

社会保険総合病院 第10回C P C

日付 2001年11月29日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室
「帝王切開手術中の高度頻脈、高血圧とその後の循環障害による死亡例」

報告者	臨床経過	産婦人科	水上 明保	司会	産婦人科部長	笠茂 光範
	麻酔経過	麻酔科	塩谷 勉		病理部長	高橋 秀史
	看護経過	3西Ns	塚本美智子			
	病理解剖所見	病理部長	高橋 秀史			

症例 M. Kさん 37歳 女性

【臨床経過】

【主訴】

予定日超過（妊娠40週4日）、妊娠中毒症（浮腫）、高年初産、子宮筋腫

【妊娠分娩歴】

1妊、0産（32才時人口妊娠中絶：1×）

【既往歴、家族歴】

特記すべき事項なし

【手術歴】

（一）

【現病歴】

分娩予定日：平成13年3月23日。妊娠超過中、妊娠中毒症等の症状無し。

平成13年3月8日（妊娠37週6日）町立長沼病院より高年初産、骨盤位、子宮筋腫合併妊娠にて当科での分娩を依頼される。当科来院時、児頭が頭位に戻っていたため、本人の希望で町立長沼病院での妊娠健診、分娩を希望され前医へ戻られる。平成13年3月27日（妊娠40週4日）町立長沼病院より妊娠中毒症（浮腫）、高年初産、子宮筋腫、予定日超過にて当院での分娩を依頼される。

外来受診時：血圧120/70（3月27日から3月30日まで町立長沼病院に入院）

平成13年3月30日8妊妊娠41週1日）町立長沼病院より血圧上昇（180/101）にて妊娠中毒症の急性増悪の診断で帝王切開目的にて当院に入院。

来院時血圧104/64

【入院時検査データ】

WBC14290/ μ l, (Neu81.1%, lym14.3%, mon3.7%, eosino0.6%), RBC449 $\times 10^4$ / μ l, Hb13.2g/dl, Ht39.6%, Plt26.8 $\times 10^4$ / μ l, PT11.3秒, プロトロンビン時間89%, PT-INR1.06, APTT24.7秒, フィブリノーゲン定量487mg/dl, FDP10ug/ml以下, ATIII111%, 出血時間2分30秒(3/27採血), ESR(1hr/2hr)38/65mm/hr. FBS119mg/dl(3/27採血), GOT21IU/ml, GPT17IU/ml, LDH458IU/ml, BUN9.6mg/dl, Cr0.5mg/dl, Na137mEq/l, K4.5mEq/l, Ca8.9mg/dl, T-P6.3g/dl, Ch-E232IU/ml, T-Bil0.3mg/dl, HPL9.3ug/ml, 検尿一般：尿蛋白100mg/dl、尿ケトン体定性(1+)、細菌(3+)、

胸部X線写真：異常所見なし

心電図：異常所見なし

【入院後の経過】

入院後13:30頃、頭痛あり。血圧130/72

【手術】

述前診断：妊娠41週1日、

妊娠中毒症（高血圧、浮腫）、子宮筋腫

術後診断：妊娠41週1日、

妊娠中毒症（高血圧、浮腫）、子宮筋腫、弛緩出血

麻酔：硬膜外麻酔

術式：緊急帝王切開＋子宮筋腫核摘出

手術時間：1時間19分 出血量：2012ml(羊水込み)

手術所見：女兒3412g娩出。子宮底部に80g、6g（筋腫核出）及び子宮体部後壁正中部に直径5cm大の子宮筋腫を認める。子宮収縮悪く、PGF2 α 1Aを子宮に数ヶ所分注するも子宮収縮不良。1度閉じた子宮筋層の糸を開放して子宮内に出血がないことを確認する。その後しばらく子宮をマッサージして収縮を促すもあまり固く収縮せず。しかし出血無きにて閉腹し手術を終了す。

手術中特記事項：児娩出直後より脈拍が70台より160台まで急上昇し、血圧も140/80台から220/130まで変動

【帰室後経過】

21：00 帰室 21：40脈拍148-148台に上昇、血圧126/90、インデラル使用にて脈拍130台へ。その後も血圧、脈拍安定せず。

23：30 子癇様痙攣発作あり。

23：56 血圧測定不能。

3月31日

0：00 心停止。心臓マッサージ、バックキング開始。

0：11 気管内挿管

5：49 蘇生の甲斐なく永眠される。

【心停止直前の検査データ】

カテコールアミン3種（死亡後に保存血清より）
アドレナリン：141,281pg/ml（<100pg/ml）、
ノルアドレナリン：47,522pg/ml（100-450pg/ml）、
ドーパミン：40,943pg/ml（<20pg/ml）

【看護経過】

【患者紹介】

夫と義父母の4人家族。兼業農家で夫は冬期間は会社員。同町内に義妹がおり育児のサポート者となっている。

【看護経過】

手術後の急性期を脱することなく心肺停止に至った。手術当日、夫は出張中で病室に到着まで患者の蘇生の介助と観察を行っていった。医師からのインフォームドコンセント後、患者の死を現実のことと捉えられるよう思いの傾聴につとめた。夫は

呆然とした状態が続き、ベビーの養育、父親役割に目を向けられる状態にないと判断し、義母義妹から養育、家族役割に関する情報収集を早期より行った。義母、義妹を中心に育児技術の指導をおこなうとともに、ベビーに対する愛着形成が阻害されないように家族とベビーで過ごすことができる環境を提供していった。退院時には、育児に関する技術の修得と養育の役割分担が明確となった。夫はショックの時期を脱することは出来ないまま、育児に関する情報を提供されることによって混乱している様子が伺え、愛着行動はみられるものの積極的に育児行動に参加していくまでにはいたらなかった。退院後のフォローとして地域保健婦に早期の家庭訪問の依頼と病棟からの電話訪問による育児相談を実施していった。

【臨床上の問題点】

1. 帝王切開術施行後約4時間で心停止となり、その原因解明
2. 妊娠中毒症との関連性について
3. 手術中に脈拍が160/分まで上昇、血圧が220/130と急激に変動しており、その事と死因との関連性について

【看護上の問題点】

- 術前：1 妊娠中毒症合併妊娠による子癇発作出現のハイリスク状態、
2 弛緩出血による循環動態の変調
- 術後：3 循環不全による生命維持の危険性
- 死亡後の家族：4 対象喪失による心理的危機状態、
5 養育担当者に親役割不全を生じる可能性

【病理解剖組織診断】

1. 左副腎腫瘍（褐色細胞腫）
 2. 出血傾向
（子宮内、血性腹水、血性胸水、消化管出血）
- 心臓：300g、肺（左右）：300g、370g、
肝臓：1820g、脾臓：190g、
腎臓（左右）：170g、160g、腹水：100ml、
胸水（左右）：400ml、100ml

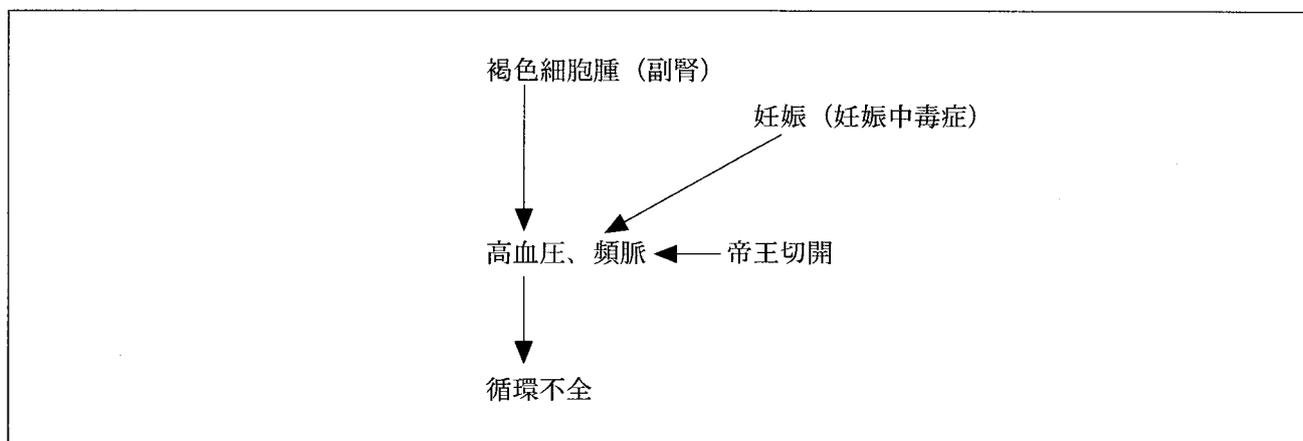
左副腎の腫瘍は好塩基性の胞体と類円形核による多形成細胞の胞巣状～索状増殖を示し、免疫染色にてchromogarninA (+)、NSE (+) で褐色細胞腫と判断します。壊死や分裂像は明かでなく転移もなく、良性と考えます。

出血傾向を認めましたが、DICの所見は組織学的に

明かではありません。

組織学的に羊水塞栓は明かではありませんでした。褐色細胞腫による循環不全が死因と考えられます。心臓はやや肥大し、軽度のリンパ球浸潤を認めました。

【病理チャート】



【キーワード】

褐色細胞腫：主に副腎髄質、まれに傍神経節を発生母地とする稀な腫瘍で、カテコールアミンを産生放出し、高血圧をはじめ種々の臨床症状を呈する。

褐色細胞腫合併妊娠：妊娠に合併した場合妊娠中毒症との鑑別が非常に困難な疾患である。妊娠中に本症と診断されなかった場合の母体死亡率は48%、児死亡率は54%と高率である。母体死亡は分娩後72時間以内に起こることが多い。

【病理から臨床へ】

病理解剖を始める前には、羊水塞栓症、高度の妊娠中毒症、弛緩出血などが考えられたが、剖検にて副腎腫瘍を発見し、高度な循環不全の全てが説明できた。混乱状態の中、当初病理解剖を拒否したご遺族を説得して病理解剖の承諾を得たことは臨床的にも病理学的にも重要なことであった。しかし、存命中の褐色細胞腫の診断が可能であれば最善であった。「妊娠中毒症にマスクされた褐色細胞腫」を学ばせて頂いた。

【臨床の教訓】

過食細胞腫合併妊娠は、妊娠中毒症との鑑別が非常に困難な疾患とされる。本症例も妊娠経過中は順調であり、帝王切開術施行前の本症の診断は極めて困難であった。また帝王切開による児娩出後の原因不明の母体死亡であったため、遺族からの剖検の許可を取ることは容易ではなかった。しかし今回確定診断は病理解剖によって得られたものであり、死に至る病態を確定できない場合、必ず剖検を行い死因を究明することが医療側、遺族側の双方にとって不可欠であると痛感した。

【看護の教訓】

家族（特に夫）が患者の死を現実のものとして捉えられない時期に、養育に関しての知識や技術を修得しなければならず、混乱していた。6日間の入院期間では限界があり、十分な精神的ケアにはつながらなかったのではないかとと思われる。動揺の強かった夫からではなく、義母義妹から中心情報を得た夫が、患者の死を受容し、父親としての役割を認識し、ベビーの状況が振り返られるような援助が必要であったと考える