
 症 例 報 告

輸血拒否患者（エホバの証人）に対し 腹腔鏡下手術を行った 上行結腸癌の 1 例

長谷川 潤・森本 悠太・萬羽 尚子・小川 洋
岩谷 昭・川原聖佳子・清水 孝王・谷 達夫
島影 尚弘・田島 健三

長岡赤十字病院外科

Laparoscopic Surgery for Ascending Colon Cancer in a Jehovah's Witness Patient: A Case Report

Jun HASEGAWA, Yuta MORIMOTO, Naoko MANBA, Hiroshi OGAWA,
Akira IWAYA, Mikako KAWAHARA, Takao SHIMIZU, Tatsuo TANI,
Naohiro SHIMAKAGE and Kenzo TAJIMA

*Department of Surgery,
Japanese Red Cross Nagaoka Hospital*

要 旨

症例は 58 歳女性。エホバの証人。大腸がん検診による便潜血反応陽性のため下部消化管内視鏡を施行され早期上行結腸癌と診断された。輸血を行わないことに対する危険性に対し十分な説明を行い同意のうえ腹腔鏡下手術を行った。手術所見は上行結腸に占居する 13 × 10mm, 2 型。MPN2H0P0M0 sStage III a。術式は回盲部切除術, D3 郭清, 機能的端端吻合にて再建した。PM0, DM0, RM0, R0。術中出血量は 10ml。術後病理組織診断にて中分化管状腺癌, pSM (200 μm), pN0, ly0, v0, pStage I であった。周術期に血液製剤の投与は行わず術後経過は良好で第 7 病日に退院した。腹腔鏡下大腸切除術は拡大視効果から出血量は抑えられ輸血を拒否するエホバの証人に対して有用な手術と考えられる一方で、止血操作が困難な場合は開腹手術への移行を躊躇しないことが重要と考えられた。また、エホバの証人に対しては、血液製剤に対し使用可能なものと使用不可能なものを明確に確認し、対応不可能であると判断した場合には転院を勧めるなど、医療担当者は態度を明確にする必要があると考えられた。

キーワード：エホバの証人、輸血拒否、腹腔鏡下大腸切除術

Reprint requests to: Jun HASEGAWA
Department of Surgery
Japanese Red Cross Nagaoka Hospital
2-297-1 Sensyu,
Nagaoka 940-2085 Japan

別刷請求先：〒940-2085 長岡市千秋 2-297-1
長岡赤十字病院外科 長谷川 潤

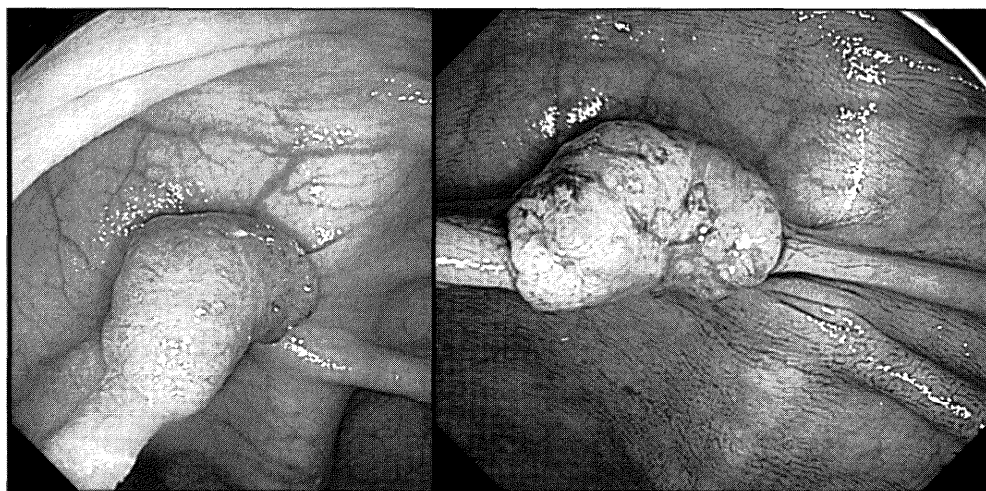


図1 内視鏡検査所見

中心陥凹を認める隆起性病変で一部表面構造の不整を認める。深達度は粘膜下層と判断した。

はじめに

エホバの証人は宗教上の理由により輸血を回避しようとするため、輸血が必要な医療行為を行う際に問題の起こることが考えられる。また、輸血が必要と考えられる病態に対し輸血を行わないことは医師にとって大きなストレスとなる。

我々はエホバの証人に対し腹腔鏡下回盲部切除術を行い、輸血を行うことなく退院した上行結腸癌患者を経験をした。

実臨床上で接することの少ないエホバの証人患者に対する診療に伴う注意点、腹腔鏡下手術の利点など若干の文献的考察を行い報告する。

症 例

症例：58歳、女性。

既往歴：子宮筋腫にて膣式子宮全摘術施行。

家族歴：母、母方おば、胃癌。

現病歴：大腸がん検診において便潜血反応陽性のため近医を受診した。大腸内視鏡検査を施行され上行結腸癌と診断されたため、加療目的に当院を紹介された。

入院時現症：身長164cm、体重70Kg、BMI26.1
眼球眼瞼結膜に黄染、貧血なし。腹部は平坦、軟で体表リンパ節は触知しなかった。

入院時血液生化学検査：腫瘍マーカー（CEA, CA19-9）を含め、異常を認めなかった。

大腸内視鏡検査：上行結腸に径約10mmの0-I型の腫瘍を認めた。わずかに中心陥凹を認め、一部表面構造の不整を認めた。深達度は粘膜下層と判断した。生検で高分化管状腺癌と診断された（図1）。

注腸X線写真検査：Bauhin弁近くの上行結腸に径約12mmの透亮像を認めた（図2）。

胸腹部骨盤部CT検査：原発巣は描出されず、リンパ節転移や遠隔転移は認めなかった。

経過：以上より、cStage Iの上行結腸癌と判断し手術を予定した。無輸血手術を希望されたため、輸血を行わないことに対する危険性に対し十分な説明を行い同意のうえ腹腔鏡下手術を行うこととした。アルブミンや術中血液回収装置の使用については容認された。

手術所見：2009年2月腹腔鏡下回盲部切除術、D3郭清施行。大腸癌取扱い規約（第7版）にて占居部位A, 1型、13×12mm（図3）、MPN2H0P0M0

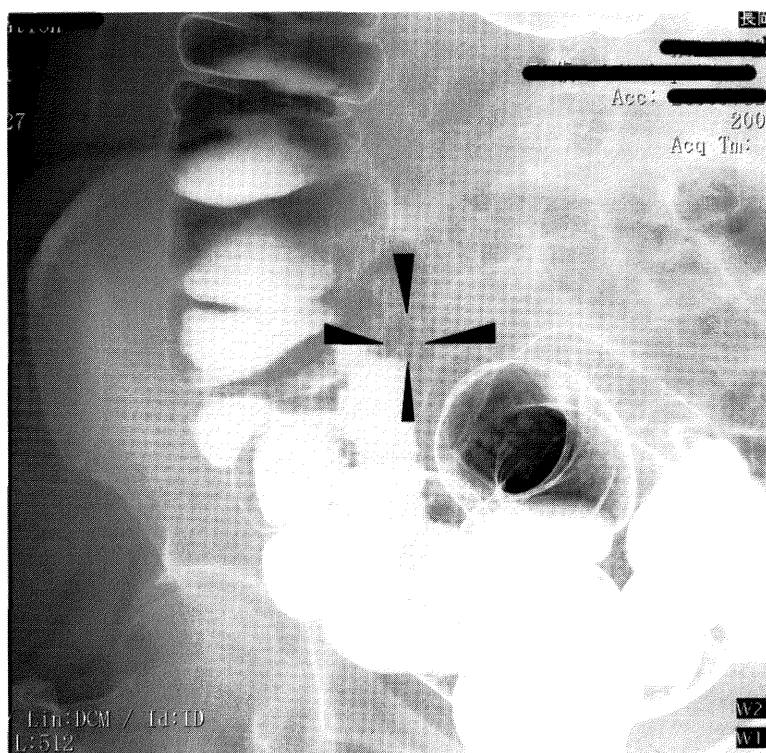


図2 注腸X線写真検査

Bauhin 弁近くの上行結腸に径約 12mm の透亮像を認めた (矢印).

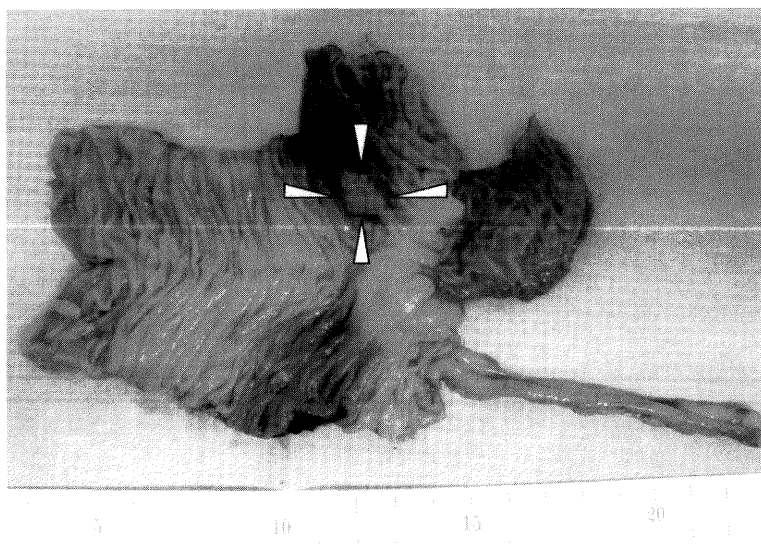


図3 切除標本

上行結腸に占居する 1 型の病変で径 13 × 12mm であった (矢印).

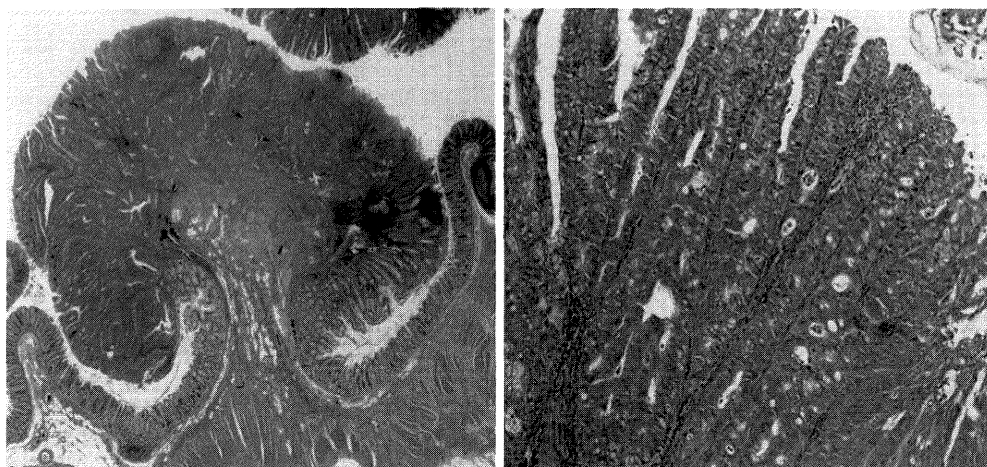


図4 病理組織学検査

中分化管状腺癌、深達度はpSM(200 μ m)であった(a: HE染色、 $\times 4$, b: HE染色、 $\times 40$)。

sStageⅢb, sCurA. 術中出血10mlにて輸血, 血液製剤の使用はなく終了した。

病理組織学的検査所見: 中分化管状腺癌. pSM(200 μ m), ly0, v0, med, INFb, pN0, fStage I (図4)。

術後経過: 合併症は認めず, 術後7日目に退院した。

考 察

エホバの証人は輸血を拒否することで知られており, 同意がなく輸血や血液製剤を使用した場合は法的に問題が生じる。また, 感染や副作用を恐れ輸血を拒否する患者が増えてきており¹⁾, 輸血拒否患者への対策は重要性を増していると考えられる。

エホバの証人は輸血をしないことに価値を認めて無輸血の態度をとるが, 代替療法はむしろ積極的に受け入れる。しかし, 血液製剤の中には使用を受け入れるものと拒否するものがあり, また, 信者個人により判断が分かれる²⁾ものも存在するため注意を要する。したがって, 無輸血で診療を行うことが可能か, 何が使用可能であるかを確

認し医師・患者間で同意する必要がある。

拒否するものとしては全血, 赤血球, 白血球, 血小板, 血漿, 貯血式自己血輸血がある。

また, 個人により受け入れるか否かの判断が分かれるものとして血液製剤(アルブミン, グロブリン, フィブリノゲンなど), 自己血輸血(術中回収式自己血輸血法, 希釈式自己血貯血法)がある。

日本輸血・細胞治療学会, 日本麻酔科学会などの関連5学会などが形成する宗教的輸血拒否に関する合同委員会により報告された「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」³⁾には輸血拒否患者への対応が年齢ごとに述べられている。18歳以上では本人の同意のみで輸血拒否が可能であるが, 18歳未満では対応が複雑である。18歳未満15歳以上では, 本人が輸血拒否した場合でも, 親権者が輸血を希望する場合は最終的に輸血が可能である。本人が輸血を希望し親権者が輸血拒否の場合でも輸血が可能である。15歳未満では本人の希望とは関係なく輸血を行うことが可能となる³⁾。また, 輸血の同意が得られず無輸血治療を行う場合には治療にあたってはいかなる場合であっても輸血を受けないこと, および輸血をしなかったために重大な結果が生じたとしても医師の責任は問わ

ない旨を記した「免責証明書」が必要であることも述べられており、このガイドラインに沿って輸血の可否を決定すべきであると考えられる。

エホバの証人の肝切除時に輸血し、患者が病院側を相手に損害賠償請求の訴えを提起し患者側の勝訴が決定した平成12年2月29日最高裁判決がこのガイドラインにおいて触れられている³⁾。エホバの証人が「免責証明書」を担当医師に渡し受け取ったにもかかわらず、二日後の手術当日、救命のため輸血を施行したものであるが、この裁判では輸血拒否を人格権として認めており、それを侵害したものとして慰謝する責任を負うとの判断であった⁴⁾。

エホバの証人に対して診療を行う際には、可及的に輸血しないという方針は不適當であり、明確に輸血しないこと、何が使用可能かを確実にしておくことが必要である。医師法には応召義務が明記されており、できる限り受け入れることとするが、要求に応じられないと判断した場合には、転院を促すことも重要であろう。

当院で作成したマニュアルは、宗教的輸血拒否に関するガイドラインに準じたものとなっているが、救急搬送された患者でエホバの証人であることが確認できなかった場合についても方針を明確にしている。救急外来などでの出血性ショックなどで輸血拒否の意思が確認できない場合でも、通常、エホバの証人が携帯している「医療に関する継続的委任状」により本人の意思が確認できれば輸血を行わないが、本人の意思表示が不可能で委任状の携帯がない場合は輸血を行うこととしている。エホバの証人に対しては、通常、輸血を行わない方針としているものの、確認ができれば輸血するということは実臨床上やむを得ないとの判断である。

自験例では「免責証明書」の提出を受け、術前にアルブミン、術中回収式自己血輸血法は可能であることを確認し準備のうえ、さらに、腹腔鏡下手術で行うものの止血が困難であれば開腹手術に移行すること、通常、輸血が必要と判断される状

態となっても輸血を行わないことを確認し、同意のうえ手術に臨んだ。

術中、術後は輸血、血液製剤の使用はなく退院が可能であったが、輸血する可能性の低い手術であったことも幸いした。

腹腔鏡下手術は拡大視効果により止血が正確で、出血量が開腹手術よりも少ない傾向にある⁵⁾。一方、一度出血すると止血は開腹手術に比べ困難で、これに伴う副損傷に結び付きやすいといわれる⁶⁾。

手術の難易度や腹腔鏡下手術の習熟度を考慮し、慎重に適応を決める必要があることは当然だが、安全に手術を行うために、エホバの証人が受け入れるかどうかの判断が分かれるものに関しては、使用できるよう術前に積極的に働きかけることも必要ではないかと考えられる。

文 献

- 1) 仁科健夫：無輸血治療を望む患者への対応ガイドラインとその課題。日法医誌 60: 183, 2006.
- 2) ものみの塔聖書冊子協会：ものみの塔誌 3: 30-31, 1989.
- 3) 宗教的輸血拒否に関する合同委員会：宗教的輸血拒否に関するガイドライン。日本輸血・細胞治療学会ホームページ 2008.
- 4) 野口 勇：エホバの証人無断輸血訴訟最高裁判決の意義とインフォームド・コンセント。生命倫理 11: 78-84, 2001.
- 5) 福長洋介、東野正幸、谷村慎哉、西口幸雄、田口伸一、岸田 哲、藤田美由紀、西川正博、尾形章人：大腸癌の腹腔補助下手術における肉眼的進行度診断と至適リンパ節郭清。日臨外会誌 64: 1835-1841, 2003.
- 6) 福永正氣、木所昭夫、的場敏明、杉山和義、福永哲、永仮邦彦、須田 健、吉川征一郎：大腸癌に対する腹腔鏡下手術の術中出血と対処法。外科治療 89: 601-602, 2003.

(平成22年9月30日受付)