血圧110/なし〔ヘモグロビン低下・貧血状態〕

5時~6時

左肩~背部痛あり。モース貼用する。尿流出poor〔乏しい〕へ。中心静脈圧の変動はなし。鎮静剤増量後も入眠せず。6時、体温〔M38.0°C〕 血圧105/60

心拍数105

6時~7時

血圧120代と低下なし。7時、体温37.0°C〔M36.5°C〕 血圧110/55 心拍数99

6時40分 吸入酸素濃度30%

ペーハー7.493 動脈血二酸化炭素分圧31.6 動脈血酸素分圧123.6 炭酸水素24.2 過剰塩基1.9 ヘモグロビン6.5 酸素飽和度98.7 ヘマクリット値19.1 ナトリウム133.0 カリウム4.14 カルシウム0.88 血糖値97

7時~8時

体温37.0代へ。四肢軽度冷感あり。尿流出乏しい、比重高値にてプラズマ〔ネートカッター：加熱人血漿蛋白〕にて負荷開始。胸部ドレーン、肝切離面ドレーン挿入部ガーゼ上出血あり。ガーゼ交換す。ケア後、両肺エア入り変わりなし。動脈血酸素飽和度100%。気管：淡茶色の痰中等量。汚い為ネプライザーの指示あり。〔プラズマネートカッター負荷：出血性ショックにより腎機能がうまくいっていない。/汚い：黄白色のきれいな痰でない、血が混じった茶色とか緑膿菌で緑色とかの痰〕

(2-36)

97.4.22

9時30分 吸入酸素濃度30%

ペーハー7.473 動脈血二酸化炭素分圧34.5 動脈血酸素分圧133.1 炭酸水素25.2 過剰塩基2.4 ヘモグロビン6.0 酸素飽和度98.8 ヘマクリット値17.6 ナトリウム131.2 カリウム3.48 カルシウム0.80 /0/89 血糖値88

迅速仮報告〔下線は私〕

白血球4.6 赤血球242 ヘモグロビン7.3 ヘマクリット値21.7 血小板3.5 総蛋白4.1 アルブミン2.6 総ビリルビン4.4 直接ビリルビン1.1

GOT72 GPT130 乳酸脱水素酵素732

尿素窒素14 クレアチニン0.9 ナトリウム138 カリウム4.1 クロル101 カルシウム7.1 鉄147 アミラーゼ1773 クレアチンキナーゼ546 C反応性蛋白3.2 血糖値103 プロトロンビン時間15.8秒/45%

〔下線の値は重篤な肝障害が発生していることを示している。又、このICU記録には記載されていないが、医師作成カルテの方に迅速仮報告書が綴じられてあり、そこにコリンエステラーゼ125、アンモニア107とある。〕

〔血液検査報告書(1-105)中の凝固欄を転記する。迅速仮報告書には記載されていない。凝固線溶系に異常が生じていることを示す値である。PT15.8/45%、APT33.0、ヘパブラ45%、AT58%、TAT329、D-ダイマー32.9、FDP8.2〕

8時~9時

鎮静剤投与中にて調節機械換気同調する。ドレーンより淡血性~血性の排液。胸部ドレーン漏れみられず。吻合部ドレーン、ドレーン内少し凝塊あり。流出7時~みられず。8時30分、体温36.0°C〔M36.7°C〕 血圧110/66 呼吸数10〔人工呼吸器の設定呼吸数〕 心拍数90

9時~10時

全血点滴中もフィルターつまりあり。残少量の為。ハキレ新しい全血点滴する。S-C(吸引)時ブッキングみられず。自己換気量200~300mlあり。肺エア入り全体に弱めも肺雑音なし。10時、体温36.8°C [M36.9°C] 血圧117/65 呼吸数11

心拍数90

10時~11時

尿流出上昇みられる。中心静脈圧0~1と低値変わらず。心拍数80~90代で横行。BB時仙骨部発赤あり。11時、体温36.6°C [M37.1°C] 血圧120/680 呼吸数10 心拍数79 [尿流出上昇:腎機能回復]

11時~12時

X線写真、胸部異常なし、腹部異常なし。尿流出乏しいにて、ラシックス(利尿剤)施行する。x×医師、右フェモラル(未説明)の動脈シース抜去し圧迫止血中。12時、体温[M36.9°C] 血圧110/65 呼吸数10 心拍数81

12時~13時

血圧、モニター上80代も、実測では120代保持しているので様子みる。手指冷感あり。動脈触知あまり良くない。13時、体温36.5°C [M37.0°C] 血圧120/60 呼吸数10 心拍数82 [手指冷感・動脈触知不良:血液循環が良くない。]

迅速仮報告 肝切離面ドレーン

白血球2.1 赤血球197 ヘモグロビン6.1  
ヘマクリット値17.8 血小板3.9 [肝切離面ドレーンからの排液中の血液成分を検査したものである。]

13時~14時

体動時々あるが調節機械換気同調しファイティングなく様子みる。切離面ドレーンの排液迅速仮報告提出する。ヘモグロビン6.3と血液に近い排液も排液減少し少量のみの為問題ないとのこと。吸引しても痰なし。[切離面ドレーン排液血液に近い:新しい出血が続いているということ。/「...とのこと」:医者の発言/ファイティング:人工呼吸器の設定に合わないこと]

14時~15時

末梢冷感あり、爪床チアノーゼあり、眼瞼結膜貧血(蒼白)あり。動脈シース抜去部止血されている様子。グル音微弱。15時、体温37.2°C [M37.8°C] 血圧150/70 呼吸数10 心拍数95 [眼瞼結膜貧血:眼瞼の裏が白。末梢循環がよくない。/グル音:腹鳴。腸の蠕動音]

14時20分 吸入酸素濃度30%

ペーハー7.492 動脈血二酸化炭素分圧34.6 動脈血酸素分圧122.5 炭酸水素26.5

過剰塩基3.9 ヘモグロビン6.3 酸素飽和度98.7  
ヘマクリット値18.5 ナトリウム133.4  
カリウム3.61 カルシウム0.82 / 0.85 血糖値90

15時~16時

吸引時顔しかめる。口より淡緑黄色の排液吸引する。消化液か?血圧上昇あり。尿流出再び低下する。水分バランス+亢進するも中心静脈圧0横行中。

(2-35)

97.4.22

迅速仮報告(下線は私)

白血球2.2 赤血球232 ヘモグロビン6.9  
ヘマクリット値20. 血小板5.0 総蛋白4.6  
総ビリルビン3.0 GOT1488 GP  
T [数値なし] 尿素窒素17 クレアチニン0.9  
ナトリウム138 カリウム3.9 クロル100  
カルシウム7.3 アミラーゼ1070 クレアチンキナーゼ780 血糖値98

吸入酸素濃度30%

ペーハー7.473 動脈血二酸化炭素分圧34.9  
動脈血酸素分圧124.1 炭酸水素25.5

過剰塩基2.7 ヘモグロビン6.0 酸素飽和度98.7  
ヘマクリット値17.6 ナトリウム137.1  
カリウム3.69 カルシウム0.98  
血糖値 [数値なし]

16時~17時

x×医師診察あり。創部上層への出血みられ、包交(包帯交換)するも出血少量。仙骨部デュオアクティブ貼布シアクトン施行する。X線写真かわらず。17時、体温37.4°C 血圧110/82 呼吸数10 心拍数90 [16時からアンスロンピンを投与。DIC等でAT が70%以下に低下した時に使用]

17時~18時

ヘモグロビン低下あり。肝切離面をカテーテルチップにて吸引してみる。明らかな出血なし。全血点滴増量し様子みる。ステロイド使用、ソルコーテフ点滴す。[ヘモグロビン6.0:貧血の進行/ソルコーテフ点滴:ショックが発生していること。予防では使わない。]

18時~19時

家族面会。NM 医師動脈シース部止血確認。体位交換OKと。動脈血酸素飽和度100%保持。19時、体温36.9°C 血圧125/87 呼吸数10 心拍数89

19時~20時

軽く体位交換す。モニター上著変なし。吸引するも痰ほとんどひけず。動脈血酸素飽和度低下なし。水分バランス+1200代も中心静脈圧上昇なし。

20時~21時

ドレーン類著明な上昇なし。21時、体温36.5°C 血圧135/80 呼吸数10 心拍数96  
21時~22時

体温36.0~37.0。抗生剤2剤使用。

22時~23時

22時、アミノレバン50ml/時。血液化学検査上ヘモグロビン上昇ならず。全血増量す。40へ。尿流出良好も輸血大量使用にてラシックス〔利尿剤〕使用。22時20分、ラシックス1/3A。23時、体温37.1°C 血圧150/105 呼吸数10 心拍数90〔貧血状態継続/アミノレバン：肝性脳症に対して〕

22時20分 アストラランカ

ペーハー7.477 動脈血二酸化炭素分圧38.3 動脈血酸素分圧122.2 炭酸水素28.3 過剰塩基5.3 ヘモグロビン6.1 酸素飽和度98.6 ヘマクリット値17.6 ナトリウム130.8 カリウム3.28 カルシウム0.85 血糖値91

23時~24時

全血持続点滴す。水分バランス+2000代、中心静脈圧かわらず。動脈圧酸素飽和度100%。吸引するも痰まったくひけない。

(2-34)

97.4.23

0時~1時

モニター上著変なし。1時、体温37.0°C 血圧105/77 呼吸数10 心拍数107

1時~2時

水分バランス+2000代へ、中心静脈圧やや上昇4まで。正中創 血 ののみ している。ガーゼにて保護す。胸部ドレーンまだ鮮血のもの。ラシックスの反応にて尿OK。〔胸部ドレーン鮮血のもの：新しい出血の継続。古い出血は赤黒くなる。/ラシックス反応：水分バランス+のため、利尿剤で水分排出を促す。〕

2時~3時

ドレーン類増量なし。血圧低めながらも安定中。〔別欄に酸素飽和度94%の記載〕3時、体温37.2°C 血圧100/80 呼吸数10 心拍数99

3時~4時

血圧100代も脈圧ない。覚醒したのか。バンキングあり。ふるえもみられる。肝切離面からの出血上昇。コアグラ〔凝塊〕暗血性のもの。NM 医師呼出し。出血は様子みると。水分バランス+にてラシックス。鎮静のためドルミカム静脈注射す。〔凝塊、暗血性：古い出血〕

4時~5時

肝切離面暗血性のドロドロしたもの流出中。凝塊あり。ドレーン内少し を流出させる。流出減少も

多い。胸部ドレーン血性のさらさらしたもの流出量増える。血圧触診できず。NM 医師呼び出す。4時30分、DOA5 10、アネモネート1A、全血フラッシュ滴下増量する。鎮静剤投与を行ったため血圧低下か？4時30分、人工呼吸器オフ、酸素吸入5ℓ・Tピース。35分、血圧130代へ上昇。40分、DOA10 5へ。鎮静オフ。5時、DOA5 3。5時、体温37.2°C 血圧205/140 呼吸数15 心拍数99〔Tピース：酸素吸入の接続管〕

5時~6時

覚醒のためか血圧上昇。FDT1枚はり、アダラートも使用す。鎮静目的にてドルミカム使用。覚醒す。体動あり。呼び掛けにコンタクトしっかりとれる。

6時、血圧180/130。

6時~7時

ドルミカム使用後にて覚醒なしもモーニングケア時もバンキングなし。7時、体温37.3°C 血圧155/110 呼吸数12 心拍数98

7時~8時

水分バランス+2500も中心静脈圧1。尿流出問題なし。出血少量もこいものなり。〔入りが多いのに、血管内に維持されず、血管内は脱水状態である。身体(サードスペース)に溜まっているか、腹腔内に溜まっているか。+2500はすごい量。中心静脈圧は通常4~8〕

(2-33)

4月22日分ICU指示票。指示医・人赤血球濃厚液まで代xx(代々の意味か)、プラズマネートカッターまでTH、アミノレバンはxx〔2-34と綴りが逆か〕

(メイン)

ポタコールR 500, SNMC 2A, タチオン 1A, アデラピン 1A, アドナ(100), トランサミン 1A, Zantac 1A (50ml/時)

ST3 500, ビタメジン 1V, ビタC 500 (50ml/時)

ポタコール500, SNMC 2A, Zantac 1A, アデラピン 1A (50ml/時)

・カタボンHi(600μg) 5

パンスポリン1g/Sa1000キット

FOY 1000mg/5%TZ250 (10ml/時)

ロヒブノール5A+Sa1000ml×4

M/E ビソルボン 1A

ミラクリッド 15万単位

・アンスロピン 3V/1時

・新鮮凍結人血漿 30ml/時 持続

・人赤血球濃厚液(CRC) 50ml/時 持続

・人赤血球濃厚液 (MAP)  
M/E カルベニン 0.5 / SaキットH  
ソルコーテフ 1000mg / 生理食塩水 100  
プラズマネートカッター 500ml x 2 (50  
ml / 時)  
点眼3本 アサ ユウ  
11時10分動脈シース抜去 18時まで砂のう圧  
迫。体位交換軽くOK。  
アミノレバン 500 (50ml / 時)  
(2-32)  
〔貼付されたモニター画面写しの心電図が、高い山  
から下った線がそのまま下に直線的に降りて高い山  
と同じ鋭角の溝を描いて低い山に続いている。〕  
9時30分 5ℓ Tピース  
ペーハー7.438 動脈血二酸化炭素分圧46.0  
動脈血酸素分圧176.9 炭酸水素31.1  
過剰塩基7.0 ヘモグロビン7.6 ヘマクリッ  
ト値22.4 ナトリウム133.4 カリウム3  
.42 カルシウム0.94 酸素飽和度99.2  
97.4.23  
8時~9時  
意識20~30。中心静脈圧低値のまま。ガル音〔腹  
鳴〕きこえず。9時、体温36.4℃ 血圧12  
0/80 呼吸数21 心拍数95  
9時~10時  
呼吸、吸気エア入りOK。呼気時、ブー音軽度聴取  
できる。四肢浮腫あり、末梢冷感なし、血液ガス検  
査OK。胸部X線：胸腔ドレーン深い、2横指〔分〕  
深いが明日まで様子みる、左拡張が今ひとつなので、  
タッピング指示。〔ブー音：痰が溜まっているよ  
うな音 / タッピング：背中を叩いて痰を出しやすく  
すること〕  
10時~11時  
尿流出不良33ml / 時にて、ラシックス負荷する。  
正中創より出血あり(血性)。胸腔ドレーンよりか  
ら淡血性汚染あり。右ソケイ部出血プラスマイナス。  
足背動脈触知OK。11時、体温36.7℃ 血  
圧140/100 呼吸数17.5 心拍数90〔正  
中創出血：お腹に血が溜まり滲み出ていること。/  
右ソケイ部：TAE〕  
11時~12時  
DOA5にて血圧140/100上昇傾向。心拍数  
90~100代。不整脈なし。ラシックス負荷今ひ  
とつである。腹部膨満気味、腹壁緊張なし、ガル音  
微弱なり。左大腿 側に皮下に出血斑あり。12時、  
血圧140/95 心拍数101  
12時~13時  
血圧140~94mm Hg。吻合部、肝切離面ドレーン  
血性ややドロドロした排液なり。正中創ガーゼ上出  
血あり。13時、体温37.0℃ 血圧135/

100 呼吸数16 心拍数95  
迅速仮報告〔下線は私〕  
総蛋白5.4 アルブミン3.3 総ビリルビン3  
.7 直接ビリルビン0.7 GOT3354 G  
PT3255 乳酸脱水素酵素10710 アルカ  
リホスフォスターゼ737 -GTP20 尿素  
窒素23 クレアチニン1.1 ナトリウム140  
カリウム3.8 クロル99 カルシウム7.6  
アミラーゼ893 クレアチンキナーゼ1248  
C反応性蛋白12.0 血糖値108 アンモニア  
59 白血球5.7 赤血球278 ヘモグロビン  
8.5 ヘマクリット値25.2 血小板4.2  
プロトロンビン時間14.2秒/55%〔下線は重  
篤な肝障害を示す。〕  
〔4月23日分血液検査報告書(1-106)中の  
凝固欄。PT14.2/55%、APT28.0、  
ヘパブラ64%、AT 103%、TAT4.3、  
D-ダイマー3.9〕  
13時~14時  
血圧136/100、心拍数100~110。正中  
創ガーゼ上層まで淡血性汚染あり。軽く左膝立てたり  
みけんにしわがよったりしている。(腹痛なし、  
下肢痛なし)各ドレーンより流出少量である。胸腔  
ドレーンより呼吸性移 少しみられる(血性)。吸  
引にて黄色痰2回に分けて引けるが、咳嗽反射がみ  
られず。  
14時~15時  
心拍数100~110。深大性呼吸であり呼吸回数  
減っている。15時、体温37.4℃ 血圧14  
5/97 呼吸数12 心拍数100〔深大性呼吸  
・呼吸回数減少：呼吸状態の悪化〕  
15時~16時  
挿管チューブより痰引けず。多少咳嗽反射みられる。  
ガル音きかれない。正中創、痰血性で上層まで汚染  
にて包交〔包帯交換〕する。胸腔ドレーンより血性  
サラットルート内にあり。吻合部より85ml / 2時  
間で流出みられるが、血圧変化なし。(やや弱いド  
ロドロした排液)右ソケイ部からカットバンに血性  
汚染ジワジワみられる。  
(2-31)  
97.4.23  
16時~17時  
正中創より出血ジワジワ続いているため2針ナート  
〔縫う〕する。動脈シース抜去部からも出血。15  
分圧迫止血後圧迫固定する。17時、体温37.2  
℃ 血圧143/85 呼吸数9 心拍数106  
17時~18時  
尿50~60ml / 時。水分バランスプラス亢進も中  
心静脈圧低めに経過。  
18時~19時

呼吸、20前後/分、規則的。動脈血酸素飽和度100%で経過中。19時、体温36.6°C 血圧130/105 呼吸数10 心拍数104

19時~20時

尿90ml/2時間と不良にてラシックス1A+す。正中創ジワジワ出血あり。ドレーンからも流出中。〔出血継続〕

20時~21時

心拍数140代まで上昇。血圧も触知あまりできない。上肢のふるえあるが呼名に対しうなづきあり。呼吸数増加、R音はなく、寒気もなし。〔20時30分、心拍数146、呼吸数22〕××医師呼出し。動脈ライン採血施行。血液ガス上特に問題なく呼吸も落ち着いてきたため何もせず様子観察とのこと。

21時、体温37.7°C 血圧140/97 呼吸数10 心拍数127

20時40分 酸素5ℓ

ペーハー7.489 動脈血二酸化炭素分圧38.2 動脈血酸素分圧106.6 炭酸水素29.0 過剰塩基6.2 ヘモグロビン7.7 酸素飽和度98.2 ヘマクリット値22.6 ナトリウム124.6 カリウム3.35 カルシウム0.63 血糖値75

21時~22時

その後心拍数120代も呼吸数低下あり。血圧も落ち着いてきている。胸腔ドレーンからの流出は特に変わらず。血性のもの多め。肝切離面からの流出は少量のみ。

22時~23時

モニター上著変なし。尿流出不良。23時、体温38.2°C 血圧145/105 呼吸数10 心拍数116

23時~24時

尿70/2時間にて指示票に基づきラシックス1A行う。体温38.0°C台まで上昇あり。〔38.2°C〕体熱感著明。クーリング施行す。正中創よりG汚染あり。23時50分、塩酸モルヒネ〔麻薬〕5mg+生理食塩水4.5〔塩酸モルヒネ：人工呼吸器に合わせるため鎮静させる。/クーリング：氷嚢・アイスノンで冷やすこと〕

(2-30)

4月23日分ICU指示票。指示医××。10時ラシックス以下はNM

(IVH)

ポタコールR 500, SNMC 2A, アデラピン 1A, アドナ(100), トランサミン S 1A, Zantac 1A (50ml/時) ソリタT3 500, ビタメジン 1A, ビタC 500 (50ml/時)

ポタコール500, SNMC 2A, Zantac

c 1A, アデラピン 1A (50ml/時)

側)パンスポリン1g/生理食塩水100

カルベニン 0.5g/生理食塩水100

(IVH)

B カタボンHi 600mg (5ml/時) 35

末左 FOY 1000mg/5%TZ250 (10ml/時)

M/E ビソルボン 1A

ミラクリッド 15万単位

アンスロピン 3V/1時

・新鮮凍結人血漿 40ml/時 持続

・人赤血球濃厚液(MAP)+AB(200) 50ml/時

FDT 1枚/24時間

10時、ラシックス8mg静脈注射。14時30分、ラシックス6mg静脈注射。

尿量 2時間~120ml以下の時ラシックス1/3A(ラシックス1A+生理食塩水8ml、全体9ml) 体動時 塩酸モルヒネ1A/10ml 3ml管注。(2-29)

97.4.24

0時~1時

NM 医師診察あり。正中創より出血あること報告。ガーゼ交換施行。1時、体温37.6°C 血圧140/90 呼吸数9 心拍数105

1時~2時

塩酸モルヒネ使用後入眠様。体位交換時も苦痛表情なくなる。ドレーン流出ペース同様。尿流出少なくラシックス再度静脈注射す。

2時~3時

時折体動ある。呼名にて反応あるも混濁。3時、体温37.7°C 血圧155/115 呼吸数11

心拍数106

3時~4時

吻合部ドレーン流出同様に淡血性になってきている。四肢冷感あり。体温上昇変わりに。尿流出異常なし。〔四肢冷感：末梢循環不全〕

4時~5時

モニター上著変なし。入眠している。5時、体温37.6°C 血圧153/105 呼吸数15 心拍数116

5時~6時

尿流出少なく、ラシックス行う。覚醒傾向あり。呼名に反応ありもすぐ閉眼。苦痛表情なし。正中創ジワジワ出血している。血圧150代あり。FDT交換す。

6時~7時

動脈酸素飽和度100%。吸引ほとんどひけず。7時、体温37.8°C 血圧152/110 呼吸

数 16 心拍数〔記載なし〕

7時～8時

正中創より出血あり。当直医呼出しGW行う。水分バランス+2200、中心静脈圧変化なし。手背浮腫軽度。ドレーン流出少量ずつとなる。〔水分バランス+2200、中心静脈圧0：腹部・サードスペースに水分が溜まり、血管内の水分が足りず、ショック症状。ノ手背浮腫：体内に溜まっていた水分が外側に出てきた。〕

(2-28)

97・4・24

9時20分 Tピース酸素5ℓ

ペーハー7・470 動脈血二酸化炭素分圧42・9 動脈血酸素分圧90・0 炭酸水素31・2 過剰塩基7・8 ヘモグロビン8・2 酸素飽和度97・3 ヘマクリット値24・1 ナトリウム132・6 カリウム3・39 カルシウム0・86 血糖値79

迅速仮報告

総蛋白5・6 アルブミン3・3 総ビリルビン4・8 直接ビリルビン1・3 GOT1094 GPT〔記載なし〕 乳酸脱水素酵素〔記載なし〕 アルカリホスファターゼ634 -GTP29 コリンエステラーゼ187 尿素窒素30 クレアチニン0・9 ナトリウム136 カリウム3・5 クロル92 カルシウム7・5 鉄93 アミラーゼ540 クレアチンキナーゼ923 C反応性蛋白14・9 血糖値265 白血球6・5 赤血球287 ヘモグロビン8・8 ヘマクリット値26・2 血小板3・1 プロトロンビン時間12・7秒/70%

〔4月24日分血液検査報告書(1-106)中の凝固欄。PT12・7/70%、APT25・1、AT 124%、FDP10・9〕

8時～9時

正中創から淡血性ガーゼ汚染あり。胃留置カテーテルより前日より色の变化あり。うす茶赤色。テスラープにて潜血(3+)。肺エア入りまあまあで雑音きかれず。胸腔ドレーンより血性サラッとした感じ、呼吸あり。吻合ドレーンより暗赤色ドロドロツとした感じ。肝離面ドレーンより淡血性サラサラとした感じ。8時45分、体温37・3℃ 血圧150/105 呼吸数12 心拍数95。8時45分、意識レベル20〔この丁以降意識レベルに関する記載がある。肝性脳症の観察と思われる。意識レベル20は、「簡単な命令に応じる。例えば離握手」ノ胃留置カテーテル排液潜血3+：消化管出血ノ腹腔ドレーン血性：出血の継続〕

9時～10時

両大腿に軽度チアノーゼ呈している。末梢冷感あり。

血圧ガス検査にて、動脈酸素分圧90・0(前日より低下)、血糖値79。気管チューブより黄色粘稠カスカスしたものの少量。口腔より淡茶赤色粘稠1ヶかたまりで吸引できる。胸部X線写真、昨日より肺うっ血様あり、胸水なし。腹部X線写真、問題なし。9時30分電気毛布ON。10時、意識レベル30。〔動脈血酸素分圧90・肺うっ血像：肺機能低下〕

10時～11時

ラシックス負荷後、反応良好。ドレーンより刺入部から浸出液ガーゼ汚染あり。腹囲測定。腹囲臍上82・2cm、臍高84cm。右側腹部5cm×3～4cm皮下出血斑あり。左大腿外側部は拡大していない。10時45分、体温37・7℃ 血圧135/100 呼吸数12 心拍数95。11時、意識レベル30。〔右側腹部、左大腿外側部皮下出血斑：出血傾向・血小板3100ノ腹囲測定：腹腔内の血液貯留状態診断〕

11時～12時

腹鳴微弱にあり。体幹後面まで全身へ浮腫増強している。四肢及び爪甲色血色不良にて電気毛布持続中。体温上昇している。クーリング。〔全身浮腫増強：循環不全によりぐーんとむくみが増強〕

12時～13時

尿流出少量、比重上昇なし。心拍数90代サイナスリズム。尿94ml/2時間にてラシックス1/3A施注する。心拍数90代、呼吸10、酸素飽和度99%。13時、体温36・8℃ 血圧150/100 呼吸数16 心拍数95。13時、意識レベル30。

13時～14時

四肢冷感消失したが、浮腫増強。腹痛なし。正中創より上層までガーゼ汚染広がっている。

14時～15時

尿流出不良で、足背浮腫増強している。心拍数80～90、酸素飽和度99%。医師診察指示にてラシックス1/2A施注。意識レベル変化なし。呼名にうなづき開眼する。14時45分、体温37・3℃ 血圧150/95 呼吸数12 心拍数95。15時、意識レベル30。

15時～16時

胃留置カテーテルより流出極少量のみ。四肢温感あるも、電気毛布離れているとチアノーゼ軽度呈する。包交にて正中創+胸腔ドレーンよりガーゼ汚染50g。ラシックス反応良好、160ml/時あり。心拍数90代。左手を胸の方へ動かすため抑制させてもらう。吸引にて痰極少量。口腔内出血なし。酸素飽和度低下あられわれず。〔ガーゼ汚染50g：ドレーンでとりきれず腹腔内にたまり創口から漏れた出血が50gあったということ。〕

(2-27)

97・4・24

16時～17時

呼名に対し半開眼だが反応あり。離握手弱めだがOK。17時、体温35・2℃ 血圧150/95

呼吸数10 心拍数92〔中心静脈圧0で、血管内血液量少ない。〕

17時～18時

肝切離面ドレーンからの流出は黒血性のドロドロしたものの流出、量は少量のみ。吻合部からは血性のサラサラしたものの多量にあり。

18時～19時

電気毛布使用しているためか四肢冷感見られず。尿流出少量にてラシックス使用する。19時、体温36・5℃ 血圧180/115 呼吸数11 心拍数90

19時～20時

ラシックスの反応良好にあり。側臥位にするが”嫌だ”とのことで仰臥位になおす。首を左右に振っており、何か訴えたいのかとの問いに何もないと。

20時～21時

心拍数90代洞調律で経過。21時、体温36・5℃ 血圧200/150 呼吸数15 心拍数95〔洞調律：洞結節からの規則的刺激に従った心臓全体の規則正しい機械的収縮〕

21時～22時

血圧200代まで上昇あり。医師指示にてアダラート使用。その後血圧低下あり。〔21時30分、血圧150/80〕140より低くなったらFDT1枚にするとのこと。〔血圧200代：乏しい血液量で末梢まで血液を行き届かせるため、心臓が血圧を上げる。〕

22時～23時

アダラート舌下後も血圧の著明な低下なし。150代で経過。胃留置カテーテルより緑色のものライン内に見られる。23時、体温36・7℃ 血圧150/95 呼吸数12 心拍数95

23時～24時

尿流出減少あるが、中心静脈圧変わらず。肺エア入り異常なし。胸腔ドレーンからは淡血性のもの少量ずつ流出。

(2-26)

4月24日分ICU指示票。指示医TH医師。

(IVH)

ポタコールR 500, SNMC 2A, アデラピン 1A, アドナ(100), トランサミンS 1A, Zantac 1A (50ml/時)

ソリタT3 500, SNMC 2A, Zantac 1A, アデラピン 2A (50ml/時)

ポタコールR 500, ビタメジン 1V, V

itC 500 (50ml/時)

A側) M/E パンスポリン1g/Sa50

カルベニン 0・5g/Sa50

B カタボンHi 600mg (5ml/時)

末左 FOY 1000mg/5%TZ250 (10ml/時)

M/E ビソルボン 1A

アンスロピン 3V/1時

生理食塩水100ml+ソルコーテフ1000mg

末右 全血 50ml/時 持続

IVH A側)新鮮凍結人血漿 40ml/時 持続

FDT 血圧150 の時 5時と19時

・尿量 2時間～120ml以下の時ラシックス1/3A

・体動時 レペタン1/2A

(2-25)

97・4・25

0時～1時

呼吸数少ないため時折10秒前後無呼吸となってしまう。1時、体温36・7℃ 血圧165/95

呼吸数13 心拍数95

1時～2時

創部ガーゼ上汚染あり。ドレーンからの出血量はあまり変わらず。肝切離面ドレーンはドロドロしている。〔尿比重は正常値であり、腎機能は悪くない。〕

2時～3時

ラシックス反応あり。中心静脈圧低めに経過しているようだが、下肢浮腫強い。3時、体温36・7℃ 血圧165/105 呼吸数18 心拍数94

3時～4時

意識レベル、混濁。輸血持続使用しているが、中心静脈圧低め。呼吸規則的。CO 左右差なし。下肺野まで聴取可能。痰なし。肺雑〔音〕なし。腹部緊満あり。ガーゼ汚染なし。

4時～5時

心拍数90代、洞調律。5時、体温35・9℃

血圧160/100 呼吸数10 心拍数94

5時～6時

肝切離面ドレーンからは少量だがドロドロした黒血色のもの流出あり。吻合部、胸腔ドレーンからの流出は血性～淡血性のものみられる。

6時～7時

気管から粘稠で膿様色の痰少量引ける。口腔からも汚めの痰引かれる。肺エア入り全体的に弱め。7時、体温36・7℃ 血圧160/90 呼吸数15

心拍数97

7時～8時

創部ガーゼ上汚染あり。体位交換のためかドレーンからの流出やや多めも血圧変動なし。左側臥位にすると苦悶表情あり、仰臥位が良いとのこと。

( 2 - 2 4 )

9 7 ・ 4 ・ 2 5

迅速仮報告

白血球 6 ・ 5 赤血球 3 6 5 ヘモグロビン 1 0 ・  
9 ヘマクリット値 3 2 ・ 8 血小板 3 ・ 0 総  
蛋白 6 ・ 6 総ビリルビン 6 ・ 4 直接ビリルビン  
2 ・ 0 GOT 4 5 3

GPT 9 9 7 乳酸脱水素酵素 1 3 7 0 尿素窒素  
3 3 クレアチニン 0 ・ 8 ナトリウム 1 4 4 カ  
リウム 3 ・ 5 クロル 9 8 カルシウム 8 ・ 7 ク  
レアチンキナーゼ 5 2 5 アンモニア 1 1 0 C 反  
応性蛋白 1 6 ・ 5

[ 4 月 2 5 日分血液検査報告書 ( 1 - 1 0 6 ) 中の  
凝固欄。PT 1 3 ・ 6 / 6 0 %、APT 3 5 ・ 1、  
ヘパブラ 1 0 1 %、AT 1 3 3 ]

8 時 ~ 9 時

呼名にしっかりと開眼し、目もと、口もとに表情が  
でる。全身皮下血腫なし、右側腹部、左大腿部のみ。  
拡大はみられず。腹痛なし、肺雑音なし。胸部 X 線  
写真著変なし、腹部 X 線写真著変なし。8 時 1 5 分、  
意識レベル 1 0 又は 2 0。9 時、アミノレバン 5 0  
0 ml ・ 5 0 ml / 時投与開始。[ この丁にも意識レベ  
ルの記載ある。意識レベル 1 0 は「合目的な運動を  
するし言葉も出るが間違いが多い。」 / アミノレバ  
ン投与開始：肝性脳症治療のためである。]

9 時 ~ 1 0 時

深大性呼吸で時々 1 0 秒ほどの無呼吸あり。血圧 1  
7 0 代。吻合部ドレーンより淡血性サラサラした  
もの。肝離面ドレーンより暗赤色ややドロツとした  
もの極少量。胸腔ドレーンより淡赤黄色 ~ サラサラ  
したもの。胃留置カテーテルより肉眼的には淡黄緑  
色であり、ラステープ上潜血 ( 3 + ) である。9 時  
1 5 分、体温 3 6 ・ 5 ° C 血圧 1 7 0 / 1 0 2  
呼吸数 1 4 ( 無呼吸 8 秒 ) 心拍数 8 8。9 時 1 5  
分、意識レベル 2 0。1 0 時、血圧 1 8 0 / 1 0 0  
呼吸数 1 3 ( 無呼吸 1 0 秒 ) 心拍数 9 0 [ 深大性  
呼吸、無呼吸：呼吸状態の悪化 ]

1 0 時 ~ 1 1 時

血圧 1 8 0 ある。頭痛はないと頭をふる。やや顔  
面紅潮している感じ。医師報告にてアダラート 1 /  
2 カプセル舌下。腹囲、臍上 8 4 ・ 0 cm ( + 2 ・ 2  
cm )、最大 8 8 ・ 5 cm ( + 4 ・ 5 cm ) 1 1 時、体温  
3 7 ・ 5 ° C 血圧 1 7 0 / 1 0 0 呼吸数 1 2  
心拍数 9 0。1 1 時、意識レベル 2 0。[ 腹囲 + 4  
・ 5 cm : 腹腔内出血貯留及び浮腫の増強 ]

1 1 時 ~ 1 2 時

血圧 1 7 0 代であまり効果みられず。右下葉に軽度  
呼気時プー音聴取。気管より淡茶黄色粘稠痰 ( 少量 )。  
口腔より淡茶色粘稠痰、2 回にわけてとれるからい  
あり。凝塊なし。四肢冷感なし。両足背浮腫、パン

パンで、圧痕強く残るぐらい。1 2 時、体温 3 6 ・  
6 ° C 血圧 1 7 0 / 9 0 心拍数 9 0

1 2 時 ~ 1 3 時

血圧 1 7 0 代と高いまま、アダラートの効果うすい。  
× × 医師診察。創部正中よりじわじわと出血は続い  
ている。ガーゼ交換 ( 血性 ~ 淡血性 8 3 g あり。 )  
痛みの訴えは聞かれず。1 3 時、体温 3 6 ・ 6 ° C  
血圧 1 6 0 / 1 0 0 呼吸数 1 0 心拍数 9 0。1  
3 時、意識レベル 2 0。

1 3 時 ~ 1 4 時

血圧 1 7 0 と不変。痛み訴えなく、呼吸穏やかにて、  
心拍数上昇等なく、このままもう少し様子みる。胸  
腔ドレーン淡血性も。吻合部よりまだ血性の流出液  
みられる。[ 淡血性：組織液と混じっている。]

1 4 時 ~ 1 5 時

尿流出低下。1 2 0 / 時以下にてラシックス使用す。  
酸素飽和度 9 9 %。心拍数 8 0、洞調律。1 5 時、  
体温 3 6 ・ 6 ° C 血圧 1 6 0 / 9 5 呼吸数 1 0  
心拍数 9 5

1 5 時から 1 6 時

ラシックス反応 く良好。血圧 1 6 0 代へ。吻合部  
ドレーンかわらず、多め。US stable 無  
呼吸ないが、呼吸数少ない。酸素飽和度低下なし。  
吸引してもほとんどひけず。

( 2 - 2 3 )

9 7 ・ 4 ・ 2 5

1 6 時 3 0 分 5 0 T

ペーハー 7 ・ 5 2 1 動脈血二酸化炭素分圧 4 5 ・  
5 動脈血酸素分圧 1 2 4 ・ 9 炭酸水素 3 7 ・ 2  
過剰塩基 1 4 ・ 0 酸素飽和度 9 8 ・ 7 ヘモグロ  
ビン 9 ・ 9 ヘマクリット値 2 9 ・ 1 ナトリウム  
1 3 2 ・ 0 カリウム 3 ・ 1 7 カルシウム 0 ・ 9  
2 血糖値 [ 数値なし ]

1 6 時 ~ 1 7 時

問いかけに開眼あり、うなづきみられる。血液ガス  
検査 OK。1 6 時 2 0 分、DOA 5 3。1 7 時、  
体温 3 6 ・ 7 ° C 血圧 1 9 0 / 1 2 5 呼吸数 1  
6 心拍数 9 0

1 7 時 ~ 1 8 時

顔をしかめ、首を振っている。創痛なし。ガーゼ上  
汚染あり。血圧 1 9 0 と高値、医師呼出し指示あお  
ぐ。尿流出コンスタントにみられている。四肢浮腫  
あり。腹部緊満強い。腹鳴なし。[ 腹部緊満強い：  
固くなるほど膨れている。]

1 8 時 ~ 1 9 時

血圧高値にて血圧コントロールと利尿目的で PGE  
1 [ プロスタグランジン ] 2 V + Sa 1 0 0 / 7 ml  
開始し、カテコラミン [ DOA ] off とし様子み  
る [ 1 8 時 3 0 分 ]。1 8 時 2 5 分血小板点滴。1  
9 時、体温 3 6 ・ 6 ° C 血圧 1 7 0 / 1 0 5 呼

吸数 13  
心拍数 95  
19時～20時  
肺雑音なし。エア入りまあま。呼吸回数 10 回代、不規則なり、無呼吸なし。酸素飽和度 100% 良好。血圧、PGE1 開始後若干低下あり。尿流出 OK。ドレーンより血性のもの流出あり。20時、血圧 155 / 90 心拍数 95  
20時～21時  
血圧 150 ～ y 台に安定した様子。意識レベルアップしたのか苦痛表情呈す。Rt 上腹は胸元までもってくるが Lt 上腹部かせない？要観察！血小板終了後酸素飽和度 99% かわらず。21時、体温 37.4 °C 血圧 200 / 125 呼吸数 21 心拍数 107  
21時～22時  
体動激しいためレパタン 1 / 2 A 施行。その為に血圧 あるもしばらくして 140 代へ落ちつく。心エコー、出血 貯留していると。21時30分、血圧 140 / 75 [心エコー・出血貯留：心タンポナーデ。心のう内に血液が貯留し心臓の動きが悪くなる。]  
22時～23時  
尿流出良好。23時、体温 36.6 °C 血圧 180 / 96 呼吸数 16 心拍数 107  
23時～24時  
レパタン効果持続せず。体動あり。医師指示あり、レパタン 1 / 2 A 静注す。血圧高値もしばらく様子みる。ドレーン（吻合部）からの出血 100 ml / 2 時間。流出あり。ガーゼ上汚染あり。医師様子みてよいと。23時40分、医師指示あり、吻合部洗浄施行するもあまり引けず。〔洗浄施行するも引けず：ドレーンのつまりを考えて、生理食塩水を一定量入れて、同量を引き直すことを試みたが、入れた分を引き出せなかった。/このころドレーンから 200 ml / 2 時間の出血ある。〕  
(2-22)  
4月25日分 ICU 指示票。指示医記載なし。  
(IVH)  
ポタコール R 500, SNMC 2A, アデラピン 2A, アドナ (100) 1A, トランサミン S 1A, Zantac 1A (50 ml / 時)  
ソリタ T3 500, SNMC 2A, Zantac 1A, アデラピン 2A (50 ml / 時)  
側) アミノレバン 500 ml (50 ml / 時)  
M/E カルベニン 0.5 g / Sa 50 ml  
B カタボン Hi 600 mg (5 ml / 時) 3  
オフ

B PGE1 2V (1000 µg) / Sa 100 ml (7 ml / 時)  
血圧 150 以下 75 血圧 130 以下 53  
末左 FOY 1000 mg / 5% TZ 250 (10 ml / 時)  
(末梢)  
M/E ビソルボン 1A  
Mのみ アンスロピン 3V / 1時  
生理食塩水 50 ml + ソルコーテフ 500 mg  
末梢右 全血 50 ml / 時 持続  
IVH A側) 新鮮凍結人血漿 40 ml / 時 持続  
血小板輸血 10 単位 / 2 時間  
) 尿量 2 時間～120 ml 以下の時ラシックス 1 / 3 A (ラシックス 1A + 生理食塩水 7 ml)  
) 体動時 レパタン 1 / 2 A  
FDT 交換 24 時間 5時 19時 1枚ずつ 血圧 140 以下で 1枚ずつオフ。  
点眼薬 (アサ 8時 夕 9時)  
(2-21)  
97.4.26  
0時～1時  
創部一部 開放し腹腔内に貯留した血液排液させ、その後ドレーン挿入し、1針縫合する。胸腔内ドレーンほとんど引けていない為抜去す。吻合部より腹腔にたまった血液多量に排液あり。1時、体温 37.1 °C 血圧 160 / 100 呼吸数 7 心拍数 95  
1時～2時  
血圧高めかわらず。創痛ないと。吻合部よりの出血 引けてきている。〔1時～3時で 250 ml〕  
2時～3時  
呼吸状態安定している。酸素飽和度 99% 良好。肺エア入り OK。3時、体温 37.2 °C 血圧 160 / 90 呼吸数 24 心拍数 105  
3時～4時  
吻合部ドレーン出血、かなり濃めのもの流出あり。血圧低下ない。尿流出目標内保たれている。吸引、気管、痰あまりひけない。  
4時～5時  
首をかなりふっているもしばらくすると落ち着くため様子見る。モニター上異常なし。5時、体温 37.5 °C 血圧 175 / 100 呼吸数 25 心拍数 105  
5時～6時  
血圧高値かわらず。心拍数 90 代洞調律。吻合部より血性のもの流出かなりみられる。  
6時～7時  
迅速報告上ヘモグロビン低下あるも 9.0 代あるため様子みる。7時、体温 37.5 °C 血圧 16

0 / 97 呼吸数 17 心拍数 105〔ヘモグロビン低下：出血の可能性〕

7時～8時

7時、レペタン1 / 2 A。ケア時とてもイヤがるが心拍数上下なし。酸素飽和度99%保持。口腔内汚い。吸引、痰あまりひけない。出血傾向ない。

(2 - 20)

97・4・26

迅速仮報告

白血球 5・3 赤血球 314 ヘモグロビン 9・6  
ヘマクリット値 28・4 血小板 4・8 総蛋白 6  
・0 アルブミン 3・3 総ビリルビン 8・8 直接ビリルビン 4・1

GOT 188 GPT 515 アルカリホスファスターゼ 538 - GTP 76 コリンエステラーゼ 225 尿素窒素 37 クレアチニン 0・5 ナトリウム 147 カリウム 3・1 クロル 102 カルシウム 8・6 アミラーゼ 83 クレアチンキナーゼ 211 C反応性蛋白 9・8 血糖値 117 アンモニア 168

〔4月26日分血液検査報告書(1 - 106)中の凝固欄。ヘパブラ 83%、AT 131%、D-ダイマー 5・8〕

8時～9時

呼名にて開眼するも離握手はできず。眼の開閉は指示どおりにできている。左下肢膝を立てたり首を振っていたり体動あるも上肢の力は弱い感じ。グル音〔腹鳴〕なし。腹満あり。X線写真上肺水腫あり。9時、体温 37・4℃ 血圧 160 / 95 呼吸数 22 心拍数 109

9時～10時

ガーゼ上層部にまでガーゼ汚染あり、ガーゼ交換する。腹腔内ドレーン挿入部より新鮮な血液みられている。肝後面ドレーンより血性(こいめ)のものの排液あり。酸素飽和度 100%。肺エア入り全体的弱い。肺雑音なし。呼吸数 15～20回〔出血が継続している。10時、腹囲 90cm、減っていない。〕

10時～11時

清拭時、茶色の下痢便中等量あり。本人苦痛表情みられず。動脈血酸素飽和度一時的に低下あるも深呼吸促すと酸素飽和度 99～100%へ。11時、体温 37・0℃ 血圧 165 / 65 呼吸数 16 心拍数 112

11時～12時

血圧 160代。体温高め。クーリングする。体熱感あり。腹腔内ドレーンより新鮮な血液排液あり。肝後面ドレーンよりこいめの排液あり。吻合部は少量のみ。

12時～13時

首を振ったりしている。呼名にて開眼するが意識クリアとはいえず。両下肢チアノーゼあり。毛布使用す。13時、体温 37・3℃ 血圧 170 / 105 呼吸数 26 心拍数 127

13時～14時

家族面会。尿コンスタントに流出あり。酸素飽和度 100%。肺エア入り弱く肺雑音あり。タッピング、体位交換、吸引施行す。首を振ったりしているものの上肢を挿管チューブまでもっていく様子はない。(力がないのか。)

14時～15時

閉眼していること多いも首を振っている。下痢便中等量あり。陰洗施行する。15時、体温 37・1℃ 血圧 165 / 105 呼吸数 30 心拍数 102

15時～16時

家族面会。酸素飽和度低下あり。酸素増量する〔5ℓ 7ℓ〕。その後吸引、気管黄色痰多量、口腔・鼻腔、汚い痰多量にひける。肺のエア入り弱い。肺雑音軽度。その後酸素飽和度 99へ上昇。深呼吸促す。

(2 - 19)

97・4・26

16時～17時

首を左右に振りつづけている。呼名にて開眼するも、すぐに閉眼。コミュニケーションは全くとれず。自発開眼なし。左下肢のみ自力にて屈曲しているが他の体動はみられず。左眼に下向偏位あり。17時、体温 37・5℃ 血圧 182 / 105 呼吸数 20 心拍数 109〔左眼下向偏位：右脳が脳内の浮腫で圧迫を受けている。〕

17時～18時

血圧 180代と高値。再検するもそのまま。KH 医師報告。アダラート1カプセル舌下(17時30分)。眼 貧血+、黄染++。羽ばたき振戦はみられず。体幹少し黄っぽい。18時、酸素飽和度 97%

18時～19時

アダラート効果あり。血圧 150位に低下する。TH 医師診察。ドレーンミルキング行う。正中創ガーゼ鮮血汚染あり。凝塊も少量あり。ミルキング必要と考えられる。19時、体温 37・8℃ 血圧 160 / 90 呼吸数 20 心拍数 114。19時、酸素飽和度 97%。〔ドレーンミルキング：ドレーンをもんでドレーン内の排液を動かし血栓等のつまりを除くこと。〕

19時～20時

吸引にて気管、白色痰少量、口腔・鼻腔、黄茶色の痰汚いもの大量にひける。苦痛表情あるも開眼はなく指示反応みられず。左眼下方偏位そのままあり。

20時～21時

KH 医師診察。意識レベルは血中アンモニアが減少してくれば上昇するみこみありと。このまま様子観察続ける。ガーゼ汚染なし、ドレーントラブルなし。21時、体温37・8°C 血圧170/102 呼吸数23 心拍数112。21時、酸素飽和度100%。

21時~22時

血圧170代にて経過中。眼球黄染あり、眼振はみられないも、左眼下方偏位あり。羽ばたき振戦なし、アンモニア臭なし。両上肢浮腫なし、右下肢のみ浮腫あり。〔意識〕レベルは変わらず呼名のみにて開眼あり。

22時~23時

酸素飽和度100%~99%保持する。意識レベルかわらず、首を左右に振りつづけている。右下肢浮腫？ 腫脹あり。足背動脈触れ良好。KH 医師、右下肢に血栓ができていのか？ 左下肢は異常なし。23時、体温37・6°C 血圧175/95 呼吸数20 心拍数110。23時、酸素飽和度97%。

23時~24時

血圧180代と再び高値となっている。心拍数洞調律、呼吸状態も変化なし。エア入り左肺弱いが肺雑音はなし。ドレーントラブルなし。KH 医師診察。ガーゼ汚染上層まであり、ガーゼ交換行う。腹腔内流出少なく、さらに流出促す目的で-2cm抜き様子みる。エアリークあり。〔エアリーク：腹腔内に空気は存在しないから、創部から空気が入るか、又は、消化管に穴があいて空気が漏れているか。/ガーゼ汚染上層まで：創部に重ねたガーゼの最上層まで出血が染みてきている。〕

(2-18)

4月26日分ICU指示票。指示医記載なし。

(IVH)

A ポタコールR 500, SNMC 3A, アデラピン 3A, アドナ(100)1A, トランサミンS 1A, Zantac 2A (20ml/時)

側)アミノレバン 500ml (50ml/時)

M/E カルベニン 0・5g/Sa50ml

B カタボンHi 600mg (5ml/時)

PGE1 2V(1000µg)/Sa100ml (7ml/時)

血圧150以下7 5 血圧130以下5

3

末左 FOY 1000mg/5%TZ250 (10ml/時)

(末梢)

M/E ビソルボン 1A

Mのみ アンスロピン 3V/1時

生理食塩水50ml+ソルコーテフ500mg

末梢右 全血 50ml/時 持続 30

IVH A側)新鮮凍結人血漿 40ml/時 持続 30

血小板輸血 200

)尿量 2時間~120ml以下の時ラシックス1/3A(ラシックス1A+生理食塩水7ml)

)体動時 レパタン1/2A(4時間あければOK)

点眼 アサ

腹囲測定 10時

FDT2枚(1枚ずつ交換 5時、19時)血圧140以下のとき1枚ずつオフ、血圧150以上のとき再開。

(2-17)

97・4・27〔用紙には4・26とあるが、4・27のはずである。〕

意識レベルの欄に次の記載。

G-C-S E3, V1(挿管中), M5 /9

意識レベル10~20

〔G-C-S：意識レベルの診断法。E3・音声により開眼、V1・発語せず、M5・疼痛部認識可能〕0時~1時

腹腔ドレーン少量ずつ流出。(KH 医師操作したため。)エアリーク〔空気漏れ〕も時々あり。他各ドレーンもチューブ内に暗血性サラサラ状流出あり。意識レベルは呼名にて開眼あり、コミュニケーションとれず。指示反応なし。疼痛刺激反応あり。1時、体温37・6°C 血圧180/105 呼吸数30 心拍数104

1時~2時

血圧180と高値、ケアの後の為か。再検行い様子みる。吸引にて気管、汚なめ痰中等量ひける。肺エア入り浅く頻呼吸となっている。エア入り弱め、肺雑音なし。酸素飽和度99~98%。〔エア入り浅く頻呼吸：呼吸機能障害の症状〕

2時~3時

人赤血球濃厚液、新鮮凍結人血漿点滴終了し、人赤血球濃厚液200、新鮮凍結人血漿200持続点滴とする。ライントラブル-も、末梢の為、動きによって滴下に変化あり。モニター上著変なし。3時、体温37・2°C 血圧180/105 呼吸数25 心拍数104

3時~4時

血圧さらに高値続くため指示に基づきアダラート1カプセル施行する。ドレーントラブルなし。各ドレーンより少量ずつ流出あり。ガーゼ汚染下層まであり。血圧140代に低下あり。アダラート効果あり。

4時~5時

モニター上特に変わらず。相変わらず首を左右に〔以下5行判読不能。〕5時、体温37・2°C 血圧125/85 呼吸数22 心拍数96

5時~6時

血圧120代と著き低下あり。カウント時はドレーン各出血の著明な増加はみられず。

6時~7時

吻合部よりの出血増量あり。血は暗血性。7時、体温36・6°C 血圧130/85

呼吸数22 心拍数106

7時~8時

苦痛表情。上肢動きあり。開眼はせず。動いているためか血圧130代へ。ガーゼ汚染上層部まであり。吻合部ドレーンからの流出は少し落ちついた様子。KH医師呼出し状態報告する。

(2-16)

97・4・27

迅速仮報告

白血球5・9 赤血球349 ヘモグロビン10・4 ヘマクリット値32・1 血小板5・4 総蛋白6・4 総ビリルビン8・8 GOT129 GPT304 尿素窒素39 クレアチニン0・4 ナトリウム144 カリウム3・5 クロル106 カルシウム8・5 アミラーゼ41 クレアチンキナーゼ120 血糖値108

〔血液検査報告書(1-106)中の凝固欄に記載なし。〕

8時~9時

胸部〔X線写真〕、右肺うっ血改善傾向も左肺若干増強傾向。腹部〔X線写真〕、異常なし。KH医師診察、吻合部からのドレーン流出増加は、新しいものではなく、腹腔内に貯留しているものと考えられると。仮迅速報告上ヘモグロビン低下していない為、そのまま様子みると。左手末梢FOYルート滴下不良、PGE1ルートと同合にし末梢抜去する。ガーゼ交換時、カーゼ汚染血性多く凝塊も少量あり。前よりは血性うすくなったかんじあり。9時、体温36・9°C 血圧145/95 呼吸数18 心拍数103

9時~10時

吻合部ドレーン暗血性のドロドロしたものの流出中。右腹腔ドレーン、暗血性の少しサラサラしたもの。肝切離面、暗血性のものトレー内に少量たまっている。肺エア入り左右差なく下肺野まで良好。肺雑音なし。気管より黄緑色の粘稠痰多量引ける。酸素飽和度良好。体動あり。苦痛表情あり。TH医師診察。レパタン1/2A施行。血圧140代。バイタル〔生命徴候〕安定。

10時~11時

腹囲測定86/88。腹囲測定するがガーゼあてて

いるため不正確。ヘモグロビン前日より若干上昇。総ビリルビン横ばい。AOT〔GOT〕, ALT〔GPT〕やや改善。皮膚、眼球黄染あり。血小板前日より上昇する。仙骨部テイオアクティブ貼 中。右側腹部、広範囲の血腫あり(腫脹なし)。皮膚剥離あり。浸出液(4ヶ所)なし。11時、体温36・7°C 血圧150/100 呼吸数14 心拍数93〔血腫:皮下出血〕

11時~12時

尿流出良好。中心静脈圧低値で経過。右下腿-下肢、浮腫著明。左下肢は膝を立てたり動かし、右〔左?〕上肢もよく動いているが、右上下肢ともあまり動かさない。レパタン効いたのか眠っている。〔右上下肢あまり動かさない:後に拘縮が現れており、片麻痺と思われる。上記の左眼下向偏位と対応する。運動神経は延髄下端で交差するので、片麻痺は顔面と体部とで反対側に生じる。〕

12時~13時

モニター上かわりなし。ドレーン流出少量のみ。13時、体温37・1°C 血圧165/105 呼吸数16 心拍数101。13時、意識レベル:GSC E4~3, V+, M5 /9~8

13時~14時

意識、GSCにて8-9点。肝性生唾は挿管しているため判定できない。呼びかけで開眼する。ごくたまにうなづきみられるが、離握手できず。

14時~15時

モニター上かわりなし。15時、体温〔記載なし〕

血圧105/70 呼吸数14 心拍数92

15時~16時

血圧100代と低下。FDT1枚はがす。創部ガーゼ淡血性のももの汚染あり。腹部、朝よりはってきている。各ドレーンより流出少量ずつも腹腔内にたまっているのか?

(2-15)

97・4・27

16時~17時

腹腔ドレーン、ミルキングするが流出なし。Sa50ml x 3洗浄するが排液なし。つまってはいないがうまくドレナージされていないとの事、TH医師。腹腔ドレーン挿入部、開放創より暗血性の血液少量ずつ流れる。呼名で開眼せず。やや下顎呼吸様の呼吸。ドレーンより少量ずつ排液あり。17時、体温37・1°C 血圧155/70 呼吸数12

心拍数87〔やや下顎呼吸様:努力性呼吸〕

17時~18時

酸素飽和度94~95%、呼吸数15回前後、肺エア入り弱い、肺雑音あり。四肢冷感なし、チアノーゼなし。時々首を振ったり左膝を立てたりしている。右上下肢の動きなし。対光反射あり。左瞳孔若干大

きい感じあり。〔左瞳孔若干大きい：右脳の病変を示す。〕

18時～19時

吸引、気管、黄色痰中等量、鼻腔、きたない痰多量にひける。吸引時嫌がる顔するものの開眼せず。一瞬無呼吸となるも〔記載なし。〕19時、体温36・8℃ 血圧150/80 呼吸数11 心拍数94〔18時、尿比重1・040で濃縮尿。〕

19時～20時

呼名にてやっと開眼、意識レベル20程度。ドレーンより少量ずつ排液あり。

20時～21時

体動ほとんどなく傾眠傾向。酸素飽和度97～98%。21時、体温36・3℃ 血圧130/85 呼吸数14 心拍数96

21時～22時

TH 医師診察、〔尿〕比重たかめ、〔水分〕+バランスにてラシックス1/2A 静脈注射す。

22時～23時

肝離面ドレーン、ミルキングする。うすぐらいもの排液あり。吸引時開眼する。ふつうの呼びかけにて指示動作OK。23時、体温37・0℃ 血圧165/86 呼吸数21 心拍数〔記載なし〕

23時～24時

体動はげしくなってきたため上肢抑制帯使用す。吸引、気管、黄色痰多量、口腔、汚いだ液多量にひける。血圧上昇、再検することとする。

(1-14)

4月27日分ICU指示票。指示医TH 医師  
IVH

A 1)ポタコールR 500,SNMC 3A,  
アダラピンP 3A,アドナ(100)1A,ト  
ランサミン1A,Zantac 2A (20ml/  
時)

側)アミノレバン 500ml(20ml/時)

M/E)カルベニン 0・5g/Sa50ml  
「にB」PGE1 2V(1000μg)/Sa  
100ml 7ml/時 5

末梢左)FOY 1000mg/5%TZ250 (1  
0ml/時)

M/E ビソルボン 1A

M ソルコーテフ 500mg/Sa50ml

末梢右 全血 30ml/時 持続

IVH A FFP 20ml/時 持続

1)尿量 120ml/2時間 ラシックス1/2  
A

2)体動時 レパタン1/2A

点眼 朝 腹囲測定 10時

FDT2枚(1枚ずつ交換 5時 10時)

血圧140 のとき1枚オフ。血圧150 のとき  
再開。血圧180 続けばアダラート1カプセル舌  
下。

(2-13)

97・4・28

0時～1時

ドレーンより少量ずつ排液あり。肝離面からはうす  
ぐろいもの。腹腔は血性のもの。1時、体温37・  
0℃ 血圧160/90 呼吸数15 心拍数9  
6

1時～2時

血圧高めにてFDT1枚貼付し、様子見る。吸引、  
気管、汚い痰中等量、口腔、だ液中等量。酸素飽  
和度99%。吸引時首を振ったり普通の呼名にて開眼  
する。体動も「にJ」に比べはげしい。

2時～3時

酸素飽和度の低下あり。ベッドサイドへ行くとTピ  
ースの蛇管がとれている。左上肢の拳上4/5程度。  
抑制帯使用する。体動はげしい。3時、体温37・  
2℃ 血圧168/100 呼吸数20 心拍数  
107

3時～4時

酸素飽和度99%。吸引、気管・口腔、汚い痰多量  
にひける。体動はげしい。呼名にて開眼する。ドレ  
ーンより著明な流出みられず。ガーゼ上汚染みられ  
ず。血圧高めで経過する。

4時～5時

モニター上著変みられず。5時、体温36・9℃  
血圧205/130 呼吸数16

心拍数104

5時～6時

血圧200 続く。5時30分、血圧220/13  
0。指示にて5時35分、アダラート1カプセル舌  
下。肺エア入りOK。肺雑音なし。気管、少量、口  
腔、黄色汚いもの中等量引ける。

6時～7時

アダラート使用後血圧低下。6時15分、血圧15  
0/95。体動激しい。時々苦痛表情あり。おなか  
が痛いのか問うとうなづかないが何がイヤなのかわ  
からない。7時、体温36・9℃ 血圧130/  
70 呼吸数17 心拍数113

7時～8時

体動はげしい。呼名でも反応示さず。苦痛表情。血  
圧130代へ。尿コンスタントに流出みられている。  
(2-12)

97・4・28

迅速仮報告

白血球9・7 赤血球458 ヘモグロビン13・  
9 ヘマクリット値41・0 血小板4・0 総蛋  
白5・9 アルブミン3・1 総ビリルビン11・

3 直接ビリルビン5・9 GOT64 GPT2  
39 乳酸脱水素酵素1061 アルカリホスフォ  
スターゼ479 - GTP85 尿素窒素41  
クレアチニン0・5 ナトリウム152 カリウム  
3・0 クロル109 カルシウム9・0 鉄20  
3 アミラーゼ30 クレアチンキナーゼ114  
C反応性蛋白11・1 血糖値114 アンモニア  
111

〔4月28日分血液検査報告書(1-105)は凝固  
欄、PT16・3/42%、APT77・3、F  
DP18・2で、コメント欄に「中毒類」とある。  
中毒類(中毒性顆粒)とは、通常は微細な好中球(白  
血球の一種)内のアズール顆粒が炎症などのときに  
染色性が強まり極めて明瞭にみられることをいう。  
凝固関連の検査値も26日に比して著しく悪くなっ  
ている。縫合不全により汎発性腹膜炎が発症したも  
のと認められる。〕

8時~9時

こちらの呼名に開眼あるが理解できているかは不明。  
体動激しい。〔酸素飽和度98〕9時、体温36・  
3°C 血圧150/90 呼吸数23 心拍数1  
09

9時~10時

吻合部ドレーン、リーク〔漏れ〕あるのか、ドレー  
ン内、便が見られる。肝離面からは血性のドロドロ  
したもの流出あり。〔ドレーン内、便が見られる:  
何も措置をしておらず驚き。古い血液が貯留してい  
る腹腔内を便が拡散するわけだから、直ちに人工肛  
門造設術を施行すべき。〕

10時~11時

体動激しく起き上がるとうとする。そのためか心拍数  
110代と頻脈ぎみで経過。〔酸素飽和度97〕1  
1時、体温36・5°C 血圧155/100 呼  
吸数13 心拍数93

11時~12時

吸引、気管、口腔共に汚い痰引ける。量は中等量。  
肺エア入り異常なしも肺雑音著明。

12時~13時

刺入部より出血あり。刺入部周辺紫色呈しているた  
め静脈ライン抜去す。〔酸素飽和度97%〕13時、  
体温35・8°C 血圧160/95 呼吸数14  
心拍数106〔刺入部周辺紫色:血管がいたんで血  
がもれる。〕

13時~14時

尿流出良好もビリルビン尿様の色になっている。眼  
球黄色変わらず。体温上昇は見られず。ヘモグロビ  
ン13代まで上昇あり。赤血球濃厚液途中だがオフ  
にして良いとのこと。

14時~15時

意識変わらず。離握手反応も見られず。視点あわな

い。心拍数90~110代、洞調律で経過。〔酸素  
飽和度96~97%〕15時、体温36・0°C  
血圧160/95 呼吸数17 心拍数110  
15時~16時

正中創部からのガーゼ汚染は見られず。右側腋部、  
内出血、紫斑あり。腹部やや緊満あり。

(2-11)

97・4・28

16時~17時

〔ここで経鼻挿管し、人工呼吸を開始している。設  
定は、吸入酸素濃度50%、換気量500、呼吸数  
12、呼気終末陽圧0〕

ラボナル、マスキュラックスにて鎮静し経鼻挿管  
する。その後レパタン、ロヒプノールにてフォロー  
す。挿管時V/S変動なし。17時、体温36・2  
°C 血圧83/40

呼吸数12 心拍数81

17時~18時

17時、酸素飽和度95%。血圧低下あり。80/  
s。FDT除去し下肢挙上〔ショック体位〕にて様  
子みる。肺エア入り良好も左肺にて肺雑音あり。

18時~19時

18時、アミノレバン10ml/時変更。下肢挙上  
にて血圧100。血圧低下の為か尿流出不良。19  
時、体温36・5°C 血圧115/75 呼吸数  
12 心拍数79

19時~20時

尿流出5ml/2時間。指示票に基づきラシックス1  
/3A静脈注射施行す。ドレーンより著明な流出な  
し。吻合部より茶色の汚い排液あり。ベッド、フラ  
ットにて血圧110台となる。

吸入酸素濃度50%

ペーハー7・441 動脈血二酸化炭素分圧27・  
9 動脈血酸素分圧100・2 炭酸水素19・4  
過剰塩基、ヘモグロビン、酸素飽和度、ヘマクリッ  
ト値、ナトリウム、カリウム、カルシウム、血糖値  
は数値記載なし。

20時~21時

ラシックス反応あり。尿流出あり。血液ガス検査上、  
二酸化炭素分圧がややけぎみのため人工呼吸器設  
定を呼吸数12から10に変更する。酸素飽和度9  
9%。21時、体温36・4°C 血圧125/9  
5 呼吸数12 心拍数80

21時~22時

吸引するもほとんど何も引けず。16時の鎮静より  
覚醒傾向なくCMVに同調の呼吸なり。吻合部ドレ  
ーンより便臭あり。茶色なり。〔CMV:調節機械  
換気呼吸〕

22時~23時

モニター上変動なし。心拍数洞調律。バックングフ

アイティングなし。酸素飽和度97~98%。23時、体温36.8°C 血圧126/82 呼吸数12 心拍数101

23時~24時

尿流出良好。体位交換の際、開眼あり。ジャクソンにて自発呼吸あり。人工呼吸器には同調してしまう。呼吸器設定変更、同調式間欠的強制換気法(5)に変更し様子みる。〔ジャンクソン：ジャンクソンリンスによる加圧。ジャンクソンリンスは、ラグビーボール状の黒いゴム性の道具。看護婦さんが、吸引のため人工呼吸器をはずしたときに使っていたやつ。〕

(2-10)

4月28日分ICU指示票。指示医記載なし

IVH

A 1) PR 500, SNMC 3A, アデラリンP 3A, アドナ(100)1A, トランサミン1A, Zantac 2A (20ml/時)

側) アミノレバン 500ml (20ml/時 10)

M/E) カルベニン 0.5g / Sa 50ml

「にB」PGE1 2V(1000µg) / Sa 100ml 5ml/時

側) FOY 1000mg / 5% TZ 250 x 2(10ml/時)

M/E ビソルボン 1A

M ソルコーテフ 500mg / Sa 50ml

末梢右 人赤血球濃厚液 30ml/時 持続

新鮮凍結血漿 20ml/時 持続

1) 尿量 120ml / 2時間 ラシックス1/3A

2) 体動時 レベタン1/2A

点眼 朝 腹囲測定 10時

FDT 2枚(1枚ずつ交換 5時 10時)

血圧140 のとき1枚ずつオフ。血圧150 再開。血圧180 続けばアダラート舌下(1カプセル)。

〔臨床検査の欄に「血液ガスx2」とあるが、ICU記録には19時~20時の欄に記載したものしかない。酸素吸入を人工呼吸器に変更する前に血液ガス検査をしているものと思う。〕

(2-9)

97.4.29

0時~1時

同調式間欠的強制換気法5回に人工呼吸器設定後も酸素飽和度97~98%を保持。呼吸数15回前後しっかりしている。1時、体温36.6°C 血圧145/80 呼吸数14 心拍数108

1時~2時

吸引するもほとんど何も引けず。血圧140代やや

高め、このまま様子みる。尿流出良好。吻合部ドレーンより便臭あり。心拍数サイナスにて経過。

2時~3時

覚醒しており体動著明。V/S変動なし。酸素飽和度96%。3時、体温37.4°C

血圧170/105 呼吸数23 心拍数120〔体温37.4°C：腹膜炎か。/V/S：未解明〕

3時~4時

体動著明。体位交換するもすぐ仰臥位へ。血圧170台となり指示にてFDT貼布す。

正中創ガーゼ汚染あり。ドレーン著明な流出なし。

4時~5時

ベッド上にてあばれている。心拍数120代。説明するもまだよくわからない様子。抑制帯使用する。酸素飽和度97%。5時、体温37.1°C 血圧160/78 呼吸数15 心拍数116

5時~6時

体動激しい感じ変わらず。血圧低下なし。FDT追加する。尿流出良好。中心静脈圧横行。

6時~7時

モーニングケア時鼻腔より茶褐色の汚い痰多量に引く。体動激しいものの開眼なし。呼名に反応いまひとつ。酸素飽和度97%。7時、体温37.6°C

血圧170/95 呼吸数18 心拍数125

7時~8時

血圧高めも180以下のため様子みる。酸素飽和度97%。自発呼吸しっかりしている。尿流出良好。各ドレーンより排液少量なり。体温上昇あり。クーリングする。

(2-8)

97.4.29

迅速仮報告

白血球9.5 赤血球518 ヘモグロビン15.7 ヘマクリット値47.1 血小板2.4 総蛋白5.8 総ビリルビン13.0 GOT52 GPT152 尿素窒素4.4 クレアチニン0.5 ナトリウム151 カリウム3.2 クロル113

カルシウム8.3 血糖値9.9

〔血液検査報告書(1-105)中の凝固欄に記載なし〕

8時~9時

正中創から少量の出血のみ。右側腹部内出血著明。X線写真、昨日よりうっ血増悪。8時30分アミノレバン10 20。酸素飽和度97~98%。9時、体温37.3°C 血圧155/105 呼吸数18 心拍数120〔うっ血増悪：肺像と思われる。〕

9時~10時

呼吸数20回前後。自発呼吸浅め。酸素飽和度97~98%で経過。肺エア入り異常なし。肺雑音は昨日より良いと思われる。

10時～11時

家族面会。全身的に黄染あり。足浮腫変わらず。酸素飽和度97%。11時、体温36.7℃ 血圧160/100 呼吸数17 心拍数120

11時～12時

尿流出、目標内で経過、比重低下あり、ビリルビン尿と思われる。水分バランス+でも中心静脈圧変わらず。酸素飽和度94～95%。12時、呼吸数22 心拍数120

12時～13時

酸素飽和度94～95%へ低下している。JRが左右吸引するも痰ほとんどひけず。13時、体温37.5℃ 血圧150/90 呼吸数17 心拍数118

12時20分 吸入酸素濃度50%

ペーハー7.439 動脈血二酸化炭素分圧44.9 動脈血酸素分圧92.2 炭酸水素30.2 過剰塩基5.9 ヘモグロビン13.1 酸素飽和度97.2 ヘマクリット値38.5 ナトリウム168.4 カリウム3.44 カルシウム1.25 血糖値〔数値なし〕

13時～14時

肝切離面ドレーンからの流出は暗血性のややドロドロしたものの流出あり。吻合部ドレーンからは便が少量ずつあり。

14時～15時

足が浮腫のためだるいのか自分で足を組んでいる。呼名に対し開眼あるが指示反応は今一つ。酸素飽和度98%。15時、体温36.9℃ 血圧155/95 呼吸数18 心拍数100

15時～16時

口をもごもごする仕種続いている。尿流出ギリギリのため水分バランスプラスで経過、中心静脈圧もやや上昇。〔尿比重1.050〕

(2-7)

97.4.29

16時～17時

呼名反応あるもはっきりせず。オリエンテーションもとれず。皮膚眼球結膜黄染著明。酸素飽和度97%。17時、体温37.0℃ 血圧170/95

呼吸数15 心拍数110

17時～18時

新鮮凍結血漿持続点滴中にて尿流出異常なし。吸引時、口腔、唾液少し、気管、淡白黄色の痰。苦痛様表情あり。創部ガーゼ上層へ出血なし。酸素飽和度98%。

18時～19時

モニター上著変なし。尿流出良好。酸素飽和度97%。19時、体温37.6℃ 血圧160/105 呼吸数14 心拍数110

19時～20時

肝切離面ドレーンより暗血性のサラサラした排液みられる。吻合部ドレーンより胆汁様。腹腔内ドレーンからも暗赤性の排液少量。

20時～21時

ガーゼ上汚染みられガーゼ交換す。淡血性の排液ガーゼ上層へ。ドレーン挿入のみ。酸素飽和度、94%、97%。21時、補助呼吸数5回から7回へ。21時、体温37.7℃ 血圧150/100 呼吸数15 心拍数115

21時～22時

肺エア入り全体的に弱め。肺雑音なし。酸素飽和度94%まで下降することあり。TH医師診察で同調式間欠式強制換気法増量す。〔5回から7回にしている。〕

22時～23時

酸素飽和度94～97%とバラツキあり。吸引シジャクソンリリースにて加圧す。23時、体温37.2℃ 血圧160/100 呼吸数15 心拍数105〔ジャクソンリリースによる加圧：人工呼吸器でまかないない呼吸状態の悪いときに使用〕

23時～24時

吸引時、口腔、鼻腔、茶褐色の唾液多量、気管、淡白黄色の痰2～3回吸引。体動激しい。酸素飽和度変動あり。肺エア入り変化なし。酸素飽和度97%。(2-6)

4月29日分ICU指示票。指示医TH。

合計 2000ml/日

IVH

A 1)トリパレン1号 600ml, アミパレン400ml, SNMC 3A, アデラピンP 3A, アドナ(100)1A, トランサミン1A, Zantac 2A (30ml/時) 40ml/時

側)アミノレバン 500ml(10ml/時)

20ml/時・変更

M/E)カルベニン 0.5g/Sa50ml

「にB」PGE1 2V(1000μg)/Sa 100ml 5ml/時

側)FOY 1000mg/5%TZ250ml(10ml/時)

M/E ビソルボン 1A

M フィプロガミンP 3V

A FFP 20ml/時 持続

1)尿量 100ml/2時間 ラシックス1/3A

2)体動時 レペタン1/2A

点眼 朝 腹囲測定 10時

FDT2枚(1枚ずつ交換 1時 5時)

血圧140 のとき1枚ずつオフ。血圧150 再開。血圧180 続けばアダラート舌下(1カプセ

ル)。

(2-5)

97・4・30

〔記録に貼付された心電図のコピーを見ると昨日位から尖った高い山がはっきり低くなってきている。〕

0時～1時

モニター上酸素飽和度94～97%変動。1時、体温37・4℃ 血圧142/90

呼吸数15 心拍数107

1時～2時

入眠中も吸引等刺激で開眼する。血圧140代へ下降。ガーゼ上層への浸出液なし。尿流出異常なし。

2時～3時

モゾモゾと体動あるもチューブ類等異常なし。酸素飽和度97%。3時、体温37・5℃ 血圧135/85 呼吸数20 心拍数107

3時～4時

血圧130代、心拍数100代、安定している。

4時～5時

モニター上著変なし。体動激しい。酸素飽和度97%。5時、体温37・8℃ 血圧150/92

呼吸数16 心拍数105

5時～6時

尿流出異常なし。吸引時、口腔、鼻腔より茶色～暗赤色まじりの痰多量に吸引する。肝切離面ドレーンより暗赤性の排液。

6時～7時

口唇周囲に黄色の汚れあり。皮膚黄染変わらず。うなづき オリエンテーションとれている様子。酸素飽和度97%。7時、体温37・9℃ 血圧160/95 呼吸数18

心拍数110

7時～8時

尿流出維持できている。血圧覚醒するが、著明な上昇ない。ドレーン排液変化なし。呼吸苦ないとうなづきあるが、時々バンキング〔バックギア?〕ある。呼吸やや浅めか。右上下肢共に拘縮のように固い。右下肢、左に比べて浮腫あり。〔右上下肢拘縮のように固い：鎮静のためか、又は片麻痺のため。本来、拘縮が起きないように体動を補助する。〕〔このころ、ドレーンからの排液はないが、腹囲は大きいままで、出血が続いているかどうかは不明としても、腹腔内に古い血液が貯留していることは明らかだから、便汁漏れもあり、溜まった血液が悪くなるばかりである。出血がきちんととまっているのならば、腹腔内洗浄をすべきである。通常なら、生理食塩水を入れて引き、入れて引きを繰り返し、きれいになるまでです。しかし、便汁が出ているのから開腹しか考えられない。開腹しないのは再出血を恐れたか、別に理由があるか。〕

(2-4)

97・4・30

迅速仮報告

白血球13・4 赤血球439 ヘモグロビン13・2 ヘマクリット値38・9 血小板3・9 総蛋白5・1 アルブミン2・5 総ビリルビン16・8 直接ビリルビン10・6 尿素窒素38 クレアチニン0・5 ナトリウム157 カリウム3・3 クロル116 カルシウム8・6 C反応性蛋白15・2 血糖値112 アンモニア194  
プロトロンビン時間10%

〔4月30日分血液検査報告書(1-107)中の凝固欄。PT>120/<10%、APT>200、ヘパブラ<10%、AT 55%、TAT11・3、D-ダイマー14・2：測定不能な程凝固線溶系が破壊されてしまったということと思う。血液検査報告書の白血球・赤血球の検査値は上記迅速仮報告と同一だから、後記9時30分の措置以前の採取と思われる。28日に縫合不全が起きてから2日放置したためにここまで状態が悪くなったわけである。〕

吸入酸素濃度50%

ペーハー7・554 動脈血二酸化炭素分圧38・9 動脈血酸素分圧90・9 炭酸水素34・3 過剰塩基12・3 酸素飽和度97・8 ヘモグロビン12・0 ヘマクリット値35・3 ナトリウム143・2 カリウム3・22 カルシウム0・97

8時～9時

開眼するも指示反応なく視線が合っていない。眼球、体幹に黄染あり。9時、体温37・1℃ 血圧140/90 呼吸数20 心拍数100

9時～10時

吸入酸素濃度50%で血液ガス検査上動脈血酸素分圧90代。KH 医師指示で吸入酸素濃度減量する。9時30分吸入酸素濃度40%へ減量する。減量後酸素飽和度95%なる。水分バランス+242、中心静脈圧上昇ないもin〔輸液〕しぼる。メイン40ml 30ml。アミノレバン20ml/時 10ml/時。包帯交換にて、腹腔ドレーンからの流出少量なのでTH 医師抜去する。吻合部は留置。腹腔ドレーンから黒っぽい悪臭あるもの流出。腹腔ドレーン抜去後、吻合部ドレーン挿入部から出血あり。正中創異常なし。〔黒っぽい悪臭あるもの：体内で壊死を起こしている可能性〕

10時～11時

腹囲測定、臍高86・8cm、臍上85cm。上肢の拘縮あり。出血斑右側腹部から背中にかけて見られる。ドレーン挿入部のガーゼ汚染(淡血性のもの)ありガーゼにて保護しておく。尿褐色のもの少量流出あり。口からの吸引にて吻合部と同様のもの少量ひけ

る。  
 11時、体温37.4°C 血圧115/90 呼吸数14? 心拍数95。酸素飽和度90%〔口からの吸引にて吻合部と同様のもの：消化管を上まで上がってきたということか。〕

11時~12時  
 血液ガス検査不良のため TH 医師指示により11時15分吸入酸素濃度40% 50%とする。呼吸器も再度変更する。〔換気量500 400、補助回数7 12。このときの血液ガス検査値は記録されていない。〕尿流出少量なのでラシックス1/3A 施行する。吸入酸素濃度50%でも酸素飽和度93~94%前後にて再度吸入酸素濃度増量する。11時40分、吸入酸素濃度60%へアップ。12時、血圧72/40 体温36.8°C〔実線だったグラフが、11時~15時は点線である。測定方法が違うのか?〕

12時~13時  
 血圧72/40 下肢アップとする。〔体温36.6°C〕FD T 2枚オフ〔剥がす〕しPGE1:5 3。NJ 医師診察、本日ドレナージ術施行し人工肛門造設、その後3内にてクイントンカテーテル挿入、透析考えると。血圧上昇ならず。12時35分、PGE1オフとす。PGE1オフ後血圧100へ。3内医師協議、血管内脱水もあるか、新鮮凍結血漿点滴し、TP1、昇圧図り、尿流出 するとよいだろう。残存肝機能を考慮すると、吸着、血漿交換はもう少しまった方がよいか。酸素飽和度95~97%。

13時、体温37.1°C 血圧105/67 呼吸数23 心拍数98〔下肢アップ:ショック体位。ノクイントンカテーテル:エンドトキシン吸着用に腹腔内に留置したカテーテル〕

〔11時20分、11時35分、12時の検査値が併記されているので、先に記載した吸入酸素濃度を下げる前(50%)の値を併記して記載する。前記のとおり吸入酸素濃度 FiO2 を40%にしていた時に測定した検査値は記載されていない。最悪の状態の検査値を記録していないわけである。〕

	9:00	11:20	11:35	12:00
FiO2	50%	50%		60%
pH	7.554	7.540	7.531	7.523
PaCO2	38.9	30.2	41.2	40.3
PaO2	90.9	55.2	58.5	61.6
HCO3	34.3	25.8	34.5	33.1
BE	2.3	4.6	11.9	10.5
SaO2	97.8	92.3	92.9	93.7
Hb	12.0	9.7	12.2	11.9
Hct	35.3	28.5	35.9	35.0
Na	143.2	132.9	142.9	145.0

K	3.22	2.51	3.45	3.21
Ca	0.97	0.55	0.94	1.06

〔何の値が不明〕101

FiO2 吸入酸素濃度 / pH ペーハー / PaCO2 動脈血二酸化炭素分圧 / PaO2 動脈血酸素分圧 / HCO3 炭酸水素 / BE 過剰塩基 / SaO2 酸素飽和度 / Hb ヘモグロビン / Hct ヘマクリット値 / Na ナトリウム / K カリウム / Ca カルシウム

〔各データの悪化が認められるが特に動脈血酸素分圧(PaO2)の悪化が著しい。呼吸器疾患で動脈血酸素分圧が60を下回ると呼吸不全とされている。人為的に呼吸不全の状態に陥れたといえる。〕

13時~14時

PGE1オフ後血圧120~130代になる。手掌足背に浮腫見られる。吸引時多量の痰あり。下顎呼吸見られる。酸素飽和度96~97%。14時、心拍数104

14時~15時

血圧90~100代、尿減少にて、xx 医師指示によりDOA点滴となる。DOA点滴後血圧上昇120~130へ。14時45分、腹部エコー、便又は出血たまり。〔28日に縫合不全による便漏れが明らかになって、腹部エコーを行うのは初めてである。〕

酸素飽和度95%。15時、体温37.0°C 血圧105/75 呼吸数22 心拍数104

15時~16時

15時25分、手術前にクイントンカテーテル挿入となる。血圧100~110代、酸素飽和度94~95なり。心拍数100代、心房性期外収縮(PAC)単発なり。〔心房性期外収縮:心房から生じる期外収縮。老人には比較的よく見られる。これ自体は病的な不整脈ではないが、ここ以降病的な不整脈が見られるようになり、心筋に異常が生じた兆候というべきだろう。〕

(2-3)

4月30日分手術前ICU指示票。指示医記載なし。IVH

A 1)トリパレン2号 600ml, アミパレン400ml, SNMC 3A, アデラピンP 3A, アドナ(100)1A, トランサミン1A, Zantac 2A (30ml/時)〔40を消して30を書いてある。〕

側)アミノレバン 500ml(10ml/時)〔20を消して10を書いてある〕

M/E)カルベニン 0.5g/チンバー内

「にB」PGE1 1000µg/Sa100ml 5ml/時 off

側)FOY 1000mg/5%TZ250ml(10ml/時)

M / E ビソルボン 1 A  
M フィブログミン P 3 V  
A FFP 20 ml / 時 持続  
1) 尿量 100 ml / 2時間 ラシックス 1 / 3  
A o f f  
2) 体動時 レペタン 1 / 2 A  
点眼 朝 腹囲測定 10時  
FDT 1枚 3時  
(2-2)  
97・4・30  
16時～17時  
血圧110代と低め。酸素飽和度96%と変化なし。  
腹腔ドレナージ、人工肛門造設術にて16時40分  
手術室に入る。16時30分、体温37・3°C  
血圧105 / [記載なし] 呼吸数20 心拍数1  
20  
17時～20時  
手術室  
手術後迅速仮報告  
白血球5・0 赤血球397 ヘモグロビン11・  
7 ヘマクリット値35・7 血小板1・8 総蛋  
白5・7 総ビリルビン13・7 GOT29 G  
PT58 尿素窒素46 クレアチニン0・5 ナ  
トリウム153 カリウム3・7 クロル113  
カルシウム8・4 アミラーゼ41 クレアチンキ  
ナーゼ62 血糖値83  
20時10分 70%  
ペーハー7・504 動脈血二酸化炭素分圧41・  
3 動脈血酸素分圧114・3 炭酸水素32・5  
過剰塩基9・6 ヘモグロビン11・1 酸素飽  
和度98・5 ヘマクリット値32・6 ナトリウム  
146・8 カリウム3・64 カルシウム0・9  
6 血糖値53  
20時～21時  
20時、手術室より帰室。DOA10, DOB10,  
FOY10手術室より。X線写真、胸部うっ血改善  
傾向、腹部変わりなし。手術室より帰室するも未覚  
醒。心拍数110代洞調律。四肢末梢冷感なく、や  
や体熱感あり、体温36代後半にて電気毛布除去す  
る。全身皮膚黄染変わらず、眼球黄染あり。四肢末  
梢浮腫著明。橈骨動脈、肘動脈触れ弱い。尿潜血3  
+。20時、体温36・7°C 血圧110 / [記  
載なし] 呼吸数12 心拍数118。20時30  
分、血圧115 / 70。21時、体温37・4°C  
血圧120 / 80 呼吸数12 心拍数130  
帰室時、人工呼吸器設定  
吸入酸素濃度70% 換気量600 呼吸数12  
呼吸終末陽圧5  
21時～22時  
吻合部、ダグラス窩、筋間より血性のもの排液あり。

肝切離面からは濃い血性のもの流出中。凝塊等み  
られず。創部ガーゼ上汚染なし。血圧80代にてDO  
A, DOB増量し様子みる。21時10分、DOA  
10 12、DOB10 12。首を振ったり手を  
動かしたりしている。CMVに同調中。ファイティ  
ングバックキング等みられず。21時10分、血圧7  
0 / 50 M [人による測定]。21時30分、血圧  
85 / 70 M。22時、体温37・2°C 血圧9  
5 / 65 M 呼吸数12 心拍数134 [血性の排  
液：医師作成のカルテで、再手術の際、肝切離面か  
らの止血困難な出血を現認をしている。/ 血圧の低  
下：エンドトキシン吸着中の記録によれば、吸着中  
に血圧低下があった。その影響があるかも知れな  
い。]  
22時～23時  
「聞こえる？」との問いにうなづきあり。簡単な言  
葉で話すとうなづいて答える。焦点合わず。血圧7  
0代の為カテコラミン増量し生理食塩水にて負荷行  
う。22時10分、DOA12 15、DOB12  
15、生理食塩水100 ml 負荷。血液ガス検査上、  
動脈血酸素分圧良好 [114・3]、酸素飽和度低  
下しない [98・5] 為、吸入酸素濃度下げ様子を見  
る。22時40分、吸入酸素濃度70 60%。  
22時30分、血圧110 / 70 心拍数130。  
23時、血圧110 / 75 呼吸数12 心拍数1  
33  
23時00分 60%  
ペーハー7・498 動脈血二酸化炭素分圧42・  
8 動脈血酸素分圧135・1 炭酸水素33・2  
過剰塩基10・0 ヘモグロビン10・6 酸素飽  
和度98・9 ヘマクリット値31・2 ナトリウ  
ム141・9 カリウム3・92 カルシウム0・  
94 血糖値87  
23時～24時  
新鮮凍結血漿、赤血球濃厚液点滴しポリウム入れ  
てみる。エンドトキシン吸着終了時返血にて一時的  
に血圧上昇あり。カテコラミン、減量する。23時、  
DOA15 13、DOB15 13。23時10  
分、吸入酸素濃度60 50%。23時20分、D  
OA13 10、DOB13 10。23時35分、  
エンドキシン吸着終了。DOA10 8、DOB1  
0 8。コミュニケーション大分とれてくるよう  
になる。同調式間欠式強制換気法だが、“苦しい”と  
のこと、フロー10ℓにて“楽になった”とのこと。  
23時30分、体温36・9°C 心拍数129。  
(2-1)  
4月30日分手術後ICU指示票。指示医記載なし。  
IVH  
A ポタコールR 500, SNMC 2A, ア  
デラピン9号 1A, アドナ(100)1A, トラ

ンサミンS 1A  
ソリタTo 500, SNMC 2A, アデ  
ラビン9号 1A  
(40ml/時)

側) アミノレバン 500ml (20ml/時)  
M/E) カルベニン 0.5g / 生理食塩水  
B) FOY 1000mg / 5% TZ 250ml (10  
ml/時)

・DOA (600mg) 12ml/時  
・DOB (600mg) 12ml/時

M/E ビソルボン 1A

末 FFP [新鮮凍結血漿] 30ml/時 持続  
MMP [赤血球濃厚液] 30ml/時 持続

クイントンフラッシュ 7時 15時 23時  
〔手術前指示票と比較して、輸液量、アミノレバン  
を9時30分変更前の値に戻したこと(水分入りの  
面では輸血の分増量している。)、降圧剤FDTを使用  
していたのが、昇圧剤(心不全用強心剤)DOA,  
DOBを使用することになっていることが指摘でき  
る。/クイントンフラッシュ:クイントンカテーテ  
ルの洗浄〕

ここで、4月30日9時30分頃のKH医師、TH  
医師の行為を総括したい。お父さんの病態は、呼吸  
器系は吸入酸素濃度50%の人工呼吸器を装着しな  
がら、前夜から酸素飽和度が94~97%と不安定  
になり、ジャクソンリースによる加圧を行い、当日  
朝の動脈血酸素分圧は90.9と低下気味で(28  
日夜100.2、29日朝92.2)、そもそも肺  
水腫は治癒しておらず、決して呼吸状態が改善した  
といえる状態ではなく、循環器系は中心静脈圧は4  
~7と正常値ながら低値であり、血圧は150前後  
/90前後と高めの状態で高血圧により循環を維持  
している状態といえ、浮腫もあり、かつ出血傾向に  
よる心タンポナーデはそのままと思われ、依然難し  
い状態であり、高アンモニア血症は当日朝の検査で  
血中アンモニアはこれまでの最高値である194を  
示し、術後肝不全は肝機能を示す血液凝固検査の結  
果は測定不能な程に著しく悪い値であった(その一  
因として28日以来の縫合不全の放置がある。)。従  
って、腹腔内汚染を除去する措置を講じることが急  
務であったし、その他の点も一層治療内容を上げる  
必要は考えられても、治療内容を落とすことは考え  
られない状態だったといえる。しかるに、KH医師、TH  
医師は、吸入酸素濃度を50%から40%に落として  
酸素摂取をより困難にし、輸液のうちメインを4  
0ml/時から30ml/時に、アミノレバンを20ml  
/時から10ml/時にそれぞれ落として循環血流量  
が低下する状態にし、同じくアミノレバンを減量す  
ることにより高アンモニア血症治療薬を減量し、腹  
腔内ドレーンを抜去しながら別に腹腔内汚染を取り

除く措置を講じることなく16時40分の再開腹術  
まで放置したのである。かつ、この4つの措置を、  
一つ一つ様子を見ながらではなく、いっぺんに行っ  
たことも指摘されなければならない。そのため、当  
然のことながら、直後に動脈血酸素分圧が60を切  
る呼吸不全となり、血圧は70代まで落ち、中等度  
ショックの状態を引き起こした。午後には心筋に異  
常が生じたことを示す不整脈が現れ、以後心機能障  
害は日を追って悪化していき、4日目の5月4日に  
一回目の心停止が生じた。一方、彼らは、我々及びFZ  
医師(第3内科)にこの事態を敗血症ショックが起  
きたと説明したのである。その意図は今のところ不  
明だが、重大な違法行為として責任を追求する必要  
があると考える。

(3-24)

97.5.1

〔モニターの画面コピーが貼付されている。心電図  
等〕

0時~1時

肝切離面より旧血性のもの多量に排液あり。ダグラ  
ス窩は淡血性、他は血性のもの。筋間は凝塊みられ  
つまり気味だが時折ミルキングする。心房性期外収  
縮あり。モニター上Bp。0時、血圧110/70  
呼吸数12。1時、体温37.2°C 血圧135  
/90

呼吸数12 心拍数125。〔筋間:再手術の際、  
腹部の筋間にドレーンを留置。筋肉組織中の毛細血  
管からも出血が継続するとみただろうか。〕

1時~2時

肺エア入り下肺野弱め、肺雑音聞かれず。呼吸苦な  
し。創痛なし。血液ガス検査上動脈血酸素分圧12  
0代と良好。眠れない様子。2時、呼吸数12 心  
拍数137

1時43分 50%

ペーハー7.505 動脈血二酸化炭素分圧39.6  
動脈血酸素分圧127.8 炭酸水素31.2  
過剰塩基8.5 ヘモグロビン11.0 酸素飽  
和度98.8 ヘマクリット値32.4 ナトリウム  
145.6 カリウム3.52 カルシウム1.0  
3 血糖値〔数値なし〕

2時~3時

安静保持のため2時7分アタP1A静脈注射にて様  
子みる。DOA 8 6、DOB 8 6。血圧若干低  
下(2時40分ころ90)。呼吸器はずれてもアラ  
ームならず。下肢挙上にてすぐ昇圧する。3時、体  
温37.6°C 血圧100/55 心拍数116  
3時~4時

吸引にて血圧上昇。パッチリ開眼。各ドレーン  
血性の排出液流出多め。中心静脈圧低め。体(皮膚)  
乾燥ぎみ。心房性期外収縮散発。4時心拍数126。

4時～5時

入眠中。時折開眼していることあり。モニター上血圧低下みられず。5時、体温37.3℃ 血圧150/90 呼吸数16 心拍数134

5時～6時

受け答えするが答えない時もあり。呼吸苦なし。ドレーンからの出血変化なし。酸素飽和度低下なし〔99.1〕、血液ガス検査上動脈血酸素分圧良好〔142.8〕、カリウム値も異常なし〔3.72〕。130代洞調律、心房性期外収縮単発程度。

5時45分 50%

ペーハー7.525 動脈血二酸化炭素分圧36.5 動脈血酸素分圧147.8 炭酸水素30.1 過剰塩基8.1 ヘモグロビン11.2 酸素飽和度99.1 ヘマクリット値32.9 ナトリウム147.8 カリウム3.72 カルシウム1.06 血糖値103

6時～7時

皮膚黄染変わらず、眼球も黄染あり。ケア時口腔内の清拭嫌がりなかなか口を開けてくれず、こちらの話すことに答えてくれないこと多くなった感じ。7時、体温38.0℃

血圧130/75 呼吸数24 心拍数137

7時～8時

肺のエア入り下肺野やや弱め、肺雑音聞かれず。グル音〔腹鳴〕なし。体温上昇のためクーリング追加して様子みる。中心静脈圧4と低め。心拍数130代と洞性頻脈。7時30分、血圧110/60〔洞性頻脈：毎分100を越える洞調律。安静時の洞性頻脈はショック、出血、心不全で起きる。〕

(3-23)

97.5.1

迅速仮報告

白血球7.9 赤血球404 ヘモグロビン12.2 ヘマクリット値35.9 血小板3.1 総蛋白5.1 アルブミン2.8 総ビリルビン16.9 直接ビリルビン9.8 GOT27 GPT50 乳酸脱水素酵素750 アルカリホスファターゼ167 -GTP21 尿素窒素50 クレアチニン0.7 ナトリウム155 カリウム4.0 クロル114 カルシウム8.7 クレアチンキナーゼ168 C反応性蛋白17.7 血糖値128 アンモニア162 プロトロンビン時間53

8時30分 吸入酸素濃度50%

ペーハー7.551 動脈血二酸化炭素分圧29.4 動脈血酸素分圧165.1 炭酸水素25.7 過剰塩基5.0 ヘモグロビン11.1 酸素飽和度99.3 ヘマクリット値32.6 ナトリウム146.8 カリウム3.0 カルシウム1.03 血糖値〔数値なし〕

8時～9時

筋肉ドレーンから血性のドロドロしたもの、肝切離面ドレーンから赤黒色のもの、吻合部ドレーンから淡血性のものダグラス窩から淡々血性のもの。手掌、足背、下肢、浮腫見られる。声かけに対しうなづきあるも、指示反応なし。9時、体温37.3℃ 血圧140/105 呼吸数23 心拍数132〔3-23はグラフの線が錯綜しており、間違っているかも知れない。〕

9時～10時

血液ガス検査良好のため、9時吸入酸素濃度50%40%と減量する。〔補助呼吸数128〕エア入り全体的弱め特に右肺野弱い。臍部上ガーゼ汚染あり。創部、発赤、腫脹なし。X線写真、肺炎改善、右下葉の葉間胸水同様。

9時30分 吸入酸素濃度40%

ペーハー7.527 動脈血二酸化炭素分圧33.3 動脈血酸素分圧130.8 炭酸水素27.6 過剰塩基6.0 ヘモグロビン11.1 酸素飽和度98.9 ヘマクリット値32.6 ナトリウム146.0 カリウム3.26 カルシウム1.03 血糖値107

10時～11時

家族面会。中心静脈圧低め、心拍数120～130代続いているため、脱水考えられ、プラズマネートカッターにてポリウム負荷する。血圧落ちついているためDOB減量する。吸入酸素濃度減量後も血液ガス検査良好のためさらにアシスト減量する。10時45分、DOB63、人工呼吸器設定変更(換気量600 500、補助呼吸数8 10)、DOA64。11時、体温37.5℃ 血圧160/108 呼吸数22 心拍数138

11時～12時

吻合部ドレーンからの淡血性のもの少量あり。皮膚の黄染昨日より改善してきている。皮下出血側腹部に見られる。脱血後より心拍数Afリズム〔心房細動〕、140～170代となる。血圧変動なし。右側臥位拒否、痛がる様子。特に右上肢拘縮あり。全体的にも拘縮見られる。11時55分エンドトキシン吸着。12時、血圧155/110 心拍数120〔Afリズム(心房細動)：心房が無秩序に頻回に不定の興奮を繰り返す状態。心拍数100を越えることが多く、この場合心不全に陥りやすい。/脱血はエンドトキシン吸着の準備と思われ、そこで心房細動が現れている。〕

SIMV 5回

ペーハー7.537 動脈血二酸化炭素分圧34.0 動脈血酸素分圧100 炭酸水素28.8 過剰塩基7.2 ヘモグロビン10.2 酸素飽和度98.2 ヘマクリット値30.0 ナトリウム1

42・1 カリウム3・28 カルシウム0・86  
血糖値104

12時~13時

12時呼吸器設定変更、換気量500 470、補助呼吸数10 5、DOBオフ。FZ 医師、Tocxにて、エンドトキシン吸着開始となる。自発呼吸確立しているため、上記同調式間欠的強制換気法変更す。酸素飽和度99%保持。血圧150代と高値のため、DOBダウンするも血圧低下せずオフとする。(筋間ドレーン20ml程度)13時、体温38・0°C 血圧150/90 呼吸数23 心拍数138

13時~14時

同調式間欠的強制換気法5回補助でも呼吸安定。自己換気量500程度あり。Tピースに変更する。エンドトキシン吸着中、ポリウム負荷続けていたので、血圧低下なし。尿流出良好。中心静脈圧上昇なし〔2〕。臍上ガーゼ汚染再びあり包帯交換、体位交換施行。出血少量。創部、発赤、腫脹なし。13時55分エンドトキシン吸着終了。

13時50分 40%CPAP

ペーハー7・521 動脈血二酸化炭素分圧35・5 動脈血酸素分圧121・3 炭酸水素29・0 過剰塩基7・0 ヘモグロビン10・1 酸素飽和度98・7 ヘマクリット値29・7 ナトリウム151・4 カリウム3・63 カルシウム0・97 血糖値111

14時~15時

6ℓTピースにて動脈血酸素分圧60代低下あり、酸素増量する。エア入りは右肺弱め、肺雑音なし。淡緑黄色、若干泡沫状痰中等量引ける。10ℓTピースに増量後も酸素飽和度96~97%と低く、50%持続陽圧気道圧(CPAP)に戻す。14時30分、血圧160/112 呼吸数24 心拍数140

14時10分 6ℓTピース

ペーハー7・503 動脈血二酸化炭素分圧37・2 動脈血酸素分圧67・1 炭酸水素29・2 過剰塩基6・7 ヘモグロビン10・1 酸素飽和度94・8 ヘマクリット値29・7 ナトリウム148・1 カリウム3・5 カルシウム1・09 血糖値123

〔この間の動脈値酸素分圧 Pao2、酸素飽和度 SaO2の値を記す。但し、15時45分の検査値欄には酸素飽和度の記載がなく、別欄記載の15時の値を記す。〕

	PaO2	SaO2
11:45 (補助呼吸5回)	100	98.2
13:50 (40%CPAP)	121.3	98.7
14:10 (6ℓTピース)	67.1	94.8

15:45 (40%CPAP) 112.3 98 (15:00)  
15時から16時

ダグラス窩からの流出見られず。筋間、肝切離面、吻合部ドレーンの性状変化なし。エンドトキシン吸着後〔意識〕レベルアップしたと思われる。朝より意思疎通スムーズなるも視点合わず指示反応もなし。15時45分 40%CPAP

ペーハー7・530 動脈血二酸化炭素分圧32・5 動脈血酸素分圧112・3 ヘモグロビン10・1 ナトリウム148・9 カリウム3・3 カルシウム0・97 血糖値95

迅速仮報告・エンドトキシン吸着後

白血球6・1 赤血球362 ヘモグロビン11・0 ヘマクリット値32・4 血小板3・4 総蛋白5・5 総ビリルビン15・0 直接ビリルビン18・7 尿素窒素51 クレアチニン0・7 ナトリウム156 カリウム3・7 クロル113

〔5月1日分吸着後血液検査報告書(1-107)中の凝固欄、PT14・5/53%、AT 60%、FDP12・1。コメント欄に「中毒類」(3-22)

97・5・1

16時~17時

喀痰検査にてMRSA検出されたので隔離。バンコマイシン2g点滴施行。心拍数130~160代、心房細動、頻脈呈す。ポリウム不足か。新鮮凍結血漿開とし、ポリウムアップはかる。黄染変わらないが開眼しており、うなずきあり。17時、体温36・9°C 血圧155/98 呼吸数32 心拍数132。

17時 吸入酸素濃度40%CPAP〔持続陽圧気道圧〕

ペーハー7・539 動脈血二酸化炭素分圧34・9 動脈血酸素分圧106・9 炭酸水素29・9 過剰塩基8・1 ヘモグロビン10・7 酸素飽和度98・4 ナトリウム140・2 カリウム3・09 カルシウム0・84 血糖値129

17時~18時

メイン点滴ペース66 100ml/時増量する。水分バランスプラスだが中心静脈圧+6前後〔4行読めない。〕コンスタントにみられている。持続陽圧気道圧40%にて血液ガス検査値良好。呼吸、やや努力呼吸ではあるが、注意してみてもゆく。エア入り下肺野までOK。

18時~19時

18時フランドルテープ1枚貼用。家族面会。KH 医師より療法説明。(カーデックス参照!) 本日よりラクツロース開始、経口投与無理より胃留置カテテル挿入する。胃切後 若干浅目に固定する。グル音〔腹鳴〕聴取せず。19時、体温37・5°C

血圧180/95 呼吸数34 心拍数139〔「カーデックス」は、ICU看護室の項目別一覧表〕

19時~20時

血圧高目かわらず。フランドール貼用後1時間!心拍数130台サイナスへt a d y呈す。尿流出ペース良好。ドレーン出血濃いが凝塊なし。筋間ドレーン出血なし。

20時~21時

本日よりラクツロース投与の為本日のみ30ml x 2とする。口腔内舌苔著明。口唇乾燥強い!21時、体温37.2°C 血圧150/100 呼吸数33 心拍数125

21時~22時

ガーゼ上層汚染あり、出血あり。ドレーン挿入部と正中の創口からと思われる。x x 医師ガーゼ交換。人工肛門、排ガスなし、排 なし。グル音〔腹鳴〕著明。水分バランス+2000、中心静脈圧は依然と低目のまま〔+4〕、血管内脱水変わらず。心拍数120台、洞性頻脈、心房性期外収縮あり。〔水分バランス+2000、血管内脱水:輸血・水分が腹膜内、サードスペースに貯留している。〕

21時30分 吸入酸素濃度40%CPAP

ペーハー7.552 動脈血二酸化炭素分圧33.7 動脈血酸素分圧112.7 炭酸水素29.6 過剰塩基8.2 ヘモグロビン10.6 酸素飽和度98.6 ナトリウム145.4 カリウム2.83 カルシウム0.91 血糖値106

22時~23時

尿流出ペースダウン。〔145ml/2時間〕x x 医師呼出し、診察し、もう1時間経過観察と。クイントンフラッシュ異常なし。23時、体温36.8°C 血圧150/95

呼吸数32 心拍数128

23時~24時

x x 医師診察、プラズマネートカッター指示あり。23時15分プラズマネートカッター250ml/2時間、点滴。中心静脈値まだ低い!心拍数120~130、洞性頻脈。血圧安定。吸引、気管、痰、粘稠性であまりひけず。x x 医師診察、K補正する、心房性期外収縮散発。

(3-21)

5月1日分ICU指示票。指示医 TH

IVH

A 5%グルコース500ml, SNMC 2A, アデラピン9号 1A, アドナ(100)1A, トランサミンS 1A, ザンタック1A

5%グルコース500ml, SNMC 2A, アデラピン9号 1A, ザンタック1A, アスK 2AA

側)アミノレバン 500ml(20ml/時)

M/E)カルベニン 0.5g/生理食塩水50

バンコマイシン2g/5%生理食塩水100ml

B)FOY 1000mg/5%TZ250ml(10ml/時)

・DOA(600mg)12ml/時 15 13 10 8 6 2

・DOB(600mg)12ml/時 " 6 オフ

プラズマネートカッター 250ml/50ml/時

プラズマネートカッター250ml/2時間

M/E ビソルボン 1A

M フィプロガミンP 3V

M/E グロベニン 1V

末 FFP〔新鮮凍結血漿〕 50ml/時 持続

MMP〔赤血球濃厚液〕 50ml/時 持続

クイントンフラッシュ 7時 15時 23時

(3-20)

97.5.2

0時~1時

開眼している。表情は険しくない。呼吸速拍気味かわらず。エア入り左右差なし。1時体温37.7°C 血圧170/110 呼吸数30 心拍数110〔貼付されたモニター画面写しに、0時30分、心拍数128とある。〕

1時~2時

人工肛門から便汁多量にあり、出血なし。血圧低下なし。吸引「にキ」痰ほとんどひけず。酸素飽和度99%

2時 吸入酸素濃度40%CPAP

ペーハー7.540 動脈血二酸化炭素分圧36.8 動脈血酸素分圧124.0 炭酸水素31.4

過剰塩基9.5 ヘモグロビン10.6 酸素飽和度98.8 ナトリウム140.2 カリウム2.99 カルシウム0.91 血糖値95

2時~3時

血液ガス検査値良好!体温変わらず。心室性期外収縮なし、心房性期外収縮なし。肝切離面ドレーン、出血量は少ない。旧血性のもの、混濁ない。吻合部(断端部)ドレーン、出血量少ない。3時、体温37.4°C 血圧170/110 呼吸数34 心拍数120

3時~4時

ダグラス窩ドレーンより淡々血性のもの流出あり。出血増加なし。人工肛門から便汁あり、肉眼的出血又はヘマス+++。尿流出ペース変わらないが...、水分バランス+1800位。血圧低下なし。〔ヘマス:潜血試験紙〕

4時~5時

呼吸状態変わらず。酸素飽和度99%保持。5時、

体温 37.6°C 血圧 164 / 110 呼吸数 29 心拍数 121

5時～6時

人工肛門より便汁あり。創部ガーゼ上層まで浸出液あり。ダグラス窩ドレーンより50ml / 2時間流出あり。淡々血性サラサラしたもの。酸素飽和度97% (仰臥位にて)。呼吸速拍でやや下顎呼吸。苦痛問うもはっきりせず。

6時～7時

酸素飽和度98 - 99%保持。黄染著明。7時、体温 37.9°C 血圧 150 / 100 呼吸数 39 心拍数 121

吸入酸素濃度 40% CPAP

ペーハー 7.509 動脈血二酸化炭素分圧 33.7 動脈血酸素分圧 134.9 炭酸水素 26.8 過剰塩基 4.9 ヘモグロビン 10.5 酸素飽和度 98.9 ナトリウム 150.3 カリウム 3.56 カルシウム 1.08 血糖値 108

7時～8時

吸引、気管とても汚い粘稠性痰ひける。鼻腔、出血なし。胃留置カテーテル排液少量であるが少し血性す。

(3-19)

97.5.2

迅速仮報告

白血球 7.5 赤血球 395 ヘモグロビン 11.9 ヘマクリット値 35.2 血小板 3.7 プロトロンビン時間 61% 総蛋白 5.7 総ビリルビン 19.9 直接ビリルビン 12.8 GOT 30 GPT 36 尿素窒素 4.4 クレアチニン 0.6 ナトリウム 155 カリウム 3.3 クロル 113 カルシウム 8.5 アミラーゼ〔数値なし〕 クレアチンキナーゼ 246 C反応性蛋白〔数値なし〕 血糖値 113 アンモニア 181

〔5月2日分血液検査報告書(1-107)中の凝固欄。PT 13.5 / 61%、APT 25.8、ヘパブラ 74%、AT 60%、D-ダイマー 5.4、FDP 9.3〕

8時～9時

筋間ドレーン血性さらさらしたもの。肝切離面ドレーンから淡血性のもの、ダグラス窩から淡々血性のもの。顔面赤味見られる、前日より黄染増強してきているように見える。9時、体温 37.4°C 血圧 140 / 90 呼吸数 40 心拍数 130

9時～10時

エア入り左右差なく肺雑音もなし。吸引時黄色の痰中等量あり。グル音〔腹鳴〕良好。人工肛門からおうど色の泥状水様便。昨日に比べ声かけに対しうなづき多い。しかし、指示反応はない。創部上ガーゼ出血汚染広範囲にあり。

10時～11時

血液ガス検査良好。モニター上バイタルサイン異常なし。11時、体温 37.4°C 血圧 150 / 100 呼吸数 26 心拍数 120

10時30分

ペーハー 7.530 動脈血二酸化炭素分圧 36.7 動脈血酸素分圧 132.0 炭酸水素 30.6 過剰塩基 8.6 ヘモグロビン 10.6 酸素飽和度 98.9 ヘマクリット値 31.2 ナトリウム 144.8 カリウム 3.38 カルシウム 1.02 血糖値〔数値なし〕

11時～12時

ガーゼから凝塊状の出血見られる。創部は以前ドレーン挿入されていた場所と現在ドレーン挿入されている所から出血見られた。発赤、腫脹はなし。

12時～13時

家族面会。呼吸 25回 / 分前後、酸素飽和度 98 ~ 99%。心拍数 110台、心房性期外収縮単発。左下腿、右下肢から足背にかけて浮腫見られる。全身的に筋力低下見られる。13時、体温 38.2°C 血圧 170 / 100 呼吸数 27 心拍数 120

13時～14時

清拭時、下肢に網状チアノーゼ見られる。終了後消失。寝寒を与えないようケアしていく必要がある。口を動かして何か伝えようとしている。氷片与えると喜んでる。笑顔も見られる。

14時～15時

中心静脈栄養消毒、挿入部発赤腫脹見られない。顔面の赤味まだ続いている。両下肢の浮腫見られるも右下肢動かしていることが多いためか右の方が浮腫少ない。15時、体温 37.8°C 血圧 168 / 95 呼吸数 24 心拍数 115

15時～16時

黄土色の水様便、どろどろしたものあり。血圧高めも安定。クーリングはずすと体温再上昇あり、再度クーリング強化する。黄茶色の喀痰中等量、かたまりで見られる。鼻腔からも黄色少量引ける。ドレーンの性状は朝と同じく変化なし。

(3-18)

97.5.2

16時～17時

腕・足など力が入っているのか硬い。右腕は頭上まで挙上OK。17時、体温 37.3°C 血圧 160 / 105 呼吸数 26 心拍数 118〔腕・足硬い：拘縮か〕

17時～18時

離握手の反応はないがいつもより表情あり。苦悶表情見られない。

18時～19時

筋間部ドレーン挿入部周辺の創部と肝切離面ドレー

ン挿入部よりジワジワと出血見られる。赤血球濃厚液2単位追加点滴する。19時、体温37.7°C  
血圧160/115

呼吸数28 心拍数115〔挿入部からの出血：これまでと状況の違う出血〕

19時～20時

気管からは緑色の粘稠痰少量のみ引ける、口腔からは汚い黄色のものあり。肺エア入り右下肺弱め肺雑音軽度。

19時、吸入酸素濃度40%

ペーハー7.544 動脈血二酸化炭素分圧32.7 動脈血酸素分圧114.0 炭酸水素28.2 過剰塩基7.0 ヘモグロビン12.3 酸素飽和度98.6 ヘマクリット値36.2 ナトリウム140.4 カリウム2.86 カルシウム0.83 血糖値86

20時～21時

もう少し引きたいのとドレーンからの出血などもあるためプラズマネートカッター点滴開始する。21時、体温37.6°C 血圧160/100 呼吸数25 心拍数118

21時～22時

こげ茶色の水様便中等量あり。人工肛門付近の創部からの出血やや異臭あり。

22時～23時

ややウトウトしている感じあり。コミュニケーションとれているも指示反応今一つ。23時、体温38.0°C 血圧160/105 呼吸数26 心拍数116

23時～24時

尿流出90～100ml/時前後保持。水分バランスはプラスで経過のためか中心静脈圧やや上昇あり。〔9時～21時は0～2で経過、23時は4〕(3-17)

5月2日分ICU指示票。指示医記載なし。

IVH メイン

A 5%TZ500ml, アドナ 100mg、V i t c 1000mg, ガスター 1A, SNMC 2A, アデラビン9号 1A,

5%TZ500ml, OMV 1V, ガスター 1A

5%TZ500ml

側)アミノレバン 500ml/2日 (10ml/時)  
FOY 1000mg/5%TZ250ml(10ml/時)

側)プラズマネートカッター 250ml(2時間)  
20時30分、プラズマネートカッター250ml  
1時間

バンコマイシン1g/5%生理食塩水100ml  
M/E グロベニン 50ml×2V 1時間かけ

て

M/E ビソルボン 1A

、フィブロミン オフ

末 FFP〔新鮮凍結血漿〕 30ml/時 持続

MMP〔赤血球濃厚液〕 4単位/6時間で。

FDT 8時 20時/12時間

クイントンフラッシュ 17時

(3-16)

97.5.3

〔貼付されたモニター画面写しの心電図が、形が変わっているように見えるが、意味を読み取れない。〕

0時～1時

酸素飽和度99～100%で経過も浅表性呼吸。本人呼吸苦ある様子。1時、体温37.9°C 血圧160/100 呼吸数24 心拍数115〔浅表性呼吸・呼吸苦：呼吸障害が進む。〕

1時～2時

肝切離面ドレーン、吻合部ドレーン挿入部からのガーゼ上汚染あり。ドレーンからの流出も暗血性のドロドロしたもの見られる。

2時～3時

浅表性の呼吸変わらずも酸素飽和度の低下はみられず。呼吸数25～30回代。3時、体温37.7°C 血圧182/100 呼吸数22 心拍数115

3時～4時

ドレーン類の流出多くなってきている。肝切離面と吻合部で旧血性多量。血圧高めに経過中。〔ドレーン流出多い：出血増加の可能性〕

4時～5時

血圧170台、心拍数110台もやや心拍数上昇傾向か。〔4時、血圧172〕ドレーンの量多くなってきており、要注意。酸素飽和度低下なし。5時、体温38.5°C 血圧160/108 呼吸数24 心拍数123

5時～6時

体温38°C代まで上昇。体熱感も著明にあり。浅表性の呼吸続いているも酸素飽和度変化なし。

6時～7時

茶色～こげ茶色の便あり。少しずつ水様から軟便になっている。体温上昇のためか心拍数120代洞調律。7時、体温38.5°C 血圧148/90 呼吸数28 心拍数127

7時～8時

ダグラス窩からは淡々血性のもの少量のみ見られる。その他のドレーンは黒色のもの流出。特に筋間ドレーンはドロドロしている。7時50分、DOAオフ〔20〕

(3-15)

97.5.3

## 迅速仮報告

白血球 4・0 赤血球 473 ヘモグロビン 14・7  
ヘマクリット値 43・5 血小板 1・5 総蛋白 6・6  
総ビリルビン 30・5 GOT 42 GPT 43 尿素窒素 37  
クレアチニン 0・4 ナトリウム 151 カリウム 3・3  
クロル 112 クレアチンキナーゼ 115 血糖値 98

〔5月3日～5日の血液検査報告に凝固欄の記載がない。〕

8時～9時

一瞬心拍数 180～200代となるが、その後すぐに心拍数 120代で洞調律へ。時折心房性期外収縮、二段脈あり。下肢浮腫著明。9時、体温 38・2℃  
C 血圧 140/90 呼吸数 24 心拍数 122  
〔二段脈：期外収縮が洞調律性心拍 1回につき続けて 1回出現することが反復して起こる場合のこと。〕

9時～10時

声かけにてなんとなくオリエンテーション取れる感じ。人工肛門より水様便排泄あり。X線写真、胸部、肺透過性きのうより改善、腹部、ガスあるも異常なし。

10時～11時

酸素飽和度 99%保持。清拭時、皮膚の異常なし。仙骨部デュオアクティブにてフォロー中。11時、体温 38・2℃ 血圧 148/85 呼吸数 23  
心拍数 124

11時～12時

TH 医師診察、包帯交換する。正中創より赤い（新しい）ガーゼ汚染あり。皮膚汚染著明なり。肝切離面、吻合部より旧血性の出血あり。

12時～13時

モニター上心拍数 130代洞性頻脈。TH 医師、ラシックス 1/2Aす。13時、体温 38・8℃ 血圧 140/85 呼吸数 23 心拍数 109

13時～14時

クーリング続行して行っているも体温上昇、指示にてメチロン 1A 静脈注射す。吸引にて気管より緑色の汚い痰中等量引く。

14時～15時

モニター上心拍数 120代、洞性頻脈変わらず。酸素飽和度 98%保持。血小板輸血 20単位施行。15時、体温 37・0℃ 血圧 140/81 呼吸数 24 心拍数 119

15時～16時

体温低下あり。血圧、心拍数変動なし。心房性期外収縮単発程度。浸出液（黄色様）のガーゼ汚染あり、包帯交換す。痰汚なめ変わらず。

（3-14）

97・5・3

16時～17時

心房性期外収縮単発みられる。眼球、体幹黄染強い。17時、体温 38・0℃ 血圧 150/80 呼吸数 27 心拍数 112

## 迅速仮報告

白血球 3・6 赤血球 445 ヘモグロビン 13・7  
ヘマクリット値 13・7 血小板 7・4 総ビリルビン 28・3  
GOT 38 GPT 41 尿素窒素 41 クレアチニン 0・6

17時～18時

尿、濃いもの流出、比重 0・3なり。肝切離面、吻合部同様の黒色のもの流出。コンタクトとれる。FZ 医師より呼出しあり、迅速仮報告結果にて吸着はしないとの由。〔血小板輸血直後の検査値を FZ 医師に示したと思われる。血小板輸血は 26日に行つて以来この 5月3日 14時まで行つておらず疑問のある行為。〕

18時～19時

イブニングケア時協力的、笑顔ないもおだやかにすごせる。吸引にて気管より黄色のきたない痰、口よりも同様のものひける、悪臭なし。19時、体温 38・1℃ 血圧 145/70 呼吸数 28 心拍数 120

19時～20時

人工肛門より少量ずつ便みられる。泥状便なり。尿流出良好。心拍数やや上昇 130代へ。

20時～21時

尿 とラクツロースのためか??意識ははっきりしている。イエス、ノー首の動きでわかる。水分バランス - によるものか、心拍数 120代つづく。本人胸部不快ないと。Tチューブ嫌がる。説明し抑制す。21時、体温 38・8℃ 血圧 140/80 呼吸数 29

心拍数 129〔尿量 : 70～80ml/時〕

21時～22時

心拍数たかめも中心静脈圧かわらず。新鮮凍結血漿点滴中本人苦痛ないと。水分バランス - 500代へ。水様の便あり、ガスあり、腹満ないとのこと。体温上昇クーリング続ける。明日も血小板点滴予定。

22時～23時

心拍数 140代、洞性頻脈へ。TH 医師呼出し、プラズマネートカッター 250ml/2時間施行しボリュームアップ図る。本人大丈夫とうなずく。肝切離面ドレーン暗血性なり。23時、体温 38・2℃ 血圧 138/75 呼吸数 27 心拍数 127〔22時4分のモニター画面写しが貼付され、心電図が、正常で低い山及び間の平坦なところが鋸歯状になっており、心房粗動（AF）ではないかと思う。心房粗動：心房が洞結節の刺激に従わず、心房自体で発生した規則正しい頻回の興奮を持續する状態。心房細動に移行することが多い。〕

23時～24時

プラズマネートカッター、新鮮凍結血漿等のポリリューム入り心拍数120代へ、脱水によるものだったのか？38°C代発熱持続。頻呼吸努力様で苦痛様の表情なり。痰なし、肺雑音なし。人工肛門より茶色水様便とオムツに黒色軟便あり。〔酸素飽和度97%の記載ある。〕

(3-13)

5月3日分ICU指示票。指示医TH。

IVH

A 5%TZ500ml, SNMC 2A, アデラビン9号 1A, アドナ 100mg 1A, トランサミンS 1A, ザンタック 1A,

T35%TZ500ml, SNMC 1A, アデラビン9号 1A, ザンタック 1A,

5%TZ500ml

側)アミノレバン 500ml/2日 (20ml/時)

バンコマイシン1g/5%100ml

B)FOY 1000mg/5%TZ250ml (10ml/時)

M/E ビソルボン 1A

赤血球濃厚液400

血小板 20単位

新鮮凍結血漿4単位(80ml/時)

新鮮凍結血漿4単位(80ml/時)

FDT 8時 20時

クイントンフラッシュ 9時 21時

(3-12)

97・5・4

0時～1時

頻呼吸なり。酸素飽和度98%程度。〔別欄に96～97～98と記載あり。〕1時、体温38・0°C 血圧130/80 呼吸数30 心拍数120〔尿量が減少。5月3日23時までは2時間100～230mlあったのが3日23時～4日1時の2時間で70mlである。ノ頻呼吸に対し何らの措置も講じていない。〕

1時～2時

酸素飽和度にムラあり。94～99%になる。本人呼吸苦感じないと、エア入りかわらず。眠れない様子。イライラした感じはない。心拍数110～120代へ落ちつく。

2時～3時

酸素飽和度99～100%へ。心拍数おちつく。本人眠れない様子。3時、体温38・2°C 血圧125/75 呼吸数29 心拍数114〔尿量2時間40ml〕

3時～4時

便あり。水分バランス-210へ。吸引にて痰黄緑色やや減少。血圧120代へ。

4時～5時

覚醒したままです。心室性期外収縮単発。心房性期外収縮単発。5時、体温38・0°C 血圧120/75 呼吸数38 心拍数120〔尿2時間5ml/心室性期外収縮：心室の固有筋から発生する期外収縮。致命的な不整脈に移行しやすい。〕

5時～6時

眼球黄染、体幹黄染かわらず。コンタクトとれるもはっきりしない。口パクパクさせる。尿流出著明に減少

6時～7時

呼吸数頻回、息苦しくないと話すも下顎呼吸続く。

7時、体温38・0°C 血圧130/75 呼吸数25 心拍数116〔尿2時間15ml〕

7時～8時

尿流出不良。ラシックス静脈注射の指示(TH医師)

7時15分ラシックス1/2A静脈注射。(中心静脈圧かわりない、心拍数おちついたため。)血圧120代。便多量。

(3-11)

97・5・4

迅速仮報告

白血球3・8 赤血球436 ヘモグロビン13・5 ヘマクリット値38・8 血小板3・5 総蛋白6・7 総ビリルビン31・94 GOT34 GPT34 尿素窒素57 クレアチニン0・9 ナトリウム148 カリウム2・9 クロル109 アミラーゼ81 クレアチンキナーゼ129 血糖値54

8時～9時

声かけに対しうなづき返答あり。両手背、足背浮腫強い。全身黄染あり。両肺野全体的にエア入り弱い。呼吸時肺雑音聴取す。9時、体温38・7°C 血圧120/80 呼吸数26 心拍数108〔尿2時間8ml〕

〔貼付されたモニター画面写しの心電図は高い山と高い山との間が鋸歯状であり、心房粗動と思う。〕

9時～10時

家族面会。体温38・7°C と高値。クーリング続行。呼吸数25回前後、苦しそうであるが酸素飽和度は良好。水分バランスマイナス、尿も少ない為ソリタT3・100ml/時負荷開始する。

10時～11時

気管、胆汁色の痰中等量ひける。腹部X線写真上、ドレナージュうまくされておらず、肝切離、吻合、筋間ドレーン、生理食塩水にて洗浄する。肝切離面ドレーンより凝塊あり。正中創は緑色の浸出液あり。ドレーン挿入部より出血みられる。11時、体温38・7°C 血圧110/60 呼吸数25 心拍数107〔11時以降血圧の下の記載がなく、下が

計測できなくなったものと考えられる。別欄に酸素飽和度 96% と記載。/ 緑色滲出液：緑膿菌感染の可能性]

11時～12時

尿流出ブア、ミルクング施行、流出見られず。KH 医師、FDT 除去、ラシックス 1/2A、血小板、膀胱洗浄 18 Fr 10 cc 指示。血圧 110 代にて上記施行。NM 医師、バルーン交換する。膀胱洗浄、尿汚い。人工肛門より茶褐色の粘液 + 水様便排液す。[父の乏尿は肝性腎不全であり、膀胱洗浄が無効なのは明らかと思う。]

11時30分 吸入酸素濃度 40%

ペーハー 7.393 動脈血二酸化炭素分圧 42.5 動脈血酸素分圧 82.3 炭酸水素 25.9 過剰塩基 1.4 ヘモグロビン 12.1 酸素飽和度 96.0 ヘマクリット値 35.6 ナトリウム 138.1 カリウム 3.32 カルシウム 0.89 血糖値 100

12時～13時

ラシックス反応、30 ml / 時と少なめ。酸素飽和度 94～96%、下顎呼吸しており、患者 = 苦しいと、深呼吸促す。12時30分、体温 38.4°C 血圧 110 / なし 呼吸数 25 心拍数 105 [酸素飽和度・動脈血酸素分圧の低下、呼吸状態の悪化があるのに、吸入酸素濃度を上げる等の措置を全くとっていない。]

13時～14時

尿流出みられず、新鮮凍結血漿点滴している為様子みる。中心静脈圧は低め。肝切離、筋間、吻合ドレーンそれぞれ暗黒色のもの流出みられる。意識低下なし。

14時～15時

両上肢、右側腹、左側腹、左下肢内出血斑あり。人工肛門開放、100 ml 貯留あり、排ガスあり。排便あり、緑茶色様、オムツ交換する。酸素飽和度 98%。15時、体温 37.2°C 血圧 110 / なし 呼吸数 20 心拍数 101 [体温、呼吸数の明らかな低下がある。]

15時～16時

[別欄に酸素飽和度 93% と記載] 尿流出ない為膀胱洗浄施行す。モニター上心拍数いきなり 70 代 50 30 代 BRADY [徐脈] へ。意識低下。自発呼吸消失す。硫酸アトロピン「に K」するも効果みられず。EKG [心電図]。ジャンクショナルリズム [接合部性調律]。モニター上アレスト [心停止] 心マッサージ開始。Vf [心室細動] ~ 心拍数 40 代。徐脈。血圧測定不可能、瞳孔散大傾向。ボスミン、DOA 開始後心拍数 150 代、頻脈 血圧徐々に上昇あり。瞳孔 3.5 cm 大へ、対光反射はなし。かなり弱いが自発呼吸みられる。[15時2

1分、24分、27分、40分のモニター画面心電図が貼付されており、15時21分心拍数30回、15時24分心停止、15時27分心拍数106 [Vf とメモ]、15時40分、心拍数154 [ボスミン・DOA とメモ] となっている。] [徐脈：心拍数が毎分50回未満の状態 / Vf (心室細動)：個々の固有筋が無秩序に興奮する状態。血流駆出は停止するので、致命的な状態となる。] [午前11時の膀胱洗浄が無効であったのに、再び無効な膀胱洗浄を実施した理由は不明である。また、徐脈になった後、15時20分に電極を9個装着して心電図 (EKG) を測定している。(1-218~220) として15時24分に心停止となっている。午前中より心室性期外収縮が現れており、測定するならその時点で行うべきであり、徐脈を起こしてから心電図測定をした理由は不明である。付言するとこの心電図測定中に NM 医師は中目黒の自宅に居た雷太に急変を伝える電話をかけている]

(3-10)

97.5.4

16時～17時

ジャクソンにて加圧後、人工呼吸器・吸入酸素濃度 40、呼吸数 12、換気量 600、呼気終末陽圧 5 設定へ。酸素飽和度 93% と低め、吸入酸素濃度 40 60 にアップする。血圧 80 代にて経過、DOB 10 / 時開始するも変わらず。心拍数 200 ~ 230 代心房細動・頻脈 20 秒程度あり、自然消失する。血圧 80 代保持。血糖値 40 代のため 50% TZ にて補正す。肺エア入り良好。CMV 同調の呼吸も時折パッキングあり、自発呼吸出てきたか?

16時、血圧 100 / なし 心拍数 152。16時30分、血圧 80 / なし 心拍数 138。途中に心拍数 230 の記載。17時、体温 36.2°C 血圧 80 / なし 呼吸数 12 心拍数 132

16時20分 ジャクソン加圧

ペーハー 7.214 動脈血二酸化炭素分圧 58.5 動脈血酸素分圧 51.4 炭酸水素 23.6 過剰塩基 - 4.9 ヘモグロビン 12.6 酸素飽和度 78.2 ヘマクリット値 37.1 ナトリウム 129.2 カリウム 2.48 カルシウム 0.63 血糖値 49

17時～18時

ラシックス 1A 静脈注射後も尿流出まったくみられず。[16時～18時、0 ml] 瞳孔対光反射まったくみられず。吸入酸素濃度 60% にて酸素飽和度 99 ~ 98% 保持している。筋間、肝切離面、吻合部より旧血性の排液あり。家族ずっと付き添っており、やや興奮ぎみ。下肢冷感強し、湯タンポにてフォロ-する。18時、血圧 75 / なし 心拍数 136 迅速仮報告

白血球 3・4 赤血球 4 2 3 ヘモグロビン 1 2・6  
ヘマクリット値 3 8・1 血小板 5・2 総蛋白 6・0  
総ビリルビン 3 0・2 GOT 7 1 GPT 3 6  
尿素窒素 6 8 クレアチニン 1・6 ナトリウム 1 4 6  
カリウム 2・7 クロル 1 0 8 カルシウム 7・8  
アミラーゼ 6 7 クレアチンキナーゼ 3 8 5 血糖値 7 0

1 8 時 ~ 1 9 時

尿流出まったくみられず。ラシックス 5 A 静脈注射す。血液ガス検査上吸入酸素濃度にて動脈酸素分圧 1 1 0 代良好。アシドーシス改善傾向。吸引にて気管より茶色の汚い痰、中等量引く、口腔より同様。家族と顔を拭いたり、ひげをそったりする。1 9 時、体温 3 7・8 °C 血圧 7 5 / なし 呼吸数 1 5 心拍数 1 3 2 [ 動脈血酸素分圧良好、アシドーシス改善傾向：尿流出が全くなく 対光反射がなく意識がなく 心停止があり、endstage(死に向かう状態)であり、「良好」「改善傾向」という用語には違和感がある。しかし、少しでも長く生きて欲しいという気持ちかも知れない。]

1 8 時 1 7 分 吸入酸素濃度 6 0 %

ペーハー 7・3 5 0 動脈血二酸化炭素分圧 3 9・7  
動脈血酸素分圧 1 1 2・1 炭酸水素 2 1・9 過剰塩基 - 3・0  
ヘモグロビン 1 2・1 酸素飽和度 9 7・9  
ヘマクリット値 3 5・6 ナトリウム 1 3 5・5  
カリウム 2・6 8 カルシウム 0・8 0 血糖値 6 2

1 9 時 ~ 2 0 時

ラシックス 5 A にも尿反応まったくなし。血圧 7 0 代、心拍数 1 3 0 代洞性頻脈。包帯交換時、瘡部周囲黒っぽい感じあり。瞳孔対光反射、緩慢も確認 OK。体温上昇あり、クーリングす。自発呼吸 + 1 2 回の呼吸なり。2 0 時、血圧 7 5 / なし 心拍数 1 3 0 [ 瘡部周囲黒っぽい感じ：体内で壊死が起きている。]

2 0 時 ~ 2 1 時

酸素飽和度 9 8 ~ 9 9 % 保持している。尿流出なし変わらず。心拍数 1 2 0 ~ 1 3 0 代タキ変わらず。血圧 7 0 代なんとか保持している感じ。全身浮腫強度。家族の声かけにも反応なし。2 1 時、体温 3 7・1 °C 血圧 6 5 / なし 呼吸数 1 2 心拍数 1 2 8

2 1 時 ~ 2 2 時

バンコマイシン 1 g + 5 % T Z 1 0 0 ml。DOA 1 0 1 2 アップ、DOB 1 0 1 2 アップ。吸引するも気管よりほとんど何も引けず。尿 1 0 cc ほど流出あり、たまっていたものか。自発呼吸弱く、人工呼吸器と同調してしまう。ファイティング、バックキングなし。肝切離面ドレーンより旧血性の流出(暗血性様)多量。2 2 時、血圧 6 8 / なし 心拍数 1

3 1

2 2 時 ~ 2 3 時

NJ 医師診察、家族(息子)療法説明する。血圧 6 0 代のためカテコラミンさらにアップし様子みる。DOA 1 2 1 4 アップ、DOB 1 2 1 4 アップ。酸素飽和度 9 8 %。2 3 時、体温 3 7・0 °C 血圧 6 8 / なし 呼吸数 1 2 心拍数 1 2 6

2 3 時 ~ 2 4 時

口腔内鼻腔より淡黄色のものひけ、吸引にて気管より痰あまりひけず。血圧 6 0 代と低め変わらず。全身黄疸。

( 3 - 9 )

5 月 4 日分 ICU 指示票。指示医記載なし。

I V H

A 5 % T Z 5 0 0 ml, S N M C 2 A, アデラピン 9 号 1 A, アドナ 1 0 0 mg 1 A, トランサミン S 1 A, ザンタック 1 A, 4 0

5 % T Z 5 0 0 ml, S N M C 1 A, アデラピン 9 号 1 A, ザンタック 1 A, 4 0

5 % T Z 5 0 0 ml 4 0 ml / 時

側) アミノレバン 5 0 0 ml ( 2 0 ml / 時)

M / E カルベニン 0・5 / S a キット 1 0 0 ml

B) F O Y 1 0 0 0 mg / 5 % T Z 2 5 0 ml ( 1 0 ml / 時)

M / E ビソルボン 1 A

新鮮凍結血漿 4 単位 ( 8 0 ml / 時)

新鮮凍結血漿 4 単位 ( 8 0 ml / 時)

赤血球濃厚液 2 単位 ( 3 0 ml / 時)

血小板 2 0 単位

クイントンフラッシュ 9 時 2 1 時

F D T 8 時 2 0 時 F D T 血圧指示 1 3 0 オフ

( 3 - 8 )

9 7・5・5

0 時 ~ 1 時

心拍数 1 2 0 ~ 1 3 0 代、洞性頻脈変わらず。全身黄疸、全身浮腫著明。1 時、体温 3 7・6 °C 血圧 5 5 / なし 呼吸数 1 2 心拍数 1 2 8

1 時 ~ 2 時

吸引にてもほとんど何も引けず。肺エア入り下肺野にて弱めも良好、肺雑音なし。吸引酸素濃度 6 0 % にて酸素飽和度 9 8 ~ 9 9 % 保持している。パウチに水様便たまりあり。2 時、血圧 6 5 / なし 心拍数 1 3 0

2 時 ~ 3 時

家族付き添い話しかけている、様子変わらず。モニター上変動なし。3 時、体温 3 8・0 °C 血圧 6 5 / なし 呼吸数 1 2 心拍数 1 3 0

3 時 ~ 4 時

全身浮腫、黄疸変わらず。血圧触診にて 6 0 代、低

め安定。心拍数130代頻脈。尿流出まったくなし、ミルキング行うも同様。パウチ内水様便排泄あり。  
4時、血圧64/なし 心拍数128  
4時~5時  
血圧60代、ショック体位変わらず。肝切離面より出血多量、旧血性なり。モニター上変動なし。5時、体温38.0°C 血圧55/なし 呼吸数12  
心拍数124〔ショック体位：足を上げて血液を心臓に集める。〕  
5時~6時  
尿流出なし。血圧50代へ。心拍数120代。6時、心拍数121。  
6時~7時  
モーニングケア時、気管より黄~緑色様の汚い痰引く。血圧50代何とか保持。パウチ内水様便多量。家族話しかけている様子あり。瞳孔、対光反射緩慢なり。7時、体温38.2°C 血圧58/なし 呼吸数12 心拍数121  
7時~8時  
口腔より黄色様の痰中等量引く。酸素飽和度99~98%保持。肺エア入り良好。全身浮腫増強してきた感じ。クーリングにても体温上昇のためクーリング強化す。尿流出まったくみられず!〔0時~8時、0ml〕血圧50代、心拍数120代  
(3-7)  
97.5.5  
8時~9時  
下肢拳上中。血圧52mm Hg、心拍数110代、洞性頻脈。意識、吸引刺激で苦痛表情あり。自発22回前後、下顎呼吸、感知されない。肺エア入り全体的に浅い。酸素飽和度99%。9時、体温36.8°C 血圧53/なし 呼吸数24 心拍数116  
9時~10時  
ガーゼ交換、正中創周囲黒色、淡黄色の浸出液あり、異臭あり。ラパック交換、黄色水様便150gあり。尿貧量。水分バランス+1800。利尿剤使用し、メイン減量する。9時50分、アレリックス5A・20%TZ20ml。メイン交換。10時、メイン10へ。10時、血圧55/なし 心拍数118〔正中創黒色、異臭：カルテの医師作成部分に「壊死性の滲出液++」とある。ノラパック：人工肛門のセット〕  
9時30分 吸入酸素濃度60%  
ペーハー7.389 動脈血二酸化炭素分圧39.6 動脈血酸素分圧161.5 炭酸水素23.9 過剰塩基-0.4 ヘモグロビン13.0 酸素飽和度99.0 ヘマクリット値38.2 ナトリウム132.2 カリウム2.92 カルシウム0.91 血糖値4.6  
迅速仮報告

総蛋白5.7 総ビリルビン30.0 GOT85 GPT45 尿素窒素87 クレアチニン2.3 ナトリウム141 カリウム2.9 クロル105 クレアチンキナーゼ567 血糖値4.1 白血球3.4 赤血球432 ヘモグロビン12.8 ヘマクリット値38.4 血小板1.2  
10時~11時  
尿反応なく、血圧50代続く。瞳孔3.5(=〔左右差なし〕)右対光あり、左眼右方偏位?対光反射はつきりわからず。家族、血圧はどれくらいですか、質問される。時々ベッドサイドで涙ぐむ。11時、体温36.9°C 血圧50/なし 心拍数116 呼吸数22  
11時~12時  
気管ほとんどひけず、口腔・鼻腔、黄色さらさらしたもの中等量ひける。苦痛表情あり。両上肢わずかに動かす。皮膚、眼球黄染著明。橈骨・肘動脈触知不能。12時、血圧40/なし 呼吸数21 心拍数118  
12時~13時  
血圧40/触。肝切離面ドレーン、暗血性やや濃度。ダグラス窩、筋間同様量は少ない。13時、体温36.5°C 血圧40/なし 呼吸数20 心拍数119  
13時~14時  
血圧42/触。右大腿部後面、右前腕、皮下出血つよい。大腿部は水泡形成している。本日血小板1.2、血小板輸血中、小まくら圧迫、適宜変更していく。心室性期外収縮単発あり。家族より質問ある。14時、血圧45/なし 心拍数118  
14時~15時  
右大腿側面、右前腕、右下腿、右背部、皮下出血著明。大腿部水泡破裂したためヒビテン消毒、ガーゼ保護する。清拭後、酸素飽和度低下みられる。〔別欄に95%、93%の記載〕15時、体温36.8°C 血圧40/なし 呼吸数22 心拍数118  
15時~16時  
血圧40/触。末梢冷感・チアノーゼなし。ガーゼ汚染軽度あり。酸素飽和度93%、呼吸数20回。KH医師呼出し。瞳孔3.0、左眼、右方偏位かわらず。(3-6)  
97.5.5〔用紙に5.6と記載されているが、誤記である。〕  
16時~17時  
16時呼吸器変更、吸入酸素濃度60%、換気量800、呼吸数8、呼気終末陽圧8、FiI15%。酸素飽和度95%へアップ。血圧触れず。末梢ライン点滴漏れにて末梢抜去。心拍数110~120代、心房性期外収縮単発で出現。17時、体温37.5°C 血圧45/なし 呼吸数12 心拍数120

17時～18時

血圧触診にて48 / 、脈拍強弱あり、取りづらい。呼名にて開眼する。肺エア入り下肺野弱め、左右差なし、肺雑音なし。吸引にて気管より淡血性痰少量のみ。全身黄染著明。瞳孔、右対光反射あり、左対光反射なし、内転している。

18時～19時

家族面会。肝切離面、暗黒色のドロツとしたもの流出中。筋間、吻合部、ダグラス窩暗黒色のもの少量チューブ内にみられる。19時、体温37・8℃

血圧55 / なし 呼吸数22 心拍数122

19時～20時

血圧56 / (触) 低め維持。心拍数110～120代維持している。肝切離面より流出多い。右大腿外側、右前腕等皮下出血多量あり。尿流出貧量持続する。体温=37・8℃クーリング、アップする。

1点 3点へ。

20時～21時

黄色粘稠便多量あり。21時、体温37・4℃

血圧54 / なし 呼吸数18 心拍数117

21時～22時

血圧58 / (触) 心拍数110代同様。体温ややダウン。尿流出なし。便が出ているため水分バランス+ 進せず。酸素飽和度低下なし。[97～98%] 気道内圧高いか、気管よりほとんど引けず。

22時～23時

モニター上かわりなし。創部ガーゼ淡茶色様の汚染あり。ドレーン肝切離暗黒色のもの同様。23時、体温37・1℃ 血圧44 / なし 呼吸数11 心拍数114

23時～24時

血圧40代触診、低めも安定経過中。全身黄染著明。創部色調不良。

(3-9)

5月5日分ICU指示票。指示医記載なし。

IVH

A 5%TZ500ml, SNMC 2A, アデラピン9号 1A, アドナ 100mg 1A, トランサミンS 1A, ザンタック 1A, 40 10

5%TZ500ml, SNMC 1A, アデラピン9号 1A, ザンタック 1A, 40

ST1 500 40ml/時 オフ

側) アミノレバン 500ml (20ml/時)

B) FOY 1000mg / 5%TZ250ml (10ml/時) [1回書いて消している]

・DOA カタボンHi 14ml x 3

・DOB ドブトックス 14ml x 3

M/E ビソルボン 1A

M/E バンコマイシン 1g / Sa50

M/E カルベニン0・5 / 50

新鮮凍結血漿4単位(80ml/時)

新鮮凍結血漿4単位(80ml/時)

赤血球濃厚液 2単位(30ml/時)

血小板 20単位

[下線部は1回書いて消している。輸血は一切されていない。]

ラクツロース 60ml x 3

(3-4)

97・5・6 [5・5とあるが誤記。3-3と用紙を間違えたいらしい。]

0時～1時

心拍数110代。モニター上洞調律。皮膚黄染著明。

「にJ」より亢進か。1時、体温37・5℃

血圧55 / 100 呼吸数8と18 心拍数110

1時～2時

刺激すると呼吸数18回前後へ、その後8回に同調し自発呼吸なし。酸素飽和度99%良好。吸引にて気管より灰色っぽい黄色粘稠痰中等量、口腔より淡血性の痰多量引ける。血圧56 / (触) 黄色粘稠便多量あり。

2時～3時

心拍数100代、モニター上かわりなし。吻合部、筋間、ダグラス窩黒色のものチューブ内へ少量。肝切離面ドレーン暗黒色のもの流出中。3時、体温36・5℃ 血圧45 / なし 呼吸数8 心拍数106

3時～4時

血圧48 / (触) 心拍数100代。尿流出なし。体温:36代へ低下。瞳孔、右対光反射あり、左内転同様。呼びかけに反応なし。

4時～5時

モニター上心拍数100代、低下なし。5時、体温37・1℃ 血圧50 / なし 呼吸数14 心拍数103

5時～6時

血圧での安定同様、50 / 。尿流出なし持続。水分バランス-維持。両下肢冷感あり。足先チアノーゼあり。

6時～7時

心拍数100代維持。7時、体温37・8℃ 血圧58 / なし 呼吸数8と28 心拍数104

7時～8時

血圧60 / (触) 体温:36代。右大腿部緑色様の浸出液多量あり。酸素飽和度100%と良好。肺エア入り下肺野まで良好、肺雑音なし。気管より粘稠黄色痰少量。人工肛門より黄色粘稠様便あり。

(3-3)

8時～9時

心拍数100代、心房性期外収縮、心室性期外収縮なし。血圧触診にて70代。呼名反応なし。肝切離

面ドレーン、吻合部ドレーンより暗血性の排液。ダグラス窩ドレーンよりも暗赤性の排液。9時、体温36・7℃ 血圧65/なし 呼吸数8 心拍数105〔貼付されたモニター画面写しの心電図が、高い山と高い山との間に小さい鋸歯状の波が現れているように見える。〕

9時～10時

吸引時バンキングなし。痰ほとんど吸引されず。肺エア入り異常なし、肺雑音なし。酸素飽和度99～100%横行。右大腿側面に水泡つづれ、淡々緑色の浸出液あり。TH 医師包帯交換し、エキザハベ貼布す。10時、血圧80/なし 心拍数105

10時～11時

清拭時、仙骨部表皮はく離あり、デュオアクティブ貼布。清拭時、心拍数70代まで下降、すぐ90代へ回復する。血圧、触診にて50代へ。下肢拳上中。〔ショック時の体位〕11時、体温36・9℃ 血圧60/なし 呼吸数8 心拍数98

11時～12時

家族面会。吸引時、気管、淡白色の痰2回吸引。口腔、唾液多量。尿みられず。心拍数100代へ。胃留置カテーテルより淡々茶色の排液。12時、血圧80/なし 心拍数100

迅速仮報告

白血球4・2 赤血球432 ヘモグロビン13・2 ヘマクリット値38・3 血小板2・4 総蛋白4・6 アルブミン1・9 総ビリルビン28・3 直接ビリルビン23・2 GOT122 GPT63 乳酸脱水素酵素984 尿素窒素114 クレアチニン2・8 ナトリウム139 カリウム3・2 クロル101 アミラーゼ35 クレアチンキナーゼ690 C反応性蛋白〔記載なし〕 血糖値23

〔5月6日分血液検査報告書(1-108)中の凝固欄。PT15・9/44%、INR(未説明)1・94〕

12時～13時

クイントンカテーテルつまりなし。血圧、下肢拳上中にて80代。X線写真、胸部変わりなし、腹部変わりなし。13時、体温37・0℃ 血圧80/なし 呼吸数8 心拍数100

13時～14時

家族面会。下肢末梢冷感軽度あり。全身浮腫強く黄染も変わらず強い。家族へNM 医師、FZ 医師より療法説明あり。ガーゼ上層への浸出みられず。14時、血圧70/なし 心拍数95〔療法説明はカリウム吸着のことである。カリウム透析にしてもビリルビン透析にしても、血圧安定、尿も出る等、基本的な生命維持ができていている場合にすること。〕

14時～15時

心拍数90～100代、酸素飽和度99%。迅速仮報告上、総蛋白4へ低下あり。尿流出少量もK〔カリウム〕値上昇異常なし。尿素窒素100代へ。家族付き添い中、モニターの心拍数とても敏感になっている様子。14時30分、血圧50/なし 心拍数85。15時、体温37・2℃ 血圧40/なし 呼吸数8 心拍数84〔K値上昇なし：看護婦さんが、わざわざカリウムが正常値であることを記載しているものと思う。〕

15時から16時

家族面会。頃より自然に心拍数50代へ。上腕動脈触知不可。徐々に心拍数30代へ、心停止へ、すぐ心マッサージ施行し、数十秒～1分で心拍数50代へ回復する。頸動脈触知可能も血圧上昇し100代へ。15時13分頃、心拍数再び50代へ、頸動脈、微弱に触知可、上腕動脈、触知不可。血圧測定できず。心拍数50代横行。酸素飽和度98%。家族、ベッドサイドに集まり体さすっている。瞳孔3・5と大きな変化なし。〔貼付されたモニター画面写しは、15時3分、3分、5分、6分の4枚であり、3分、3分、5分で次第に高い山の間隔が開いていき、6分では高い山がなくなり、細かい鋸歯状の線が続き、途中で高い山が復活している。〕〔今回の心停止は、面会中に処置をするということでICU室外で待機していたところ発生した。〕

(3-2)

97・5・6

16時～17時

心拍数60代へ〔16時心拍数63〕、洞調律。頸動脈でも触診あまりできず。17時、呼吸数8 心拍数77〔16時以降、体温、血圧の記載なし。〕

17時～18時

吸引時、心拍数50代で前半まで低下見られるが70～80代に上昇あり。気管からは痰ほとんど引けない。口腔は黄色のもの引ける。

18時～19時

心拍数70代、洞調律で経過。酸素飽和度98%低下見られず。19時、呼吸数8 心拍数84。〔別欄に瞳孔散大とある。〕

19時～20時

右大腿部緑色の浸出液多量に見られる。正中創もガーゼ上浸出見られる。茶色の便多量に見られる。

20時～21時

包帯交換後、寝衣交換中、心拍数40代徐脈となる。その後すぐに心停止、医師呼出し、家族にも連絡し、8時3分永眠される。〔貼付されたモニター画面写しの心電図は19時56分、19時57分、20時00分の3枚があり、19時56分は間隔の開いた山が四つ続いた後で平坦になり、19時57分は直線とさざ波の様な線が混じり、20時00分は平坦

な直線になっている。)[今回の心停止も、2回目の心停止と同じく、処置を理由にICU室外で待機していたところ発生した。「家族にも連絡」とあるは、ICU室入り口前廊下に待機していた私達に口頭で急変を伝えたものである。]

(3-1)

5月6日分ICU指示票。指示医 TH

A 5%TZ500ml, SNMC 2A, アデラ  
ピン9号 1A, アドナ 100mg 1A, トランサ  
ミンS 1A, ザンタック 1A, 40 10

5%TZ500ml, SNMC 1A, アデラ  
ピン9号 1A, ザンタック 1A, (10ml/時)  
側)アミノレバン 500ml (20ml/時)

・カタボンHi 14ml x 1

・ドブトレックス 14ml x 1

M/E ピソルボン 1A

M/E バンコマイシン 1g / Sa 50ml

M/E カルベニン0.5g / Sa 50ml

ラクツロース 朝・昼・夜 各20ml

クイントンカテフラッシュ x 3 アサ・ヒル・ユウ  
Dr NM x x x TH x x x 医局 x x x x [緊急呼  
出を見込んでのメモだろう]

### 第3外科入院診療録

第3外科の各医師が、A4の横書き罫紙に経過を記載したものです。入院後からの分を転記しました。ICU記録に比して、記載が簡単なうえに、明らかな虚偽記載、事実隠匿が認めれます。時間の関係でICU記録との対照が全く不十分ですので、この点ご理解願います。

(1-20)

第3外科入院診療録〔医師の経過記載部分の表紙〕

患者氏名 山口与志広 男 配偶者有 保険 国保  
七老 保険変更

生年月日 昭2年3月16日 年齢70歳 職業  
なし

現住所 〒 x x x 東京都 [以下省略]

電話 x x x x - x x x x

紹介者名 N科SK医師

初診 H8年11月7日〔これはNJ医師が経過観察でお父さんを診察した日。既報告のとおり、この日NJ医師は「次回レントゲン・腫瘍マーカー・超音波予定」としながら(1-258)、同年12月18日に「ドックにてレントゲン 異常なし」として何もしなかった(1-261)。何故、この日を初診日としているか今のところ不明〕

入院 H9年3月31日13時00分

転科科名 外科・5C 同・9/4/21・ICU  
外科兼3内・9/5/3・ICU

〔あと、記入欄としては、退院、在院日数・特殊検査・病理組織・剖検・検印(診療責任者・病棟

婦長・管理センター)があるが、全く記入はない。記入しない習慣かも知れないが、次頁(コピーではよく分からないが元は一枚の紙ではないかと思う。)の診断名の関係で書き直しの可能性も考える必要があるかも知れない。]

(1-21)

入院時診断名・転移性肝癌

最終診断名・転移性肝癌 転帰・死亡 手術・4月  
21日

合併症 1術後出血 転帰・死亡 手術・4月21  
日

2縫合不全 転帰・死亡 手術・4月30  
日

3肝不全 転帰・死亡

(1-22)

入院病歴構成表

〔カルテ中の文書種類一覧。省略〕

(1-23)

母名のNJ医師に対する1997年4月13日付手紙。12日の面談後に雷太が作成したもの。

(1-24)

〔実施検査一覧表。省略〕

(1-25~27)

〔4月21日の肝切除術の「手術表」「手術経過並びに所見」。省略〕

(1-28~29)

〔4月21日のTAEの「手術表」「手術経過並びに所見」。省略〕

(1-30~31)

〔4月30日の手術の「手術表」「手術経過並びに所見」。省略〕

(1-32)

入院治療計画書

科別・3外 病棟・5C 患者氏名・山口与志広殿  
説明日・9年4月5日

担当医師名・KH 病棟婦長名・x x

病名(疑いも含む)または病状(症状) 肝臓に腫瘍あり

推定される入院期間 3週間

検査計画及び治療方針・その他 腹US〔超音波〕  
・Angio〔血管造影〕にて精査後、治療方針を決定する。

(注)上記の内容については、現時点で考えられうるものであり、経過により変化しうるものである。以上、担当医師から説明を受け、検査計画・治療方針について同意致します。

平成9年4月5日

山口与志広〔署名〕印

〔父の病院関係書類綴の中にこれと同一のものがある。(1-32)には(医療機関控)とある。〕

( 1 - 3 3 )

Angio 予約 [ この 1 行のみ記載。Angio は血管造影 ]

( 1 - 3 4 )

[ 3 月 1 4 日撮影の腹部CT写真のうち3枚貼付 ]  
- 腹部CT -

単純にて低吸収、増強にて淡い造影効果を認める(周囲)直径5mm大の塊をS2、3、4、7、8に少なくとも5ヶ認める。

S7主要S6に一部かかる直径40mm大の低吸収領域あり。リング濃染あり。

肝多発性転移疑い。

( 1 - 3 5 )

4月2日

一般状態良好

悪心なし 嘔吐なし 食欲良好 平熱 腹部痛みなし

血管造影4/7午後呼出し

4月5日

一般状態良好

( 1 - 3 6 )

4月7日

教授回診

70歳、男、93年12月胃癌にて亜胃全摘出術施行。今回多発的肝転移にて入院。本日血管造影予定しております。

13時~ 血管造影施行

肝両葉に多発的に腫瘍濃染認めため、化学塞栓術施行。

固有肝動脈より全肝に5-FU500mg、ファルモルピシン50mg、リピオドール10ml注入

施行後、悪心なし、嘔吐なし、平熱。

( 1 - 3 7 )

4月8日 動脈塞栓術後一日目

一般状態良好

悪心なし 嘔吐なし 食欲良好 平熱

腹部 柔らかく、平ら 圧痛なし 腸音良好

副作用なし

4月9日

状態良好 平熱

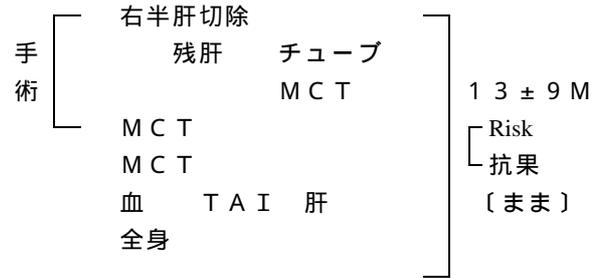
検査値 [ 毎回「labo」の表題で検査値が記入されているので、「labo」は検査値と訳すことにする。検査結果の意義・検討等は検査データの報告の際に行う。]

GOT・34 GPT・20 LDH・792

[ 乳酸脱水素酵素。肝疾患、悪性腫瘍等で値があがる。] 白血球数・5600

( 1 - 3 8 )

[ 4月12日に我々に対する説明のため NJ 医師が記載したメモ ]



他のmeta + ope法の変更ありうる

[ meta : 転移 ]

ope no トラブル 出血3~4日

[ 父に手術適応がないことは明らかで、重要な虚偽説明である。なお、カルテの他の記載部分は4月12日の説明の存在を無視するような記載になっており、存在を否定する意図かも知れない。]

( 1 - 3 9 )

[ 4月11日の腹部CT写真のうち3枚貼付 ]

動脈塞栓術後CT 97・4・11

亜区域全てに腫瘍認められる。97・3・14のCTではS2,3,4,7,8のみ。また半年前には1つも認めていないことにより、非常に急速な進行であるといえる。

腫瘍へのリピオドールの集積 +

塞栓術の効果不論 [ ? ], 原病巣は仮で下大静脈に近く経皮的エタノール注入療法の適応なし

[ 亜区域はS1からS8まで8区域だから、最低8個腫瘍があることになる。肝全葉に腫瘍があって、肝切除術は考えられない。半年前に検査はしていない。動脈塞栓術の効果判定のCT検査は2週間後に行うものである。]

( 1 - 4 0 )

4月14日

教授回診

70歳、男、93年12月胃癌(体中部PW, a + c, stage b)にて亜全摘出術。今回多発的肝転移にて、4月7日動脈塞栓術(5-FU500mg, ファルモルピシン50mg, リピオドール10ml)施行。今後の治療方針検討中です。

NJ 医師より、右葉切除指示

4/21(月)9時~ ICU入室届済 手術伝 [ 票 ] 済 ゲフリール [ ? ] 輸血伝 [ 票 ] 済 患者に対する治療方針説明 4/16(水)午前11時~

[ あたかもこの日に右葉切除術が決定されたかのような記載だが、私達は、4月12日に肝右葉切除 + 左葉腫瘍MCTを勧められ、13日に NJ 医師に承諾しているのである。また、ここに左葉MCTは出てきていない。]

( 1 - 4 1 )

4月16日

NJ 医師より治療方針説明

4 / 17より中心静脈栄養 18よりラクツロー  
ス投与 19よりN . P . O . [食止め?]

4月18日

麻酔科

術前診察 麻酔科外来2号 x x

(1 - 42) [雷太の名刺が貼付されている。日に  
ちの記載はないが、4月21日手術直後の記載であ  
ることは明らかである。]

妻、3男に対する術後説明

横行結腸合併切除、吻合

右後区域切除+尾状葉1/2切除

~右葉切除だけではなく上記に変更した。残肝  
の転移に対しては未治療。出血も多く肝機能も不良  
でこれ以上の侵襲はよくないため。術後早期に残存  
癌の治療をする。

手術時間が長かったのは止血にとまどった為。  
16・30検体提出後、結腸吻合した1時間を除い  
て3時間位は止血をしている。止血しにくい場所か  
ら出血しており、治療に難渋した。

今後の合併症の危険

出血!!非常に心配 再手術の可能性も  
ある。  
肺炎、心不全、脳の合併症、肝不全  
そしてDIC!!

2週間後に病理及びその他の結果より追加治  
療を考える。ご本人の生命力が頼りです。

今後治療方針説明の窓口は NJ 医師にした  
らどうでしょうか? by KH

- OK

[回復の可能性があるような話しをしているが、肝  
切除術中の大量出血により重篤な術後肝不全を発症  
し、多臓器不全により死に至ることは KH 医師には  
自明であったといえる。なお、末尾記載から説明窓  
口を NJ 医師にする合意があったことが伺われる。]

(1 - 43)

22時15分~

術後出血+の為に緊急血管造影施行する旨電話する。

承諾されたため血管造影予定する。

23時

挿管開始。4Fr . long シース

HCV - A type tracker 1

4cmにてCCS [?]

ゼルフォーム3/4枚を右葉に動脈塞栓

術施行する。

術中に右肝動脈より選択的にCCS!

0時15分

動脈塞栓術の結果及び目的と今後につき家族に説明  
家族帰宅直後に大量出血をきたした。

残肝部分よりの出血と考えられる。その為、

a手術  を考え、以下の為にbを選ん  
b動脈塞栓術  だ。

1、術直後の再手術は肝、呼吸器、心とともに  
影響強い。

2、動脈塞栓術が期待できる。

今後は出血の様子をみていく。

100ml/時以上3時間持続  
300ml/時以上2時間持続  
600ml/時

以上出るなら再開腹を考える。しかし、でき  
れば避けたい。

(1 - 44)

4月22日

9時

血圧 110 / 70 mm Hg 脈拍 80 ~ 90 / 分

体温 36 °C

現在、呼吸管理

ロヒプノール [催眠・鎮静薬] 0・5mgから0・7  
5mg / 時にて鎮静。

血液ガス分析

設定酸素濃度30% 一回換気量500 [ml]

呼吸数10 [回]

pH 7・473 動脈血二酸化炭素分圧 (PaCO2) 3

4・5 動脈血酸素分圧 (PaO2) 13

3・1 BE 2・4 SAT 98・8 — good

[BE : base excess:塩基過剰。代謝性アルカローシ  
ス(体液の塩基への傾き)の計量。SAT : 酸素  
飽和度]

自発呼吸(一回換気量200~300)あるも人工  
呼吸器にすぐ乗る。

胸部X線

肺野清明 肺雑音なし 拡がりOK

(1 - 45)

9時までの water barace [水分出納]

入 人赤血球濃厚液 700

新鮮凍結血漿 785

全血 1040

水 1106

3631

出 尿 1066

胸腔 435

ドレーン  肝切離面 1280

吻合部 295

胃留置カテーテル 100

3250

トータル +381

ドレーン 肝切離面よりの出血は動脈塞栓術後も  
170ml/時 140ml/時であったが、現在ほと

んど流出なし ドレーンつまりなし  
(1-46)

[4月22時午前10時44分の迅速仮報告(検査データ速報)。肝障害と大量出血に関する検査値を転記し解説する。詳しくは、1、3資料参照]

項目	結果	基準値	意義
TP	4.1	6.7-8.3	急性肝障害・大量出血で低値
ALB	2.6	3.8-5.1	重症肝疾患で低値
T-Bil	4.4	0.2-1.2	黄疸の診断
D-Bil	1.1	0.0-0.2	黄疸の鑑別
AST	172	12-33	肝細胞障害で上昇
ALT	130	5-35	肝細胞障害で上昇
LDH	732	275-512	肝疾患で高値
ALP	118	90-298	肝疾患で上昇
CHE	125	185-431	肝細胞機能障害で低値
AMY	1773	65-160	急性腹症で高値
CPK	546	32-187	組織細胞障害で高値
CRP	3.2	0.0-0.3	炎症性疾患・組織壊死で上昇
AMON	107	25-75	高度の肝障害で高値
RBC	242	410-550	大量出血で低値
HGB	7.3	14-17	大量出血で低値
HCT	21.7	40-48	大量出血で低値
PLT	3.5	13-35	大量出血・大量輸血で低値
PT	15.8	9.5-12.5	重症肝障害で延長
PT(%)	45		重症肝障害で低下

[重篤な肝障害が発生していることを示す検査値である。特にPT(プロトロンビン時間)は肝障害の重症度を示すとされ、上記値は非常に深刻な値である。]

(1-47)

尿 尿量減少30ml/時 比重1.050  
プラズマネートカッター負荷 更にラシックス  
[利尿剤]1/2A使用

現在出血は止まっている様子。多量の輸血による呼吸器への影響もみられていない。

(検査値)

HGB〔ヘモグロビン〕	7.3
RBC〔赤血球数〕	242×10000
HCT〔ヘマクリット値〕	21.7
PLT〔血小板数〕	3.5×10000
一更に全血輸血	
TP〔総蛋白〕	4.1
ALB〔アルブミン〕	2.6
T-BIL〔総ビリルビン〕	4.4
D-BIL〔直接ビリルビン〕	1.1
AST〔GOT〕	172
ALT〔GPT〕	130
AMON〔アンモニア〕	107
AMY〔アミラーゼ〕	1773
Na〔ナトリウム〕	138

K〔カリウム〕 4.1  
Cl〔クロル〕 101

[迅速仮報告を転記したもののだが、肝障害の重症度を示すChe(コリンエステラーゼ)、PT(プロトロンビン時間)を転記していない。肝障害の重症度を知って予後が予測できるもので、転記していないのは不自然である。]

(1-48)

13時

血圧 120/100mmHg 脈拍 82/分 中心静脈圧0から1 体温 36.5°C  
プラズマネートカッター負荷ラシックス1/2A使用により

尿量 290ml/時

110ml/時 比重1.015

血液ガス分析

pH7.492 動脈血二酸化炭素分圧(PaCO2)34.6 動脈血酸素分圧(PaO2)122.5 BE〔塩基過剰〕3.9 SAT98.7

血圧、脈拍、中心静脈圧、水分出納チェック!

呼吸管理を。

(1-49)

[4月22日午前11時34分の迅速仮報告(検査データ速報)。]

WBC 2.1/RBC 197/HGB 6.1/HCT 17.8/PLT 3.9

[肝切理面ドレーンからの排液の検査値。前記動脈血の検査値に近く、新鮮血の出血が継続していることがわかる。ICU記録(2-36)に転記]

(1-50)

[4月22日午後4時の迅速仮報告(検査データ速報)。ICU記録(2-36)転記あるため省略]

[4月22日の血算検査結果。(1-49)の肝切理面ドレーンのもの。省略]

(1-51)

ドレーン排液

HGB〔ヘモグロビン〕6.1 HCT〔ヘマクリット値〕17.8%

ほとんど流出ない為OK

[前述のとおり検査値は出血継続を示す値である。ドレーンからの排出量が少ないとしても腹腔内に貯留して可能性があり、実際この後出血貯留による腹部膨満が起きている。出血の腹部貯留の有無は超音波検査で容易にできるのに、していない。]

6時

バイタルサイン変化なし

血液ガス分析

pH7.473 動脈血二酸化炭素分圧(PaCO2)34.9 動脈血酸素分圧(PaO2)124.1 BE〔塩基過剰〕2.7

ドレーンより排液少量

(検査値)

T - B I L [総ビリルビン] 3・0  
A S T [G O T] 1 4 8 0  
T P [総蛋白] 1 0 7 0  
A M Y [アミラーゼ] 1 0 7 0  
H G B [ヘモグロビン] 6・9  
H C T [ヘマクリット値] 2 0・6  
R B C [赤血球数] 2 3 2 × 1 0 0 0 0  
P L T [血小板数] 5・0 × 1 0 0 0 0

(1 - 5 2)

麻薬注射施用票控〔塩酸モルヒネ使用に関する伝票。詳細略〕

(1 - 5 3)

ソルコーテフ〔副腎皮質ホルモン製剤。抗ショック作用〕1 0 0 0 mg使用す。

4月23日 術後2日目

5 ℓ O 2 T - ピース S a O 2 [酸素飽和度] 1 0 0 %

体温 3 6・5 ° C 血圧 1 4 0 / 1 0 0 mm Hg

脈拍 1 0 0 / 分 regular [規則的]

水分トータルバランス + 2 5 0 0 ml

四肢 浮腫有り

胸部 ラ音〔水泡音〕なし

腹部 全体的に硬い

傷口より出血強度有り

胸腔ドレーン 3 6 2 ml / 日

肝切離面 2 1 0 ml / 日

吻合部 8 0 ml / 日

胸部X線 滲出〔血管・リンパ管から、組織・窩へ液体が逸脱すること〕なし 左肺斑理陰影増強

(1 - 5 4)

(検査値)

W B C [白血球数] 5・7  
R B C [赤血球数] 2 7 8  
H b [ヘモグロビン] 8・5  
H c t [ヘマクリット値] 2 5・2  
P l t [血小板数] 4・2  
N H 3 [アンモニア] 5 9  
N a [ナトリウム] 1 4 0  
K [カリウム] 3・8  
C l [クロム] 9 9  
T p [総蛋白] 5・4  
A L B [アルブミン] 3・3  
T B [総ビリルビン] 3・7  
D B [直接ビリルビン] 0・7  
G O T 3 3 5 4  
G P T 3 2 5 5  
L D H 1 0 7 1 0 [乳酸脱水素酵素]  
A L P 7 3 7 [アルカリホスファスターゼ]  
A M Y 8 9 3 [アミラーゼ]

C K 1 2 4 8 [クレアチンキナーゼ]

C R P 1 2 [C反応性蛋白]

〔今回の検査値では、GOT(AST 基準値 12-33)、GPT (ALT5-35)、LDH(275-512)、CK(CPK32-187)、CRP (0.0-0.3)が基準値より2桁違う極端な異常値となっている。ALP(90-298)、AMY(65-160)も高い。術中の大量出血と術後の出血継続により非常に深刻な術後肝不全になったものといえる。I C U記録(2 - 3 2)によれば、この迅速仮報告ではプロトロンビン時間P T 1 4・2秒 / 5 5 %が報告されているが、ここに記載していない。血液凝固異常は肝障害の重症度を知る重要な指標であり、右値は予後不良を示す値であるのに不自然である。〕

貧血〔anemie と記載されているが、辞書にこの言葉はなく、anemia 貧血とある。〕

全血 5 0 ml / 時、新鮮凍結血漿 4 0 ml / 時持続にて follow。ヘモグロビン 1 0 を目標に!

肝不全

S N M C [強力ネオミノファーゲンC、抗アレルギー薬、抗炎症薬] 2 A × 2、アデラビン9号〔肝機能障害改善作用〕2 A × 2、ソルコーテフ〔抗ショック作用〕1 0 0 0 mgにて follow

水分バランス

尿 2 0 0 0 ml / 日確保できるよう、ラシックス〔利尿剤〕にてコントロール。比重のチェック!

(1 - 5 5)

4月24日 手術後3日目

(c [?])

体温 3 7 ~ 3 8 ° C 台の熱上昇

血圧 1 5 0 ~ 1 8 0 / 9 0 ~ 1 0 0 mmHg

脈拍 8 8 ~ 9 6 回 / 分

尿 9 0 0 ml / 8時間 1 0 0 ml / 時

右胸腔 1 0 0 ml

肝切離 1 5 ml

吻合部 5 0 ml /

ガーゼ交換 5 0 ml / 8時間

(A M 9時 ~ 1 7時までの水分バランス + 1 2 5 ml)

(検査値)

H b [ヘモグロビン] 8・8 g / dl  
P l t [血小板数] 3・1 × 1 0 0 0 0  
T p [総蛋白] 5・5  
A L B [アルブミン] 3・3  
T B [総ビリルビン] 4・8  
D B [直接ビリルビン] 1・3  
A S T [G O T] 1 0 9 4  
A L T [G P T] 1 8 2 4  
N H 3 [アンモニア] 7 8  
〔I C U記録転記の迅速仮報告ではコリンエステラーゼ(Che) 1 8 7 が報告されているのに記載してい

ない。コリンエステラーゼ(基準値 185-431)は肝実質細胞の機能障害をよく反映するとされているのに不自然である。]

(1-56)

[腹部の絵が書いてありそこから線を引き、下記の説明]

[逆T字の手術創から線を引き]傷口から組織性出血[wordをwound,woozingをoozing(bleeding)と理解]

[左下腹部から線を引き]全体に緊満

[左太ももから線を引き]両上下肢 浮腫有り

third space への体液の貯留++

[third space:非機能的細胞外液。組織間に浮腫として貯留した細胞外液のこと。熱傷や遷延性ショックのときにみられる。血管内に移動できないため循環血液量の維持に寄与せず、細胞外液としての機能を果たせない。/お父さんの浮腫は遷延性ショックの症状であったことがわかる。かつ、26日の我々に対する説明で、NJ医師が「輸液が血管内に戻り切れずに…」と話していたのは、上記事実を隠蔽するための言葉と推測される。]

[腹部が全体に緊満ということは、出血等が腹腔内に貯留しているものである。]

#### 1 循環動態管理

全血、FFP[新鮮凍結人血漿]を持続投与しつつ、循環血液の膠質浸透圧上昇させ、非機能的細胞外液 血管内へ

適時ラシックス[利尿剤]1/3A K[?]にてfollow

(肺水腫に注意)

#### 2 肝機能 [済を崩したような字]

- ・肝庇護剤
- ・肝血流量上昇
- ・ソルコーテフ[副腎皮質ホルモン製剤]

— にてfollow

(1-57)

T-B[総ビリルビン]8mg/dlの時

CHDF[持続的血液濾過透析]による改善を!

[ここに問題のビリルビン吸着に関する最初の記載がある。父にビリルビン吸着、カリウム吸着の適応がなかったことは明らかなのに、第3外科医師はビリルビン吸着、カリウム吸着を執拗に私達に勧め、第3内科FZ医師に対しても誤った情報を提供してビリルビン吸着、カリウム吸着をさせようとした。FZ医師の適切な判断の結果ビリルビン吸着、カリウム吸着は実施されなかったが、もし実施されていれば吸着実施中に死亡した可能性がある。]

4月25日

検査値

WBC[白血球数] 6500

RBC[赤血球数] 365  
Hb[ヘモグロビン] 10.9  
Hct[ヘマクリット値] 32.8

Plt[血小板数] 3万~

NH3[アンモニア] 59

Na[ナトリウム] 144

K[カリウム] 3.5

Cl[クロム] 98

BUN[尿素窒素] 33

Cr[クレアチニン] 0.8

GOT 453

GPT 997

TB[総ビリルビン] 6.4

NH3[アンモニア] 110

CRP 16.5 [C反応性蛋白。急性相反応物質。炎症性疾患や体内組織の壊死がある場合に著しい増加。]

vital[生命徴候]

血圧 180~190/90~100

脈拍 80台

体温 36.5~37°C

A) アダラート[降圧剤]の舌下[投与]にも血圧低下せず。

DOA[ドパミン]5 3µlへ落とすか~  
PGE1使用してみる。DOAカット。

尿量、DOA、ラシックスにて60ml/時は維持されている。

[ICU記録(2-28,25)によれば、4月24日に肝性脳症による意識障害を認め、25日に肝性脳症治療薬「アミノレバン」の投与を開始している。しかし、この点に関する記述が一切ない。]

(1-58)

PGE1[プロスタグランジン製剤]1V 500µg

体重50kg 1 = 50µg/分

PGE1 500µg/生理食塩水100ml

5µg/ml 60滴

1ml 60滴 : 0.5

0.5ml 30 : 0.05

0.25ml 15 : 0.025

0.05 以上でPGE1の降圧作用出現

15ml/時 生理食塩水100.1V

7.5ml/時 生理食塩水100.2V

A) PGE1 2V/生理食塩水100 7ml/時で開始し、尿量、血圧を見ながらupしていく。

1分-60滴-1ml

60分 - 3600滴 - 60 ml

1分 - 15 - 0.25 ml

60分 - 900 - 15 ml

〔この頁は、PGE1の投与量を決定するための計算をしたものであり、計算内容からPGE1の降圧作用が現れない量に決定したことがわかる。なお、手術報告で述べたとおり、PGE1はプロスタグランジン製剤で、血管平滑筋弛緩作用による血流量増加作用及び血小板凝集能の抑制作用を有する。一方、重症の肝疾患・腎疾患、非代償性の出血、ショック状態、呼吸不全は禁忌とされ、副作用として肺水腫、消化管出血が現れた場合は中止とある。(治療薬マニュアル626頁)ここでのPGE1投与の相当性についても検証する必要があると考える。なお、このような計算はメモですべきで、カルテに記載するようなことではないと思われる。〕

(1-59)

#### 腹部

〔腹部の絵が書いてある。〕

soft [柔らかい]&sl.[?]frog abdomen [カエル腹。腹水等により腹部膨満であるが腹壁緊張を伴わない患者が、臥位で腹部が前方よりも側腹部が膨満した状態。]

glug poor

緊満 ++

右胸腔 35 ml  
肝ハクリ面 少量  
吻合部 (-)

21時

体温36.8°C 血圧150/90 mmHg 脈拍100/分〔頻脈になっている。〕

ヘモグロビン10台に上昇しているの、全血50 ml/時 30 ml/時に下げる。

またFFP〔新鮮凍結血漿〕も30 ml/時とし、トータルで100~110 ml/時とす。

下腹部膨満のためエコー〔超音波〕施行。下腹部~ダグラス窩〔骨盤腔の最下部〕にかけて、エコー・フリー・スペース〔臓器間の間隙〕++

出血が持続しているか?

〔ここで始めて超音波による出血確認をしている。本来4月22日にすべきことである。〕

(1-60)

9時

体温37.4°C 血圧160/100 mmHg 脈拍104/分〔高血圧、頻脈〕

尿量2300 ml/日 比重1.020

腹部〔腹部の絵あり〕

昨日胸腔ドレーン抜去。また、創口より8Fr-デューブル挿入

腹腔内ドレーン 少

切離面 0 ml

吻合部 985 ml/日 洗浄後より530 ml/日  
血性

また、創口より出血多量

〔これまでの記載になかった、上記の出血があったことを示す。腹腔内に貯留した出血が創口から溢れ出てきたものである。〕

4時

検査値

RBC〔赤血球数〕 331

Hb〔ヘモグロビン〕 9.8

Hct〔ヘマクリット値〕 30.8

Plt〔血小板〕 3.5 急激な貧血〔anemiaとあるがanemiaと理解する〕は認めず。

(1-61)

〔この頁は21日から25日までの経過をまとめている。26日の我々に対する説明用に作成したものかも知れない。ここの記載の特徴は、肝障害の程度を示すとされる検査値のうちビリルビンとアンモニアにだけ触れ、他は全く触れていないこと、肝性脳症、出血傾向、肺水腫等の臨床症状、合併症に全く触れていないことである。〕

4/21

後区域、尾状葉切除+横行結腸切除

同日、肝切離面より大量出血認めため、血管造影にて右肝動脈塞栓術。

4/22~

肝切離面ドレーンよりの出血減少するも全血50 ml/時にてHb〔ヘモグロビン〕8台で低値。

GOT, GPT 1000台

4/23

創部より出血認められるため2針縫合。

腹満感+

GOT, GPT 3000台

4/24

GOT, GPT 1000台へ改善。

T-B〔総ビリルビン〕4.8, D-B〔直接ビリルビン〕1.3で

4/25

Hb〔ヘモグロビン〕10台まで上昇。

GOT 453, GPT 997

T-B〔総ビリルビン〕6.4, NH3〔アンモニア〕110上昇。

また血圧上昇のため、DOAカット、PGE投与。

輸血 全血50 30 ml/時とす。

エコー〔超音波〕にて下腹~ダグラス窩にかけてエコー・フリー・スペース〔臓器影像のない空間〕有り。同日、創部よりドレーン挿入、また吻合部ドレーンの位置をずらすことにより1000 ml/日〔の

割合となる)旧血性排液認める。

(1-62)

Hb〔ヘモグロビン〕9・6

GOT188 GPT515 改善

T-B〔総ビリルビン〕8・8、D-B〔直接ビリルビン〕4・1、NH3〔アンモニア〕168  
〔上に向いた縦棒2本の矢を書いている。〕

バイタル〔生命徴候。体温・血圧・脈拍のこと〕は安定しています。

胸部X線写真にて左肺水腫。

手術に関するの療法説明〔4/26に我々に行ったものである。〕

術式の変更?右葉 後区

後区にすることは残肝を多く残すための配慮。

但し、出血 合併症も

残肝多いことで術後の肝キ〔肝機能〕のもどりが期待可。

又、尾状葉の浸潤あり。これは右葉切除でも後区でも追加しなければならぬ部分で関係なし。

出血の中心 etc.

(1-63~65)

〔この3頁は、NJ 医師が4月26日に幸代、雄仁、信恭、雷太に対し4/21手術の説明をした際に、NJ 医師が説明に使用するために書いた紙です。以下、私の気付いた点を列記します。正しい肝臓の解剖と対比するため、第3に添付した資料2「消化器外科アトラス」、資料5「解剖学 (肝臓)」を参照して下さい。〕

〔1-63の上の図〕

これは肝切除の部位を書いたものと思われませんが、図は肝を正面から見たもので、その中央を切った図ですから、左葉内側区域を切除した図になっています。

〔1-63の中の図〕

これは NJ 医師が「後区域の腫瘍が尾状葉に浸潤していて、尾状葉を掘る形になった。」と説明したときに書いた図です。この図は雷太、私が写しています。この図は肝正面(腹側)下側から背側斜め上方向に穴を掘った図になっています。しかし、腫瘍は尾状葉下大静脈部に存在したのであり、尾状葉下大静脈部は肝臓の一番背側上側にですから、この図の全く反対側、いうならば肝臓の中心から見て対象の位置にあります。

〔1-63の下の図〕

これは、「腫瘍が下大静脈と癒着していることは手術前から分かっていたが、開腹してみても横行結腸の腸間膜とも癒着していることがわかった。」と説明したときに書いたものです。しかし、この図に書かれた血管は肝臓の下から近づいて肝臓の直下で右と

左に分かれていますから、明らかに固有肝動脈と右肝動脈・左肝動脈です。(門脈、門脈右枝、門脈左枝かも知れません。)丸で描かれた腫瘍も肝門部(肝右葉前区域S5及び肝左葉内側区域S4)に存するように書いています。事実・口頭説明と図とが明らかに食い違っています。なぜ、このような図を書いたのかを検討する必要があります。

〔1-64〕

ここは、父の現在の症状と今後の見込みを説明した際に書いた部分です。

はじめに現在の症状として「pre肝不全 血小板 出血++」と書いています。肝不全とは前述のとおり「肝の機能障害が進行して生体に必要な機能を果たせなくなった状態であり、症状は黄疸、発熱、肝性脳症、腹水、出血傾向などがある。」です。ICU記録で明らかかとおり、既に肝性脳症、腹水、出血傾向(肺鬱血、消化管出血、心タンポナーデ)が起きており、当時肝不全であったことは明らかです。後日、KH 医師が事実を認めていることは御存知のとおりです。

右側の下段に「感 肝 心 肺 腎」を並べ、中段に向けて矢印を引いて中段に「DIC」と書き、上段に「MOF」と書き、下段の「肝」を四角で囲んで 印を付け、下段の「感」と「腎」に を付けています。ここは今後の見込みを説明したもので、この点の雷太のメモを要約すると、「今後の心配は肝不全であり、次に腎不全、感染症である。身体全体の凝固能低下、即ちDICが起きると、多臓器不全を起こす。多臓器不全は死亡原因になる。」であり、上記記載と符合します。しかし、ショック等で複数の重要臓器に機能不全が生じることを多臓器不全というのであり、DICはその一症状に過ぎず、右説明は医学的に誤りです。かつ、肺機能障害(肺水腫)を隠していることも指摘しておきたいと思います。中央の「ICUのrecover」以下の記載は、数日中にICUから出られる見込みであることを述べたもので、雷太のメモに符合しています。

〔1-65〕

この頁は、手術から説明時までの経過を説明したものです。一点だけ指摘します。中央に「アンモニア 110上」と記載しています。「現在、アンモニアは110あり、150を越えると肝性脳症を起こす」と説明したものです。しかし、(1-62)記載のとおり、我々に対する説明の前に父のアンモニアの値は164まで上がっており、又、既に肝性脳症が発生して治療薬「アミノレバン」を投与しているところであり(ICU記録)、右説明が虚偽であることは明らかです。

(1-66)

4月26日

23時

腹部ドレーン2cm抜去 位置不良を考えて

〔腹部の絵〕

〔逆T字創から線〕— 浸出：濃圧出血++  
〔他に3本線を引き、「少」と記載。逆T字創から  
滲み出る出血が強く有り、3本のドレーンからも少  
量の出血があることを記載したものだ。〕

4月27日

10時

体温36.8°C 血圧140/90mmHg 脈拍103/分〔頻脈〕

意識清明

のどのチューブつらいですかの問いかけにしっかりとうなづく。

苦痛++のためレパタン1/2A〔鎮痛薬〕  
使用。

ドレーンより

右腹腔 40ml/日

肝切離面 65ml/日

吻合部 270ml/日

いずれも旧血性

(1-67)

「麻薬注射施用票控」

〔4月30日の手術の際に使用した麻薬「フェンタ  
ネスト」の施用票。麻薬管理のためだろう。何故こ  
こに綴られているかは不明。〕

(1-68)

〔4月27日の続き〕

トータル・バランス〔水分出納〕 - 524ml

胸部X線写真

〔両肺の絵に、左肺全体に点々が描かれている。〕

左肺陰影昨日に比べ改善。

右滲出も-〔滲出：血管あるいはリンパ管から、  
組織あるいは窩への液体の逸脱〕

検査値

WBC〔白血球数〕5900

RBC〔赤血球数〕349

Hb〔ヘモグロビン〕10.4

Hct〔ヘマクリット値〕32.1

Plt〔血小板〕5.4

TP〔総蛋白〕6.4

Tb〔総ビリルビン〕8.8

GOT 129

GPT 304

BUN〔尿素窒素〕39

Cr〔クレアチニン〕0.4

Na〔ナトリウム〕144

K〔カリウム〕3.5

Cl〔クロル〕106

貧血 〕改善傾向

肝機能 〕

電解質問題なし

水分バランス

現在100ml/時 third space〔非機能的細胞外液。  
浮腫として貯留した細胞外液〕の負荷を考慮しこの  
ままで。

TB〔総ビリルビン〕

輸血による影響も考えられる。経過観察。

〔ここでは、総ビリルビンの上昇を輸血と結びつけ  
て説明しようとしていることに注目したい。父死亡  
後に TH 大学医学部附属 OM 病院病理研究室で行わ  
れた病理解剖に関し、私達に送付された「病理解剖  
学的診断」と題する文書は、「大量輸血（急速輸血  
をも含む）による凝固系の活性の機能低下の可能性  
とビリルビン値の上昇などを来した可能性が示唆さ  
れる。」と記述している。両者の類似性を強く感じ  
る。凝固系機能低下及びビリルビン値上昇は術後肝  
不全の結果であることはICU記録、各検査報告の  
検討で明らかだが、このころ大量輸血に結びつけて  
術後肝不全をごまかすことを発想し、最終的に「病  
理解剖学的診断」に表現したと推測される。〕

(1-69)

4月28日

経鼻挿管へ入れかえ

ラボナール〔麻酔薬〕、マスキュラックス〔筋弛緩  
薬〕にて入眠後、経鼻挿管。直径7.5、カフ〔測  
定器具〕8cc, 27cm固定。挿管後TV〔1回換気  
量〕500、RR〔呼吸数〕12にて人工呼吸へ。  
レパタン〔鎮痛薬〕、ロヒプノール〔催眠・鎮静薬〕  
にて鎮静。

気管内より黄色の吸引物多量あり。

麻酔科 ××

〔気管内からの多量の黄色吸引物は、黄色ブドウ状  
球菌による感染を示すものではないだろうか。〕

4月28日21時45分

経鼻挿管へ本日変更。

鎮静後、人工呼吸器施術となる。

〔前日、胸部X線上は左肺の陰影が改善されたとし、  
肺の状態がよくなったかのような記載をしながら、  
本日、人工呼吸を開始している。人工呼吸を行うの  
であれば、当然動脈血中酸素濃度の低下等呼吸不全  
を認めているはずであるが、その点の記載は全くな  
い。記載事項の取舍選択をしていたと思われる。〕

体温36.4°C 血圧120/90mmHg 脈拍80/分

水分バランス - 194ml

吻合部ドレーンより腸液+ 少量〔カルテ上縫合  
不全を示す最初の記載である。次頁に縫合不全を認

識しての記述がある。]

X線写真上、肺水腫改善傾向〔繰り返すが、呼吸不全の一番基本的な検査は動脈血中酸素濃度〔肺でどれだけ酸素を取り込めているかを示す。〕である。従って、肺水腫の進行程度を判断するにはまず動脈血中酸素濃度が検討されなければならないのに、X線写真しか触れられていないのは不自然である。]

検査値

WBC〔白血球数〕9700

RBC〔赤血球数〕458

Hb〔ヘモグロビン〕13・9

Hct〔ヘマクリット値〕41・0

Plt〔血小板〕4・0

TP〔総蛋白〕5・9

ALB〔アルブミン〕3・1

TB〔総ビリルビン〕8・8

DB〔直接ビリルビン〕5・9

NH3〔アンモニア〕111〔斜め右上の矢〕  
〔縫合不全の関係で、WBC〔白血球数〕が前日の5900から9700に増加していることを注目すべきと思う。]

(1-70)

術後7日目

・経鼻挿管へ変更

・明日より中心静脈栄養〔大静脈内にカテーテル先端を留置し、栄養価の高い高浸透圧液を投与する方法〕開始。

・MAP〔人赤血球濃厚液〕はカット。FFP〔新鮮凍結人血漿〕20ml/時にてfollow。総量2000ml/日を目標。

・縫合不全に対してフィブロガミンP 3V x 5日を投与す。

〔フィブロガミン：乾燥濃縮人血液凝固第 因子。適応は、外傷・外科手術等により血液凝固第 因子低下に伴う縫合不全及び瘻孔。カルテ上に記載はないが、血液凝固第 因子の低下を確認しているのだろう。]

縫合不全

出血傾向

etc の合併症に大きくPlt〔血小板〕関与。

しかし、血小板輸血を行ってもDICの発生を助長する場合も考えられ、肝機能のもどりも期待できる今では輸血を続けて肝安静を行い対応する。

〔ICU記録に記された検査値は回復困難な肝不全の発症を示している。その検査値に全く触れることなく、「肝機能のもどりも期待できる。」と記載している。]

家族交代で来院されるも、土日のみの方もおられ、次・三男を中心に療法説明するが、全員には伝わる約分〔正確に読めない〕あり。

(1-71)

「迅速仮報告書(採取日97・4・29/報告日97・4・29・AM7:59)」

〔手書きの印が付いている検査値のみ転記する。なおWBC〔白血球数〕は手書きの印はないが、次頁記載事項の関係で転記する。]

T-Bil〔総ビリルビン〕13・0

RBC〔赤血球数〕518

HGB〔ヘモグロビン〕15・7

HCT〔ヘマクリット値〕47・1

PLT〔血小板数〕2・4

WBC〔白血球数〕9・5

(1-72)

4月29日

術後8日目

体温37・2°C台 sab[sal,sub ?]fever up〔体温上昇〕

血圧140~160/70~90mmHg

〔プロスタンディンE1 5

〕 FDT 2枚/日 にてコントロール中

脈拍 100~120回/分

〔プロスタンディン：PGE1(末梢血管拡張・血小板凝集抑制)、FDT：フランドルテープ(抗狭心症薬)。]

〔体温が上がり、脈拍が100を越えている。「ショック その病態と治療」(医薬ジャーナル社)58頁以下「敗血症ショック」記載の全身炎症反応症候群の定義に従うと、脈拍(心拍数)が要件に該当している。残りの体温・頻呼吸・白血球数のうち、体温は該当しないが、頻呼吸は不明で、白血球数は上記の早朝分は該当しないが、29日中に該当するに至った可能性はある。しかし、検査は30日までされていない。]

呼吸 昨日より経鼻的気管内挿管にて

SIMV〔自己誘発性間欠的強制換気(呼吸)〕にてフォロー中

〔一回呼吸気量 500ml/回

〕 5回/分

〔SIMV(自己誘発性間欠的強制換気(呼吸)):一回換気量を増すため、患者により自己誘発性に(患者の吸気信号を引き金に)開始する間欠的強制(機械)換気。従って患者自身の呼吸サイクルと同期した換気である。]

〔胸部から太股上部までの絵があり〕

体幹 浮腫+

+

右下肢の浮腫+

〔腹部ドレーンから線を引き〕便様+

(1-73)

昨日の水分バランス ややマイナス気味

生化学データ T - B [総ビリルビン] 13・0

(A)

1 T - B [総ビリルビン] 上昇

高カロリー輸液を開始し、肝機能の改善をもうしばらく待つ。

2 循環動態

まだ、third space [非機能的細胞外液]への液体 [fluid とあるが fluid と理解]の貯留+のため、約 2100 ml / 日の輸液量で、ラシックス [利尿剤]にてフォロー。

3 漏出性出血

高カロリー輸液 + フィブログロミン [乾燥濃縮人血液凝固第 因子]にてフォローを！ [漏出性出血 (= 漏出): 血管壁の破綻をきたさないで、毛細血管や細静脈の内皮細胞間の小孔が拡大して血管成分が血管外に流出する現象。血液凝固機転の異常で出血を起こすもの (血液凝固障害型) とビタミン欠乏症等で血管内皮細胞相互の結合が障害された場合 (血管壁型) とがある。父の手足に生じた内出血は、この漏出性出血であったと思われる。なお、カルテには Leackege とあるが leakage の誤記と思われる。]

(1 - 74)

[この頁は、4月29日に、5階病棟別室で NM 医師が、雄仁、信恭、雪子に説明した際、説明のため記載した紙です。改めて見ると26日の NJ 医師の説明との類似性・連続性を感じます。一つ一つコメントする必要性を感じませんので、そのまま転記します。]

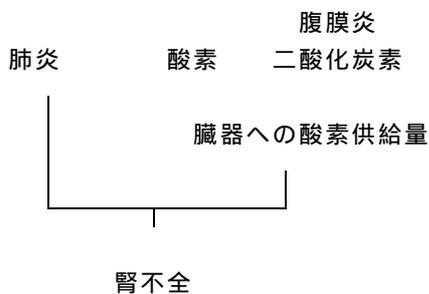
4 / 29 長男、次男、長女に療法説明

1 肝機能障害 肝不全

2 呼吸器合併症 [グレード1~5の改善]

3 血液凝固異常 [グレード3]

4 縫合不全 便汁 新しい感染源 気管切開



[ママ]

改善傾向の目安

T - B i l [総ビリルビン]

呼吸状態の改善 痰の咯出

(1 - 75)

[ICU記録(2-4)で明らかになったとおり、4月30日9時30分頃、KH 医師、TH 医師は、非常に状態の悪い父に対し、吸入酸素濃度の減量、輸液の減量、アミノレバン減量、腹腔内ドレーン抜去を行い、父を呼吸不全状態にし、急激な血圧低下を生じさせ、ショック状態にしている。この行為をしながら、次のとおりに記載している。]

4月30日

呼吸、血圧変化あり。

人工呼吸器

一回換気量 400 12 / 分 吸入酸素濃度 60 % へ変更。

血圧低下 PGE1 カット DOA [ドパミン: 心不全用強心剤]

腹部、膨満気味のため、腹腔ドレーンより 200 ml 暗赤色、便臭+の排液+。

検査値

WBC [白血球数] 13400

RBC [赤血球数] 439

Hb [ヘモグロビン] 13・2

Hct [ヘマクリット値] 38・9

Plt [血小板] 3・9

Tp [総蛋白] 5・1

ALB [アルブミン] 2・5

T - B [総ビリルビン] 16・8

D - B [直接ビリルビン] 10・6

GOT 46

GPT 107

BUN [尿素窒素] 38

Cr [クレアチニン] 0・5

Na [ナトリウム] 157

K [カリウム] 3・3

Cl [クロル] 116

CRP [C反応性蛋白] 15・2

GLU [グルコース: 血糖値] 112

NH3 [アンモニア] 194

(1 - 76)

家族に療法説明

現在の呼吸状態の悪化、血圧低下の原因は腸吻合部の縫合不全によるエンドトキシンショック。CHDF [持続的血液濾過透析]のみではその場しのぎにしかない。まず漏出の部分の治療(再手術、ドレナージ)を行い、その後、血液浄化、CHDF [持続的血液濾過透析]施行が最善の治療と思われる。

[NJ 医師が、母、雪子に説明した部分である。虚偽というほかない。さらに言うと、この時点でエンドトキシン検査をしていない。5月分診療報酬明細書(6-16)には「エンドトキシン検査」と記載さ

れ、5月1日、2日採取の「エンドトキシン検査報告書」も存在する（1-115、116）が、4月分診療報酬明細書には「エンドトキシン検査」の記載がなく、4月採取の「エンドトキシン検査報告書」も存在しないから、明らかである。）

呼出しにて再開腹、腹腔ドレナージ施行することとす。

その後、CHDF〔持続的血液濾過透析〕施行予定。

FZ 医師協議済

開腹、腹腔内洗浄と凝塊除去を繰り返し、腹部に人工肛門作成することで、原因治療と改善をねらう。〔凝塊は、カルテに coagla とあるを coagula と理解した。〕

（術後療法説明）

腹腔内を十分に洗浄

手術記事の内容を伝える。

凝血塊を洗浄しても、更に出血がたまる。

止血困難な印象。

ダグラス窩、切離〔部〕etc にドレナージ 出血をチェックする。

家族より療法説明の窓口をしぼって欲しい旨要望あり。

～ NJ 助教授、KH が主に対応する。

〔再手術後に KH 医師、FZ 医師が、母、雄仁、雪子にした療法説明です。ここで注目したいのは、「凝血塊を洗浄しても、更に出血がたまる。止血困難な印象。」との記述です。横行結腸についてはこの手術で処置しているのですから、ここの出血部位は肝切離面と考えられます。これは雪子作成メモに記載がなかったし、1-31の「手術経過並びに所見」には「肝は切除中に凝血塊付着強くこれを慎重に洗浄するも新しい出血は確認困難であった。」と全く逆のことが書いてあります。ICU記録のとおり出血は継続しているわけですが、ここで第3外科の医師達は出血部位を現認していたわけです。〕

（1-77）

〔この頁と次の1-78は第3内科 FZ 医師の記載です。〕

4月30日

3外 TH 医師より相談

肝癌手術後、横行結腸より漏出あり。

今朝より血圧 血液濾過 etc の必要？

肝不全は回復中。GOT / GPT 4ケタ 3ケタ

しかしビリルビンは上昇中。

この数日アンモニア上昇中

現時点で必要なのは病巣の除去。

その後エンドトキシン血症の改善を行う。

血圧は手術可能な位はあるため手術後エンドトキシン吸着を行う。手術後の立ちなおり良好とするた

め。

〔重篤な肝不全が発生しているのに、第3外科医師は第3内科 FZ 医師に「肝不全は回復中」と説明しているわけです。〕

午後9時より吸着開始。開始脱血時、血圧低下20程度。念のためDOA, DOB

その後血圧安定。

午後11時30分終了。終了後脈拍130 / 76 mmHg

午後8時30分～ 家族に療法説明

家族側より血漿交換、吸着等に対する効果の質問あり。

1) エンドトキシン吸着は、敗血症時のエンドトキシンのみ吸着する。これにて血行動態の安定をはかる。

2) 血漿交換は、アンモニア、ビリルビンをはじめ、体内の不純物の除去は可能だが、肝臓に対する負荷を考えると現在実施は行わない方がベター。

3) ビリルビン自体は特別全身状態には影響がないと考えられるため、これだけ特別に吸着を行うのは不必要であり、負荷が多すぎるため、選択できない。

4) 腎機能的には保たれているため、血液透析等は必要なし。

以上より本日はエンドトキシン吸着を行い、血行動態の安定後に他の方法を選択する。

3内 FZ

〔血漿交換の専門医である FZ 医師は、ビリルビン吸着単独の必要性を一般的に否定していることに注目したい。〕

（1-79）

5月1日

エンドトキシン吸着が有効 血圧上昇

DOA〔心不全用強心剤〕 減量

DOB〔心不全用強心剤〕

FZ 医師に相談。CRP 上昇あり。病態の改善を考えて本日もエンドトキシン吸着を行う。〔CRP : C 反応性蛋白。代表的な急性反応物質で炎症性疾患や体内組織の壊死がある場合著しく増加する。〕

DOA : 3 μg DOB -

胸 快方に向かった状態 網状陰影減少。

血管内脱水++ プラズマネートカッター〔加熱人血漿蛋白〕、MAP〔人赤血球濃厚液〕、FFP〔新鮮凍結血漿〕負荷する。

痰 : MRSA〔メチシリン耐性黄色ブドウ球菌〕 + VCM 2g / 日使用

〔VCA : 塩酸バンコマイシン。MRSAの特効薬。但し保険適用外。〕

ラクチュロース 60ml 3 × 7日分

〔ラクツロース : 肝疾患治療薬。高アンモニア血症

に伴う症状の改善)

[ 5月1日は、痰からM R S Aが検出されたとして、父は準隔離病室に移された。この事実に関する記述がない。又、4月30日午後から心房性期外収縮が現れているが、この事実も記載ない。]

( 1 - 8 0 )

「迅速仮報告書」(採取日97・4・30 / 報告日97・4・30 PM 8 : 46)

[ 縫合不全に対する再手術後のデータと思われる。手書きの印がついた分はないので、印字でH〔高値〕L〔低値〕が付いたものを転記する。]

TP〔総蛋白〕 L 5・7  
T - B i l〔総ビリルビン〕 H 13・7  
ALT〔GPT〕 H 58  
BUN〔尿素窒素〕 H 46  
Na〔ナトリウム〕 H 153  
CL〔クロル〕 H 113  
AMY〔アミラーゼ〕 L 41  
RBC〔赤血球数〕 L 397  
HGB〔ヘモグロビン〕 L 11・7  
HCT〔ヘマクリット値〕 L 35・7  
PLT〔血小板〕 L 1・8

( 1 - 8 1 )

「迅速仮報告」(採取日97・5・2 / 97・5・2 PM 12 : 00)

[ H (高値) L (低値) の印字がある分、及び手書きの記入がある分を転記する。]

TP〔総蛋白〕 L 5・7  
ALB〔アルブミン〕 L 3・2  
T - B i l〔総ビリルビン〕 H 19・9  
D - B i l〔間接ビリルビン〕 H 12・8  
AST〔GOT〕 30 ~  
ALT〔GPT〕 H 36 ~  
BUN〔尿素窒素〕 H 44  
CRE〔クレアチニン〕 0・6  
Na〔ナトリウム〕 H 155 ~  
K〔カリウム〕 3・3 ~  
CL〔クロル〕 H 113 ~  
CPK〔クレアチンホスホキナーゼ〕 H 246  
CRP〔C反応性蛋白〕 H 18・8  
AMON〔アンモニア〕 H 181  
RBC〔赤血球数〕 L 395  
HGB〔ヘモグロビン〕 L 11・9 基準  
値14 - 17  
HCT〔ヘマクリット値〕 L 35・2  
PLT〔血小板〕 L 3・7  
PT〔プロトロンビン時間〕 H 13・5 基準  
値9・5 - 12・5

[ HCT (ヘマクリット値) とPT (プロトロンビン時間) の値に下線が付されている。]

[ CPK : クレアチンホスホキナーゼ = クレアチンキナーゼ (CK)]

( 1 - 8 2 )

体温38・2 °C 血圧160 / 100 mm Hg 脈拍112 / 分

[ 体温上昇、高血圧、頻脈を示している。体温、心拍数は、全身炎症反応症候群の定義を満たしている。]

ドレーン

肝切離面 355 ml / 時  
吻合部 220 ml / 時  
ダグラス窩 285 ml / 時

( 検査値 )

[ 前頁の迅速仮報告書を転記したものだが、そのまま転記する。]

WBC〔白血球数〕 7・5  
RBC〔赤血球数〕 395  
HGB〔ヘモグロビン〕 11・9  
HCT〔ヘマクリット値〕 35・2  
PLT〔血小板〕 3・7  
TP〔総蛋白〕 5・7  
ALB〔アルブミン〕 3・2  
T - B i l〔総ビリルビン〕 19・9  
D - B i l〔間接ビリルビン〕 12・8  
AST〔GOT〕 30  
ALT〔GPT〕 36  
BUN〔尿素窒素〕 44 [ 前頁は と記入 ]  
CRE〔クレアチニン〕 0・6  
Na〔ナトリウム〕 155 [ 前頁は ~ と記入 ]  
K〔カリウム〕 3・3  
CL〔クロル〕 113 [ 前頁は ~ と記入 ]  
CRP〔C反応性蛋白〕 18・8  
GLU〔グルコース〕 113  
AMON〔アンモニア〕 181

バイタル〔生命徴候。体温・脈拍・血圧・呼吸のこと〕問題ない。[ どこが! 5月2日に父にはチアノーゼ、右手足拘縮、全身筋力低下、心房性期外収縮が現れている。このような中での「バイタル異常なし」は「まだ死は近くない。」に過ぎない。]

出血量 35・8 ml / 時 トータル〔上記ドレーンの項の記載量を合計し、24で割った値である。]

トータル 100 ml / 時 で手術。

[ 出血量が増えれば再々手術をすることを考えていたのか? ]

( 1 - 8 3 )

18時

家族に療法説明

T - B i l〔総ビリルビン〕 ~、GOT、GPT、ビリルビン19

┌ 未だ吸着の必要はない様子であり、かえって吸着することで心肺に負担かける。

フォローアップ

GOT, GPT しないこと。

超音波・再手術所見

- 萎縮の強い肝不全とは考えにくい。

手術の方法と目的をきかれてお答えする。

〔5月2日午後5時過ぎに雷太と信恭とが来院し、KH医師に説明を求めた際のものと思う。「萎縮の強い」は「肝不全とは考えにくい。」と一旦書いてから挿入されている。、3、1術後肝不全の解説のとおり、父の術後肝不全は循環障害型であり、肝細胞壊死=肝萎縮は伴わない。従って、「萎縮の強い肝不全とは考えにくい。」というのは「萎縮の生じない肝不全が発生している。」の趣旨であれば正解だが、むしろ言葉のごまかしと見るべきだろう。〕

(1-84)

5月3日

バイタル〔生命徴候〕

体温 38.8°C 血圧 140/80 mmHg 脈拍 120/分

〔血圧以外、前日より値が悪い。〕

(検査値)

WBC〔白血球数〕	4.0
RBC〔赤血球数〕	473
HGB〔ヘモグロビン〕	14.7
HCT〔ヘマクリット値〕	43.5
PLT〔血小板〕	1.5
TP〔総蛋白〕	6.6
T-B〔総ビリルビン〕	30.5
GOT	42
GPT	43
BUN〔尿素窒素〕	37
CRE〔クレアチニン〕	0.4
Na〔ナトリウム〕	151
K〔カリウム〕	3.3
CL〔クロル〕	112
CK〔クレアチンキナーゼ〕	115

PLT〔血小板〕 のため血小板輸血施行。

20単位×3日

17時検査値

T-B〔総ビリルビン〕 28.3 P1t〔血小板〕 7.4

〔ICU記録で記載したが、26日以来8日ぶりに血小板輸血をし、その後の検査値をFZ医師に示している。/この検査値の記載以降、5月7日の解剖に関する記載まで、一切検査値の記載がない。もう検査値を記載して分析する必要がなくなったということだろうか。〕

明日朝の急〔に急。迅速仮報告書のことだろう。〕

の結果しだいでビリルビン吸着施行するか決めることとす。

〔第3内科FZ医師は3日17時にビリルビン吸着不実施を告知している。明らかな虚偽記載である。

「依頼票」(5-2)、ICU記録(3-14)〕

夜間のラシックスは脈拍120~140のため施行せず。

〔頻脈を理由に利尿剤を止めているが、ICU記録によれば、同日12時心拍数130代でラシックス1/4A(3-15)、翌4日18時心拍数132でラシックス5A(3-10)各投与している。利尿剤を止めると尿減少による腎障害を起こし、又は進めるはずである。実際、尿量は5月3日23時~4日1時の2時間で70ccと減量し、以後乏尿、無尿状態になる。ICU記録(3-12)参照。ここの措置は問題がある。〕

(1-85)

次・三男に療法説明。by FZ医師、KH。

・T-Bil〔総ビリルビン〕32 しかし昨日に較べると誤差範囲。体外循環は血圧変動・凝固低下を考えると危険もあり、腎機能も良好なことより適応外。午後5時の様子を見て考える。

・肺炎：X線・血液ガス上は変化なし 回復傾向。

・心：負担は続くもの、昨日と較べて若干安定。

脈拍120。血圧110~120

・腹膜炎：抗菌剤、グロピリン、腹ドレナージで治療中。

・肝障害の進行はT-Bil〔総ビリルビン〕のみではおこっているが、GOT, GPTでは変化がない。判断は難しいが回復した印象は低い。

・腎：特に悪化はなし。

〔5月3日午前中の説明のことと思われる。肺機能障害は、浅表性呼吸、呼吸苦しさを示し、進行している。心は、心房性期外収縮、二段脈が出ている。肝障害については、GOT, GPTは肝細胞損傷の指標であって、肝全体の機能障害の指標ではない。腎は、尿素窒素(BUN 基準値8-23)が37を示し、腎不全の発生が認められる。素人相手の虚偽説明の典型である。ICU記録3-16, 15参照〕

5月2、3、4日を通じて

家族よりしきりに手術前診断と手術適応、手術術式について説明あり、これを行う。

手術前診断

2か月で1.5倍に増大する後区域 尾状葉に発育する転移。それ以外にもCTで3個の2cm以下の腫瘍と 16〔後腹膜リンパ節〕のリンパ節転移あり。

手術時診断

腸に浸潤する腫瘍、肝表面に4個の転移を新たに確認する。(上記に加えて)

## 手術後

肝切離面よりの出血に対しTAE〔動脈塞栓術〕施行する。

## 療法説明

破裂を憂慮する急速な発育をする転移。

それ以外に3個の肝内転移。

16リンパ節転移。

右葉切除でも尾状葉合併切除しなければとれない腫瘍。

元来根治性ないので縮小手術で後区域切除を行った。

後区域切除はトラブル多い術式だが肝は多く残るのでベター。

家族はNJ医師の術前の説明が少しちがっているという印象？NJ医師に確認するといっている。

〔雷太、信恭による質問についてのメモである。術前のカルテには「半年前には発見できず、3/14のCTではS2,3,4,7,8に認めたと、4/11のCTでは全亜区域に認められ、進行が早い。」との記述があるが、「2か月で1.5倍に発育している。」という記述、診断は全くない。むしろ、4/11のCTでは、TAE(4/7)による壊死を認めている。口から出任せである。後一つだけ言うと、後区域切除術は、外科手術の手引書に標準術式が掲載されている一般の手術である。〕

15時25分

心拍数20~30台へダウン。

硫酸アトロピン〔鎮痙薬〕静脈注射するも反応なく、モニター上心停止 呼吸停止。脳虚血時間0分。

直ちに心マッサージ開始。

硫酸アトロピン1A、ボスミン〔強心薬〕1A、DOA〔強心薬〕10ml/時に心拍再開。自発呼吸も多少認められるようになる。

〔1回目の心停止である。看護記録に、15時00分の膀胱洗浄開始直後に徐脈発生と記載。15時20分の身体に9個の電極を装着して測定した心電図検査(1-218~220)について、全く触れていない。さらにいうと、5月4日未明からの危篤な不整脈(心室性期外収縮)の発生、呼吸状態の悪化、乏尿について何らの記載もない。ICU記録3-13,12参照〕

16時

血圧80~100台触れる。〔 に触とある。〕DOA、DOB10ml/時。

SaO2〔酸素飽和度〕98%、FiO2〔吸入酸素濃度〕60%。

尿 40ml/8時

ラシックスにほぼ反応せず。

〔ラシックスに反応しないのは、当日朝からである。〕(1-87)

15時50分

## 家族に療法説明

15時20分頃、突然心停止となり呼吸停止がみられました。

すぐに心肺蘇生法を行い、昇圧剤、心マッサージにて心拍数、血圧は(130~140)(80~100)と改善が見られ、また、SaO2〔酸素飽和度〕も99~98%と上昇しました。

しかし、心停止による脳血流障害のためか、現在意識障害が見られています。

心停止、無呼吸の原因ははっきりわかりません。

〔当日未明から兆候はあったのであり、それに対し必要な措置をとらずにいたものである。膀胱洗浄中の徐脈発生にも触れていない。虚偽説明というほかない。〕

19時

その後も尿増量なし。対光反射のみ+。瞳孔正常。

脳幹反射残存しており、脳死とは異なる。

ラシックス5A静脈内 全く尿反応せず。

22時

息子に対する療法説明。 by NJ医師

突然に発症・併発した心肺不全。原因は不明。しかし、血栓 etc の関与及び脳幹のダメージを考慮に入れている。

尿 - 血液透析したいが血圧60台では無理。適応外。

心肺も衰弱してきている。しかし心拍数120台が持続するからといってなってきたわけではなくあくまで急性反応と考える。

全力で治療していく。

〔前記のとおり、虚偽説明は明らかである。〕

DOA〔ドーパミン〕/DOB〔ドブトレックス〕14

〔私達は、NJ医師が看護婦に点滴の増量を指示したことを目撃しているが、このDOA,DOBの増量だろう。〕

(1-88)

5月5日

9時30分

アレリックス 5A 静脈内 反応尿~〔反応尿があったのか?〕

〔アレリックス:利尿薬。適応・うっ血性心不全、腎性浮腫、肝性浮腫。禁忌・無尿、肝性昏睡。〕

〔腹部の絵が描かれている。〕

創口、全体に壊死性滲出液++。〔体内で組織細胞壊死が進んでいることを示す。〕

adgt〔aelept?どちらも辞書になし。〕

poor

人工肛門内淡黄色を多量(2hr)

〔左下股部に印をつけて〕変化なし。

〔非常に深刻な事態であることがよくわかる。私達

は、第3外科の医師達が検査値のみを語り、素人目にも状態が悪いことのわかる父の身体そのものの様子を語ろうとしないことに不満を抱いていたが、理由がわかる。]

[以降は5月6日15時台の心停止に関する記載まで、我々に対する療法説明の記載しかない。お父さんの容体は関心の対象でなくなり、我々に対する説明のみ重要になったのだろう。]

5月5日13時30分

二・三男に療法説明。by NM

現在の状況を説明。

血圧50~60台。心拍数110~120回/分  
S a O<sub>2</sub>〔酸素飽和度〕99~100% 尿5ml/時

ほぼ変化ない。

又、血液生化学検査においてもクレアチン2・3、P l t〔血小板〕1・2×10000の異常値以外変化はありません。

1 腎不全：血圧が80~100mm Hg 保持できなければ透析すること難しい。透析することにより血圧低下のことあるため、又出血傾向のため。

2 呼吸状態：自発呼吸はほとんどない。

3 意識レベル：300〔「痛み刺激に反応しない。」意識レベル分類の最下段〕

2、3のことから、脳幹部の出血又は血栓が考えられます。

夕方の採血は状態の変化がない限り今のところ予定はありません。

〔「二・三男に療法説明」とあるが、信恭のみである。この説明は私がメモを取らず、「脳幹部の血栓」の部分しか記憶していなかったところです。ただ、ベッドサイドでの立ち話であり、これだけ詳しい話しをされたかはよくわかりません。

説明内容について述べます。クレアチニン(Cr 基準値0.6-1.2)2・3は重篤な腎不全が生じていることを示し、血小板(基準値13-15)1・2というのも正常の10分の1しかないということです。創口全体から壊死性滲出液が出ています。死が間近に迫っているという状態であり、「...の異常値以外変化ありません。」という表現はごまかしです。呼吸数は、設定呼吸回数が12回で、8時から呼吸数20-24回あり、16時に設定呼吸回数を8回に変更しています。意識レベルは、肝性脳症第5度にあるものと判断できます。瞳孔反射が認められることもICU記録に記載があります。(ICU記録3-8, 7参照)付け加えると、私は、5月6日朝、父と明確な意志疎通をしています。父に脳幹障害が発生していた可能性はありません。]

16時

血圧40

人工呼吸器 12回/600ml 8回/800mlに変更。

酸素飽和度94%の為に上記行う。

療法説明

血小板上昇しない。血管の中で消費されている可能性。凝固-線溶のバランス崩れる。

DIC疑い。

肺表面のサーファクタント〔肺胞表面に存在する表面活性物質〕破壊?酸素、肺の中まで入っているのに酸素飽和度上昇せず。呼吸器の設定を変更して対処する。

血圧上がらない。強心剤は大量に使用している。これ以上は人工心肺を使わないと無理。しかし、これは手術の為のもので、極短時間の使用のみ可。脱血により心停止にいたる可能性強い。

21時

次・三男に対する療法説明。

血圧40-60

血圧110-120

人工呼吸器 酸素飽和度97%

今後、前回の様な急変が生じれば回復させることは困難だろう。(基礎として全身状態が極めて不良になっている為)

A K B R〔動脈血中ケトン体比〕は測定しているか。

N O

(1-90)

家族より希望あり

病理解剖をTH大学以外で行って欲しい。(OM病院も不可)無理ならば自分達で探す。死因に納得できない部分がある為。

カルテのコピーはもらえるか?

公文書の為にそれは不可。証拠保全となればそれに対応する。ICUの看護記録、術前の画像診断記録etc大量にあり、改竄の様なことは不可能である。

術前の診断はNJ医師に聞くが、今回の急な状況には納得していない。...しかるべき処置をとる方針。

(1-91)

5月6日

〔この日昼頃、NM医師は我々にカリウム吸着の必要を主張し、我々はFZ医師の説明を聞いて拒絶した。ICU記録にはそれが記載されているが、ここにはない。]

15時3分

心拍数50台、血圧40mm Hgになる。15時5分に心拍数20~30台。

心停止：15時6分

心肺蘇生法施行。

施行後、直後に心拍数50台 100台に上昇。血圧70~80台に回復。

しかし、その後 心拍数 50~60台

┌ 血圧 触知せず。  
└ 脳幹反射 -

にて経過中。

15時50分

┌ 心拍数 56回/分  
└ 血圧 触知せず。  
┌ 酸素飽和度 97%  
└ 尿 0

にて経過中。

(1-92)

家族へ療法説明(妻、長男、二、三男、長女)

15時6分に心停止となり心肺蘇生法を施行し、現在心拍数50~60回/分、血圧触知せず、の状態です。

次回心停止時にも心肺蘇生法を施行する予定との療法説明をしたところ、特になにもしないで下さい、とのこと。(心肺蘇生法など)

NM

20時 心停止

瞳孔散大、対光 -

20時3分 家族の了解を得て、人工呼吸器切る。  
死亡確認とす。

肝不全

H9・7月22日

転移性肝癌

胃癌

┌ 肝動注  
└ 肝切  
┌ T A E  
└ 人工肛門造設

(1-93)

[上段が死亡診断書の記載内容、下段が病理解剖所

見である。]

死因 ア肝不全 16日間

イ転移性肝癌 83日間

ウ胃癌 不詳

手術 T A E 9・4・7

肝切除 9・4・21

T A E 9・4・21

人工肛門造設術 9・4・30

解剖 有 多臓器不全

所見 ┌ 左胸膜腺維性癒着

心 2次性出血〔外傷や手術後、時間的間隔を置いて起こる出血〕

大動脈 異常なし 16〔大動脈周囲リンパ節〕内 - 外側 転移 +

下大静脈 血栓 -

左副腎 転移 +

腎臓 肥大、うっ血〔It-Kidney とあり、It-の意味が不明だが、left か〕

気管分岐部リンパ節 転移 +

胃 局所所見なし

膵臓 炎症性変化 +

肺：うっ血、肺炎 腎：炎症、うっ血、微小出血

肝虚脱、ダメージ 副腎転移、右1/2切除

脾 うっ血

多臓器不全、DIC(新しいもの)

〔概ね雷太、雪子の記録のとおりですが、「副腎転移、右1/2切除」とあるのが気になります。雪子の記録には「副腎を左右に切り分けさらに観察するが、右副腎には癌が見あたらずきれいであると述べる。」とあり、右副腎1/2切除という話しはなかったと思うのですが。〕

## 第7 第2回OH病院証拠保全記録

### 検討対象と注目・印象点

平成10年7月3日に TH 大学医学部付属 OH 病院で行われた2回目の証拠保全期日において、検証目的物として掲げた文書等のうち、次の5種類の文書等が提示されました。

#### カーデックス綴り

胃癌手術記録（平成5年12月24日に OH 病院第3外科で行われた胃癌手術に関する入院診療録等）  
診療報酬明細書（経過観察分）

#### 肝臓、胆嚢、横行結腸の摘出臓器カラー写真 病理検査報告書等

このうち 胃癌手術記録は雷太が分析、報告します。従って、本項では、 につき、検討しました。

検討して特に注目した点、印象に残った点を記すと次のとおりです。

1 「ICU退室サマリー」に「手術中より動脈損傷し、出血多量」と記載され、大量出血の原因が肝動脈損傷であることが明確になりました。（カーデックス）

2 術後初期から投与している抗凝固剤が出血継続の一因であるとICU看護室は理解しています。（カーデックス）

3 ICU看護室は遅くとも4月25日には父に肝不全が発症していると認識しています。（カーデックス）

4 術後に第3外科医師が私達にした説明はかなり詳細に記録されており、言った言わないを避けられると思います。（カーデックス）

5 第3外科医師が、第3内科医師にビリルビン吸着等を実施させるため、第3内科医師に虚偽説明をしていることがほぼ裏付けられました。（カーデックス）

6 ICU看護室は肝不全対策として血液凝固検査値を見るという方針をたてながら、血液凝固検査値を記録しないでいます。何らかの作為が推測されます。4/30のKH医師、TH医師が治療レベルを落として父に呼吸不全、血圧低下を起こし、ショック状態にした行為については、明らかな虚偽を記載しています。（カーデックス）

7 第3外科外来診療録、入院診療録が診察開始日8年11月7日としている理由は判明せず、疑問として残ったままです。（診療報酬明細書）

8 切除肝臓は右葉後区域と思われます。確定的ではありませんが、尾状葉下大静脈部、突起部は含まれていないようにと思われます。（カラー写真）

9 切除肝臓は上半分の切理面、切理線が粗く、後半切り急いだと思われます。標準術式どおりの肝内

血管に注意した切理をせずに、肝臓摘出後の出血を来したと推測されます。（カラー写真）

10 肝臓、横行結腸、胆嚢はいずれも血で赤く、手技の未熟さを感じます。（カラー写真）

#### カーデックス綴り

カーデックス綴りは、ICU看護室で作成した項目別一覧表です。項目内容は以下に紹介するのとおりですが、ICU記録が経時的記録であるのに対し、目的指向性をもった記録といえます。全体的理解に有用と思うので、原則として内容を転記し、[ ]でコメントを付すことにします。

#### 1 ICU退室サマリー（7-1）

[左側にICU入室時の状況、右側にICU退室（一般病棟入室）時の状況を記載するものです。ICU看護室から一般病棟看護室への連絡用文書と思いません。以下、内容を転記します。]

#### ICU 5C病棟

氏名 山口与志広 年齢 70才 男 入室期間 4月21日～ 月 日 [空欄]

病名 転移性肝癌 手術日及び術式 4/21 右葉域尾状葉切除、横行結腸切除、胆摘

現在の問題点 #出血 #肝不全 #呼吸器合併症の可能性 #DICの可能性

#### 入室中経過

#出血 手術中より動脈損傷し、出血多量。手術後も出血止まらず、同日23時～右肝動脈へエンボリ（塞栓術）施行。しかし、手術後1日目～現在に至るまでDIC予防の為の抗凝固療法もあり、出血多めで経過中。正中創からのジワリ出血もあり、ガーゼ交換頻回の為一針ナート（縫う）するが、その後もジワリ出血つづいている。手術中～全血、FFP輸血つづけている。

#肝不全 エンボリ施行後、AST、ALT上昇したが、手術後4日目より徐々に低下している。しかし、T-Bil（総ビリルビン）は上昇傾向にあり、10.0台以上になれば吸着療法も考えられる。手術後から傾眠がちで、アンモニア値も上昇しており、肝性coma 2～3程度。

[肝性coma：肝性昏睡＝肝性脳症、肝性昏睡2度「指南力障害、物を取り違える。異常行動ときに傾眠状態。無礼な行動があるが、医師の指示には従う。」肝性昏睡3度「しばしば興奮状態またはせん妄状態を伴い、反抗的態度を示す。嗜眠状態（ほとんど眠っている。）外的刺激で開眼するが、医師の指示に従えない。（簡単な命令には応じうる。）]

#呼吸器合併症の可能性 手術後酸素5lTピースにてフォロー中。X線上、肺うっ血みられないが、低TP（総蛋白）による下肢、手背の浮腫著明で、

サードスペース（非機能的細胞外液）より戻ってくる水分を考えると、今後利尿期に一気に肺うっ血がくる可能性あり。手術後は、DOA使用とラシックス使用にて尿流出促している。

#DICの可能性考え、直後よりFOY使用している。左下腿と右側胸部に紫斑+も増強-。しかし、PT（プロトロンビン時間）延長、FDT等みられる。

患者及び家族への説明とその反応 [記入なし]

記録Ns. x x

[用紙右側のICU退室時欄は記入がない。ICU在室中に死亡したためと思われる。]

[コメント]

「手術中より動脈損傷し、出血多量」と記載して、手術中の大量出血の原因が明記してある。手術室看護室とICU看護室とは組織が別であろうから、これは手術を行った第3外科医師の説明をICU看護婦が記録したものと考えられる。大量出血の原因が動脈損傷であることがほぼ明らかになったといえる。

ICU記録により、4/21より血液凝固阻害薬FOYを、4/22より血液凝固阻止剤アンスロピンを継続投与していることがわかり、出血との関係が疑問だったが、ICU看護室においては、これら血液凝固阻害薬の投与が出血持続の一因と把握していたわけである。

父に肝不全が生じていることを的確に記載している。第3外科医師記載カルテがあいまいにしているのと異なる。

「ICU退室サマリー」の作成日は不明だが、「#肝不全」の項に「手術後4日目より」と記載されているから、4月25日以降と思われる。

2 病棟からICUへの申し送り書(7-2)

[9年4月20日(手術前日)作成の5C病棟看護室からICU看護室への申し送り書である。次の項目のみ転記する。]

手術についての説明とその内容・反応

本人、妻、子供(3人)に

転移性の肝癌です。肝の右葉切除しましょう。手術後にICUに入ります。

3 カーデックスA-1(7-3, 4, 5)

[手術経過と家族に対する療法説明を記録している。3丁にわたるが、項目毎に転記する。]

[表題部]

科名 外科 氏名 山口与志広 年齢 70才 身長 156cm 体重 50.6kg 血型 AB+

病名 転移性肝癌 手術日及び術式 4/21 右後区域尾状葉切除・横行結腸切除・胆摘出 再手術 4/30 腹腔ドレナージ・人工肛門造設術

特記(とった癌は3つぐらい。まだ7~8ケのこつてる)

持参点眼薬あり(3種類)

腹囲測定 10時

食事 4/21禁 水分 4/21禁 安静度 4/22軽く体交(体位交換)

[特記欄の「とった癌は3つぐらい。まだ7~8ケのこつてる」との記載は注目される。第3外科医師がICU看護室にこのとおり説明したわけである。第3外科医師は腫瘍をほとんど残したと認識していたと推測される。]

[4/21手術に関する記載]

[ドレーン、経鼻挿管に関する図・説明があるが省略]

麻酔法 GOI(笑気イソフルレン麻酔) 麻酔時間 12:45 手術時間 10:45

輸血 全血5単位 CRC43単位 FFP24単位 プラズマネートカッター2500ml ヘスパンダー500ml

輸液 120,000ml 出血 120,000ml (推定) 尿量 3600 WB(水分バランス)

[空欄]

術中経過 9:07エピドラ施行(T9,10) 9:15全マ導入(ラボナル、マスキュラックス) 9:35挿管(8.5Fr)100/65 10:10手術開始 10:33血圧90代のためDOA開始 11:40胆のう摘出 11:55血管剥離のため出血量 血圧120代、輸血開始する。 12:10左右肝動脈剥離終了、切開 PGE開始(肝血流量保持の為) 横行結腸切除 輸血drip持続 温生食100ml、エコー施行 血圧低下 FOY、プラズマdrip 開胸後肝臓摘出(一部) 断端+にてレーザーにて熱傷後止血操作、ドレーン挿入 横行結腸吻合施行 出血治まらず20分圧迫止血後閉腹 手術終了

[4/30手術に関する記載]

[ドレーン、経鼻挿管に関する図・説明があるが省略]

麻酔法 GO[未解明。実際は麻薬で施行] 麻酔時間 3:20 手術時間 2:40

輸血 FFP6単位 MAP5単位 輸液 1800ml 出血 2080ml 尿量 200 WB(水分バランス)+720

術中経過 16:40経鼻挿管中、ICUよりDOA、FOY、5%TZ持続、ソルメドール100mgiv 血圧90代/40代 DOB10開始 フェンタネスト、マスキュラックス導入 血圧110/60代 17:00手術開始 プラズマ250ml 腹水+ 検体採取 腹腔内1100ml吸引される 17:40FFP400 :50FFP400 18:00出血1800ml(吸引込) 尿量10ml MAPdrip 18:25ヘモグロビン9.8 19:15尿量40ml 出血2080ml(術前ドレーン推定) プラズマ250ml 19:40手術終了 血圧124/78 心拍数125 酸素飽和度99%

治療及び静注 DOA(600)DOB(600)FOY

[療法説明(MT:ムンテラ)に関する記載]

手術終了時、××医師 息子、妻[××はKYの誤記]

リンパ節転移もあり術前の予想通りであった。リンパは残存しています。

- ・胃、腸のゆちゃくが強く1時間くらいハクリするのにかかった。
- ・腫瘍が腸とくっついていた(横行結腸)切除と吻合に時間がかかった。
- ・下大静、右腎、右副腎をまきこんでいたので時間がかかりました。

・止血が難しかった。(出血約8l)

以上の点で予定よりおくれました。

転移もあり、いいところを残すために細かく切除した。(約35%)(ガンをギリギリにとった。)

細かく分けるほど出血も多いです。

残った腫瘍もやいてきてしまうと、この後肝不全もこわく直径約1cmぐらいなので落ちついたあと、外側からのアプローチ予定。

「家族」体力もどるのは...? 「医師」はやくて3週間、2か月くらいかかるかも。調子よければ2週間くらいであとの治療を!

転移? 門脈を介しての血行性転移とリンパ行性の転移がおこっており、今回は上記のほうしか手術しなかった。今後全身のリンパ行性転移もおこりうる。逆に血行性転移もありえます。

・肺と肝臓はくっついており、胸もあいているので明日くらいまでは呼吸器で管理したい。腸の手術もあるので食事はのびます。

「家族」「何があってもおまかせいたします。」「今後は...?」

「医師」今回の急速な成長を考えるとけっして楽観はできない。肝硬変の合併なく、原発性よりはメタ(転移)だと思われます。今後、せきなどで静脈圧上昇の際に再度出血することもあり、ゆだんはできません。DICもこわい。予防しても防げないこともあります。

4/22 家族 NM

昨日より安定しています。少しおちつきました。

4/30 NJ医師 家族へ

リーク(漏れ)により肺(呼吸)、血圧にも影響をきたしています。リーク部はいじれないのでストーマ(人工肛門)をつくり、ドレーンを再留置、洗浄を行い、その後エンドトキシン吸着又は血しょう交換を行います。

4/30 KY医師より妻、娘、息子へのムンテラ

腹水は1000mlほど貯留していました。腹満感が昼から出現しました。ドレーンを入れ排せつ物を(膿や菌)出すようにしました。出血傾向もありますし、

手術は再手術はさけたかったのですが、緊急性がありました。そしてCHDF(持続的血液濾過透析)を行いたいと思います。菌が体の中をエンドトキシン吸着が必要と考えられる。

「家族」CHDFよろしく願いますとの事

現在もう一つの問題として肺炎があげられます。

(家族不信感あり。)

5/1カンファレンス(医師の看護婦に対する説明)

リーク(漏れ) 再手術シストマ(人工肛門)作成。その後CHDF2時間

AST、ALT キノー(肝機能)UPしてきている。

5/1 KH医師より家族(妻、娘へ)

・MRS A肺炎起こしています。現在、治療中です。  
・再手術後にエンドトキシン吸着行いましたが、効果はあったようです。

・循環動態落ち着いていますが心臓が少し疲れたようで、不整脈が見られますが経過をみています。

・現在は、浮腫もあるのですが、血管内の循環を維持するように治療をすすめています。

家族反応 温やかに落ち着いて対応している。

昨日は動揺していたのだろうと...KH医師

5/2 KH医師

再手術しました。今お腹に便は出ていないです。アンモニアを便で出すことを昨日から行っています。手術中出血点は見あたりませんでした。しかしドレーンからは少量ずつでていきます。止血のために肝ぞうがうまくはたらくようまっています。が、心臓の方が昨日あたりからわるくなってきてしまいました。肺炎、DIC、腎、肝、BS感染と様々な病気をおこしています。

5/4 KH医師、FZ医師より家族(長男、次男へ)ムンテラ 11時

・T-Bil(総ビリルビン値)の上昇に対しては、吸着は夕の急データー(迅速仮報告)をみて考える。

・肺炎、変化なし。・心臓昨日と比べ安定。

・腹膜炎。抗生剤、グロブリン、腹ドレナージ治療中。

・肝障害の進行はT-B値高値呈す。GOP, GPT変化ないが、判断は難しく、回復した印象低い。

「家族」手術前診断と手術適応と手術術式について説明して欲しいと...

手術前の説明と少しちがっていたように受けとめている可能性あり。byNM医師、KH医師(カルテより)

××

FZ医師より

・検査データの上昇特にみられませんが、数日内に上昇してくると思います。血圧60 はないと透析はできません。透析できたとしてもリスクはとて

大きいです。

家族、今後、K(カリウム)値等上昇してきた時、リスクが大きくても透析するか、話し合っているとのこと。

[コメント]

私達が第3外科医師達から受けた説明が詳細に記録されており、内容は私達が作成した記録ときちんと一致しています。第3外科医師のした虚偽説明の有力な証拠と思います。

5/1 KH医師の説明で、「心臓が少し疲れたようで、不整脈がみられますが経過をみています。」と述べています。4/30 午後から心房性期外収縮が現れ、その後、二段脈、心房細動、心房粗動が順次現れ、5/4 朝に危険な心室性期外収縮が現れ、同日15時24分1回目の心停止を起こしました。当然、第3外科医師はこの経過を注目していたわけです。

5/2 KH医師の説明で、「心臓が悪くなってきました。肺炎、DIC、腎、肝、BS感染と様々な病気を起こしています。」とあり、既に多臓器不全を起こしていることを認識していたことを示しています。

5/4 KH医師、FZ医師の説明で、KH医師は、FZ医師を前にして、「心臓、昨日に比べ安定。」と述べています。(相手は「長男、次男」となっていますが、当然「次男(私信恭)、三男(雷太)」で、私は全体状態をKH医師が説明していたのを覚えています。) ICU記録(3-12)によれば、5月4日4時~5時に致死的な不整脈に移行しやすい心室性期外収縮が発現しています。KH医師は当然知っているはずで、同医師は第3内科FZ医師に父の全身状態を偽って説明していたと判断できます。

5/6 FZ医師の話で、「家族、今後K値等上昇してきた時、」と記載され、このときの療法説明の対象がカリウム吸着であったことが明記されています。当時、第3外科医師達は、瀕死の状態にあり、かつ低カリウム血症であった父に対しカリウム吸着を実施することを私達に勧めてきたわけで、非常に違法な行為であったと受けとめています。しかし、カリウム吸着を勧めたことを明示した資料が前回の証拠保全記録の中にはなく、言った言わないになることを心配していたのですが、この心配は解消したと思います。

4 用紙裏面にメモされた第3外科4医師の電話番号(7-6)省略

5 カーデックスA-2(7-7,8,9)

[4月21日から5月6日までに行われたX線撮影、血液検査等の検査結果一覧表です。今回は次の1点だけ報告し、後は省略します。血液検査結果一覧表のうち、4月30日の血液凝固検査結果(測定範囲

を越える異常値を示した)を記載していません。後にみるカーデックスBの事実隠匿と関係があると思います。ICU記録には症状に不釣り合いな楽観的記載があることを指摘しましたが、これにも関係があるものと推測します。

カーデックスA-2全体は第3者医師の評価を得るのに有用ではないかと考えます。また、将来は表計算ソフトに入力してみることを考えています。]

6 問題リスト(7-11)

[次のカーデックスBと対応するものと思います。]

#	月日	活動中の問題
1	4/21	#1 出血
2	4/21	#2 呼吸器合併症の可能性
3	4/21	#3 肝不全の可能性
4	4/23	#4 DICの可能性
5	5/1	#5 リークに伴うエンドトキシン shock

7 カーデックスB(7-10,12,13,14,15)

[問題リストに掲げられた項目別に、問題(プロブレム)、対応(O.T.E.)、結果(A.)を表にしたものです。以下に転記します。どの表も5月1日で記入が終わっています。理由は不明です。]

(7-12)

月日 4/22

問題

#1 出血

対応

腹囲測定 10時/日 1回

T:全血50/時、FFP40/時 持続drip Hb(ヘモグロビン)10目標

結果

4/22(N)

ヘモグロビン7.4まで下降あり。全血dripにてフォロー。吻合部ドレーン、切理面ドレーン排液減少し少量へ。切理面ドレーン血算提出するもヘモグロビン6.1であり、血液に近いもの流出しているが、少量の為、様子観察中。血圧110-120代。中心静脈圧0-1と血管内脱水も心拍数80-90で安定する。

4/23(N)

ヘモグロビン8.5, 総蛋白5.4, プロトロンビン時間55%にて、全血、FFP、FOY Drip継続。胸腔ドレーンより血性が40-70ml/h流出あり。肝切理面や吻合部からは少量ずつの流出である。正中創より、淡々血性ガーゼ汚染あり。(2回ガーゼ交換)中心静脈圧0-3, 心拍数100-110, 血圧130-140代

4/24(N)

ヘモグロビン8.8, 総蛋白7.6, プロトロンビン時間70にて、本日もFFP、全血、FOY Drip継続。CD(胸腔ドレーン?)435ml/日, 吻合ドレーン264ml/日,

肝離ドレーン25ml/日と流出量は横ばいである。4/23夕方、正中創一針ナート（縫う）するも、淡血性ガーゼ汚染続いている。中心静脈圧2-3,心拍数90-100,血圧140-150代

4/25(N)

ヘモグロビン10.9 血小板3.0 連日全血drip中もCD、ドレーン2本よりトータル500の出血+。正中創よりジワリ出血持続中。

4/28(N)

連日全血MAPdrip.ヘモグロビン13代まで上昇あり。正中創からの出血もあまりなし。吻合部ドレーンから便ではないかと思われるもの流出。リーク（漏れ）しているのか？医師報告ズミ。

4/30(N)

リーク+、便吻合部から+、口からも同様のもの。血管内脱水+にてFFPdripつづける。血圧、呼吸に影響来しDOAdrip,手術しドレナージ決定となる。

[同日午前のKH医師、TH医師による治療レベルを落とす措置、右措置による呼吸不全、血圧低下、ショック発生の事実を明らかに隠蔽しています。]

5/1(J.S.)

各ドレーンから出血濃い目のもの流出あるが量は少ない。血液ガス検査上ヘモグロビン10.0低下なし。

正中創出血+

(7-13)

月日 4/24

問題

#2 DICの可能性

血小板 4.2(4/23) 3.1(4/24)

プロトロンビン時間延長 55% 70%

左大腿外側や右側腹部に皮下出血斑あり。正中創から出血続く。

FDP( ) (4/24)

対応

バイタルサイン

血圧130-140代keep 尿量120ml/2h ラシックス負荷指示あり、血尿の有無 呼吸状態 意識レベル

各ドレーンからの流出量、性状の確認。M-Zからの流出量、性状、テストテープを確認。

全身の出血斑の有無や拡大範囲（皮下）。口腔内の出血の有無（粘膜）。

データチェック 血小板、FDP、プロトロンビン時間延長

抜針時、完全に圧迫止血する。

T: FOY 10cc/h(持続中)、AT 3V/日 全血

結果

4/24(N)

右側腹部、皮下血腫出現している。左大腿部は増強

みられず。正中創から上層までの汚染あり。(50g/7h交換)血小板3.1,プロトロンビン時間70%,FDP(10.9)

4/25(N)

新たな紫斑の出現はなし。抗凝固療法により出血状態は同様である。本日血小板3.0,プロトロンビン時間60%,APTT。

4/28(N)

出血斑変わらず。プロトロンビン時間やや延長も血小板5代まで上昇あり。

4/30(N)

ブレDIC状態。出血斑。血漿交換、エンドトキシン吸着を手術後に行うよてい。クイントンカテ挿入となる。

[ここも経過中最悪となった4/30朝の血液凝固検査結果を記載していない。事実隠匿の姿勢がある。血液検査報告(1-107)参照]

5/1(JS)

出血斑変わらず。クイントンカテ、IVH刺入部出血傾向ない。キネビとも出血ない。M-Zからも出血ない。

(7-14)

月日 4/24

問題

#3 呼吸器合併症の可能性

Tピース酸素5l条件下であるが、4/23~動脈血酸素分圧170 90代と下降している。全身浮腫増強しており、術後3日目サードスペースも考える。(現在、黄色粘稠痰少量)(胸腔ドレーンより血性流出続く。-10cmH20)

4/28(月)痰からMRSA+

対応

十分な酸素投与。ネブライザー

バイタルサイン(呼吸回数、酸素飽和度、エア入り左右差、肺雑音の有無)

深呼吸を促す。

胸腔ドレーン管理 a. 訪室毎に排液誘導をする。b. ルート屈曲していないか確認。c. 呼吸性移動の有無。d. 指示圧の確認。

適宜、吸引! タッピングを行う。吸引前後必ず患者さんに声かけをする。

胸部X線写真把握。

(4/24~)尿量2000ml/日以上確保できるようにラシックス使用する。(120mi/2h)

比重チェック

結果

4/24(N)

9時水分バランス2000代だが、ラシックス使用にて、15時水分バランス+100-200代となる。(本日ラシックス3回使用)吸引にて黄色粘稠痰少量あり。酸

酸素飽和度99-98%呼吸回数9-13. X線写真にて軽度肺うっ血像あり。4/23は動脈血酸素分圧170代 90代に

いる。

4/25(N)

酸素5 l 酸素飽和度99-100%keepエア入りやや弱め。自発呼吸しっかりしているが、呼吸数少なめで、時々無呼吸もあるようです。

尿120ml/2h ラシックス1/3Aは2-3回 / 1勤使用し、尿2500/日流出しているが、全身浮腫同様に強い。痰ほとんどひけず。X線写真上うっ血増加なし。

4/28(N)

酸素7 l Tピースにて酸素飽和度 96-97%で経過。エア入り異常なしも、肺雑(音)著明。体動激しく意識レベルは今一つも覚醒しているためか呼吸数はしっかりしている。痰汚いため培養へ。尿流出異常なし。

[ 4/28.16:00-17:00に人工呼吸器を装着し機械的呼吸管理を始めているが、この事実を記載していない。呼吸器合併症の管理表として不可解としかいえない。ICU記録(2-11)参照]

4/30(N)

吸入酸素濃度50%にて動脈血酸素分圧60代、呼吸数するも動脈血酸素分圧ひくい。手術後セデーション下にて管理する予定。X線写真悪くうっ血、肺炎+か。

[ 4/30.9:30KH 医師、TH 医師が人工呼吸器の吸入酸素濃度を 50%から 40%に減量し、直後に動脈酸素分圧が 50 代まで低下する呼吸不全状態になった事実を記載していない。事実隠匿といわざるを得ない。ICU記録(2-4)参照]

5/1(JS)

Tピース動脈血酸素分圧60の為、(N)からCPAPとする。動脈血酸素分圧120,動脈血二酸化炭素分圧33前後とグッド。気管吸引あまり引けない。

(7-15)

月日 4 / 2 4

問題

# 4 肝不全の可能性

血小板3.1(4/24) 、AST3359~1094 、ALT3255(4/23)~(4/24)、T-Bil(総ビリルビン)3.7~4.8 、PT(プロトロンビン時間)70%/12.7秒、NH3(アンモニア)59

・全血、FFP持続中。

・ソルコーテフ(1000mg)4/24使用。

対応

酸素濃度維持

意識レベル確認

黄疸の有無(眼球、皮フ黄染、ビリルビン尿)

各ドレーンからの流出、性状を観察。

指示輸液量の輸血を正確にdripする。

データチェック a.AST、ALT、Bil(ビ

リルビン)、b.BS(血糖値)、c.凝固能、d.NH3(アンモニア)

T:a.強ミノ[強力ネオミノファーゲンC]、b.ソルコーテフ、c.AT、FOY

結果

4/24(N)

血小板低下、AST・ALT3000 1000代、T-Bil(総ビリルビン)

意識レベル変動なし。極軽度、眼球黄染あり。各ドレーンより、流出量少なくなっており、性状もドロドロしている。組織片なし。

4/25(N)

AST、ALT400-1000も総ビリルビン6.4みられる。アンモニア110、総ビリルビン10時は吸着も考えられる。[意識]レベル20程度。肝性昏睡2-3度か?

[アンモニア値、総ビリルビン値を根拠に吸着を実施する方針を第3外科医師がICU看護室に示していたことがわかる。]

4/28(N)

総ビリルビン11.3まで上昇あり。AST、ALTは低下しているが、アンモニアのデータが出て、その結果で吸着始めるかもしれないとのこと。[「とのこと」医師の発言]意識覚醒しているが、こちらの問いかけは理解できないのではないか。

[4/28は横行結腸切除部位からの便漏れが明らかになっている。第3外科医師は、この便漏れへの対応を放置して吸着を実施することを考えていたわけである。実際、4/30は、便漏れへの手当なしで第3内科に吸着を照会し、第3内科FZ医師から「病巣除去を先行させること」を指摘され、再開腹手術を決めている。医師記載カルテ(1-77)参照]

4/30(N)

AST低下も、総ビリルビン、アンモニア。吸着、手術後予定も残存肝キノーに影響+と考えられる。

5/1(JS)

黄染持続しているが、エンドトキシン吸着後から意識少up。-3となる。

[「対応」で血液凝固能のデータチェックを決めながら、「結果」に血液凝固検査結果が一日も記載されていない。ICU記録検討で指摘したとおり、血液凝固検査結果では、当初より肝臓が深刻な障害(致死的な障害)を受けたことを示し、4/30には測定範囲を越える異常値を示している。血液凝固検査結果が記載されていない点について、第3外科医師の意図的操作を考える必要がある。関連してICU記録検討で記載したとおり、血液凝固検査値はプロトロンビン時間以外のデータはICU記録に転記されおらず、私は血液検査報告書から拾った。転記がないのは迅速仮報告書から血液凝固検査が外れている

からと思われるが、第3外科医師が血液凝固検査値を迅速仮報告の対象から意図的に外した可能性を考える必要がある。]

(7-10)[作成日の遅いものを上に綴っているが、便宜、作成順に転記した。]

#### 問題

8 P O D (術後8日目)横行結腸リークに伴うエンドトキシンショック。そこから引き起こるSepsis(敗血症)の可能性

[術後8日目は29日だが、横行結腸吻合部からの便漏れは4/28で、ショック状態になったのは4/30だから、いずれも日にちが違ふ。繰り返し述べたとおり、4/30のショックはエンドトキシンショックではなく、KH医師、TH医師が意図的に呼吸不全状態を引き起こしたことによるものだが、この丁の「結果」欄の記載を見ると、記載看護婦は、事実を知らず第3外科医師の説明を鵜呑みにしていたと推測される。]

#### 対応

再手術。エンドトキシン吸着4/30手術後、5/1。

#### 結果

術後8日目頃より血圧若干低下傾向。BGA(血液ガス検査)も吸入酸素濃度50% 60%と呼吸状態も悪化!腹部エコー上、便・出血貯留の可能性強く、吻合部の縫合不全が考えられ、CHDF等は原因を手術で除去してからのほうが良いと判断!

再手術~

手術後にエンドトキシン吸着と5/1・2回目を行う。検査データ上改善あり。循環動態も安定し、呼吸状態も改善されたと思われる。全身的に浮腫あるが中心静脈圧値低く、吸着時にaf[心房細動](dehydration[脱水]原因と思われる)にもなり、プラズマ、FFPにてVolumeはかりながらカンリ!

MRSAも検出され、全身状態はまだまだ悪い。容易に敗血症に移行する危険あり要注意!

[先に「第3外科医師の説明を鵜呑み」と記載したが、ここの記載からすると記載看護婦は改善の可能性はあると認識していたように受け取れる。第3外科医師がICU看護室にも改善可能性があるとして説明していたのだろうか。]

#### 8 術前訪問表(7-16)

[ICU看護室看護婦が手術前に5C病棟の父を訪問して面接結果を記載し、5C病棟看護記録を転記したもの。次の2つの記載を転記し、後は省略します。]

欄外 DrKH、NM

訪問者の受けた印象 明るくてやさしい感じ。理解力も良好な様子。

診療報酬明細書(7-17~25)

今回提出されたのは、平成6年12月分、平成7

年1月分、2月分、10月分、12月分、平成8年2月分、5月分、6月分、8月分の9枚の診療報酬明細書です。通院カルテ(1-244~258)と照合すると平成7年4月分、6月分、7月分、8月分が提出されていないと思われませんが、当面この点は不問に付して良いかと思えます。

提出された分は通院カルテの記載と合致しているようです。

問題の診療開始日ですが、

- 1 平成6年12月分から平成7年12月分までは5年12月17日 6年3月23日、と記載され、
- 2 平成8年2月分は 5年12月17日 6年3月23日 7年12月14日、と記載され、
- 3 平成8年5月分、6月分、8月分は 8年5月9日、と記載されています。

一方、

- 4 前回の証拠保全で入手した平成8年11月分、12月分の診療報酬明細書(6-3,4)には 8年11月7日、と記載されています。

1,2と3との記載が連続していないのは、平成8年4月1日に父が健康保険証を更新したことによると判断できます。根拠は更新した健康保険証の縮小コピーを付して外来診療録表紙を作り替えているからです。(1-230,231)しかし、3と4との記載が連続しない理由は不明です。1,2の記載に従えば、4には 8年5月9日 8年11月7日と記載されるはずですが。父は平成9年3月16日に満70歳となり老人保健医療の対象となり、それに伴い新しい健康保険証の交付、外来診療録表紙の作成(1-229)が行われていますが、3と4の間にはそのような事情もありません。念のため、第2回の証拠保全において、8年11月7日を初診日とする外来診療録表紙があるのなら提示して欲しいと求めましたが、存在しないとの回答を得ました。

経過観察検討の項で指摘したとおり、カルテ(1-258,261)には、平成8年11月7日にNJ医師は次回血液検査、腫瘍マーカー検査、超音波検査を実施すると指示しながら、平成8年12月18日の診察で人間ドッグで検査して異常なしと記載しただけで、検査を実施していないことになっています。この時期に指示していた検査を実施していたのなら、肝臓への腫瘍転移を発見していただろうと推測されます。何故、平成8年11月分、12月分の診療報酬明細書には診療開始日が8年11月7日と記載されているのか、単に形式的理由なのか、意図的な作為があるのか、検証する必要があると思えます。

摘出臓器カラー写真

- 1 切除肝臓カラー写真

全体写真が2枚、全体写真の表面拡大写真が1枚、

切開した写真が2枚、うち1枚の拡大写真1枚、以上5枚あります。

全体写真2枚は切除した肝臓の表と裏を撮影したもので、形から右葉後区域であることは判断できません。確定的ではありませんが、尾状葉が含まれていないように思えます。特徴を2つ述べます。一つは血で真っ赤ということです。出血の多さをしめています。もう一つは切理面が下は滑らかだが、上は粗いということです。面は波立ち、端はギザギザです。切り急いだものと推測できます。第4、(肝切除術の一般的知識)で紹介した肝内血管を処理しながら慎重に切理をすすめるという手技をとらず、一気に切理した可能性があります。手術記録には、肝摘出後、相当時間圧迫止血をした旨の記載がありますが、この切理法が原因ではないでしょうか。

表面拡大写真には白い点が写し出されています。肝臓外に突出した腫瘍を写したのでしょうか。

切開写真は、病理検査報告書添付のメモ(1-136)から切除肝臓を上下2カ所ですべて水平に切開した写真であることがわかります。上を切開した写真では、腫瘍が切開面の3分の1を占め、手術の切理面に露出しています。(右メモに説明あり。)下を切開した写真では、肝臓と肝臓に癒着した組織(おそらくゲロタ筋膜)とが写され、拡大写真に直径1cm強の腫瘍が右組織と癒着しているのが写されています。

## 2 摘出胆嚢カラー写真

全体が血で赤い胆嚢の写真1枚と血を落とした写

真1枚、以上2枚です。いずれも切開して内側を写しています。私がこの写真でわかることはありませんが、肝臓手術ではルーティンで胆嚢摘出をすることで、このような一般的な臓器摘出でこんなに出血するのでしょうか。手技が未熟である可能性があります。

## 3 横行結腸カラー写真

開かれた内側の全体写真2枚、その拡大写真2枚、以上4枚です。全体写真、拡大写真とも血で赤いものと血を落としたものとです。

血で赤い全体写真には、横行結腸に沿ってくっついた長さ14cm、幅最大5cmの血の塊が写されています。血を落とした全体写真にも、同じ箇所に底辺7cm、高さ5cmの逆三角形の黒い塊が写されています。出血部位を示すのではないのでしょうか。

拡大写真はいずれも突起を写したものです。確定的ではありませんが、それぞれ別の突起を思います。病理検査報告で良性と判断されたポリープとと思います。

## 病理検査報告書等(7-26~37)

今回提出された資料は、前回の証拠保全で入手した第3外科入院診療録表紙(1-20, 21)、細胞診申込兼報告書(1-130)、病理検査依頼票・病理検査報告書(1-131~139)と同一でしたので、報告を省略します。

## 第8 肝切除術出血経過裏付 - 輸血量のグラフ化 -

### 結論

H9/4/21 の肝切除術について、輸血量をグラフ化して分析したら、私達が手術記録等で判断した出血経過と一致した。

#### 1 本報告の目的

OH 病院第3 外科が與志廣に対し H9/4/21 実施した肝切除術について、私達は、手術記録等を検討し、次のとおり判断しました。

12:50、肝切除中に無関係の横行結腸を損傷し、出血を起こした。

14:30-14:55、右尾状葉切除の準備として右尾状葉に流入する血管処理をしていた際に、肝動脈ないし門脈を損傷し、14:55 血流再開により大出血を起こし、重篤な出血性ショックに陥れた。

16:15、右尾状葉切除を断念して肝臓を切離し、摘出した。この切離の際、区域と区域の境（カントリ線）を慎重に切離することを怠ったため、残肝の切離面から止血困難な実質性出血が発生した。

19:00 まで止血操作を行い、一旦止血を確認して 20:00 に閉腹した。しかし、22:00、ICU においてドレーンからの継続的出血が確認され、腹腔内で術後出血が起きていることが判明し、止血目的の右肝動脈塞栓術が施行された。

この判断には十分な根拠がありますが、麻酔・術中記録には、特に 13:35 以降の出血量について逐次的な記載がなく（止血に追われたためと思われる）、出血量の詳細は判明しないままでした。そこで、出血量と表裏の関係にある輸血量を逐次的に調査することにより、出血経過を明らかにしようと考えました。

#### 2 輸血量調査の手法

元の資料は第3 外科入院診療録中の輸血申込書 34 丁です（整理のため 1-184 ~ 213 の番号を付した。末尾に(1-184)を添付。[省略])この輸血申込書には、輸血パック毎に種類(全血等)、内容量(200ml/400ml)、使用開始日時等が記入されています。このデータを表計算ソフト（Lotus1-2-3 97）に入力し、表計算ソフト

の並べ替え機能を用いて使用開始日時の順にデータの並べ替えを行い、輸血整理表を作成しました（本報告 4 頁以下 [省略]）。

輸血整理表のうち、4/21 に使用された輸血パックの使用開始時・内容量のデータに基づき、当日最初の輸血が開始された 12:00 から 24:00 までを 20 分間隔に分け、各 20 分間に使用開始された輸血パックの内容量の合計を出し、それを表計算ソフトのグラフ機能を用いて棒グラフにしました。それが、3 頁目 [104 頁] の「肝切除術輸血量 H9/4/21」です。グラフの見方は、例えば 12:00-の 200ml は、12:00 から 20 分間（12:20 は含まない。）に開始された輸血の合計量が 200ml であることを示します。

#### 3 グラフの分析

グラフに現れた輸血開始量を見ると、前記 1

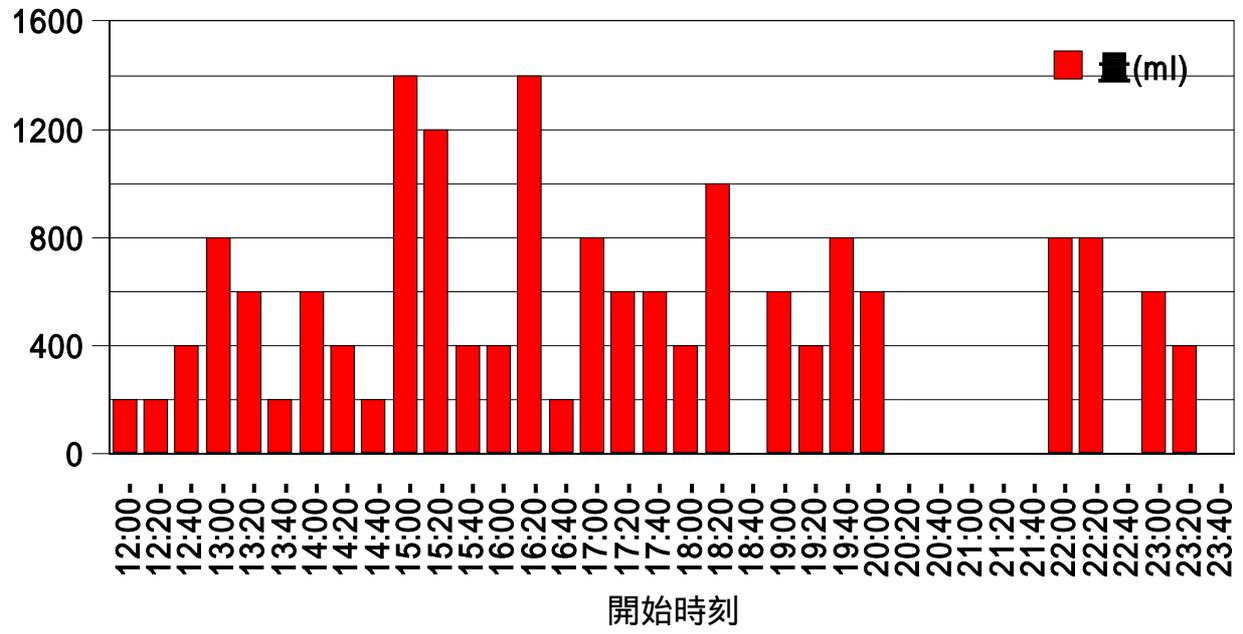
の事実と一致するピークが見いだせます。については 13:00-に始まりそこを最大値(800ml)とするピーク、については 15:00-に始まりそこを最大値(1400ml)とするピーク、については 16:20-に始まりそこを最大値(1400ml)とするピーク、については 22:00-に始まり 22:20-も同値(800ml)のピークです。15:00-の輸血開始量と 16:20-の輸血開始量は同日中の最多量です。特に 15:00-に始まるピークは続く 15:20-の輸血開始量も 1200ml となっています。短時間にこれだけ多量の輸血を実施しているということは、このときの出血が急速かつ多量であったことを示します。また、17:00-から 20:00-まで 400ml ~ 1000ml の輸血開始が続くのは、一定量の継続的出血があったことを示し、前記 1 の止血困難な実質性出血という判断と一致します。一方、20:20-から 21:40-まで新しい輸血がないのは、閉腹から手術終了までの経過と一致します。

#### 4 結論

H9/4/21 の肝切除術について、輸血申込書に記載された輸血開始時間・輸血量のデータをグラフ化すると、手術記録等から私達が判断した出血経過と一致することが確認されました。

### 肝切除術輸血量 H9/4/21

輸血量



## 第9 解剖記録

### 総括

- 1 東京地裁が H11/5/26 に OM 病院病理科に対して実施した証拠保全当日、決定送達後、MM 医師は解剖記録のうち少なくとも 3 丁（腹腔内臓器肉眼所見分）を書き換え、裁判官に提示した。
- 2 右証拠保全において、病理検査記録（組織の顕微鏡所見）が提示されずに隠匿された。
- 3 提示された解剖記録は、脾臓・両副腎転移、肝動脈ないし門脈損傷の事実を隠すように作成されている。唯一、解剖当日のメモ（助手が記録？）には「左副腎 meta+（転移有り）」と記載されている。
- 4 解剖報告は、術中大量出血による出血性ショック・術後肝不全発症の事実を隠すように作成されている。
- 5 相手方は、弁解として「肝臓以外の腹腔内臓器には術前検査で判明する転移はなかった。手術は血管損傷なく終了した。手術後原因不明の約 12000ml の大量出血があった。この大量出血は大量輸血・急速輸血により問題を起さなかった。大量輸血・急速輸血により凝固系機能活性低下が発生し、これが出血傾向・縫合不全を起こした。縫合不全によりエンドトキシンショックが起き、ショック腎、ショック肺が起きた。死因は大量輸血・急速輸血による凝固系機能活性低下及びエンドトキシンショックによるショック腎・ショック肺の多臓器不全である。術後出血部位は解剖により肝切除部と判明した。大量輸血・急速輸血は緊急救命措置であり責任はない。肝不全は起きていない。」との主張をすることが予想される。

### 1 検討の対象

東京地裁が H11/5/26 に TH 大学医学部付属 OM 病院病理科に対し実施した証拠保全の結果、病理解剖記録写しが入手できた。この病理解剖記録写しが主たる検討対象である。記録写しは全部で 33 頁あり、1 頁は 13 葉の小写真が貼付されたものであり、他の 32 頁はコピーである。全頁に謄写業者が付したと思われる通し番号 1 から 33 まで打ってあるので、本報告ではこれを利用し、(K-1)ないし(K-33)として各頁を特定する。(K-)を付すのは、前 2 回の証拠保全で入手したカルテ等写しと区別するためである。

さらに、H9/7/7 に病理科 MM 医師より「病理解剖学的診断、臨床病理学的考察及び病理解剖所見」と題する書面の送付を受けており、この書面も重要であるから、併せて検討する。送付された書面は、全 6 頁（送付文 1 頁、本文 5 頁）であるので、各頁を(B-1)ないし(B-6)として特定する。

### 2 病理解剖記録写しの検討

各頁の順に重要と思われる事項を指摘する。

#### (K-1)

解剖記録の冒頭頁であり、上部に剖検番号、氏名等の形式的事項が記載され、その下に大きく「病理解剖学的診断」の表題で、結論的記載がある。この「病理解剖学的診断」の記載内容は、(K-29)(B-2)に記載された内容と同一である。ここでは次の点を指摘する。

A の「転移」で両肺転移とある。肝切除術実施前に胸部 CT を実施していれば、両肺転移が発見できたはずである。

A の「転移」で、術前腹部 CT で発見されている脾臓転移、両副腎転移（左副腎転移は解剖時も現認）を記載していない。

A.4.で、「右副腎部分切除後」を「右副腎摘除術後」としている。

B.で、肝動脈・門脈の切離・損傷に触れていない。

G.で、術前 CT で認めた脾臓転移を記載していない。

I.で、解剖当日に我々に左副腎転移を指摘し、当日のメモ(K-15)にも記載されているのに、ここでは記載していない。

解剖当日に腹腔内に大量に貯留していた血液混じりの腹水をお玉で何回も掬って計量していたが、記載していない。

ICU 入院中の医師記録・看護記録には腹腔内で壊死が起きている所見（黒い悪臭のある体液の排出）があるが、壊死に関する記載がない。

#### (K-2)

上段が解剖臓器等の重さ・大きさ・量を記載する欄であり、中段が特記事項記載欄であり、下段が関係事項記載欄である。

ここで重要なのは、「副腎 右 20g」の記載である。解剖当日、右副腎が存在したことを示している。

#### (K-3)から(K-13)

この 11 頁は、5/7 の解剖時の肉眼所見を記載したものであると思われる。用紙には、表題として部位・臓器がゴシックで印刷され、各部位・臓器毎に記載項目が明朝体で印刷されている。記載項目は、その後ろが空欄か空行を設けて手書きで記入するか、「滑・粗」のように印刷されたいずれかを選択する形式になっている。順に検討する。

#### (K-3)

外景についての記録である。内容で特記すべきことはないが、後の頁との関係で重要なのは各項目に記入があることである。

#### (K-4)

腹腔所見と胸腔所見の記録である。次の点が問題である。

「腹水 0cc」とある。しかし、解剖当日、私達は、助手2名が1人がお玉を持ち1人が計量カップを持つ形で與志廣の腹腔内から赤色の液体（血液と体液が混じったものと思われる。）を何回も掬って計量するのを現認している。私達がMM医師に「出血が多いですね。」と言うと、MM医師は「多いときはバケツで掬う量になることがある。」という趣旨の発言をした。前記は腹腔内出血を隠すための虚偽記載である。

リンパ節腫大について記載がない。(K-1)等には傍気管リンパ節、傍大動脈リンパ節、後腹膜リンパ節等に転移を認めているから、腫大があるはずである。但し、後の頁でリンパ節腫大を記載している頁があり、ここは単なる書き落としの可能性もある。

後の頁との関係で、左胸腔につき「胸膜 滑沢癒着 -」、右胸腔につき「胸膜 粗糙癒着・纖維性」と、所見が異なることが重要である。

後の頁との関係で、一応各項目に記入があることが重要である。

(K-5)

本頁から臓器所見であり、本頁は心臓所見、大動脈所見、その他血管系所見である。

内容で特記すべきことはないが、後の頁との関係で各項目に記入があることが重要である。なお、左心肥大は出血性ショックが遷延したことによるものだろう。

(K-6)

本頁は脾臓、骨髄、喉頭、肺(左)各所見である。次の点が問題である。

脾臓について、3/14CT,4/11CTの各画像診断報告で指摘された転移巣の記載がない。事実隠蔽である。肺(左)について、(K-1),(K-29),(B-2)に記載された転移巣に関する記載が一切ない。転移巣が存在する部位、個数、大きさ、形状等を記入するのが当然なのにされていない。詳細を隠蔽する意図と思われる。

後の頁との関係で、各項目に記入があることが重要である。

(K-7)

本頁は肺(右)、舌、咽頭、唾液腺、食道各所見である。次の点を指摘する。

各項目に記載があった(K-6)までと異なり、各項目の記入はなく、結論的語句が大きい字で記入されている。

肺(右)については、「その性状(左)肺に同じ。」と記入されている。しかし、(K-4)のとおり胸膜面の滑/粗、癒着の有無が右肺と左肺とで異なるの

である。この短文は事実と異なる。その理由は後述のとおり解剖記録証拠保全期日(H11/5/26)にあわてて差し替えたものと考えられる。

(K-8)

本頁は胃、腸、肝臓各所見を記入する頁である。まさに、今回の解剖の最重点臓器の記載頁である。しかるに、胃については「垂全摘、Bil-1法の状態、局所再発 -」、結腸については「横行結腸端々吻合術後状態、人工肛門造設」、肝臓については「右葉後区域・尾状葉 1/2 切除術、切除面血腫形成、限局性壊死、うっ血」という結論的な短い語句が記入されているだけで、各項目の記入は一切省略されている。肝臓については(K-1),(K-29),(B-2)に記載された転移巣に関する記載もない。全く不合理という他ない。その理由は後述のとおり解剖記録証拠保全期日にあわてて差し替えたものと考えられる。

(K-9)

本頁は、胆嚢、肝外胆管、膵臓各所見を記入する頁である。本頁により(K-7)(K-8)の疑問が解明される。

胆嚢について「常」と大きく一字が記入されている。しかし、胆嚢はH9/4/21の肝切除術時に全部摘出されているのであり、その手術記録の中に胆嚢の病理検査結果報告書も摘出された胆嚢のカラー写真もある。H9/5/7の解剖時に與志廣の体内には胆嚢は存在しなかったのである。従って、少なくとも本頁の胆嚢に関する記述はMM医師が現実に体験した事実を記述したものでないことは明かである。その目で疑問のある(K-7)ないし(K-12)を見ると、コピーに写ったファイル穴から(K-7)と(K-8)、(K-9)と(K-10)、(K-11)と(K-12)がそれぞれ一枚の紙の裏表であることがわかる。(K-8)から(K-11)にかけてが本件で重要な腹腔内臓器所見を記載する頁であり、その真実の記載を隠蔽するため表裏の関係になる(K-8)(K-12)を含めて書き直して差し替えたものと考えられる。胆嚢に「常」と記入する杜撰さから考え、H11/5/26pm0:00にOM病院に証拠保全決定が送達され、当日pm1:00に裁判官が臨場するという事態になって、短時間にあわててなされたものと考えられる。書き直し的手段として(K-1)等の結論部分を書き写したが、そこに胆嚢に関する記載がないのを胆嚢に異常がなかった趣旨と錯覚して誤記したものであろう。

他の肝外胆管、膵臓、門脈系についても、結論的語句しか記載されておらず、理由は同じ。

(K-10)

本頁は、左右腎臓、尿管、膀胱、精嚢各所見を記入する頁である。次の点が指摘できる。

腎臓(左)について「黄疸腎、ショック腎」とのみ記載され、腎臓(右)について「所見は(左)腎にほぼ同じ」と記載されている。しかし、(K-1)、

(K-29),(B-2)の C 項には「右腎被膜血腫付着」と記載され、腎臓(左)と腎臓(右)とで所見が異なるのは明かである。

尿管、膀胱について「常」と記載されていることが、5/4 の心停止との関係で重要である。5/4 未明より腎不全を呈し乏尿状態になった與志廣に対し NM 医師は 11:00am と 3:00pm の 2 回膀胱洗浄を実施し、3:00pm の 2 回目の膀胱洗浄開始直後に與志廣は徐脈となり、3:24pm 第 1 回目の心停止を起こした。従前より私は與志廣の腎不全は肝性腎不全であって膀胱洗浄は無効であり、かつ 11:00am の膀胱洗浄が無効だったのだから、3:00pm の膀胱洗浄は既に心不全を呈していた與志廣の身体に無用の負担を与えるだけのものではなかった、と指摘してきた。病理解剖の結果、尿管、膀胱に異常がなかったことが明らかになり、5/4 の膀胱洗浄が医学的に意味のないものであることが更に裏付けられた。

各臓器について各項目の記載がされず結論的語句だけ記入されているのは、上記と同じ理由。

(K-11)

本頁は、性器官、前立腺、甲状腺、上皮小体、胸腺、左右副腎各所見を記入する頁である。次の点が指摘できる。

副腎(左)について、肉眼診断の項で「自己融解」とあるが、(K-28)の H 項には「左副腎：変成、壊死性？」とあり、(K-29)の病理解剖学的診断の項で「自己融解」とある。(K-28)が事実ならここには「変成、壊死性？」と記載されていなければならないはずである。但し、(K-28)で述べるとおり、その記述には問題がある。

副腎(左)について、解剖当日、MM 医師は、私達の目の前で左副腎を半分に切って中の白い斑を指し、「左副腎に転移がある。」と指摘した。証拠保全で提示された記録中にも、唯一、解剖当日に助手が記録したと思われるメモ(K-15)にも「左副腎 meta+」と記載されている。第 3 外科の病理解剖立会報告(1-93)にも同旨の記載がある。しかし、ここにはその記入がない。事実隠蔽である。

副腎(右)について、「術後状態」とあり、(K-28)の A.4 項を参照すると部分切除されている趣旨と理解できる。しかるに、(K-1),(K-29),(B-2)には「右副腎摘除術後」と記載され、解剖時に右副腎が存在しなかったことになっている。

他臓器について各項目に記入がなく結論的語句のみ記入されていることについては、上記と同じ。

(K-12)

本頁は、下垂体、松果体、頭部、脳、脊髄各所見を記入する頁である。特記すべきことはない。

(K-13)

本頁の上段は肉眼的診断総括欄であるが全く記載がない。

下段は、「切り出し部位」の表題で、予め印刷した番号に臓器名を記入する形になっている。しかし、1~28 が空欄で、29 から臓器名が記入され、51~56 は番号を手書きで書き足して臓器名を記入している。このような用紙で最初の半分以上の番号を空けるのは不自然である。かつ、間違いなく切り出されている左右副腎、胃、下大静脈がここに記載されていない。意図的な隠蔽がされている可能性がある。

(K-14)

本頁は第 3 外科が作成した剖検依頼書である。次の点が重要である。

「臨床診断」として術後に肝不全、DIC、多臓器不全が発生したことを明記している。特に肝不全については、「臨床経過と諸検査」で「4/22 肝不全」と手術翌日に発症したことを認めている。

「臨床経過と諸検査」で H5/12/24 胃切除術の際の診断を Stage a としている。しかし、実際は Stage b であり、(K-18)(K-27)には Stage b と記載している。

「臨床経過と諸検査」で、肝全区域の転移、脾臓・両副腎の転移が術前に明らかになった事実を記載していない。

(K-15)

本頁は、剖検記録との表題があり、解剖時のメモと思われる。次の点が重要である。

副腎右 20g とあり、解剖時に右副腎が存在したことは明かである。

腹水量の記入がないが、解剖時助手がお玉で真っ赤な液体を計量カップに掬っていたことを現認している。腹腔内出血を隠蔽する意図だろうか。

所見欄に、左副腎 meta+ (転移有りの趣旨)を記入している。MM 医師が、私達の目の前で左副腎を切開し、内部に白斑があるのを指さし、「左副腎に転移があります。」と述べた事実どおりに記載されている。この左副腎転移を肉眼で確認した事実が(K-1)(K-11)(K-28)(B-2)で隠蔽されているわけである。

(K-16)

本頁は、H9/5/7 解剖開始前に私が MM 医師に渡したメモである。解剖に関する希望事項を列記したものである。今読み返して次の点を指摘したい。

7 項で「尾状葉部分切除で 6000cc 出血したというが」と記載している。現時点で明確な記憶はないが、與志廣存命中、おそらく 5/2-4 頃 KH 医師から右内容の説明を受けたものと思われる。

6 項、11 項で、肝臓内及び肝臓近傍の大血管のうち、下大静脈のみを記載し、門脈、肝動脈を記載していない。與志廣存命当時、第 3 外科医師達

は、切除部位に門脈、肝動脈が存在することを一切口にできなかったから、私達はわからなかったのである。

(K-17)

本頁は、解剖終了後、私達が MM 教授に、第 3 外科に送付するのと同じ解剖報告書を送付して欲しいと言って渡した私の住所メモである。

(K-18)

(K-18) から (K-25) までは「病理解剖臨床経過・臨床検査表」である。第 3 外科医師が、剖検用に臨床経過・検査結果を整理したものと思われる。

(K-18) は、冒頭部に続き「臨床経過」が記入されている。この項について次の点を指摘する。(筆跡から NJ 医師が記入したものではないかと思う。)

H5/12 の MK (胃癌) について、Stage b と記載している。第 3 外科が早期癌でないと認識していたことを示し、重要である。

「入院時腫瘍マーカー異常なし」と記載しているが、経過観察中胃癌転移に特異的な腫瘍マーカーである STN 抗原が異常値であったのに、入院前後の検査で STN 抗原を検査項目から除いていたものである。

4/7 の TACE (肝動脈塞栓術) が CT (4/11) で効果不十分であった、とするが、成書では TACE の効果は 2-3 週間後の CT で判定するとあり、必要な期間をとっていない。

4/21 の肝切除術について、ここでも癌が横行結腸に浸潤している疑い、と虚偽記載をしている。

「手術操作で約 12000cc の出血を認め」という記載が特に重要である。出血の原因が手術操作であること、出血量が約 12000cc であること、約 12000cc の出血が手術中に起きていること、をここで述べている。

術後経過で、「肝機能は別紙記載の如く、第 2 病日をピークに改善したが、T-Bil、NH<sub>3</sub> は徐々に上昇、また凝固系の改善は認められなかった。」とある。成書によれば、T-Bil (総ビリルビン)、NH<sub>3</sub> (アンモニア)、血液凝固機能が肝機能障害に関する最も重要な指標とされている。従って、肝機能は改善したが T-Bil、NH<sub>3</sub>、凝固機能は悪化した、というのは全く矛盾した記述である。何故第 3 外科が OM 病院病理科に医学的に矛盾した説明をしたのか。病理科にはわからないと高をくくったのであろうか。

「4 月 30 日朝より呼吸状態の悪化、血圧の低下を認め、腹膜炎に伴うエンドトキシンショックと考え」とあるのは、故意に治療レベルを低下させてショック状態を発生させた事実を隠蔽したものである。

「5 月 4 日突然の心停止を認め」は、同日朝から

の心不全を放置し 11:00am には心機能障害治療薬 (フランドルテープ) を除去した事実を隠蔽している。

(K-19)

前頁からの継続で、「同日より無尿となり」は、5/3 夜の利尿剤投与中止により 5/4 未明から乏尿状態を示して腎不全となったのに、あたかも心停止後腎不全になったかのように記載している。

(K-19) の「死因(臨床的考察)」には、「肝不全(T-Bil、NH<sub>3</sub>の上昇、血液凝固機能の改善が認められなかったことにより)」と記載している。医学的にも事実的にも全く適切な記述である。

(K-20) から (K-25)

この 6 頁には各種検査データが記載されている。数値は改竄なくきちんと記載しているようである。検査値は 4/9、4/21 (手術日)、4/23 (術後 2 日目)、4/30 (ショック発症の日)、5/1 (MRSA 検出の日)、5/4 (第 1 回心停止の日)、5/6 (死亡の日) の各値を摘示している。( ) 内の事実ゆえ重要な値なのだろう。

(K-24) に 4/21 採取の病理検査診断として、肝臓、胆嚢について胃が原発として矛盾しない転移性腺癌、結腸について漿膜下出血及び線維症、とある。結腸に癌組織を認めていないことが重要である。

(K-25) は画像診断所見を記載する頁である。肝転移癌の患者なのに胸部 X 線所見しか記載されていない。肝臓外科では術前の腹部エコー、腹部 CT、肝血管造影の各検査結果が最も重要とされており、剖検を行ううえでも最も重要な情報であるはずなのに、一切ない。事実隠蔽だろう。

(K-26)

(K-26) から (K-31) まではワープロで打たれた病理解剖報告である。

この K-26 は表題頁である。特記事項なし。

(K-27)

この頁は「臨床診断」「臨床的事項」の題で、(K-18) の第 3 外科作成の「臨床経過」とほぼ同旨の記載がある。しかし次の 1 点につき、重大な内容の変更がある。

平成 9 年 4 月 21 日の項に「右副腎部分切除、術後約 12000ml の出血を認め、大量輸血を施行」とある。事実としても、(K-18) の記載としても、約 12000cc の出血は術中に発生したものであるのに、ここでは手術終了後に約 12000cc の出血が発生したことになっている。後に見るように責任を否定するための事実捏造工作の可能性が高い。

(K-28)

本頁は、「肉眼的診断」の表題で、(K-3) ないし (K-13) の臓器肉眼所見をまとめたと思われる記載がある。次の点を指摘する。

A.4 で「右副腎部分切除後」と記載されている。

次頁との関係で特記する。

A.の転移の項につき、両肺、とある。(K-6)(K-7)の両肺所見の欄に転移の指摘はなく、(K-6)(K-7)は事実を隠蔽したものとされる。

H.で「左副腎：変成、壊死性？」とある。しかし、解剖当日、MM 医師が左副腎と言って見せたときそのような指摘はなく、半分に切って白い斑を指摘し、「左副腎に転移がある。」と述べたものである。肉眼的診断は、正に肉眼で見たままの診断結果を記載するものであり、当日上記のとおり診断し、助手もその診断結果を記録している(K-15)のに、その診断結果を隠している。

(K-29)

本頁は、「病理解剖学的診断」の表題で所見が列記されている。(K-1),(B-2)と同一の記載である。これまでの検討を踏まえ、(K-1)の検討とは異なる視点で次の点を指摘する。

A.で「胃癌術後再発(高分化型管状腺癌)」とある。肉眼で発見した癌組織が高分化型管状腺癌であるか他の型の癌であるかは、組織を顕微鏡で観察して判定すること(いわゆる病理検査)である。しかし、これまでの資料の中に顕微鏡所見を記録した資料はない。証拠保全期日に隠匿したものと考えられる。

A.の転移の項に、「左腎」とある。(K-28)の転移の項には左腎の記載がないから、左腎の転移は病理検査により判明したことになる。しかし、左腎に転移を発見した病理検査資料はない。証拠保全期日に隠匿したものである。

A.4で「右副腎摘除術後」とある。前頁の肉眼所見(A.4)で右副腎部分切除後となっており、解剖当日重量 20g と計測した右副腎(K-2)(K-15)が、既に全部摘出されていたことになっている。(K-29)以下を H9/7 に私達に送付しており、右副腎の存在を隠したかったものとする。

Bで「(肝臓切除部に癌細胞残存、同部より出血、...)」とある。これも顕微鏡による病理検査によって判定する事実である。癌巣に付着した凝血が、別の箇所の出血が付着したものか癌巣内部からの出血かは、癌巣内の組織を顕微鏡で見なければわからないからである。しかし、その記録はない。証拠保全期日に隠匿したものである。

Dで「間質性肺炎」とある。前頁の肉眼所見で「間質性肺炎？」と？がついているのは、間質性肺炎と確定診断するには、顕微鏡を用いた病理検査により、炎症が肺胞内で生じているのか(実質性肺炎)、肺胞と肺胞との間の間質で生じているのか(間質性肺炎)を判定する必要があるからである。この病理検査の記録はない。証拠保全期日に隠匿したものである。

Iで「左副腎：自己融解」とある。前頁の「左副腎：変成、壊死性？」が自己融解と判定されたとの記述である。自己融解(autolysis)とは、死滅又は変成した細胞が他の細胞の作用によらず、その細胞内の自原性の酵素によって自己消化することを言う。與志廣の左副腎の病変と全く無関係といわざるを得ない。本来、ここでは、解剖当日肉眼的に転移と認められた白斑について、その病理検査結果を記載すべきものである。白斑の組織に高分化型管状腺癌を認めたと否かを明示的に記載すべきものである。それをしていないのは事実隠蔽である。(K-30)(K-31)

この2頁は、「臨床的事項の要約」「臨床病理学的考察」の各表題で記述がある。重要なので、ゴシック体で転記し、明朝体で問題点を指摘する。

臨床的事項の要約：

胃癌術後再発で、転移性肝癌に対して、平成9年4月21日に肝臓右葉後区域と尾状葉1/2切除術を施行され、同部分は下大静脈と右肝静脈が存在する部位で、癌組織が残存していることが明らかであったが、大血管の損傷を避けて肝臓に対しての手術は終了している。

下線部は、第3外科の報告文書である(K-18)-(K-25)に全く記載がなく、他の資料にも見あたらない。第3外科から別の形で情報を得たものと考えられる。又、下線部の前の記述について、第3外科が切除対象にした尾状葉下大静脈部(右尾状葉)は下大静脈と右肝静脈に挟まれ下大静脈に癒着している部位であるから、手術前からわかっていたことである。「大血管の損傷を避けて」は既に肝動脈ないし門脈を損傷して大出血を起こしたから、更に大出血を起こすのを避けて、の趣旨と読むべきだろう。

同時に横行結腸への癌の浸潤が疑われ、横行結腸端々吻合術と右副腎の癌転移のために右副腎切除術が行われた。

横行結腸切除が手術ミスによるものであることは前記のとおりであるが、(K-24)に結腸に癌組織を認めなかった病理検査結果が記録されているのに、触れていない。

この際に約12000mlの出血が認められ、大量輸血が施行されたが、ドレーンよりの持続する出血を認め、急激な血圧低下を来し、急速輸血施行後、止血目的にて右肝動脈塞栓術を施行し、劇的に出血は停止した。

手術中に発生した約12000ccの大量出血及びそれに対処するための大量輸血と、一旦止血確認して閉腹後に発生した術後出血及びそれに対処するための右肝動脈塞栓術とを、ごっちゃにして記載している。

(K-27)で指摘した点(約 12000cc の出血を術後に起きたと記述)から考え、事実を曖昧にして責任を免れる意図と思われる。

その後総ビリルビン値、血中アンモニア値がじょじょに上昇、凝固系にも改善が見られなかった。

同 4 月 28 日に汎発性腹膜炎が併発し、4 月 30 日には呼吸状態悪化、血圧低下を認め、状態不良なるもエンドトキシンショックを考え、人工肛門造設術 + 血腫除去 + 腹腔内洗浄が施行され、エンドトキシン吸着療法が行われている。その後、喀痰より MRSA が検出、心停止、無尿、BUN、クレアチニン上昇し腎不全を併発し、再度心停止、心拍開始するも心拍停止し、死亡が確認された。

ここの記述については、これまでに述べたことに付け加えることはない。

臨床病理学的考察：

病理学的には、肝臓切除部からの大量出血が第一の問題点である。

手術記録によれば肝切除途中の 12:40 の出血量 550ml、12:50 に横行結腸を損傷して 13:35 までの出血量 1404ml、14:30 から 14:55 までの肝切除中に肝動脈又は門脈を損傷して大出血を起こし、17:30 に出血量 10927ml に達し、19:40 の出血量 12350ml に基づき術中出血量約 12000ml としている。肝切除部からの出血は、16:15 の肝摘出以降に発生したことが認められるが、出血の大半は肝動脈又は門脈損傷に基づくものである。ここの記述は、大量出血の原因を隠蔽する意図があると言わざるを得ない。

病理解剖学的に肝臓の切離面には凝血が付着し、高分化型管状腺癌の組織像を呈する癌組織の残存と末梢血管からの出血が認められるが、下大静脈、右肝静脈の損傷は見られなかった。

前段の病理検査結果が隠匿されていることは前記のとおり。後段は、当該部位には右肝動脈及び門脈右枝の大血管も存するのに、全く触れていない。右肝動脈ないし門脈右枝の損傷を隠蔽するためである。また、右肝動脈塞栓術を施行した領域の肝臓組織の限局性壊死像は認められるものの、その他の肝臓組織に壊死像はなく、肝うっ血と胆汁うっ滞を伴い、肝臓組織は保たれた状態である。

術後肝不全には、薬物による肝細胞の大量・広範な壊死を原因とする型と大量出血による肝細胞の機能不全が発生する型(肝細胞壊死は伴わない)とがある。與志廣には後者が起きているのに、前者の特徴を持ち込んでいる。

しかし、検査データでは、総ビリルビン値、アンモニア値の上昇と血液凝固機能の改善が認められず、肝不全が疑われている。

前記のとおり、術後肝不全を確定診断できる検査データである。

病理学的には大量出血に伴う、大量輸血(急速輸血をも含む)による凝固系の活性の機能低下の可能性とビリルビン値の上昇などを来した可能性が示唆される。

この文章に、事実隠蔽工作の構成が示されている。

「大量出血に伴う、大量輸血(急速輸血をも含む)による」という言い方で、大量出血を原因から切り離し、大量出血で起きた出血性ショック・術後肝不全を隠し、大量輸血・急速輸血が原因であると主張しようとしている。「凝固系の活性の機能低下の可能性」も問題のすり替えである。凝固系の活性の機能低下は、検査データにより、肝臓で生成される血液凝固因子が肝不全により必要量が生成されないために発生したものであることが明かである。このデータは(K-21)で MM 医師にも示されている。肝不全の事実を隠して凝固系活性機能低下を原因に据えようとしている。前記の大量出血が術後に発生したとの事実捏造をしていることを併せると、「手術は血管損傷なく無事終了したが、術後原因不明の大量出血が発生し、緊急救命措置として大量輸血・急速輸血を実施して救命したが、大量輸血・急速輸血によって凝固系活性機能低下が起き、これが死亡に繋がった。解剖の結果出血部位は肝切除部と判明した。肝不全は起きていない。」との主張をするものと推測される。

またその後汎発性腹膜炎を来し、臓器所見として急性脾炎(感染脾)、間質性肺炎が見られ、臨床的にも喀痰より MRSA を検出し、臨床的にも呼吸状態の悪化、血圧低下などから、エンドトキシンショックを考えており、病理所見でも、エンドトキシンショックによる微小循環系の透過性亢進、末梢循環血量の減少、血液量の減少などが上記出血所見と凝固系活性低下などに加えて、腎不全(慢性的ショック腎)、肺うっ血水腫 + 出血(ショック肺)などの像を呈したものである。

臨床経過、臓器肉眼所見、病理所見、病理学一般的知見が未整理に羅列された理解しにくい文章である。後段はほとんど意味不明である。末尾の結論から推測して、腎不全及び肺機能障害を説明するために医学用語をちりばめた作文をしたものである。出血性ショック・術後肝不全により肺機能障害・腎機能障害が発生したこと、4/30 に吸入酸素濃度を落として呼吸不全を発生させたこと、5/3 夜の利尿剤投与を中止して 5/4 未明に腎不全を発生させたことは既に解明されたところである。

その他に凝固系活性低下に伴い、出血傾向(肺出血、皮膚下腿広範性出血(ピランを伴う)、心外膜出血、膀胱粘膜出血、消化管の粘膜面の漿膜面の出血斑散見)が認められた。

肝不全を隠すために凝固系活性低下で説明しようと

する意図であることは前述のとおり。

以上の所見から、死因は大量輸血による凝固系活性低下によると思われる出血傾向とエンドトキシンショックが原因と思われるショック腎、ショック肺などの多臓器不全が考えられる。

この文章により、事実隠蔽工作の構造としては、前述に加え、4/30のショックを原因に加える意図であることがわかる。解剖所見に現れたショック腎、ショック肺が、本来4/21の出血性ショックにより発生したものであるのに、4/30のショックに結びつけて説明することで、4/21の出血性ショックを隠蔽しようとしたものだろう。死因については、4/21の肝切除術中の大量出血により発生した出血性ショック・術後肝不全が極めて重篤なものであり、発症の時点から一定期間後死亡することが確実であったのである。この文章は右事実を隠蔽する意図を持つことも明かである。

(K-32)

この頁は合計14枚の臓器写真が上段5枚、中段5枚、下段4枚貼られている。臓器写真の拡大写真を撮ってみて、理解できた範囲を記す。上段左端の写真を上1、下段左から3番目の写真を下3のように表記する。

上1：肝臓の切離面を上にした写真。上2の血腫のうち下側の血腫を取り除いたもの。右上（右葉前区域の前上側から尾状葉にかけて）に新鮮血が付着している。死亡時まで出血が継続していたことを示す。

中1：上1の接写写真。

上2：肝臓の切離面を上にした写真。下側（肝門部。臓器側）に黒い陳旧性の血腫がこびり付いている。上2の血腫を取り除いたのが上1と思う。

中2：上2の接写写真。

下1：肝臓の臓側面（下側）を上にした写真。付着物を全て除去している。左側が左葉、右側が右葉である。中央の凸部分が尾状葉 Spiegel 部（左尾状葉）で、その左側の裂孔が静脈管索裂、その上側の裂孔が左肝静脈流入部、その右側の裂孔が下大静脈癒着部、その下側の裂孔が肝門部と思われるが、確実でない。少なくとも下大静脈も固有肝動脈も門脈も除去されていることは明らかである。

下2：肝臓の腹側面（前側）を上にした写真。下1と同じく付着物を全て除去している。中央、左上から右下への裂孔が肝円索裂であり、その右側が左葉外側区域、その左側が右から順に左葉内側区域（方形葉）、右葉前区域である。

上3：下1、下2の肝臓を左葉内側区域と尾状葉を含む面（正常な肝臓の位置で言えば、垂直線及び前後線を含み左右線に垂直な面）で2か所切離し、上下に並べた写真。いずれも右側面を上にして置かれている。写真向かって上が腹側（前側）であり、従っ

て写真向かって上側が左葉内側区域（方形葉）、向かって下側が尾状葉である。写真向かって右側、即ち左葉内側区域下側端に大きい腫瘍（周りが白く中が黒いもの）が写っている。H9/4/7のDSAで認めた左葉内側区域の腫瘍と考えられる。写真向かって下側（肝臓の裏側、肝門部）に黒い血腫がある。肝動脈ないし門脈を損傷して大出血を起こした痕跡と考える。

中3：上3のうち上側の肝臓につき、左葉内側区域下部の腫瘍を接写したもの。肝門側に黒い血腫が付着している。肝動脈ないし門脈損傷の痕跡。

上4：上3のうち下側の肝臓につき、左葉内側区域下部の腫瘍を接写したもの。肝門側に黒い血腫が付着している。肝動脈ないし門脈損傷の痕跡。

下3：両肺の写真。

上5：心臓の写真と思われる。

中4：2個の臓器が写されているが、何の臓器か不明。右側は転移があると指摘された左副腎のような気がするが、不明。

中5：1個の臓器が写されているが、何の臓器か不明。右副腎のような気がするが、不明。

下4：下大静脈の写真。

(K-33)

本頁は剖検簿と思われる。特記事項なし。

### 3 「病理解剖学的診断、臨床病理学的考察及び病理解剖所見」の検討

前記のとおり、全6頁を(B-1)ないし(B-6)と番号を付して特定する。

検討の第1として、構成について述べる。(B-1)は送付文であり、(B-2)は病理解剖学的診断、(B-3)(B-4)は臨床的事項の要約及び臨床病理学的考察、(B-5)(B-6)は病理解剖所見に対する質問事項への解答、である。即ち、送付文を除いた本文については、(K-27)から(K-31)までの病理解剖報告のうち、(K-27)(K-28)の臨床診断、臨床的事項、肉眼的診断を除外し、(B-5)(B-6)を付加した構成になっている。その意図は、(K-27)(K-28)における肝不全の臨床診断、右副腎部分切除後の各記載を隠蔽するためと推測される。

(B-2)ないし(B-4)は(K-29)ないし(K-31)と同一なので検討を省略する。

(B-5)(B-6)は私が(K-16)で問うたことに答える形になっている。前同様の方法で検討する。

病理解剖所見についての質問事項への解答

1.死因は、別紙のような経過で、最終的には凝固系活性低下による出血傾向と多臓器不全が考えられます。

前記のとおり、4/21の術中大量出血を原因とする出血性ショック・術後肝不全が原因であることを隠蔽するものである。

2.急性肝不全の有無については、出血巣の原因にはなりますが、残存肝の形態学的壊死像はなく、肝不全とは断定できません。

前記のとおり、機能不全型肝不全について壊死型肝不全の特徴を持ちだして事実隠蔽を計るものである。

3.肺炎（間質性肺炎は炎症細胞浸潤は軽度ですが、肺胞壁の線維性肥厚が強く、加えて、うっ血水腫と肺胞内出血が見られております）。

ここの記述は顕微鏡による病理検査を実施していることを示す。前記のとおり記録は隠匿されている。

腹膜炎は、汎発性腹膜炎（縫合不全に伴う）で前回の胃手術の影響も加わって相互癒着が高度です。

心筋の組織像には梗塞などの障害はなく、心外膜出血と軽度左室肥大が見られます。

腎臓は、ショック腎の状態です。

この3文は特記事項なし。

肝臓は、右肝動脈塞栓術を施行した領域の限局性壊死巣は見られますが、その他の肝組織は、うっ血と胆汁うっ滞を認め、肝臓組織の壊死は見られません。総ビリルビン値、アンモニア値の上昇があり、凝固系活性低下によるものと思われ、肝性脳症の臨床症状があっても矛盾しないと思われま

す。この文章には MM 医師の医学的不誠実さが端的に現れている。凝固系活性低下が総ビリルビン値、アンモニア値の上昇を起こしたと思う、と記載しているが、医学的に全く原因・結果の関係にない。肝性脳症は肝不全が重篤化したときに現れる合併症である。総ビリルビン値・アンモニア値上昇、血液凝固機能低下、肝性脳症発症という肝不全を示す明かな事実をごまかすために医学的には全くおかしい文章を作成したものである。

4.4月21日の肝切除術での合計12000mlの出血とその後の継続出血と急性肝不全との因果関係の有無については、出血に対しては、相当量の輸血が行われており、肝機能の高度な低下は4月23日の検査データで認められますが、その前後は改善し、5月6日のデータで軽度機能が低下しています。上記にも記しましたが、急性肝不全はないと思われま

す。この文章で一番の問題は、術中大量出血により致死

的な出血性ショックを起こしたのに、あたかも大量出血自体は輸血により問題を起さなかったかのように述べている点である。肝不全に関して5/6のデータで軽度機能低下と述べるが、(K-22)に記載された5/6のアンモニア値は470という極端な高値を示している。MM医師の医学的不誠実さがここにも現れている。

5.急性肝不全と死因との因果関係について

死因は、凝固系活性低下による出血傾向、ショック腎、ショック肺所見からの多臓器不全と考えられま

す。術中大量出血による出血性ショック・術後肝不全が多臓器不全の原因であることを隠蔽する記述であることは前記同様。

6.本人に計3回行われた手術結果（痕跡）

1～3については、臨床医の報告のとおりで、病理解剖報告の項目に記載しての通りです。

特記事項なし。

7.4月21日の肝切除、尾状葉部分切除で、6000mlの出血したと云うが、出血部位、出血理由について。尾状葉の部位には転移癌組織があり、下大静脈、右肝静脈があり、転移癌組織は全部切除出来ず、癌組織が残存しており、同部癌組織と末梢血管からの出血が形態学的に見られました。

もう一度、尾状葉の部位には右肝動脈、門脈右枝が存在し、右大血管を損傷したと認められるのに、その事実を隠蔽していることを指摘したい。

8.4月21日の肝切除術から5月6日死亡まで継続的に手術部位から出血があったが、その出血部位及び出血理由。

出血部位は肝臓切離面、出血理由は、凝固系活性低下による出血傾向と考えま

す。凝固系活性低下が出血性ショック・術後肝不全を原因とすることは前記のとおり。

9.残肝内の悪性腫瘍の有無、程度。

転移性癌は、指頭大から硬貨大までのものが十数個散見されており、卵大のものも明らかなものは有りませんでした。

残肝内に十数個の転移性癌があったとの記載はこれまでの記録内にはない。記録を隠蔽しているものと思われる。4/21に切除した方の肝臓から11個の転移性癌が確認されており、結局與志廣の肝臓内には20個を越える転移性癌が存在したわけである。肝切除術の適応がないことは言うまでもない。

10.腹腔内リンパ節転移。

大動脈周囲（傍大動脈）、左副腎周囲を含む後腹膜リンパ節に多発性に転移を認めま

す。左副腎周囲のリンパ節転移に注目したい。繰り返し述べたとおり、私達が5/7の解剖時にMM医師から指摘された左副腎転移が当日作成のメモ(K-15)にのみ記載され、それ以外の記録から隠蔽されているわけであるが、ここに左副腎転移と合致するリンパ節転移の事実が記載されているわけである。

11.前回胃癌手術時の下大静脈の状態は、記載の通りで、後面は、大血管系であるために、剥離してないと思われま

す。ここの記述は、術後出血の原因を考える上で重要かも知れない。今回採用された区域切除は切除対象となった区域を残さず全部切除することで術後出血を防止するという基本的考えに立つ。尾状葉下大静脈部（右尾状葉）の後面を下大静脈との癒着剥離せず

に残したということは残部から当然術後出血が発生することになる。

12.4 月 30 日の横行結腸の再縫合は、縫合不全などは

なく、完全縫合されていました。

4/30 の再縫合前の縫合不全を問うているのに再縫合後のことを答えている。問題のすり替えである。