

腹腔内膿瘍により惹起された敗血症による死亡

キーワード：腸閉塞、腸管穿孔、腹腔内膿瘍、敗血症

1. 事例の概要

70歳代 女性

患者は反復性腸閉塞に対する保存的治療で長期入院をしていた。入院後 6 カ月後に高熱をきたし、敗血症と診断され、抗菌薬投与でも軽快せず、急速に全身状態が悪化し約 3 週間後に死亡した。

2. 結論

1) 経過

患者は腹痛で救命救急センターを受診し、癒着性腸閉塞の診断で消化器内科に緊急入院となった。

禁食、イレウス管挿入・持続吸引、抗生物質投与などの保存的（内科的）治療により、一旦、病状が軽快するも、入院中に腸閉塞の再燃を何度も繰り返し、その度に保存的治療で改善し経口摂取可能まで至った。

しかし、この間、誤嚥性肺炎を繰り返し、心肺停止状態になるなどし、病状は一進一退で入院 6 カ月後に 40℃の発熱をきたし、血液培養から *Staphylococcus epidermidis* が検出され敗血症と診断し、抗菌薬が投与された。

一方、咽頭液や便の入院病棟における監視培養では、多剤耐性アシネトバクターが検出された。

その後、血液から真菌が検出された。各種の抗菌薬が投与されるも次第に全身状態が悪化し、入院 7 カ月後に死亡された。

2) 解剖結果

腹腔内には巨大な膿瘍性病変が認められ、拡張した腸管のようにもみえたが、内容物は腸内容と膿瘍で、大きさは 32×21 cm の嚢胞様のものであった。

また、回盲部から 95 cm の小腸に穿孔（15×7 mm）が確認された。腸管の線維性癒着が著明で、癒着性線維性腹膜炎がみられていた。両肺はうっ血性水腫で、胸水の貯留もみられた。

臍頭部には直径 3.8 cm の粘液性多房性嚢胞性病変が認められ、臍管内乳頭粘液性腫瘍と考えられた。なお、解剖時に採取された胸水、腹水、血液、腹腔内膿瘍からは、少数の細菌が検出されたが、いずれも多剤耐性アシネトバクターは検出されなかった。本例の死因は、広範囲にわたる癒着性腸閉塞から小腸穿孔がおり、それにより腹腔内に巨大な膿瘍が形成され、それに起因して発症した敗血症が原因と考えられる。

3) 死因

既往歴に開腹手術があり、それによる癒着性腸閉塞を発症し緊急入院となったが、入院中に腸閉塞を繰り返し内科的治療で対応をしていた。

約半年を経過したところで、高熱をきたし敗血症を発症した。敗血症の原因は、解剖により、巨大な腹腔内膿瘍に起因するものと考えられ、膿瘍が形成された原因には小腸が穿孔したためと考える。繰り返す腸閉塞により腸管壁が傷害を受けて、穿孔したものであろう。

死因は、腹腔内膿瘍に起因する敗血症と考える。なお、多剤耐性アシネトバクターは膿瘍や血液からは検出されておらず、死因との因果関係はないと考える。

4) 医学的評価

臨床経過と剖検結果から、再燃を繰り返した癒着性腸閉塞により生じた小腸穿孔が原因となって形成された腹腔内膿瘍が感染源となり、敗血症を発症して死亡されたと考えられる。

本例は 16 年前に開腹手術の既往があり、腸閉塞の手術も受けている。今回の入院の 2 カ月前にも腸閉塞の診断で同病院外科に入院しイレウス管で軽快退院されている。その折、発見された臍嚢膿瘍の手術適応も検討されたが、呼吸機能が悪く全身麻酔は困難と判断されていた。

今回の入院は急な腹痛のため救命救急センター経由で消化器内科に入院した。入院期間は約 7 カ月の長期にわたる入院で、経過中にたびたび腸閉塞を繰り返し、その度に内科的（保存的）治療によりある程度の軽快をしていたが、入院 6 カ月後に高熱を認め、血液培養で *Staphylococcus epidermidis* が検出され敗血症と診断された。CT 画像で穿孔の危険の高い拡張腸管を確認されるも、全身麻酔による開腹手術は当初より困難という判断もあり、家族にも説明の上、保存的治療が選択された。剖検で確認された巨大な腹腔内膿瘍は、最初は拡張した腸管のようにもみえたとのことで、生前に行われた CT などの画像診断でも正確な診断は困難だったと考えられる。また、もし、膿瘍と診断がついたとしても、全身麻酔下の開腹手術に踏み切るには全身状態の悪化が著明

であり、また体表からの穿刺ドレナージも、癒着した腸管に囲まれた膿瘍に対するアプローチは手技的にも困難と思われた。

経過中に繰り返した腸閉塞に対しての対応は適切であり、腹腔内膿瘍の画像診断は拡張した腸管との鑑別は困難であったと考えられる。

結果的には膿瘍を原因とした敗血症が死因となったと考えられるが、膿瘍に対する直接的治療手段に限界があり、救命は困難であったと考える。

3. 再発防止への提言

1) 院内の他診療科との共同診療体制の構築

再燃を繰り返す腸閉塞であり、外科的手術適応についても考慮してよいと思われるが、イレウス管により比較的短期間で軽快したこと、当初より全身麻酔による手術は困難と判断されていたことなどから、担当診療科（消化器内科）では保存的治療が選択されていた。

しかし、長期にわたる入院でもあり、この間に外科、麻酔科と再度の意見交換は必要だったのではないかと考えられる。

また、多種類の抗菌薬の使用、誤嚥性肺炎、嚥下障害に対しても、感染症科、呼吸器科、耳鼻咽喉科、神経内科など院内の他診療科にコンサルテーションし、専門医師から適切なコメントを得ることは診療上、有益である。今後、院内における共同診療体制の構築が望まれる。

2) インフォームドコンセントの記録の整備

入院経過中、家族へのインフォームドコンセントはたびたび行われていたようだが、その内容は診療録からは不明である。治療方針の選択については、前述したように他の診療科も交えた総合的な説明が求められる。また、患者自身へのインフォームドコンセントの記録が診療録中にない。患者自身の判断能力を評価し、それに基づいた上で、患者自身へのインフォームドコンセントの可否を決定する必要がある。

(参 考)

○地域評価委員会委員（12名）

| | |
|---------------|------------|
| 内科系委員 / 評価委員長 | 日本内科学会 |
| 臨床評価医 | 日本消化器病学会 |
| 臨床評価医 | 日本感染症学会 |
| 総合調整医 | 日本外科学会 |
| 総合調整医 | 日本救急医学会 |
| 解剖執刀医 | 日本病理学会 |
| 解剖担当医 | 日本法医学会 |
| 臨床立会医 | 日本感染症学会 |
| 外科系委員 | 日本外科学会 |
| 法律関係者 | 弁護士 |
| 法律関係者 | 弁護士 |
| 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1回開催し、その他適宜意見交換を行った。