

意 見 書

伊藤耕氏は、平成 29 年 10 月 15 日午後 12 時 55 分頃より、腹部に激しい痛み及び頻繁の嘔吐を訴え、その約 35 時間後である 10 月 17 日午前 0 時 01 分（以下「本件死亡時刻」という）に死亡した。

この間に本邦の標準的医療水準の適切な診療が行われていれば、早期に絞扼性腸閉塞を診断でき、手術等適切な治療によって救命することができた可能性が高い、と考える。

以下、上記の根拠を文献的考察と共に意見を述べる。

1 絞扼性腸閉塞について

死体解剖を行った医師の診断書によると、伊藤氏は、小腸間膜ヘルニアによる絞扼性腸閉塞で死亡したことが判明している。

絞扼性腸閉塞とは、腸管内容の通過障害をみとめる病態（腸閉塞）のうち、血行障害を伴い腸管の物理的閉塞・狭窄を来すものをいう。

症状としては、腹痛、嘔吐、排ガスの消失等が一般的である。

腸閉塞の診断は、腹部単純レントゲンで容易に可能である。血流障害があるか否か（絞扼性かどうか）は、腹部造影 CT でおこなうことが「急性腹症診療ガイドライン 2015」で推奨されている。

腸閉塞（イレウス）の中でも、麻痺性腸閉塞や癒着性腸閉塞などの血行障害を伴わないものは、入院の上、禁食・点滴及び胃管やイレウス管（鼻から胃や腸に入れる細い管）で胃液・腸液を排出することで保存的に加療し軽快することが多い。

一方、絞扼性腸閉塞の場合は、緊急手術を行い、閉塞・狭窄

起点を解除し、血行障害をみとめた腸管の切除を行わない限り、病態は進行してしまい、救命することは難しい。

したがって、いずれにせよ腸閉塞の診断に至った場合は、入院加療を要する。その上で、腸管の血流の評価を造影 CT で行い、絞扼性の腸閉塞であれば、手術も必要となる。ただ、早期に診断及び治療がなされれば、十分安全に治療可能な病態である。

2 本件における医療対応の問題点

(1) 10月15日の症状と診療について

1-1: 経過のまとめ

12時55分頃：腹痛出現（心窩部から腹部全体の痛み）

13時頃：部屋で嘔吐

15時05分頃：トイレで嘔吐

15時42分：町立病院着

15時50分：診察（問診と触診）

15時57分：ブスコパン 1A 静注

16時20分：ブスコパン 1A 静注

16時37分：町立病院発

1-2: 診療経過と基本的な診療手技・検査の欠如

診療録の現病歴及び「視察表」によると、伊藤氏はかなりの激しい心窩部痛及び腹部全体の痛みを伴っていたものと考えられる。また、受診までに少なくとも2度嘔吐したとの記載がある。

中等度以上の痛みを伴う腹痛には、適切な問診と聴診及び画像検査が必須であり、触診のみでの診断は非常に難しいと考えられる（急性腹症診療ガイドライン 2015）。そして、心窩部痛・腹部全体の痛みの重要な鑑別診断の一つに腸閉塞が

ある(急性腹症診療ガイドライン2015、第IX章P124, CQ78、P129, CQ84)。

拝見した資料には、排ガス・排便の問診の記載がない。もし、この基本的な問診を行い、医師が患者の排ガスがないことを認識していれば、追加の検査を行い、腸閉塞の診断に至ることは、難しくはなかったと考えられる。

聴診も、基本的な診療手技であるが、その記載がない。腹痛患者において腸雑音の臨床的意義は高く、異常な腸雑音は腸閉塞の診断に有用である(急性腹症診療ガイドライン2015, 第IV章,p64,CQ38)。もし、聴診を行っていれば、追加の検査を行い、腸閉塞の診断に至ることは、難しくはなかったと考えられる。

最も基本的な検査としては、腹部単純レントゲン検査を行うことが一般的である。腹部単純レントゲンの施行は、患者侵襲が少なく、低コストで、医療スタッフの手間や時間もほとんどかからない検査であり、本邦の病院であれば容易に施行可能であったと考えられる。伊藤氏は、妊娠可能性のある年齢の女性ではなく、レントゲン撮影による放射線被曝の身体的デメリットは、極めて少ない。逆に、腹部単純レントゲン検査をしていれば、腸閉塞の特徴的な所見である、拡張した小腸像を確認できたと考えられる。中等度以上の腹痛患者で、腸閉塞等が疑われる場合、腹部単純レントゲンの有用性を示す報告が複数ある(J R Coll Surg Edinb 1998; 43:267-70)(Ann Surg 1983 ; 197: 464-469)。

1-3: 追加検査の必要性

1-2 にあげた、医療従事者として非常に基本的な診療手技である問診と聴診、もしくは基本的検査である腹部単純レントゲン検査のいずれか一つでもなされていれば、追加の検査をする必要性は、自明であったと考える。

追加の検査としては、腹部 CT 検査が必要であろう。造影剤を用いない CT 検査（単純 CT 検査）で、腸閉塞の診断は容易であったと考えられる。現に、10 月 17 日の死亡確認後に単純 CT 検査が施行され、「ileus（腸閉塞）」という所見の記載がされている。

本症例は、腸管血流障害を伴う絞扼性腸閉塞であったが、これは単純 CT に加え、造影剤を使用した腹部造影 CT 検査で診断がつく可能性が極めて高い（感度 93.3%、特異度 95.9%、Radiology 2010; 256:93-101）。急性腹症診療ガイドライン 2015 においても、絞扼性腸閉塞による血流障害の評価には、造影 CT の施行が推奨されている。

1-4：治療薬について

本症例に対して、診療録の記載では、診察開始から 7 分後の 15 時 57 分と 16 時 20 分の 2 度にわたりブスコパン（ブチルスコポラミン臭化物製剤）が 1A ずつ静注されている。診療録に記載はないが、静注薬のブスコパンは、1A は 20mg であることが推察される。つまり、伊藤氏には、30 分以内に 40mg が静注されたことになる。

ブチルスコポラミン臭化物製剤の薬剤添付文書には、以下の記載がある。

- ① 禁忌：麻痺性イレウスの患者〔消化管運動を抑制し、症状を悪化させるおそれがある。〕
- ② 用法及び用量：通常成人には 1 回 1/2～1 管（ブチルスコポラミン臭化物として 10～20mg）を静脈内又は皮下、筋肉内に注射する。

伊藤氏に対して、短時間の診療（触診のみ）の確定診断を得ない状況で、禁忌のリスクを検討せずに、不適切な用法用量の投与が対症療法的に行われた可能性が高いと判断する。

症状として、一時的な改善効果はあったと思われるが、根本的な治療には至っておらず、診療として不十分であったと言わざるを得ない。

1-5: 適切であったと考えられる対応

A: 適切な問診と聴診

B: 腹部単純レントゲン

C: 腹部 CT 検査

本症例において、上記 A 及び B を施行するにあたっては、特別な専門性の高い知識及び技術を必要とはしないが、残念ながら施行されなかったと考えられる。上記 A もしくは B が行われていれば、非常に高い確率で異常所見がみつかった蓋然性が高い。

A や B で異常所見がみつければ、確定診断のため腹部 CT 検査を行うことが適切であると考えられる。

腹痛を診療することに不慣れな非専門医であったしたら、なお一層本症例のような激しい痛みを伴う腹痛には慎重になるべきである。確定診断に至っていない腹痛に対して、禁忌のリスクがあり、かつ保険診療上不適切な用法用量の薬剤を、30 分の間に繰り返し投与するのは、適切とはいえない。A,B,C のいずれかの検査で異常と判断した場合や、診断に自信が持てない場合は、転院搬送を含めた専門医へのコンサルテーションを行うのが適切であったと考える。

急性腹症の予後を左右するリスク因子としては、「バイタルサイン（血圧や呼吸状態）の不安定」「高齢者」「ステロイド内服」「呼吸器疾患合併」「循環器疾患合併」などがある（急性腹症診療ガイドライン 2015 第 IV 章 p23, CQ4）。伊藤氏は、C 型肝炎に罹患していたが平成 28 年 7 月 14 日の血液検査では肝機能障害はみとめず、コントロール不良の肝硬変には至

っているとは考えにくい。伊藤氏は、受診時のバイタルサインは安定しており、年齢も 59 歳であり、その他のリスク因子も指摘できない。

したがって、10 月 15 日の時点で絞扼性腸閉塞に対する診断と治療が適切に行われていれば、年齢やリスク因子、その後の経緯や死亡時刻から逆算して、伊藤氏が本件死亡時刻に死亡することはなかったと考えられる。

(2) 10/16 の診療について

2-1：経過のまとめ

日中（時間不明）：前日より腹部中央に、「ズキズキする持続的な痛み」が継続

腹部超音波検査施行：「肝周囲及び腹部全体に腹水の貯留を認める」

16 時 30 分：転倒 血圧 40/35 顔面蒼白（数回測定し最終的に 101/74 に回復）

20 時 30 分：転倒 呼びかけに反応ない

20 時 45 分：血圧 87/67

21 時 10 分：血圧 90/60

22 時 43 分：転倒

22 時 55 分：意識障害 呼吸弱く 救急要請、
AED 装着 心停止→蘇生術開始

23 時 27 分：町立病院到着

0 時 01 分：死亡確認

0 時 45 分：CT 検査施行

2-2：日中の診療について

日中のエコー検査で腹水の貯留が認められている。

① 以前の腹部超音波検査で、腹水の指摘はされていなかったこと

- ② その後血液検査上も肝硬変への進展がなかったこと
（つまり肝硬変により新たに腹水が出現する要素は考えづらい）
- ③ 伊藤氏は成人男性であること（月経に伴う生理的腹水はない）

上記から、この時点の腹水は生理的腹水ではなく、病的意義が高い腹水であったと判断することが妥当である。また、「肝周囲及び腹部全体に腹水の貯留を認める」と記載されていることから、少量や中等量の腹水ではなく、大量の腹水の存在と考えて矛盾しない。強い腹痛を訴えていた症例での、腹部超音波検査での大量腹水貯留の指摘であり、重大な疾患の陽性所見として考えるべきである。

また、血液検査での白血球の上昇、CRPの軽度上昇、およびヘモグロビン（Hb）も11.5に低下している。

上記超音波所見と血液検査の結果から判断すれば、急性腹症の鑑別を目的とした緊急での精査（腹部CTスキャン等）を施行することが妥当であったと考える。

もし同一施設で精査出来ないのであれば、緊急搬送による転院を検討すべきであった。血圧や脈拍、呼吸数などのいわゆるバイタルサインなどの記載はないが、通常に会話や歩行も可能であったとすれば、バイタルサインは崩れていなかったことが推察される。つまり、この時点で転院搬送し追加検査を行っていたれば、確定診断ができ、緊急手術などの適切な医療が行われていた蓋然性は高い。逆にもし、この時点でバイタルサインが崩れていたのであれば、緊急搬送をしない理由は見当たらない。

2-3: 16:30の出来事について

16:30に部屋で倒れている。顔面蒼白に加え、血圧は40／

35 であった。収縮期血圧 40 というのは、心停止を起こしてもおかしくないレベルのショック状態である。その後、臥位にて、血圧が徐々に改善していることを考慮すると、出血性ショックなどをはじめとした、高度の血管内脱水の典型的な経過と考えられる。

2-4: 20:30 の出来事について

同日 20:30 にも部屋で転倒、「呼びかけに反応ない」という意識障害を認めている。2-3 の状況も考慮すると典型的なショック症状の一つである。2 度目の転倒でかつ「呼びかけに反応ない」という意識障害自体が、明らかに異常所見であり、高次施設に緊急搬送をするべきであった。この時点で緊急での精査及び処置をしていれば、ハイリスクな手術ではあるが、緊急手術及びその後の集中治療により、救命し得た可能性は十分にあったと考える。

2-5: 22:43 の三度目の転倒について

2-3, 2-4 と同様の機序であるが、高度の血管内脱水（出血性ショック）が不可逆的な状態になり、心停止にいたったと考えられる。

(3) 問題点

上記 (1) 及び (2) を検討すると、1-2 (町立病院受診) から 2-4 (20 時 30 分の意識障害) までの間に、基本的な診察や CT 検査等を行っていたら、確定診断に至った可能性は高かったと判断する。確定診断の上で、1-2 から 2-4 までの間のなるべく早い段階で、緊急手術がなされていたら、少なくとも 10 月 17 日午前 0 時 01 分に死亡することではなく、そればかりか救命できたものとする。

3 結論

伊藤耕氏は、腹部全体の激しい痛み及び嘔吐という腸閉塞の典型的な症状を主訴に町立病院に受診された。また、翌日も医師による診察の機会があり、腹部超音波検査で大量の腹水の存在を認めながら、確定診断には至らなかった。その後、ショック症状・意識障害が繰り返し認められたが、緊急搬送の機会は心停止になるまで得られなかった。この間に、もし本邦の標準的医療水準の適切な診療が行われていれば、絞扼性腸閉塞であることを診断でき、手術等適切な治療によって救命することができた可能性が高い、と考える。

日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急科 講師・医長

日本外科学会専門医

日本救急医学会専門医

日本集中治療医学会専門医

田上



2019年10月21日