

SMA 症候群を適切に治療できなかったことにより死亡に至らせた事例について

2024 年 6 月

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院

当院において、上腸間膜動脈症候群（SMA 症候群）に対し適切な治療ができず、高度脱水が進行し心停止に至り死亡した医療過誤が発生しました。

この度、ご遺族の同意をいただきましたので、本事例を公表させていただきます。

1. 事案の概要

2023 年 5 月、10 代の患者さんが腹痛、嘔吐を中心とする消化器症状を主訴に救急搬送されました。2 年次研修医が診察し、CT で胃の過拡張所見を認めましたが採血結果を正常範囲内と判断し、急性胃腸炎の診断となり、帰宅としました。その後、患者さんは嘔吐症状が持続するため救急外来に再受診し、電話相談を 2 回しました。いずれも 2 年次研修医が対応し、翌日に近医再診と判断しご家族へ伝えました。

翌日、近医にて緊急処置が必要と判断され、当院の一般消化器外科へ紹介受診されました。外科では SMA 症候群の疑いと診断し、腸閉塞の治療が必要と考え、消化器内科を紹介、入院となりました。当初、脱水所見が著明で炎症反応の上昇があるが、大きな電解質異常がないことから、胃管挿入はなされず絶食と補液を治療方針とし、改善がなければ後日追加検査を行う方針としました。

入院から 3 時間後、患者さんに冷汗と脈拍触知微弱、大量嘔吐がありました。その時点で点滴と胃管挿入を準備しましたが、患者さんに過活動性せん妄（末梢静脈ルート自己抜去、医療者への危険行為、病棟内徘徊などの異常行動）が出現したため治療継続が困難と判断し、ご家族に来院を依頼しました。

ご家族来院後、点滴ルートを再確保し脱水の補正を図りました。過活動性せん妄はいったん落ち着いたものの易怒性が残っていたため、当番医は患者さんの年齢を考慮し鎮静剤を通常の半量投与しました。なおせん妄が助長される恐れから、胃管挿入は行いませんでした。その後、患者さんが発熱し解熱剤を投与しましたが、投与後も眠れていないのを確認したため、看護師が残りの鎮静剤を投与しました。また、心電図モニターについても体動制限がせん妄の助長となると考え、装着せずに退室しました。患者さんは同日深夜に心停止に至り、16 日後に死亡されました。

2. 事故後の対応

医療事故調査制度に基づき外部専門医を委員に含めた院内医療事故調査委員会を設置し、診療プロセスの検証、関係職員からの聞き取り調査に基づいて原因究明と再発防止策について検討しました。

3. 事案の検証結果

(1) CT 画像の評価が不十分で、急性胃拡張に対する減圧治療ができていなかった。

救急外来で撮影した CT における胃の過拡張像は、上級医に相談するべき画像所見でしたが相談していませんでした。翌日の専門外来受診時・入院後においても、胃管で減圧を図るべき状態でしたが、その処置が開始できていませんでした。

(2) 脱水症の評価が不十分で、治療の開始に遅れが生じていた。

来院時の嘔吐・下痢症状から、脱水症の指標である採血結果に注意を払うべきでした。この時アルブミンとラクテートに異常値を示していましたが、その他の採血結果についてはほぼ正常範囲内であり、救急外来診療に関わったすべての医師は異常値に気が付きませんでした。また、専門外来受診時は急性腎障害を伴う高度脱水症の所見がありましたが、補液量は十分な量でなく、当直時間帯に大量

補液を開始しましたが、総じて治療に遅れが生じていました。

(3) 救急外来において研修医が診療する場面での報告・相談体制に不備があった。

1 回目の受診では、脱水を示唆する採血結果を見落とし、正常範囲内と判断していました。検査値の異常を気づきやすくするシステム的な診療支援が必要でした。同日 2 回目の受診では、ご家族の不安も強かったことから研修医 2 年次による単独診療で帰宅の判断をせず、上級医へ相談をするべきでした。相談できなかった背景として、当院では研修医 2 年次は上級医への報告確認が義務化されておらず、上級医への報告基準が明確なルールとして規定されていませんでした。

(4) 職員間において患者さんの情報を正確に共有できていなかった。

一般外来において、患者さんの重症感、緊急性の伝達が十分に行われていれば、消化器内科での診察や緊急性に応じた処置を迅速に行えた可能性がありました。

病棟での鎮静剤の投与については、看護師間の情報共有不足により鎮静剤の残量分が追加投与され、当番医の意図した指示量の倍量投与となっていました。緊急時の口頭指示においては、より慎重に医療者間でのコミュニケーションが必要でした。

(5) 患者さんの容態変化時に、院内で定められた緊急体制が活用されなかった。

入院後の過活動性せん妄での不穏状態を意識障害と捉え、バイタルサイン測定や心電図モニター装着、院内緊急コールを行い、患者さんの状態を多職種で評価し必要な治療や処置について検討するべきでした。

また、体動制限でせん妄を助長することへの懸念や、快適性を過度に重視した結果、患者さんの状態把握が不十分となってしまいました。患者さん状態を客観的かつ正確に把握するためにバイタルサインを測定し対応すべきでした。

4. 当院の問題として表出したこと

ご家族との対話の中で、それぞれの診療場面において患者さんの「訴え」「不安」に対し十分な対応ができていなかったとのご指摘を受けました。患者さんの病気や訴え・不安に真摯に向き合うという医療人としての基本姿勢が欠けていたことも、今回の診療において重大な過誤であったと考えております。

当院は高度急性期病院として、どのような病気にも 24 時間 365 日絶え間なく応えることを使命としており、業務の繁忙や切迫感が常態化している背景があります。そのような業務環境のなかで、疾患の重症度、緊急性を優先して患者さんを診てしまう傾向があったのかもしれませんが。忙しさを理由に、患者さんに対しての職員の思いやりや丁寧さが欠けていたのかもしれませんが。

今回の事例には、病院全体の体制や組織風土が根本的な問題ではないかと考えています。

5. 再発防止策

今後の再発防止策として、当院では次の事項に取り組んでまいります。

- (1) 初期対応時の診断が後々の診療に影響を及ぼす事を認識し、病態の正確な把握を心がけること。
- (2) 症状改善なく救急外来を再受診した際には、上級医も必ず診察に関わること。
- (3) 一般外来では診療の遅れが生じがちであるため、一般外来に重症患者さんが受診した場合には速やかに救急外来に引き継ぐこと。
- (4) 一般病棟で治療が困難な場合（重症、複雑、精神症状による患者非協力）は、より集中的な管理を行うことができる部署に早めに転棟すること。
- (5) 今事例を風化させず、医療安全のための組織風土づくりを全職員で取り組む。