

小児の急性腹症について

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

腹痛などを理由にH病院に救急搬送された男児患者(事故当時8歳, 以下「A」という。)に対し, H病院O医師は急性胃腸炎と診断して入院させていたところ, Aが入院翌日に絞扼性イレウスで死亡した事案について, 裁判所は, 入院中にAにはイレウスを疑わせる所見があったと認められた以上, H病院は腹部レントゲン検査, CT検査, 腹部超音波検査を実施すべきであり, それらを行わなかったH病院に過失があり, 同過失とAの死亡との間に因果関係があると判断した。

キーワード: 絞扼性イレウス, 急性胃腸炎

判決日: 横浜地裁平成21年10月14日判決

結論: 請求一部認容(請求額: 約 6500 万円, 認容額: 約 6200 万円)

【事実経過】

1 H病院受診までの経過

年月日	詳細内容
平成 18 年 2 月 20 日 午前 3 時 45 分 頃	Aは, 自宅にて強い心窩部痛を訴え, 数回嘔吐した。数回の嘔吐のうち, 最初の1~2回の嘔吐の際は, Aの嘔吐物の色は茶褐色であった。 そこで, Aは救急車により, H病院に搬送された。

2 H病院初診時のAの状態

年月日	詳細内容
平成 18 年 2 月 20 日 午前 4 時 20 分 頃	Aが母親Bに付き添われてH病院に到着。Aの意識は明瞭であったが, 顔面は蒼白であった。まず, H病院P医師がAの診察を行い, 問診・触診・採血などを行い, バイタルサインを確認した。 この時のAの身体所見は, 「胸部: 正常呼吸音, 腹部は平坦で軟, 心窩部から臍下部に圧痛あり, 限局する圧痛点はない」というものであり, 血液検査の結果は, 「白血球数: 1万7400, CR

	P: 0. 17, 赤血球数: 485万, ヘモグロビン: 14. 1, ヘマトクリット: 41. 8, MCV: 86. 2, MCH: 29. 1, MCHC: 33. 7, Plt: 47. 7」であった。 さらに, P医師は, Aに対し腹部単純レントゲン写真も撮影し, その所見として, 診療録に「小腸ガスー」と記載した。 上記の診察及び検査結果から, P医師は, Bに対し, 「レントゲン検査では何の異常もないので, おそらくウイルス性の急性胃腸炎だと思われる。点滴をして様子をみましょう。」と説明し, 更に腹部超音波検査を行う予定であると告げた。
同日 午前 6 時 54 分 頃	P医師は, Aの腹部症状は改善傾向にあるが, しばらく点滴を継続すべきと判断し, 診療録に「急性胃腸炎, 急性虫垂炎の疑い」と記入し, 急性虫垂炎の鑑別のため, 腹部超音波検査も依頼した。 なお, Aは, H病院へ来院後, 同時刻頃までに2・3回嘔吐した

	が、その際の吐物は胃液のみであった。
同日 午前 8 時頃	P 医師から引継ぎを受けた O 医師 (H 病院小児科部長) が A を診察した。 このとき、O 医師は、B らに対し、「昨夜心当たりのあるような食べ物を食べていないか。」「2 週間以内ではどうか」などと尋ねたところ、B らは心当たりはないと回答した。
同日 午前 8 時 30 分頃	腹部超音波検査が実施された。その結果は、「盲腸～上行結腸はガスで壁の性状把握は困難 (明らかな浮腫はなさそうだが)。腹水は少量描出され、腸間膜リンパ節腫大は多数描出されている (最大 10mm 扁平)。描出範囲内では虫垂は 3～4mm と腫大はしたが、末端側は腸管ガスと体動で描出困難」とのことであった。 上記腹部超音波検査の直後、Q 医師は、B らに対し、「特に異常はないようなので、やはりウイルス性の急性胃腸炎だろう。」と説明した。
同日 午前 9 時頃	O 医師は、P 医師からの報告内容、診療録の記載内容及び腹部超音波検査についてのレポートに基づき、A が急性胃腸炎であるとの確定診断を下した。 すなわち、O 医師は、来院した際の A の症状及び鑑別診断のために行った腹部単純 X 線検査、腹部超音波検査等の結果から、腹部単純 X 線写真においてイレウスのときに見られるべき小腸ガスが見られなかったこと、腹部超音波検査において、イレウスのときに認められるべき腸管の拡張、腸管壁の浮腫ないし肥厚、腸管内容を示す点状エコーなどが認められなかったことからイレウスを否定し、腹部超音波検査において腸間膜リンパ節腫大が多数認められたところ、虫垂の腫大がなかったことから急性虫垂炎を否

	定し、急性胃腸炎と診断した。
同日 午前 10 時 45 分頃	A は、唾液を嘔吐した。 その後、同日昼頃に、A が H 病院に入院することが決まった。

3 H 病院入院中の A の状態

年月日	詳細内容
同日 午後 2 時 25 分頃	A は、「おなかが痛くて歩けない。」と言っていたことから、ストレッチャーに乗せられて救急処置室から病棟に移された。 その頃、B が受け取った入院診療計画書には、病名として「急性胃腸炎」、推定される入院期間として「数日間の予定」と記載されていた。
同日 午後 2 時 35 分頃	R 看護師が A の様子を観察し、診療録に「体温: 37. 2℃、脈拍 70 台にて経過。嘔気は治まってきた様子であるが、腹痛は強い様子。ベッド上にてぐったりしている。下痢はみられていないとのこと」と記載した。
同日 午後 4 時 00 分～10 分頃	入院後も A には間欠的に強い腹痛が見られ、午後 4 時頃には「痛いよー。痛いよー。」と訴えてうずくまり、苦痛様の表情が見られた。この様子を観察した S 看護師は、午後 4 時 10 分頃、「(腹痛は) 胃腸炎によるものか、その他に原因があるのか。」と考え、診療録にその旨記載するとともに、T 医師に報告した。 上記 S 看護師からの報告を受け、T 医師が A を診察したところ、A には腹部膨満と臍上部の圧痛が見られ、排便はなかった。また、A は T 医師に対し、腹痛について「痛い。痛くないときもあるけど。」と訴えた。そこで、T 医師は、診療録に「腹部 軟 膨満 臍上部に圧痛あり 排便なし 嘔吐も午後以降はなし」、「腹痛は間歇的で腸管由来だろう。急性胃腸炎として絶飲食、点滴中。」と記載した。 なお、O 医師は、A の腹痛が遷延していることから、急性胃腸炎の合併症あるいは続発症として、

	細菌性胃腸炎，腸重積及びシェーンライン・ヘノッホ紫斑病を疑い，鑑別診断の対象とした。
同日 午後 4 時 38 分頃	T医師は，細菌性胃腸炎の鑑別のため，Aの便培養検査を指示し，また，腸重積の鑑別のため，血便の有無を確認する目的で，Aに対するグリセリン浣腸60mgの施行を指示した。 なお，浣腸により，Aには少量の排便が見られ，Aの腹痛は少し治まった。
同日 午後 4 時 44 分頃	T医師は，シェーンライン・ヘノッホ紫斑病の鑑別のため，翌日に第13血液凝固因子を調べるための血液検査の指示を出した。
同日 午後 5 時 20 分頃	Aは，Bを通じて看護師に強い腹痛を訴え，痛み止めが欲しいと希望したため，看護師はこれをT医師に報告した。 O医師も，看護師あるいはT医師からの報告により，Aが痛み止めを希望していることを知り，Aに鎮静剤であるソセゴンを注射するよう指示を出した。 この指示を受け，T医師は，Aの病室を訪れ，Aに対し，ソセゴンを注射した。なお，このとき，T医師はAの診察をしなかった。
同日 午後 9 時前	Aは，父親Cに対し小便に行きたいと言って自らトイレへ歩いて行ったが，便座に座り込み，ベッドに戻れなかった。そのため，CはBを抱きかかえて病室へ戻り，ベッドに寝かせた。Cは看護師にこのことを伝え，Aの顔色が非常に悪いことも報告した上で帰宅した。 なお，同日のH病院小児科の当直医はO医師一人であり，H病院では，本件当時，外科医は毎晩当直していたが，麻酔科医及び手術室の看護師は当直していなかった。
平成 18 年 2 月 21 日 午前 1 時 00 分頃	Aは，「気持ち悪い。」と言って，約100mlのコーヒー残渣様のもの(潜血3+)を嘔吐した。このとき，Aは，血圧:100/50，脈拍:

	134，顔色(特に口唇色)が不良であり，腹部膨満が認められた。看護師がO医師に電話でこれを報告したところ，O医師は，Aの症状は急性胃腸炎の合併症あるいは続発症のうち，出血性胃腸炎又はシェーンライン・ヘノッホ紫斑病による可能性があると考えた。 そこで，O医師は，看護師にAのバイタルサインに異常がないかを確認した後，教科書その他の文献で，出血性胃腸炎やシェーンライン・ヘノッホ紫斑病で血性嘔吐が見られるかどうかや，これらの疾患の診断に役立つ検査のうち，深夜でも可能な検査があるか否かを調査することとし，Aの診察を行わなかった。
同日 午前 2 時 30 分頃	Aは，看護師に対し，便意を訴えた。 看護師はおまるで用を足すように言ったが，Aはトイレに行くと言ったため，看護師が抱きかかえてトイレまで歩行したが，排尿のみで排便は見られなかった。
同日 午前 2 時 40 分 ~A 死亡まで	看護師が，同時刻頃，Aの呼吸が停止しているのに気付く，心臓マッサージ，酸素吸入及び家族コールを行った。 看護師から連絡を受けたO医師はAのもとに赴き，直接診察したが，これはO医師が20日午前8時過ぎころにAを診察して以来初めてのことであった。 心肺停止状態のAに対し，O医師らは気管内挿管を行い，ボスミンの投与などの心肺蘇生処置を施行したが，同日午前4時50分，Aの死亡が確認された。 なお，Aが自宅で心窩部痛を訴えてからH病院で死亡するまでの間，Aには下痢はみられなかった。

4 病理解剖の結果

大学病院においてAの病理解剖が行われた結果，Aの腹腔内には約600mlのヘモグロビン浸潤色の

腹水が貯留し、小腸間膜に3.2cm×3.7cmの大きさの異常裂孔が存在した。そして、空腸上部(幽門部から16.5cm)の部位から、空腸、回腸の大部分(回盲部より27cmの所まで)は腸間膜裂孔に嵌頓し、絞扼性イレウスを呈していた。また、絞扼されていた小腸と腸間膜は出血性壊死を呈し、小腸の内腔には約400mlの出血が見られた。

上記解剖の結果、Aの死因は腸間膜裂孔ヘルニアによる絞扼性イレウスと診断された。

【争点】

1. 午後1時30分時点で、CT撮影等の検査を行うべき義務が認められるか
2. 午後5時20分時点で、CT撮影等の検査を行うべき義務が認められるか
3. H病院の注意義務違反とA死亡との間の因果関係

【裁判所の判断】

1 午後1時30分時点で、CT撮影等の検査を行うべき義務が認められるか

「イレウス一般を疑わせる所見は、激しい腹痛、繰り返す嘔吐、腹部膨満である。午後1時半頃の時点では、激しい腹痛と繰り返す嘔吐は明らかに認められるが、腹部膨満については診療録上明らかな記述はなく、腹痛の強い急性胃腸炎の範囲内ととらえてもやむを得ない状況と思われる。」及び「絞扼性イレウスは小児科医が遭遇する疾患としては非常に稀な疾患であること、簡単な検査で診断をつけることが容易ではないこと、特に冬期では腹部症状を主訴として外来を受診する患者の多くは感染性胃腸炎であることなどから、初診時あるいは入院時に直ちに絞扼性イレウスと診断できないことはやむを得ない。」などという裁判所による鑑定結果などを根拠に、「午後1時30分頃の時点においては、急性胃腸炎の確定診断を見直してイレウスを疑うべき所見はいまだ現れていなかった」ので、午後1時30分時点で、CT

撮影等の検査を行うべき義務は認められないと判断している。すなわち、同時点では、当初の急性胃腸炎という診断を変更しなかったことは注意義務違反とはされていない。

2 午後5時20分頃、CT撮影等の検査を行うべき義務が認められるか

これに対し、午後5時20分頃においては、確定診断後の経過において、確定診断に従った治療をしているにもかかわらず患者の症状が増悪したり、従前見られなかった症状が加わったりするなど、確定診断を下した際の症状の一般的推移と異なる経過が現れた場合には、それが確定診断と積極的に矛盾するものとはいえなくとも、確定診断にこだわることなく、診察や検査を行って確定診断を再検討する必要があり、「一般に小児の胃腸炎では使用しない強力な痛み止めであるソセゴンが使用されているということは、この時点でのAの腹痛は非常に強いものであったことをうかがわせる。しかも、治療開始から12～13時間も経過しており、このように強い腹痛が治療にもかかわらず長時間にわたり持続していることから、Aの病気が単純な胃腸炎でない可能性があることを少なくともこの時点で疑うべきであった。臨床経過をみる限りイレウス一般の存在を否定する臨床所見、検査所見は見当たらない。」「同時点以前で激しい腹痛、繰り返す嘔吐及び腹部膨満が認められていた。」という裁判所による鑑定結果などを根拠として、同時点でイレウスを疑い、Aに対し、腹部レントゲン検査、CT検査及び腹部超音波検査を実施すべき注意義務があったことができると判断している。

3 H病院の注意義務違反とA死亡との間の因果関係

午後5時20分頃にイレウスを疑い、所要の検査を行い、検査結果に基づいて絞扼性イレウスの診断が得られたとしても、その後、諸々の準備を経て開腹手術を行い、絞扼を解除するに至るまでの所要時間を考えると、既に救命可能性はなかったのではないかと、また、救命できたとしても重大な後遺症が残る結果と

なったのではないかが問題となる。

しかし、裁判所は、「本件当時、H病院には外科医が当直しているだけで、麻酔科医及び手術室の看護師は当直していなかったが、このことを考慮に入れたとしても、遅くとも5時間以内には、麻酔科医及び手術室の看護師を揃えることができ、H病院において開腹手術を実施することが可能であったと考えられる。すると、午後5時20分頃までに急性胃腸炎との確定診断を見直し、イレウスを念頭に置いて各種検査を実施した場合には、遅くとも午後10時20分頃には開腹手術に着手することができたものというべきである。その場合、Aの絞扼性イレウスの発症時点である午前3時45分ころから約19時間半が経過していることになり、開腹手術の際には、Aの小腸の一部は既に腸間膜裂孔に陥入して壊死に陥っており、小腸の相当部分の切除は免れなかったと考えられるが、この時点におけるAの全身状態からみて、少なくとも解剖時に見られたような小腸の大部分の絞扼に至るまで病状が進行していなかったことは明らかであり、「絞扼の解除と壊死腸管の切除により、救命できた高度の蓋然性があり、かつ、その場合に、短腸症候群による後遺障害を残すことなく回復することを期待しえたといえる」と判示して、H病院の注意義務違反とA死亡との間の因果関係を肯定している。

【コメント】

1 イレウスと医療事故

イレウスは、単純性イレウスと絞扼性イレウスとに分けられるが、絞扼性イレウスは、血行障害を伴っており、症状が急激に進行し、早期に（発症から数日間のうちに）、腸管の壊死・穿孔、腹膜炎、敗血症、ひいては多臓器不全、DIC等の重篤な状態に陥り、死に至ることも少なくない疾患であり、急速に重篤化する症例もあるとされている点で、裁判において診断や治療等の遅滞が問題となったケースが多数ある（名古屋地裁半田支部昭和55年6月18日判決（判

例タイムズ425号121頁）、京都地裁昭和58年5月27日判決（判例タイムズ507号268頁）、福岡地裁久留米支部平成14年5月10日判決（判例タイムズ1145号193頁）、名古屋地裁平成17年5月25日判決（判例時報1908号151頁）、東京地裁平成18年5月31日判決（判例タイムズ1244号268頁）、名古屋高裁金沢支部平成19年10月17日判決（判例タイムズ1278号264頁）など。これら絞扼性イレウスに関連する裁判例においては、

- ① より早期に絞扼性イレウスを疑いCTなどの検査あるいは開腹手術を行う義務が認められるか及び
- ② 開腹手術を行った場合に死亡結果を回避し得たか

が争点となる。そして、本裁判例においても同様の争点が問題となっている。

2 より早期に絞扼性イレウスを疑い処置を行う義務について

絞扼性イレウスを診断するにあたっては、以下のような所見の有無が重要とされている。もっとも、絞扼性イレウスでも上記要素が全て典型的に揃うことはなく、これらの内いくつかから絞扼性イレウスが否定できなければ、絞扼性イレウスを疑った対応を行う必要が出てくる。

- ① 持続的な激しい腹痛
- ② 処置を行ったとしても腹痛が継続ないし増悪していること
- ③ 腹部レントゲン検査結果
- ④ 腹部所見（腹部膨満や腹膜刺激症状が認められるか）
- ⑤ 体温の上昇（37℃以上）
- ⑥ 嘔吐
- ⑦ 血圧の低下
- ⑧ 下痢
- ⑨ その他（顔面蒼白など）

細かな判断要素は個々の裁判例毎に多少異なるものの、基本的には上記のような所見をもとに絞扼

性イレウスの有無を判断している。

本件においては、入院当初は腹部膨満について明確には認められなかったこと、絞扼性イレウスは小児科医が遭遇する疾患としては非常に稀な疾患であること及び時期的(冬期)に腹部症状を主訴として外来を受診する患者の多くは感染性胃腸炎であることなどから、入院時点での診断(急性胃腸炎)については誤りとはいえないと判断された。他方で、午後5時20分時点では、一般に小児の胃腸炎では使用しない強力な痛み止めであるソセゴンが使用されているにもかかわらず腹痛が継続していたこと(①・②)、腹部膨満(④)、繰り返す嘔吐(⑥)などから絞扼性イレウスを疑い処置(CT検査等)を行う義務が認められた。

特に、裁判例においては、鎮痛薬(ソセゴン(ペンタジン)、ブスコパンなど)投与によっても強度の腹痛が持続する場合に、絞扼性イレウスを疑うべきであると判断されることが少なくない(前掲福岡地裁久留米支部平成14年5月10日判決、名古屋高裁金沢支部平成19年10月17日判決など)。

3 開腹手術を行った場合に死亡結果を回避し得たかについて

裁判例においては、より早期に検査を行った際に、どの時点で開腹手術を行い得るかを検討した上で、開腹手術を行い得た時間における実際の臨床症状から、患者を救命し得たかを検討することがある。これは因果関係の問題といわれるものである。

本件においては、午後5時20分頃までに急性胃腸炎との確定診断を見直し、イレウスを念頭に置いて各種検査を実施した場合には、遅くとも午後10時20分頃には開腹手術に着手することができたと認定した上で、その場合、同時点におけるAの全身状態(例えば、その4時間後においても〈看護師が抱きかかえていたものの〉Aはトイレまで歩行できたことなど)からみて、Aの救命が可能であったと認定している。

なお、この開腹手術を行い得る時間は、個々の病院の体制や所在地域によっても異なってくる。

4 急性腹症に対する対応

本件では小児の急性腹症が問題となっているが、急性腹症に対する対応としては触診に基づいて腹部膨満や腹膜刺激症状が認められるかを確認することが基本である。その点において、本件は2月20日午後5時20分頃にAに対し、ソセゴンを注射した後は、同月21日午前1時頃に腹部膨満が確認されるまで触診がなされた様子はなく、腹膜刺激症状についても診療録上は確認されていないことになっているので、急性腹症への対応として不十分と判断されたのではなかろうか。特に、本件では同月20日午後4時10分頃に、看護師ですら「(腹痛は)胃腸炎によるものか、その他に原因があるのか。」と考えていることが診療録に記載されているので、医師に腹痛の原因を詳しく探求するべきという印象を裁判所に持たれたのもやむを得ない部分がある。

本件のような小児のイレウス死亡事故は比較的珍しい事例とされているが、絞扼性イレウスの重篤性に鑑みると、たとえ小児であっても、鎮痛剤を用いたにもかかわらず腹痛が継続するような場合には、触診により腹膜刺激症状の有無を細やかに確認するなどの必要性がある。また、当初の診断自体に誤りがなかったとしても、確定診断を下した際の症状の一般的推移と異なる経過が現れた場合には、確定診断にこだわることなく、診察や検査を行って確定診断を再検討する必要もある。

【参考文献】

判例タイムズ1321号172頁(横浜地裁平成21年10月14日判決)

判例タイムズ1278号264頁(名古屋高裁金沢支部平成19年10月17日判決)

【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [嘔吐、腹痛を来す小児外科疾患](#)
- (2) [トリアージと患者評価](#)
- (3) [腸重積](#)

- (4) [絞扼性イレウス](#)
- (5) [小児科腹痛の鑑別診断 家族への説明のポイント](#)
- (6) [腹部の画像からこんなことがわかる！-イレウス/消化管穿孔/急性虫垂炎-](#)
- (7) [Meckel 憩室炎の癒着により絞扼性イレウスを来した1例](#)
- (8) [腹痛 市中病院救急外来での成人の急性腹症の考えかた](#)
- (9) [急性腹症の概念と診断の進め方](#)
- (10) [小児の救急初期診療でよくある症状をみたら何を考えどう対処するか 消化器症状\(下痢・嘔吐・腹痛・脱水\)で来院したとき](#)