

糖尿病、慢性腎不全で療養中の急変

キーワード：糖尿病、左大腿切断、慢性腎不全、透析、尿路性器感染

1. 事例の概要

70歳代 男性

糖尿病、慢性腎不全などにて他府県の病院に約3年間入院し、その間透析導入や下肢切断を含めた療養を続けていた。家族住所近くの病院に転院したところ数日で血圧が低下、5日目に死亡した。

2. 結論

1) 経過

高血圧、糖尿病、慢性腎不全の診断にて死亡の約3年前、A病院受診。その後、腎不全悪化のため同病院泌尿器科に1カ月間入院したあと一旦退院したが、死亡の2年6カ月前から再度泌尿器科に入院となった。死亡の約2年前には腎不全悪化のため人工透析が開始された。その後も食欲不振が持続し体重が減少、死亡の1年8カ月前には胃瘻が造設された。死亡の1年5カ月前には左下肢壊疽、末梢動脈疾患のため左大腿切断術を実施された。死亡1年前の頭部X線CT検査にて慢性硬膜下血腫が発見されたが脳神経外科診察の結果、経過観察となった。その後も、人工透析時の血圧低下、血糖コントロール不良、褥瘡等に悩まされながら転院先が探され、死亡の5日前、B病院へ転院となった。

B病院入院時、血圧120/59 mmHg、脈拍85回/分、体温36.7℃、開眼しているが呼びかけに応答しない状態であった。死亡3日前には血圧が低下し、昇圧剤が開始された。また38℃の発熱も認められクーリングを実施するとともに抗生剤が開始された。死亡2日前にも昇圧剤が継続され、37℃台の発熱も続いていた。死亡前日には人工透析が実施されたが、透析前の採血にて強い炎症所見を示し、抗生剤が変更された。夕方より体温が上昇し始め39.2℃となったため、解熱薬が筋肉内注射された。同日夜には血圧低下のため昇圧剤が増量された。死亡当日も低血圧頻脈が持続していたが13時頃より脈拍数が低下し始め14時10分モニター上心停止となった。心肺蘇生を開始するも心拍再開せず14時30分に死亡が確認された。

2) 解剖結果

心臓、315g。心膜と癒着し、心筋には組織学的には微細線維化巣が散在。冠状動脈の硬化は強い。

肺、左482g、右567g。肺水腫と局所的急性肺炎像を認める。肺の血管内、一部は肺胞内に細菌塊を認める。

脳1217g。死後変化によりやや軟化。右側頭部から後頭部にかけての硬膜下に最も厚い部分で厚さ0.5cmの膜様化した淡赤色硬膜下血腫を認める。右側前頭部から頭頂部に掛けての脳表面に淡黄褐色変色を認める。脳実質内には陳旧性の微細梗塞巣が散在する。

肝臓920g。脂肪化を認める。胆嚢壁は灰白色に肥厚する。主として肝うっ血による変化。胆道系に有意な炎症はない。

腎臓左80g、右62g。左右とも腎盂の拡張を認め、皮質及び髄質は萎縮。尿管には乳白色混濁尿を容れる。組織学的には糸球体の約9割は硝子様硬化ないし廃絶を示す。糖尿病性腎症と考えて矛盾が無い。急性腎盂腎炎の所見はない。

脾臓40g。組織学的には線維性拡大、脂肪浸潤、蛋白栓等を認める。慢性脾炎の見。

膀胱および前立腺膀胱内には灰褐色混濁尿を40mL認め、壁は肥厚、粘膜は黒色に変色する。組織学的には、膀胱から前立腺尿道にかけてリンパ球主体の炎症性変化を認める。前立腺には膿瘍形成あり、泡沫細胞の集簇も見られる。細菌塊を散見するが死後変化との鑑別を要する。

3) 死因

敗血症と考える。尿路性器感染症（尿路と前立腺）がその病巣である可能性が高い。

4) 医学的評価

A病院における治療に関しては、「透析導入について」、「左踵部褥瘡および糖尿病性足病変に関して（左下肢壊疽・末梢動脈疾患のため左大腿切断）」、「胃瘻造設について」、「右踵部の褥瘡ならびにLDL吸着療法について」、「仙骨部の褥瘡について」、「褥瘡の体圧分散について」、「慢性硬膜下血腫の治療について」、「血糖コントロールについて」および「透析に関して（透析中の血圧低下について）」の項目を評価したが、通常の診療行為が行われていたと考えられた。B病院での診断治療に関しては、「感染及び血圧低下に対する治療について」および「透析について」の項目を評価したが一般的な治療がされたと判断された。

A 病院において通常の診療行為が行われていたにもかかわらず、遺族から出された疑問から推察すると、診療に対する不信感があったように思われる。患者ならびに家族からどのような質問があり、どのように回答していたかについての詳細は充分には明らかではないが、高齢者、食欲不振による低栄養、末梢動脈疾患ならびに糖尿病性壊疽による大腿切断術後、腎不全にて血液透析中等、非常にリスクの高い状態であったことを考慮すると、病院側と患者ならびに家族間におけるコミュニケーションがうまく取れていれば、遺族からの疑問の多くのものは生じなかったのではないかと思われる

3. 再発防止への提言

通常の診療において当然のことのように行われている診療行為に対しても、医学的な知識を有していない患者ならびに家族は疑問を抱く場合があり、そのことが積み重なると不信感へと進展する可能性がある。限られた診療時間内に多くの事柄を全て説明するのは困難な場合も少なくないが、患者ならびに家族と定期的に面談時間を設けるなど患者ならびに家族が質問しやすい環境を整え、一つ一つ丁寧に説明するように心がけることが再発防止に繋がるのではないかと考える。

(参 考)

○地域評価委員会委員（10名）

評価委員長	日本糖尿病学会
臨床評価医	日本腎臓学会
臨床評価医	日本泌尿器科学会
臨床評価医	日本形成外科学会
解剖担当医	日本病理学会
解剖執刀医 / 総合調整医	日本法医学会
臨床立会医	日本糖尿病学会
法律家関係者	弁護士
法律家関係者	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3回開催し、その後において適宜、電子媒体にて意見交換を行った。