

持続する下痢を主訴に精査目的で転院
搬送されショックとなった症例

【主訴】

腹痛、腰痛

【現病歴】

90代 女性

2025年1月●日頃より下痢症状が出現。近医消化器内科受診し感染性腸炎診断となり抗菌薬処方、整腸剤を処方され経過観察となっていた。抗菌薬は飲み切り終了となっていた。

2025年2月●日、転倒をきっかけに他病院でリハビリ目的で入院（第一胸椎圧迫骨折）となり加療してしていたがその間も下痢症状があり、腹部CTを施行し腸管壁浮腫の所見で感染性腸炎として絶食補液加療で経過をみていた。その後も症状の改善がなく、精査目的で当院転院搬送となった。

当院入院翌日0時頃血圧60台へ低下ありRRSコールにてHCU入室となった。

【既往歴】

第一胸椎圧迫骨折

高血圧

陳旧性脳梗塞

認知機能障害

臀部褥瘡

【内服歴】

ザクラス配合錠	1錠分1	朝食後
タケルダ配合錠	1錠分1	朝食後
ミヤBM	6錠分3	毎食後

【アレルギー】

アルコール綿（かぶれる）

【生活歴】

飲酒・喫煙歴：なし

家族歴：長男と同居 長女（海外）

介護保険：要介護2 ヘルパー週3回 デイサービス週1回

ADL：ほぼ自立

IADL：買い物：息子 家事：トイレ掃除 食事：味噌汁は自分で作る

【ROS】

全身：倦怠感（－）

胸部：呼吸困難感（－） 痰がらみ（－） 湿性咳嗽（－） 呼吸困難感（－）

腹部：嘔気、嘔吐（－） 腹痛（＋） 腹部膨満感（＋）

心血管系：胸痛（－）

骨格筋系：関節痛（－） 背部痛（＋）

【入室時現症】

バイタルサイン

GCS：E4V4M6　わりと活気あり

Bp：94/38mmHg(MAP56)　HR：79回/分（SR）　BT：35.9℃　RR：26回/分

Spo2：97%（NC 3 L）

Na d 3 ml/H投与

身体所見

皮膚：全身皮膚乾燥（－） osler結節（－） Janeway皮疹（－）

頭部：頭部外傷（－）

頸部：頸静脈怒張（－） リンパ節腫脹（－） 肥大（－） 圧痛（－）

腋窩：乾燥（－）

目：瞳孔右2.0（＋） 左 2.0（＋） 眼瞼結膜貧血（＋） 眼球結膜黄染（－） 点状出血（－）

胸部：胸郭運動左右差（－） 変形（－） 努力様呼吸（－） 両下肺呼吸音減弱 肺雑音（－） 心音S1→S2→S3（－）→S4（－） 心雑音（－）

腹部：腹壁ソフト 平坦 腸蠕動（＋） へそ周囲を最強点とする圧痛（＋） 筋性防御（－） 反跳痛（－）

背部：背部痛（＋） CVA叩打痛（－）

四肢：全身浮腫（＋） チアノーゼ（－） 末梢冷感（＋） バチ指（－） CRT：4秒 網状皮班（膝） 左手手背に発赤、腫脹、排膿あり

【採血】

総蛋白	3.6	RBC	313
アルブミン	1.5	HGB	8.6
LDH	219	HCT	25.7
AST	37	MCV	82.1
ALT	19	MCH	27.5
Γ-GTP	19	PLT	9.3
T-Bil	0.8	Lymp	4.7
BUN	20.5	Mono	1.5
CRE	0.73	Neut	93.4
Na	128		
K	4.2		
Cl	100	2 / ● 入院 1 日目	
IP	2.9	CDトキシン	—
Mg	1.7	抗原	—
CRP	23.9		
WBC	18460		

【動脈ガス】

p H : 7.446

p CO₂ : 23.8

p O₂ : 96.9

H C O₃⁻ : 16.4

BE : -6.5

N a⁺ : 125

K⁺ : 4.0

C l⁻ : 105

Glu : 136

Lac : 2.5

Hb : 9.1

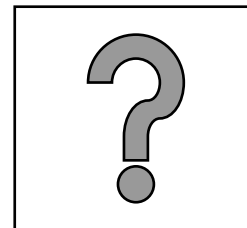
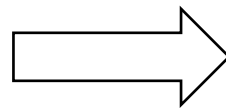
- ・ ショックの鑑別

Hypovolemic (循環血液減少性)

Cardiogenic (心原性)

Obstructive (閉塞性)

Distributive (血液分布異常性)



ベッドサイドエコー

Poor View

EF < 50% D-shapeなし 心嚢液なし Asynergyなし VTI 16 くらい

IVC虚脱

両側胸水貯留

Lung sliding+

心電図

HR85 QTC418 右脚ブロック ST変化なし

【胸部X-P】

臥位A-P デバイス位置異常なし CPAdull
肺野透過性低下 CTR54%

- ・ ショックの鑑別

Hypovolemic（循環血液減少性）

Cardiogenic（心原性）

Obstructive（閉塞性）

Distributive（血液分布異常性）

【胸腹CT】

【胸腹部CT 2】

【胸腹CT 3】

ショックの鑑別

Hypovolemic（循環血液減少性）

- ・慢性の下痢、食事摂取量低下による

Distributive（血液分布異常性）

敗血症性ショック

- ・末梢ライン抜去後の刺入部より排膿あり
→CRBSI
- ・慢性の下痢
→Bacterial translocation

【治療】

- CAZ2g*q12 h + VCM1.5 g *q24
→ PIPC/TAZ* q 6 h + VCM500mg*q12
- 水様性ハイドロコートン100mg*q12
- Nad
- VSP
- メイン投与

【経過】 入院 3 日目

動脈ガス（8Lマスク）

p H : 7.328

p CO₂ : 21.0

p O₂ : 96.4

H C O₃ - : 11.0

BE : -13.5

N a⁺ : 136

K⁺ : 4.0

C l⁻ : 112

Glu : 143

Lac : 7.9

Hb : 7.7

【採血】

2 / ● 入院 3 日目			
総蛋白		RBC	318
アルブミン		HGB	8.5
LDH	264	HCT	25.9
AST	37	MCV	81.4
ALT	24	MCH	26.7
Γ -GTP		PLT	8.2
T-Bil	0.8		
BUN	17.7		
CRE	0.60		
Na	139		
K	4.4		
Cl	108		
IP	3.6		
Mg	2.5		
WBC	20160		

- V/S

GCS : E3V4M5

BT : 36, 0°C HR : 106回/分 (SR) Bp : 102/51 (71)
mmHg RR : 26回/分 Spo2 : 86% (8Lマスク)

全身にリベド出現

- エコー上心機能変わりなし
- 再度造影CT施行 変わりなし
- 呼吸状態悪化ありHFNC開始 挿管リスクあり家族へ連絡

【経過】

本人と家族へIC

「やり残したことはない」

挿管、侵襲的治療希望せず DNI/no CPR

「娘に会いたい」

家族来るまで昇圧剤使用

→鎮痛緩和にフェンタニル開始

→出来る治療はやる方向で培養取り直し
MEPM1g*q8+VCM0.5g*q12 へ

症例振り

CRBSI⇒敗血症性ショック⇒腸管虚血悪化（NOMI疑い）

考察

- ・ ショックの鑑別をあげて早く介入する
- ・ source controlを行う

* 1週間後、入院1日目の血液培養→MRSA+ 尿培養→MRSA+ 痰培養→MRSA+

3日目の血液培養→MRSA+ ⇒ **持続菌血症**

－MRSA菌血症－

カテーテル、デバイス感染

皮膚、軟部組織感染

人工呼吸器

不明な場合⇒IE、椎体炎、硬膜外膿瘍、化膿性関節炎、腹腔内膿瘍など探しに行く

48時間たったら培養フォロー

持続菌血症かどうか確認

⇒陽性であれば合併症がないか精査

血液培養をフォローし**陰性化を確認した日が治療開始 1 日目**

CRBSIは必ず血液培養検査をフォロー

SAB bundle

- 1 : 血液培養フォロー
- 2 : 感染源の特定＋除去(source control)
- 3 : 感染性心内膜炎の評価（心エコー）
- 4 : 適切な抗菌薬選択
- 5 : 適切な治療期間の設定

Modified Duke基準		
	大基準	少基準
血液培養 1, 2, 3いずれか該当	1. 典型的な起炎菌が2セットの血液培養から検出 <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus viridans</i> , <i>S.bovis</i> , HACEK group, 市中感染 <i>Enterococcus</i> （その他感染巣なし）	1.素因：心疾患または静注薬物常用
	2. 感染性心内膜炎起炎菌の持続的な菌血症 ・ 12時間以上間隔をあけて採取した血液培養が2回以上陽性 ・ 3回の血液培養すべて、あるいは4回以上の血液培養の大半が陽性（最初と最後の採取間隔が1時間以上）	2.発熱：38度以上
	3. 1つの血液培養から <i>Coxiella burnetii</i> 陽性もしくは抗IgG抗体価>1:800	3.血管現象：主要血管塞栓、敗血症性梗塞（肺）、感染性動脈瘤、頭蓋内出血、結膜出血、Janeway発疹
エコー所見 1, 2いずれか該当	1. 心エコーで以下いずれかの場合 ・ 疣贅（弁または支持組織、逆流ジェット上、人工物上の解剖学的に説明困難な振動性の心内腫瘍） ・ 膿瘍 ・ 人工弁の新たな部分的裂開	4.免疫学的現象：糸球体腎炎、Osler結節、Roth斑、リウマトイド因子
	2. 新規の弁閉鎖不全 （既存の雑音の悪化または変化のみでは不十分）	5.微生物学的所見：血液培養陽性（大基準を満たさない）、IEと合致する活動性感染の血清学的所見
判定	IE診断：「大基準2つ」または「大基準1つ+小基準3つ」または「小基準5つ」 IE疑い：「大基準1つ」+「小基準1つ」または「小基準3つ」	

引用：Clin Infect Dis 2000;30:633

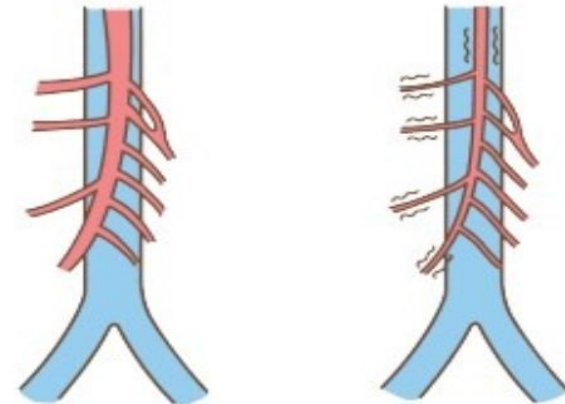
非閉塞性腸管虚血（NOMI）

動脈に器質的閉塞を伴わないが、様々な要因により腸間膜動脈の攣縮が起こり、腸間膜動脈の血行障害をきたし、進行すると広範囲に非可逆的な腸管壊死をきたす

高齢者や心疾患、透析、ショック状態の患者に多くみられ、特に集中治療を要する患者さんでは発症リスクが高いと言われてる

NOMIはCTではわからない Forcas不明な代謝性アシドーシスはNOMIを疑う

治療後の死亡率は31～45%



通常 of SMA

NOMI of SMA

参考文献

ブラッシュアップ 急性腹症 著 窪田忠夫
ホスピタリストのための内科診療フローチャート第3版
著高岸勝繁
内科レジデントの鉄則 第4版
編 聖路加国際病院内科チーフレジデント
医学事始め