

札幌社会保険総合病院 第33回C P C

日時 2006年9月27日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室
「多発交通外傷後の短小腸症候群と誤嚥性肺炎の一例」

報告者 臨床経過 リウマチ科 古崎 章
看護経過 4 西 N S 石田 有美
病理診断 病理部長 高橋 秀史

司会 リウマチ科部長 大西 勝憲
病理部長 高橋 秀史

症例 Aさん 67歳 女性

【臨床経過】

〈入院目的〉

食事摂取不良、全身倦怠

〈現病歴〉

S48年発症のRA、H15年に交通外傷にて多発肋骨骨折、汎発性小腸壊死にて手術。RAはかなり関節破壊が進行していた。H17年8月より食思不振が出現、近医外科のGTFおよびCFでは問題なく原因不詳だった。その後10月下旬より尿管結石の診断にて圭樹の森泌尿器科にて入院加療。11月21日に当院受診し、採血にて脱水、TPの低下があり入院となった。

〈既往歴/家族歴〉

両人工股関節置換術、両人工膝関節置換術

〈生活歴〉

喫煙；なし、飲酒；なし、輸血歴あり

〈入院時現症〉

身長 130cm, 体重 30kg, 脈拍 96/min, 血圧 120/63mmHg, 体温 36.6°C, るいそう、結膜貧血あり、呼吸音・心音異常なし、腹部手術痕あり、下腿浮腫なし

〈入院時検査所見〉

血液型 A+, WBC 5740/ μ l (N.87%, L.8%, M.4%, E.1%, B.0%), RBC 344 \times 10⁴/ μ l, Hb 9.7g/dl, Ht 29.7%, Plt 29.3 \times 10⁴/ μ l, PT-INR 1.19, APTT 33.8s, ESR 4mm/h, CRP 2.16mg/dl, TP 5.2g/dl, GOT 22IU/l, GPT 18IU/l, γ -GTP 9IU/l, LDH 256IU/l, ALP 437IU/l, CPK

47IU/l, Amy 76IU/l, chE 67IU/l, BUN 7.5mg/dl, Cr 0.45mg/dl, UA 3.9mg/dl, Na 129mEq/l, K 3.9mEq/l, Cl 90mEq/l, Ca 8.0mg/dl, P 1.8mg/dl, RF 6, MMP-3 46.1, HBs-Ag(-), HCV-Ab(-), RPR(-), TPHA(-), TSH 5.38, fT3 1.42, fT4 0.81

尿；pH 7.5, 比重 1.010, p.10-20, s(-), o.(2+), ket(+)

胸部CT；間質性肺炎は認められない 腹部CT；大動脈一部石灰化のみ

〈入院後経過〉

入院後は食事の希望が強く、食事はそれなりの量摂取できていた。しかし、譫妄症状が強く、一晩中叫び声をあげ続けるなど不安定な状況だったことから、早期の退院を考慮していた。11月24日に特に誘因なく突然心肺停止を生じる。直前まで看護師と会話しており、特に咳漱などは見られなかった。蘇生処置を行い、人工呼吸器管理となる。口腔内にて黒色物の付着が認められ、胆汁様であったことから、誤嚥により心肺停止をきたしたものと考えられた。その後 vital の安定と共に呼吸器管理を離脱した。しかし、昇圧剤を中止したところ11月28日に徐脈発作を基盤とした心肺停止を生じ再び呼吸器管理となる。徐脈はアシドーシスを背景としていたと考えられたが、元来交通外傷のため拘束性障害があり、呼吸条件の変更にてCO₂貯留の改善が困難だった。また、二回目の発作後高度の血小板減少が出現、誤嚥性肺炎に対して使用したIPM/CSが原因と考え中止したが改善しなかった。アシドーシスが改善せ

ず、呼吸回数の増加や酸素濃度の低下なども行ったが反応は見られなかった。12月9日より発熱に対しCTX使用したところ2日後より無尿となる。薬剤性障害と考えPIPC中止したところ3日後より利尿が再開した。利尿再開と同時に血小板数も正常に回復した。利尿後電解質が極端に変動するようになり補正困難であった。またアシドーシスは改善が見られなかった。意識状態も低下しており、開眼は見られるものの従命はえられなかった。12月22日より発熱に対しPIPCを開始したところ再び腎不全となる。直ちに投薬中止するものの以後利尿得られず、徐々にカリウム上昇、血圧低下が進行し12月27日AM 1:33に永眠された。

【看護経過】

〈患者紹介〉

67才、女性。S46より関節リウマチを発症し、両膝・股関節の人工関節置換術を行っている。H15、交通事故により気管切開、小腸切除をしている。家族構成は、長男・次男と3人暮らしである。キーパーソンは次男であり、在宅では仕事をやめて次男が喀痰吸引や食事などの介護をしていた。関節リウマチによる変形や疼痛があったため、移動は部分介助にて坐車を使用し、食事や排泄も部分介助をしていた。

〈看護経過〉

H17、11/21に食事摂取不良にて脱水となり入院となる。11/23より食事開始となり、家族や看護師の介助にて5割以上は摂取できていた。次男の名前や看護師を呼んで叫び続けて夜間良眠できていなかったため、生活リズムを整える援助を行い、夜間眠られることもあった。しかし、11/28突然心配停止となり、人工呼吸器管理となる。意識レベルがJCSⅢ-200~300で肺炎による発熱、腎不全を来した。全身状態の観察を常時行い、早期発見に努めた。自力での体位変換ができず、全身に浮腫が著明にあり、右外踝部と左踵部に小さな潰瘍があった。エアーマット・ハイドロサイトを使用时、2時間毎の体位変換を行なった。家族は、人工呼吸器装着後より時々夕方に30分程度の面会となった。面会時には、必要物品を届けて顔を見てそのまま帰る事もあったが、「今日はどんな様子でしたか？」などの質問が聞かれていた。家族が面会に来られた時には、Aさんに

息子さん came ことを伝え、家族にAさんの状態を説明していった。すると、家族よりAさんに話かけたり顔や手を触っている様子が見られた。また、状態変化があった時や家族より病状説明の希望があった時は、医師から説明が受けられるよう調整を行い、不安の軽減に努め、不安言動はなかった。12/27 AM 1:33家族に見守られながら永眠される。

【臨床上の問題点】

1. 呼吸不全の原因
2. 腎不全の原因
3. 食欲不振の原因

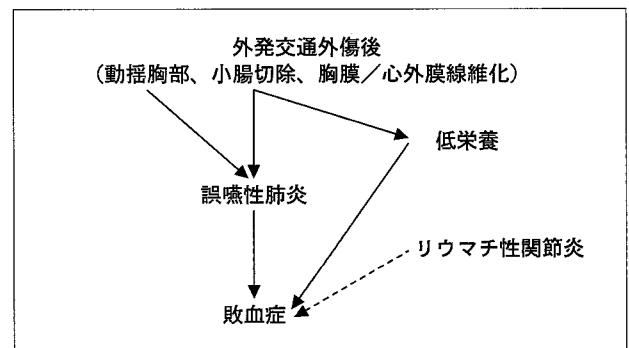
【看護上の問題点】

- # 1 転倒リスク状態
- # 2 急性混乱
- # 3 皮膚統合性状態

【病理解剖組織診断】

- 1 誤嚥性肺炎
- 2 敗血症
- 3 腸炎（短小腸）
- 4 腎萎縮
- 5 多発交通外傷後：
動揺胸郭、小腸切除、胸膜／心外膜線維化

【病理チャート】



【キーワード】

動揺胸郭：多発肋骨骨折により、胸郭の不安定性のため、十分な換気が行えない状態。
短小腸症候群：小腸切除により、本来吸収されるべき、栄養、電解質が吸収されず、栄養障害を来すこと。

【病理から臨床へ】

左右肺実質に好中球浸潤を示し、おそらく誤嚥性肺炎で、さらに多臓器（心臓、腎）に微小膿瘍を示し、敗血症を併発したと思われます。

肝臓は萎縮性で、グリコゲンの低下と脂肪化を示し、低栄養と思われます。

組織学的にDICの所見は明らかではありませんでしたが、DICを否定するものではありません。

【臨床の教訓】

動揺胸郭による換気障害があり、そのため呼吸性アシドーシスとなり、電解質バランスや循環器系に影響を及ぼした可能性があった。また短小腸症候群による栄養障害があり、低栄養状態から来る易感染性があった。関節リウマチによる高度な骨破壊の進行と廃用症候群があり、誤嚥性肺炎を併発した。これを契機にバランスが大きく崩れ、補正が困難となったと考えられた。

【看護の教訓】

1. 看護者側より積極的に家族と話し合いを密に設けて意図的な情報収集を行い、家族を含む患者中心のケア計画を立案する必要性があった。
2. 受け持ち看護師が中心となって受け持ち患者や家族と積極的に関わり、統一した看護を行えるようチームで協力していく必要がある。