

中央手術科

手術創内へのガーゼ残留防止について

発表者 太田君枝
中央手術一同

医療過誤の問題がクローズアップされているこの頃である。

当中央手術部においても手術器材、体内残留の問題がある。その中でガーゼ残留防止について考えてみた。ガーゼ数確認時しばしばその数が不足だったり、多かつたりする現象が起る。直接的協力者としての私達は非常な責任を感じている。

そこでこのような不明確なガーゼの存在を皆無にしようと研究を始めた。

ガーゼ数確認について(ガーゼカウントと呼ぶ)

執刀時手術野に用意する全ガーゼ数を数え最後に使用したガーゼ数を照合し体内に残っていない事を確認することで当手術部では使用済みガーゼを、ガーゼ架に、一枚一枚かけて数えている。

S46年3月～S47年4月の過去1年間の統計をとってみると開腹及開胸手術のうちカウントした件数が246例、その中、ガーゼ数不明確な件数は10例で、全体の4%という高率を示している。

手術時間	例数	出血量
4 h 以上	6 例	350～1370 g
3 h 以上	1 例	642 g
3 h 以内	3 例	9 g～166 g

なお手術部で直接看護婦が協力してガーゼ数確認をおこなっているのは、第一外科及産婦人科の開腹及開胸手術のみで他は医師自身が責任をもっている。

何故このような事故が起るのかK. J法にヒントを得て分類し対策を考えてみた。

原因の追求

① 創内の出血や腹水等が多量するとき。

手術野の清拭や圧迫止血のために多量のガーゼを頻回に使用した場合組織の間に入ってしまう。

尺角ガーゼは血液にぬれるとピンポン球程に小さくなる。

② 直接手術野に使用する以外のガーゼが常在する事。

各部屋に未消毒のガーゼ40枚程が配布されている。

- 上、下肢の固定及抑制
- 点滴固定の枕
- 血液の清拭
- コード、ヒモ類のまとめ
- 吐物の処理
- 術者の汗拭
- 気管内チューブのつり
- 手術器械（ガラス器具、刃物）等の保護

これらのカウント以外のガーゼが、混合する可能性がある。

③ 手術チームの注意力の問題

看護婦側

- スタート時ガーゼ枚数の数え違い。
- ガーゼ架に2枚いっしょにかけてしまう。
- ベッドの下、その他見えない所にガーゼが入ってしまい数えなかった。

医師側

- カウント開始時に医師の協力が得られず、不明確であった。
- ガーゼ入れ以外の場所にガーゼを捨てた。
- 閉腹及閉胸時創内及創外を十分探さなかった。

④ ガーゼカウントの意義が十分理解されていない。

新人の看護婦及医師、学生、見学者、技師等の内、理解していない者がおり外部への持出、他からの持込等があった。

⑤ 手術関係者及学生等多数の出入りがある。

手術見学及実習、写真撮影等で多人数、多い時には一部屋15名程が出入りするためガーゼの迷入、持出の原因になる。

以上のような諸原因によりガーゼ数が合わずひいては患者体内にガーゼを残留させるという事故が起ってしまう。

対 策

① オバガーゼの使用（S46年10月より）

オバガーゼとは α 線に感ずるガーゼで患者体内に残留すると α 線写真、イメージテレビにはっ

きり証明される。

現在オバガーゼは広汎性子宮全摘にのみ使用している、普通のガーゼと比較して高価という点で全面的に移行できない悩みがある。又「ヒモ付ガーゼを使用したら」という切実な意見もある。

② 直接手術野に使用する以外のガーゼを全面的に他の材料にかえてみる。

- 包帯 …………… 上、下肢の固定及抑制。
気管内チューブのつり。
- 大込ガーゼ…………… 三方活栓の口。
吸引ゴム管のまとめ。
- ハンカチ …………… 気管内チューブにキシロカインゼリーを塗る。
吐物、血液等の処理。
- 綿テープ…………… コード、ヒモ類のまとめ。
- 滅菌パック…………… 消毒時のガラス製品等の保護。
- ティッシュペーパー 吐物、落ちた血液等の処理。
- 小タオル…………… 汗ふき。

これで手術野に使用するガーゼ以外は全くなすことができる。

尚ハンカチとは、尺角ガーゼ2枚を合わせ縫ったもので各部屋に5～6枚と、ティッシュペーパー1巻、小タオル5枚を毎日補充している。

③ 手術チームの注意力の問題

- ガーゼカウントスタート時、医師、看護婦、その他意志統一し確認し合ってから手術開始する。
- 看護婦はガーゼの教え違い、掛け違いのないよう細心の注意を払い室内をよく探す。
- 長時間手術の際には必ず中間確認する。
- 医師に手術野のガーゼを十分探してもらい、創内にない事を確認してもらう。
- 医師に不注意な点をその都度申し入れ十分協力してもらう。

④ ガーゼカウントの意義の理解

看護婦間ではしばしばガーゼカウントについて、協議検討しその中で重要性を認識し合う。

⑤ 手術関係者及学生等に十分なオリエンテーションを行うと同時に、看護婦自身も気を配って迷入、持出を防止し、患者の安全をはかる。

以上のような方法でガーゼカウントが行われているが実際にガーゼ数不明確という最近の症例を紹介してみたいと思う。

症 例

① 病 名	閉塞性黄疸
術 式	①胆のう摘除 ②総胆管切開 ③乳頭形成
出 血 量	750g
手術時間	6時間30分
ガーゼ数	127枚 2枚不足

朝9時40分開始し、後4時に終了するという長時間の手術でスタートの時点では十分確認した。しかし術中医師の交替、室外への出入、外野看護婦の交替、手洗い看護婦交替、学生の入、ブローベの運搬等でガーゼが迷入、持出しの原因は非常に多かった。

開腹創内も十分探しガーゼの行方を追求してみたが、ついに2枚のガーゼの行方がわからない。原因と思われる点

- 医師の協力が不十分であった。

- 手洗看護婦交替時、中間カウントをしなかった。

以上2点があげられ医師、看護婦共に注意力が不足していたように思われる。

もしこれが患者体内に「残留していたら」と非常に不安にかられる。

オバガーゼ使用例

病 名	子宮頸Ca
術 式	広汎性子宮全摘
手術時間	4時間30分
出 血 量	3059g
使用ガーゼ	183枚 1枚不足

どうしても合わない。

スタートの時点で、はっきり三者確認し合っている。

外部からの持込、外部への持出も全くない。腹腔内も十分探してもらった。しかしやはり腹腔内かもしれないという疑がもたれる。

念のため α 線写真を撮ってみる。撮影した結果、腹腔内にはっきり残留が認められた。

確認十分のつもりで閉腹しかけていた創を再度開き、腹腔内のガーゼを取り出し、ガーゼを残留させる事なく終了した。

常に看護婦として行動に確信を持っていると最終的には撮影を医師に依頼する事ができる。

オバガーゼを使用して非常に良かった例である。

ガーゼカウントについて何回も協議検討し合ううちに看護婦全体の注意力もだんだん集中的になってきた。

研究に取り組んでから一例カウントが合わなかったという症例が出てしまった事は、非常に残念であったが、常に医師と協力し体内にガーゼを残留させるという事故がないようにしたいと思う。

オバガーゼの使用についても予算の許す限り導入してゆきたい。

尙オバガーゼ使用時は「最初から撮影すればわかる」という安易な気持を抱くことなく責任をもって今後も続けてゆきたい。