

急性胃腸炎と診断された翌日、急性大動脈解離を発症し死亡した事例

キーワード：破裂性急性大動脈解離、スタンフォード A 型、急性胃腸炎

1. 事例の概要

40 歳代 男性

嘔吐・下痢の症状により救急病院に搬送されたが、急性腸炎の診断で制吐剤（プリンペラン）1 A と輸液により症状改善し帰宅した。翌日の夜、自宅にて心肺停止状態となり、搬送先の病院で死亡確認された。

2. 結論

1) 経過

死亡 2 日前から嘔吐、下痢を認め、呼吸に同調する胸痛や息苦しさも自覚していた。

死亡 1 日前、午後 3 時 51 分に A 診療所を受診した。受診時の主訴は嘔吐と下痢であった。胃腸炎と診断され、制酸剤、胃粘膜保護剤、制吐剤、鎮痛消炎剤が処方された。

午後 9 時 50 分前後に、下痢、嘔吐が改善しなしないために救急隊を要請した。救急隊員へ告げた本人の主訴は下痢、嘔吐であった。顔色は不良で表情はうつろ、皮膚の冷感、脈拍：136/分。熱発はなく、酸素飽和度は 100%であった。

午後 10 時頃、B 病院へ救急搬送された。前日に鳥を生食したと聴取した記載がある。心窩部、右上腹部に圧痛を認めている。脈拍は 135/分であり、血圧、体温、酸素飽和度は正常範囲であった。急性胃腸炎の診断で、輸液、制吐剤（プリンペラン）、鎮痙鎮痛剤（ブスコパン）の投与を受けた。

午後 11 時頃、主症状の軽減がなく、再度、制吐剤の投与を受けた。

死亡当日、0 時頃の点滴終了後、立ちくらみがあり、その場に座り込んだ。30 分経過を観察し、（立ちくらみの反復などを認めなかったため）、同病院から帰宅した。

以後、自宅で療養していた。

午後 10 時頃、トイレから戻り、意識消失し、救急隊を要請した。搬送前に心電図の記録上、心拍動は認めるが血圧は触れず、気管挿管などの救命処置を行いつつ C 病院に救急搬送された。搬送中に心停止に至った。同院で蘇生治療が行われたが、奏功せず午後 11 時 20 分に死亡を確認した。

2) 解剖結果及び遺伝子解析

(1) 主病変

急性大動脈解離（スタンフォード A 型）破裂

a. エントリー：上行大動脈

b. リエントリー：右腎動脈起始部

c. 解離の範囲：逆行性に上行大動脈エントリー一部からバルサルバ洞まで、順行性に上行大動脈から腹部大動脈腎動脈分枝部末梢まで。

d. 大動脈弓部 3 分枝、腹腔動脈、上腸間膜動脈、左腎動脈は真腔から灌流され、右腎動脈は偽腔から灌流されていた。

e. バルサルバ洞直上までの心外膜組織に血腫を認めた。

f. 心嚢内に 180 mL の凝結を含む血液を認めた。

g. 右胸腔に 650 mL の出血血液を含む血性浸潤液、左胸腔に 300 mL の血性浸潤液を認めた。

(2) 副所見

心臓重量：834.2 g

主病変の背景となる所見

瀰漫性中膜壊死＋中膜嚢状壊死

(3) 遺伝子解析結果

大動脈解離の原因として先天性結合組織疾患を示唆するものは見いだせなかった。

3) 死因

破裂性急性大動脈解離 Stanford type A と断定してよい。死亡原因とは無関係であるが、随伴した病状として、急性胃腸炎と診断しうる。

4) 医学的評価

B 病院への救急受診時には急性胃腸炎による症状が主体であったが、無症候の急性大動脈解離

が同時に存在しており、最終的には上記のような転帰で死亡に至ったと判断する。では、同病院での対応が妥当であったか、急性大動脈解離の診断に至る可能性があったかについて論じる。

記述で証明できる症状のうち、胸部症状と思われるものは、A 診療所での「前日の胸痛、息苦しさ」であり、救急隊を要請した際には、本人から嘔気、嘔吐、下痢が主訴として申告されていて、胸部症状の訴えは記載されていない。救急隊の所見では、顔面は蒼白で、表情はうつろ、皮膚に冷感あり、意識は正常、歩行可能、脈拍：136 /分、他のバイタルサインは正常範囲と記載されている。胸痛や息苦しさがその時点で軽快、消失していたのか、A 診療所での所見が本人の病状認識に影響を与えたのか、は不明である。B 病院では、担当医師に鳥を生食したこと、嘔気、嘔吐、下痢が改善しないことを申告している。以上から、経時的に、本人からの胸部症状の訴えが消失し、嘔吐、下痢を主体とした消化器症状のみが主訴となるに至った経緯が読み取れて、結果として消化器系疾患以外の病状を想定し検索するきっかけが失われていくこととなった。ただ、救急隊員による心拍数（135/分）、表情などの記載から判断して、急性胃腸炎であるとしても一定の重症感を感じることができる。

【具体的評価】

(1) 救急受診に対する対応は適切であったか

急性大動脈解離を想定した対応をするべきであったか：以上に述べたように、B 病院受診時に急性大動脈解離を示唆するような自覚症状は認められなかったため、急性大動脈解離を想定しなかったことは止むを得ないと判断する。

更に何らかの検査、観察、治療を行うべきであったか：救急隊の観察した顔色、表情や受診時の脈拍 135/分からは、ある程度の重症感が感じられ、血液検査、心電図、胸部・腹部レントゲン検査などの一般的な検査を施行するなどの慎重な対応が望ましかった。また、点滴終了後の立ちくらみがありその場に座り込んでいる。その後 30 分の経過観察を行い、気分不良などの確認をして帰宅させているが、その時の脈拍数など、加療前の異常値の推移に対する観察の記載が無く、また、帰宅に際しての医師の判断も記載されていない。加療後の経過観察により慎重さが必要と思われる。入院し経過を観察する選択肢もありえた。

急性大動脈解離の診断に至る可能性はありえたか：急性大動脈解離は激しい胸痛、背部痛、腹痛、腰痛などの特有の症状があり、胸部大動脈解離を想定して、胸部造影 CT 検査を行うことにより、もっとも迅速で確実な診断を得ることができる。その他、胸部単純（非造影）CT 検査、心エコー検査も診断に有用である。胸部レントゲン検査は上縦隔の拡大や心陰影の拡大を認めれば、更に精密な検査を進めるきっかけになりうるが、この方法だけで確定診断はできない。本件ではどのようなレントゲン所見を呈したであろうかは推定不能である。心電図は大動脈解離が冠動脈に及んだ場合は「心筋虚血」の所見が認められ、これが更に緊急の精密検査をすすめるきっかけになるが、本件の解剖所見では冠動脈に解離は認めず、心電図に「心筋虚血」の所見は認められなかったと推察できる。また、解剖所見では心筋の異常な肥大が認められたので、左室肥大所見が認められた可能性があるが、この所見が緊急な精密検査のきっかけにはならない。血液検査では D ダイマーの上昇が大動脈解離を示唆するが一般的に行われるスクリーニング検査では無い。以上、前項目で述べたように、もう少し丁寧な救急診療が望まれるが、胸部レントゲン検査、心電図検査、血液検査を行っても、死亡日時までに急性大動脈解離の診断に到達しえなかった可能性が高いと判断した。

(2) 救命の可能性

既述のように、スタンフォード A 型急性大動脈解離は手術が行わなければ発症 24 時間以内に約 25%、72 時間で 50%、2 週間で 75%の患者が死亡する極めて経過が不良な疾患であり、診断確定後、直ちに緊急的な手術を行うことが唯一の治療手段であるが、手術自体も、術後入院中の死亡が 10%から 20%というのが現状であり、心臓血管手術の中でも難度の高い手術の一つと認識されている。

確定診断は緊急的な胸部造影 CT 検査によってなされ、心エコーなどの補助的な検査で更に詳しく解剖学的な診断が補強される。場合によっては緊急的なカテーテル検査、心血管造影、選択的冠動脈造影を必要とする場合もある。

結果的には B 病院受診後 24 時間以内に破裂して死亡しており、既述のように、症状に乏しく胸部 CT 検査を行う積極的な臨床の手掛かりの無い本件では、たとえ、一般的な救急時の検査や経過観察のための入院処置がとられていても、破裂までに確定診断がなされ、適切な治療を受けることがきわめて困難であったと判断する。

3. 再発防止への提言

以上、述べてきたように、主訴となった疾患とは異なる無症候性の致命的疾患が同時に併存したために死亡した不幸な事例である。残念ではあるが、止むを得ない経過と結果と結論せざるを

得ない。しかし、記録を通じて感じられることは、体調不良を訴えて夜間に救急受診した患者の求めに対して可能な限り誠実で丁寧な対応をする責務が医療に携わる者と施設には求められていることを考えれば、本事例での対応には改善の余地があると指摘せざるを得ない。救急医療の現場、特に夜間の救急現場の過酷で困難な状況は十分に理解しうるが、救急医療であるからこそバイタルなどの事実を重視し、フィードバックのできるチームワークを向上させ、丁寧な診療を行うことが求められる。

A 診療所受診時に他人名義の保険証を使用しており、病状経過を解明するうえで大きな障害となった。このことは明らかに道義的にも法律的にもルール違反である。医療を受ける側にもルールにのっとった受診が求められる。

また、情報の開示、収集に当たっては、個人情報保護など、多くの障壁があり、「モデル事業」を進め、発展させる上で、改善すべき課題と考えられた。

(参 考)

○地域評価委員会委員（13名）

評価委員長	日本心臓血管外科学会
臨床評価医 / 臨床立会医	日本外科学会
解剖執刀医	日本病理学会
解剖執刀医	日本法医学会
有識者	弁護士
有識者	弁護士
有識者	市民団体代表
総合調整医	日本内科学会
総合調整医	日本内科学会
総合調整医	日本内科学会
総合調整医	日本泌尿器科学会
調整看護師	モデル事業地域事務局
調整看護師	モデル事業地域事務局

○評価の経緯

地域評価委員会を2回開催し、その後において適宜、直接対話や電子媒体により意見交換を行った。