

平成24年（2012年）当院における病理解剖の現状

岡本 清尚¹⁾ 中村 淳博¹⁾ 舟橋 信司¹⁾ 埜藤 沙希¹⁾ 平塚 友香莉¹⁾ 棚橋 忍²⁾

1) 高山赤十字病院 検査部 病理

2) 高山赤十字病院 内科

抄 録： 平成24年1月より12月における、当院の総死亡者数は478名であり（CPA: Cardio-pulmonary arrest：心肺停止状態等による死体検案書症例29名を含む、死産を除く）、そのうち病理解剖となった症例は3例であった。今回、死体検案書症例の解剖が1例含まれている。剖検率は死亡診断書症例で0.7%、死体検案書症例に関しては3.4%であった。

各科別の死亡診断書数、死体検案書数、各剖検数、各剖検率の内訳を（表1）に示す。月別剖検数を（表2）に示す。今年の症例は内科で死亡診断書症例1例、死体検案書症例1例、内科・循環器内科・泌尿器科の併科で死亡診断書症例1例の合計3例であった。

以下、平成24年の剖検結果について報告する（表3）。なお記載は、日本病理輯報の記載要項に準じた。

表1 平成24年各科別 死亡数、剖検数、剖検率

科	死亡診断書数 (死体検案書数) (例)	死亡診断書症例剖検数 (死体検案書症例剖検数) (例)	死亡診断書症例剖検率(死 体検案書症例剖検率) (%)
内科(注1)	296(10)	2(1)(注2)	0.7(10.0)(注2)
循環器内科(注1)	28(9)	1(0)(注2)	3.4(0)(注2)
外科	26(8)	0(0)	0(0)
脳外科	46(0)	0(0)	0(0)
整形外科	7(2)	0(0)	0(0)
産婦人科	4(0)	0(0)	0(0)
小児科	3(0)	0(0)	0(0)
眼科	0(0)	0(0)	0(0)
耳鼻科	6(0)	0(0)	0(0)
泌尿器科	33(0)	1(0)(注2)	2.9(0)(注2)
口腔外科	0(0)	0(0)	0(0)
放射線科	0(0)	0(0)	0(0)
皮膚科	0(0)	0(0)	0(0)
心療内科	0(0)	0(0)	0(0)
合計	449(29)	2(1)	0.7(3.4)

当院、平成24年、当院死亡診断書・死体検案書による。

注1 今年より内科と循環器内科は別統計とした。

注2 内科・循環器内科・泌尿器科の併科症例を、それぞれに記載したため合計と異なる。死亡診断書は内科で発行。

表2 平成24年 月別 剖検数

月	剖検数(例)
1	0
2	0
3	0
4	0
5	1
6	0
7	0
8	0
9	0
10	1
11	1
12	0
計	3

当院、平成24年、当院死亡診断書・死体検案書による

(表3) 平成24 剖検結果

剖検番号	年齢・性	臨床診断 (出所・依頼科)	主剖検診断(太字)、 副病変 1.2.3....
1047 (CPA)	82 才・♂	浴槽での急死 来院時心肺停止 (内科)	大腸癌術後(平成17年)、詳細不明。○1、両側肺炎・肺出血。2、肝うっ血。3、腎うっ血、4、咽頭・後頭浮腫、他。
1048 (時間外)	76 才・♂	膀胱癌、心肺停止 後蘇生状態、低酸素脳症、急性呼吸不全 (内科、循環器内科、泌尿器科)	異時性二重癌、膀胱癌(尿路上皮癌) 転：なし、胃癌術後(平成12年)、詳細不明。○1、両側肺炎・肺膿瘍・無気肺・慢性細気管支周囲炎、2、心肺停止蘇生後低酸素脳症、3、両側胸水、4、うっ血肝、他。
1049	79 才・♂	中部胆管癌 (内科)	中部胆管癌(低分化腺癌、乳頭状腺癌)、転：あり。○1、急性肺炎・肺水腫。2、DIC。3、腔水症(胸水・腹水)。4、胆嚢内膿瘍・結石。5、左水腎症・水尿管症。他。

規約上、小さい病変でも癌(悪性腫瘍)が、主剖検診断となります。○は直接死因と考えられる病変。
転：腫瘍の転移の有無。

CPA: Cardio-pulmonary arrest (心肺停止状態)

【まとめ】

平成24年1月より12月における、当院の総死亡者数は478名であり(この中に、CPA: Cardio-pulmonary arrest: 心肺停止状態による死体検案書症例29名を含む、死産を除く)、そのうち病理解剖となった症例は、死亡診断書症例2例、死体検案書症例1例を含む合計3例であった。剖検率は死亡診断書症例では0.7%、死体検案書症例に関しては3.4%であった。

参考までに、平成22年は8例、平成23年は8例の病理解剖が施行されたが、平成24年の解剖は、例年を下回る数であった。

症例1047は入浴中に心肺停止状態(CPA)で発見され蘇生に反応しなかった症例であるが、警察の検視結果事件性なしということで、御家族の同意の下解剖となった「承諾解剖」に相当するものであった。死後のCT撮影(Ai)にて粗大病変なく、解剖によって肺炎はあったものの形態的に「急死」を説明できるだけの病変が見出せなかった。

症例1048は泌尿器科での腰椎麻酔下TUR手術の直後に急変し、一時心肺停止状態に陥ったが蘇生に反応した。内科・循環器内科で二ヶ月維持管理を行うも、最終的には肺炎からおそらくは敗血症により死に至ったものであるが、時間経過による修飾もあり「なぜ急変がおきたのか」を説明できるだけの病変は見出せなかった。

【おわりに】

以上のように、解剖によってもその死因がはっきりと特定されない場合がある。電解質異常・致死性不整脈・薬物中毒などは、解剖による形態的検索のみではその死因根拠を示すことが出来ない。また、一般に病理解剖と法医学解剖とでは観察や検体採取の手技が異なるため、形態的に異常が示されているにも関わらず、術者の未熟さゆえの見逃しすらある。

本来、救急外来に搬送された心肺停止状態(CPA)症例は、事件性がないと判断された段階で「行政解剖」による検索の対象になると思われる。しかし、それを全て行なえるだけの監察医務院のような施設は地方都市には整備されていないのが現状である。当院のような病院において「来院時心肺停止(CPA)症例の承諾解剖」を行なわざるを得ない状況は今後とも起こりうる。それにあたっては、院内

のルールを遵守することや必ず警察による検視を経た後に解剖を施行することは言うまでもないことである。

解剖に関してAiによる画像診断や法医と病理の相互理解が必要であることが「病理と臨床」に特集されている¹⁾。当院でもCPA症例のCT撮影は警察からの依頼も含め、極当たり前に行なわれるようになってきている。したがって、当院においても常識的な条件を満たすのであれば、「検視後の承諾解剖」を拒否するものではないし、病理医としても法医学的なものの見方をさらに学び解剖を行なう必要があると考える。

最後に剖検に御遺体を提供されました御霊と御遺族に畏敬の念を表し、御冥福をお祈りいたします。

【参考文献】

- 1) 病理と臨床 特集 法医と病理の相互理解 2014 vol.32 No.7

