

判例から学ぶ医療と法 — 第25回

「肩痛から見抜けなかった急性心筋梗塞」

東京地裁平成13年9月20日判決

弁護士法人杜協同阿部・佐藤法律事務所

弁護士 佐藤 裕一

◆事案の概要

患者は53歳の男性。平成11年9月29日午後3時ごろに取引先で打ち合わせ中に嘔吐し、左肩部の激痛を訴えた。すぐに救急車により搬送され、二次救急病院であるK病院（整形外科単科病院）に搬送された。

患者は救急隊員に対して、「1カ月くらい前から左肩の痛みがあり、会社近くの接骨院で五十肩と言われていたこと、仕事中に急に肩の痛みが激しくなったこと」を伝えた。ただしその際に、2日前に起床後に胸が締め付けられるような症状があったが病院へは行かなかったことは伝えなかった。

救急隊員は患者から申告のあった事実をK病院のA医師に伝えた。A医師は患者の肩を触診し、左肩から左上肢にかけての激痛から、石灰沈着性肩関節周囲炎や頸椎椎間板ヘルニアの可能性を考えて、肩と頸椎のレントゲン写真撮影を指示した。

レントゲン写真ができると、患者は歩いて診察室に入り、A医師の診察を受けた。診察の結果左肩から左上肢に放散する激痛があり、発汗の症状も確認された。一方、肩関節に中程度の関節拘縮があることから、肩関節周囲炎があることは確かであると考えた。しかしながら、レントゲン写真の結果は肩関節に石灰の沈着が見られず、突発的な激痛を生じる恐れのある石灰沈着性肩関節周囲炎ではないと判断した。そしてレントゲン写真やスパークリングテストによっても頸椎椎間板ヘル

ニアとは断定できなかったことから、診断名としては頸椎椎間板症と記載した。肩関節周囲炎の治療としてハリソン・プロカイン・ケナコルトを左肩に関節注射し、左肩を三角巾で固定した。また、飲み薬としてロキソマリン・ニコラーゼ・AM散を、坐薬としてボルタレンを処方した。

診察の最後に、患者から帰ってよいのかと質問があり、A医師は痛むようなら来週来院するように指示した。

患者は家に帰ってからも痛みが治まらず、同日午後10時ごろにいびきをかいて眠り始めたが、翌日午前0時ごろ、「うっ」とうなり声を上げて目を開き意識を失ったため、救急車でZ病院に搬送されたが、同日午前1時46分死亡した。

解剖の結果は、急性心筋梗塞（前壁中隔）による心破裂であるとされた。

◆判決の要旨

急性心筋梗塞の患者が肩部痛と感じて整形外科を受診することはまれではなく、さらに患者の示していた左肩から左上肢に放散する激痛という症状は、急性心筋梗塞に比較的典型的な症状であることから考えると、整形外科医であるA医師としても、整形外科の病気であるとの診断がつかない以上、他の病気すなわち急性心筋梗塞の可能性も疑って見るべきであり、被告病院でも少なくとも心電図検査は可能であったのであるから、心電図検査を実施すべきであった。

心電図検査を実施していれば、急性心筋梗塞であることが判明したものと推認され、集中治療室のある病院に搬送していれば、適切な治療を施すことができ、患者は8割から9割の確率で死を免れた可能性がある。

患者が意識を喪失したのはA医師の診察の約8時間後であることを考慮すると、被告の債務不履行と患者の死亡との間には相当因果関係が認められるので、被告は患者の死亡という結果について損害賠償義務を負うというべきである。

◆この判決をどう理解するのか

急性心筋梗塞の症状は多岐にわたっていて、胸の痛みや苦しさだけではなく、肩から腕にかけての放散痛や場合によっては奥歯の痛みを訴えることもあり、嘔吐や冷や汗も伴うことが多いといわれている。本件では左肩から左上肢への放散痛があり、嘔吐や発汗も見られたケースであるが、医師は突発的な肩の激痛という点に着目して、石灰沈着性肩関節周囲炎や頸椎椎間板ヘルニアの可能性を想定した検査を行ったが、各種検査では診断がつかずに、頸椎椎間板症との診断名をつけて、薬剤を処方して患者を帰宅させたものである。

裁判所は、左肩から左上肢に放散する激痛に加えて嘔吐や発汗が伴っていたことについては、嘔吐や発汗は激痛が生じた場合に一般的に見られる症状であるとして、これらの患者の症状や告知内容からすると、そこから第一に急性心筋梗塞を疑うような状況であったとまでは言えないとし、急性心筋梗塞との診断をしなかったこと自体には過失を認めてはいない。

しかしながら、結果的に医師の想定した突発的な肩の激痛の原因となる疾患は判明しないまま、症状が消失していないのに帰宅させたことを問題視した。そして、急性心筋梗塞の患者が肩部痛と感じて整形外科を受診することはまれではないとして、整形外科医であったとしても、整形外科の

病気であるとの診断がつかない場合には、それ以外の要因による病気、すなわち急性心筋梗塞の可能性も疑って見るべきであるとして、心電図検査を実施すべきであったとしている。

この事件は平成11年当時のものであり、近時では急性心筋梗塞の診断のためには心電図とともに血液検査による生化学的マーカーの迅速キットが広く用いられており、より容易な診断が可能になったと考えられる。

現在の医療は専門分化が進んでおり、専門分野以外の医学的知見を必ずしも広く持ち得ないという現状もある。そうした中でも、急性心筋梗塞が命の危険を伴う疾患であることからすると、裁判所は整形外科医であったとしても、その可能性を疑って必要な検査をすべきであったと判示したものである。

判決は患者が2日前に胸が締め付けられるような症状があったことなどを医師に告げなかったことについて、その症状と心臓疾患の可能性に気づき自主的に医師に告知することは期待できないとして、患者の過失相殺についても否定している。

◆これらの判例から何をどう学ぶか

- ①急性心筋梗塞の症状は非常にバリエーションが多く、診断が困難なケースが見受けられることをあらためて確認しておくこと。
- ②医師の取り扱う分野が経験を積みば積むほど専門領域に限定されることから、それ以外の疾患を思い浮かべることが困難になる傾向がある。特に、救急指定病院においては、さまざまな重篤な疾患の患者を念頭に置いて診断すること。
- ③本件では、患者が2日前の胸の痛みを話していれば、その後の医師の対応も違ってきたことが想定される。客観的なデータに加えて、患者からできるだけ多くの情報を引き出して診断することを心がけたい。