

# CPC (平成17年度後期)

## 札幌社会保険総合病院 第32回CPC

日時 2006年5月19日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室

「腹部大動脈瘤手術後の繰り返す消化管出血」

報告者 臨床経過 研修医 黒木 崇文  
看護経過 4東NS 刈倉 好美  
病理診断 病理部長 高橋 秀史

司会 消化器部長 鈴木 岳  
病理部長 高橋 秀史

症例 Aさん 79歳

### 【臨床経過】

#### 〈主訴〉

吐血、下血

#### 〈現病歴〉

平成17年5月2日、自宅内にて吐血をきたし、苫小牧市立病院に救急搬送された。出血性ショックで即日入院となった。胃内視鏡検査を行い、胃体中部後壁にA2ステージの潰瘍を認めた。露出血管は認めなかったが、潰瘍底に凝固塊が付着しており、原因部位と診断された。H.pylori陽性であったため、ランサップによる除菌を行うも不成功に終わった。その後プロトンポンプ阻害剤にて潰瘍は軽快するものの、5月26日より再度、吐下血をきたした。その後、上部内視鏡、下部内視鏡、出血シンチ、Gaシンチ、腹部血管造影、プッシュ式小腸鏡を行うものの、いずれの検査においても明確な出血部位が特定できなかった。その後も月に2・3回のペースでタール便または鮮血便を認め、深部小腸検索目的で当科紹介入院となった。

#### 〈既往歴〉

糖尿病、高血圧 (60歳)

腹部大動脈瘤 (70歳)：日翔病院にて人工血管置換術

前立腺肥大症 (70歳)：溪仁会病院にて手術

自律神経失調症 (75歳)

前立腺癌疑い、神経因性膀胱 (79歳)

#### 〈家族歴〉

特記すべきことなし

#### 〈生活歴〉

タバコ：なし 飲酒習慣：なし アレルギー：なし  
感染症：なし 輸血歴：あり (苫小牧市立病院にて)

#### 〈入院時現症〉

身長165cm 体重47kg 血圧130/72 脈拍82/min  
(整) 体温36.1℃

#### 〈入院時検査所見〉

WBC 2780/ $\mu$ l (Stb 2.0% Seg 64% lym 27%,  
mon 6%, eos 1.0%, bas 8%), RBC  $209 \times 10^4 / \mu$ l,  
Hb 5.7g/dl, plt  $18.5 \times 10^4 / \mu$ l, PT% 125%, PT  
秒 10.5秒 PT-INR 0.94 APTT 29.3sec., Fbg  
mg/dl, TP 5.5g/dl, GOT 12IU/l, GPT 6IU/l,  
LDH 179IU/l, ALP 290IU/l,  $\gamma$ -GTP 16IU/l,  
T-bil 0.47mg/dl, BUN 9.2mg/dl, Cr 0.80mg/dl,  
Na 133mEq/l, K 4.3mEq/l, Cl 102mEq/l, CPK  
46IU/l, CRP 0.67

#### 〈入院時経過〉

平成17年9月6日当科入院。9月7日の上部消化管内視鏡では出血源は認められなかった。同日の腹部CT、翌日の胸部CTの撮影では胸大動脈の拡張、腹部大動脈の小動脈瘤、および下行大動脈に新鮮な血栓の多発を認めた。吐下血を繰り返したことから上部消化管から小腸近位側の病変を想定した。前医の精査にて所見を認めなかったこと、および大動脈瘤内の血栓が増加していたことから腸管の血栓塞栓症による吐下血を想定した。入院後の吐下血はなく、

Hbの低下もなかったことから、抗凝固剤投与による出血の促進の可能性もありうることを家族に説明した上で、虚血性腸炎の予防目的に第15病日よりワーファリン2mg/日の投与を開始した。以後、著変なく経過していた。第25病日にPT-INR 2.33となった。同日18:05訪室時、座位にて食事摂取をしており、退院の目処についてお話ししていた。その10分後心肺停止を発見され、心肺蘇生を行うも反応がなく19:58に永眠された。

### 【看護経過】

#### 〈患者紹介〉

H17年5月からT病院で入院。「胸部灼熱感」が出現する吐血・下血を繰り返し精査進めるが、出血原因は不明だった。A氏は記憶力の低下や夜間せん妄があり、当院入院中は、家族の希望があり交代で一日中付き添いをしていた。

#### 〈看護経過〉

当院入院後より胃部・胸部症状なく吐血・下血症状の出現はなかった。貧血により倦怠感が著明であったため、A氏からの言動だけではなく、家族から情報を得ながらバイタルサイン・検査データ・表情の観察を行い異常の早期発見に努めた。経過としては、MAP・FFPを施行し、入院3日後にはHb 8g/dl代まで上昇。Drへ確認し、ADLを拡大していくよう援助し、座位で過ごす時間を増やしていった。食事は5分粥から開始し、全量摂取できていた。また、一日の生活リズムを整えていくことで穏やかに過ごされ、安定した状態へ移行した。9/8胸部CTの結果、大動脈に多数の血栓が存在する事から、9/20よりワーファリンが開始となった。そのため、再出血の可能性が考えられていたが、出血徴候なく経過していた。しかし、9/30 11:30に、A氏の出血の前駆症状である胃部不快感・胸部灼熱感が突然出現した。急変の可能性が考えられたが、バイタルサインの変動なく、症状は徐々に改善し、一時的にモニター管理を行ったが、問題なかったため、医師へ報告し経過観察となった。いつもは妻が付き添っていたが、この日は自宅へ帰宅しており、19時に長男が来る予定であった。夕食一人になるためステーションでの摂取を促したがA氏より「一人がいい」と強く希望された為、頻回に訪室していくことにし

た。17:40ソファで座位になっているところを看護師が確認。18時看護助手が配膳し食事セッティング。18:05 I氏が食事摂取しているところに医師が訪室し「早く帰りたいね」などと会話をした。18:15看護師が訪室すると座位のまま呼吸停止しているところを発見。約2時間の心肺蘇生を試みたが回復することなく永眠された。

### 【臨床上の問題点】

消化管出血の原因

### 【看護上の問題点】

N # 1 非効果的組織循環（出血源不明）

### 【病理解剖組織診断】

1 消化管出血

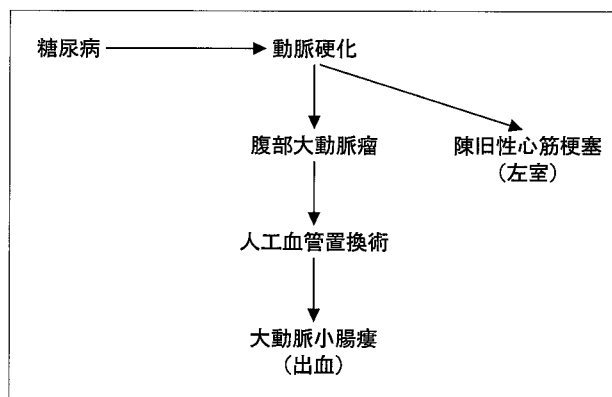
aorto-entero fistula（大動脈-小腸）からの出血

2 腹部大動脈瘤術後

3 肺気腫（軽度）

4 陳旧性心筋梗塞（左室）

### 【病理チャート】



### 【キーワード】

大動脈小腸瘻：腹部大動脈瘤や人工血管による手術後に腸管と癒着し瘻孔を形成し、消化管出血を起こす。致死率が高く、外科手術なども検討されるが手術治療が困難なことが多い。人工血管ではその周囲の動脈と瘻孔を形成する傾向があり、ひとつの原因として感染が考えられている。

### 【病理から臨床へ】

腹部大動脈瘤術後の縫合糸近傍に小動脈瘤を形成

し、それが腸管と癒着する形で aorto-enteric fistula (大動脈-小腸) を形成している。小動脈瘤内腔に血栓を認め、それがチェックバルブとなって腸管内への出血を繰り返していたと考えられます。その他の消化管に出血の原因となる潰瘍や血管異常は認めません。

左室の一部に線維化を示し、小梗塞巣と考えます。

#### 【臨床の教訓】

大動脈小腸瘻という疾患は①殆どの症例で大動脈人工血管置換術置換術の既往がある ②十二指腸水平部に好発する ③臨床症状として前駆出血、吐血、下血が認められる ④各種検査で明確な所見が見つけられにくい ⑤留意しなければ診断しがたい。などの特徴がある。今回の症例は上記の特徴を全て有している典型的な症例と言える。

本症例では9年前に行った graf 置換術の既往に留意し、本疾患を念頭において検査、治療を行っていれば生前に正診に至った可能性はあった。

#### 【看護の教訓】

出血性の病変を持つ患者は、安定した状態においても抗凝固剤の投与や食事開始など様々な要因により再出血を起こし、急変する可能性が考えられる。そのため、日々の観察が大切であり患者の示す身体徴候の変化を見逃さず、異常の早期発見に努める事が重要である。