

入院中に門脈ガス血症を呈し
非閉塞性腸管虚血症を疑った
症例

症例

【主訴】

食欲不振

【現病歴】

来院1か月半前にインフルエンザAに罹患し、その後肺炎となった。その頃から活動性は低下し、食欲も減退していた。

来院の1か月前には発熱を主訴に当院救急外来受診し、偽痛風の疑いでNSAIDsを処方されている。処方された薬はしっかり内服している。1週間前から黒色便を本人は自覚していた。訪問看護師のすすめで当院受診した。

症例

【陽性症状】

黒色便

嘔吐(赤かったり黒かったりはしない)

【陰性症状】

腹痛

咳嗽、喀痰

便秘、下痢

症例

【既往歴】

糖尿病 50歳頃から HbA1c6.2%(2019年1月30日)

偽痛風

高血圧

CKD

前立腺肥大症

十二指腸潰瘍治療後(NSAIDs潰瘍)

椎間板ヘルニア手術後

症例

【内服歴】

ボノプラザンフマル酸塩錠10mg

酸化マグネシウム錠500mg分2

酪酸菌製剤錠2錠分2

ビルダグリプチン・メトホルミン塩酸塩配合剤錠2錠分2

ミラベグロン錠25mg

イルベサルタン・アムロジピンベシル酸塩配合剤錠

プレドニゾン錠4mg

フェブキソスタット錠10mg

プレガバリン錠25mg

センナ・センナ実顆粒1g

トリクロルメチアジド錠1mg

アスコルビン酸・パントテン酸カルシウム錠3錠分3

症例

【V.S】

T:37.0°C HR:75回/分 BP:109/49 mmHg

SpO₂:% RR:20回/分

【身体所見】

頭頸部：眼瞼結膜蒼白++、眼球結膜黄染一

胸部：肺音清、心雑音聴取せず

腹部：平坦、軟 腸蠕動音亢進なし低下なし 圧痛なし

直腸診：褐色便、腫瘤性病変触知せず

症例

AST	11 U/L	Na	140 mEq/L
ALT	7 U/l	K	3.8 mEq/l
LDH	193 U/l	Cl	106 mEq/l
ALP	247 U/l	CRP	3.97 mg/dl
Γ-GTP	14 U/l	WBC	13400 / μl
AMY	25 U/l	Hb	5.4 g/dl
T-Bil	0.4 mg/dl	MCV	77.2 fl
BUN	43.7 mg/dl	RDW	17.5 %
CRE	2.24 mg/dl	Plt	296000 / μl
Glu	221 mg/dl	Nue(%)	90.7 %
TP	4.7 g/dl		
ALB	2.0 g/dl		

腹部CT

症例

【アセスメント&プラン】

十二指腸NSAIDs潰瘍再燃の疑い

RCC：2単位輸血

緊急上部消化管内視鏡検査

左下葉の気管支肺炎

培養採取の上 ABPC/SBT 3g q12

上部消化管内視鏡検査

- 食道：食道炎、逆流性食道炎
- 胃：異常なし
- 十二指腸：十二指腸潰瘍

入院後経過

多発十二指腸潰瘍

【輸血歴】

3/28 RCC:2単位 4/1 RCC:2単位 4/8 RCC:2単位

4/10 RCC:4単位 4/12 RCC:2単位

【止血処置】

4/10 クリップ止血 4/12 クリップ止血

止血処置とPPI使用しても再発を繰り返す難治性十二指腸潰瘍

PPIはタケキャブ10mg→ネキシウムカプセル20mg→タケキャブ20mgと切り替えた。4/15から貧血は立ち上がり食事再開。

入院後経過

誤嚥性肺炎

【抗菌薬】 ABPC/SBT 3g q12

【培養】 痰培養：ABPC、PCG耐性のMSSA

抗菌薬加療で酸素化改善、解熱あり
投与期間7日間で終了

第23病日

13:30 嘔吐と連絡あり

食物残渣の嘔吐で血液の混入なし

意識レベルクリア

呼吸やや増加 吐物の誤嚥はなさそう

腹部やや膨満、軟 臍上に違和感

打診で鼓音、腸蠕動音低下、高張音なし

最終排便当日朝

腹部レントゲン：大腸ガス＋、一部小腸ガス＋、液面形成－

第23病日

15:40 胸部違和感の訴えで連絡あり

S：胸が痛い、気持ち悪い、息苦しい感じ、手にしびれなし、歯は痛くない

O：外観やや落ち着かない

T:36.9°C HR:117回/分 BP:192/60mmHg SpO2:96%(RA) RR:18回/分

呼吸：規則的、肺音清

心音：時折期外収縮、HR:110回/分

明らかな雑音なし

腹部：平坦、臍上部で違和感訴える

四肢：冷汗なし、CRT<2秒

心電図：完全右脚ブロック、入院時と著変なし

胸部レントゲン：縦隔拡大なし、肺血管陰性の増強なし、胸水増悪なし

1時間後 また嘔吐したと連絡あり
ベッドサイドへ

腹部エコーを実施

エコー画像あり
CT画像あり

門脈ガス血症

門脈ガス血症は腸管壊死などの消化器疾患に合併する比較的稀な病態である

予後はその原因疾患によるが腸管壊死に伴う例の予後は不良

1992年 致死率は75%にも及び、なかでも虚血による腸管壊死を伴う場合は90%以上とされていた。

2000年を過ぎ致死率は55%と低下しているとの報告もあるが予後不良の疾患に変わりはない。

機序

- ①粘膜障害部位からの腸管内ガス移行
- ②腸管内圧の上昇（腸管気腫症）
- ③腸管壁ないしは腹腔内の細菌感染巣によるガス酸性菌による敗血症

原因

上腸間膜動脈血栓症、絞扼性イレウス、壊死性腸炎などが原因で腸管壊死を起こし、これに併発するものが半数以上

そのほか急性腸炎、虚血性腸炎、胃潰瘍、大腸癌などの腸管非壊死や腹腔内膿瘍、敗血症、急性膵炎、気腫性胆嚢炎が原因となりえる。

CTの画像所見

肝辺縁に樹枝状に分布する空気濃度として観察される。

重力と血液の影響を受けるため、肝左葉の腹側に分布する事が多く、門脈血流に乗って肝辺縁2cm以内まで達する。

胆道気腫(pneumobilia)は中枢に分布する(胆汁は求心性に流れるため)のと対照的である。

Take Home Message

- 原因の明らかでない嘔吐の鑑別に上腸間膜動脈閉塞やNOMIを外さない
- 腹部エコーで腸管もみてみよう
- 門脈ガスを発見したら早急に開腹手術の検討を