

重症でも決して諦めない みなとメディカルの急性腹症治療

消化器外科 診療科長 谷口 堅



長崎みなとメディカルセンター外科では腹部救急疾患に24時間365日体制で対応しています。癌の治療と同様、重症急性腹症においても集学的治療に関する新しい知見や技術が導入されていますので、ご紹介します。

Damage Control (DC)は、①蘇生を目的とした最小限度の初回手術、②集中治療による全身状態の安定化、③計画的再手術の3要素からなります。元々は戦場で損傷を受けた軍艦が沈没を避けるための一連の処置で、重症外傷診療などに応用されています。Open Abdominal Management (OAM)とは、上記①の後閉腹せず迅速に②へ移行、③で根治的手術を行い最終的に閉腹する方法です(図1)。

上腸間膜動脈血閉塞症は、突然発症する強い腹痛と、その割に腹部所見が乏しいことが特徴です。発症後6時間のゴールデンタイム内に血行再開されない場合、腸管の不可逆的な壊死や敗血症、多臓器不全に陥る危険があり、致死率が高い疾患です。そのため、できるだけ早期に緊急手術で腸管切除を行う必要があるとされてきました。ところが、救命できても大量腸管切除から短腸症候群を来し、大幅にQOLが低下してしまうことがありました。そのため当院では、緊急経皮的血管内治療(IVR)を先行し血行再開を確認後(図2)、①引き続き手術を施行し壊死腸管を切除(図3)。②必要に応じてOAMにてICU管理とし全身状態安定化。③翌日以降に再手術施行し、壊死範囲を再確認、必要があれば追加切除・消化管再建を行うというプロトコルを適用しています。これにより、救命を達成しつつ腸管切除範囲を縮小できる可能性が高まりました。

穿孔性腹膜炎では、腹腔汚染のコントロールが救命率向上に重要です。敗血症性ショックに陥ることがしばしばあり、全身状態の安定化と十分な洗浄を両立する必要があります。汚染が高度の場合DC(①穿孔部切除、洗浄。②OAMにてICU管理。③翌日以降再洗浄→消化管再建もしくは人工肛門造設)のよい適応となりますが、当科では該当症例を後方視的に検討し、腹腔洗浄量14L~20Lを要した場合DC/OAM相対的適応、20L~の場合絶対的適応としています。この基準は、遺残膿瘍なく全身状態改善を図れることが確認されており、極めて有効でした。

緊急IVRには放射線科の迅速な対応が欠かせません。ちなみに、診断からIVRまでの所要時間は平均1時間43分でした。また、DC/OAMは気管挿管のまま濃厚なICU管理を要するため、集中治療医の関与が必須です。このように外科医のみならず病院の総合力が問われる治療ですが、みなとメディカルでは重症でも決して諦めず、全力を挙げて取り組んでいます。

図 1

OAM。(左:3M社HPより引用)腹壁は閉じず、腹腔内に保護シートを展開し、体表にドレープを貼付、陰圧をかけて液体を持続的に吸引する。(右)実際に適用しているところ。



図 2

緊急IVR。(左)施行前。中結腸動脈、空腸動脈第1枝以降が閉塞している。(右)施行後。ほぼ全小腸の血流が再開した。

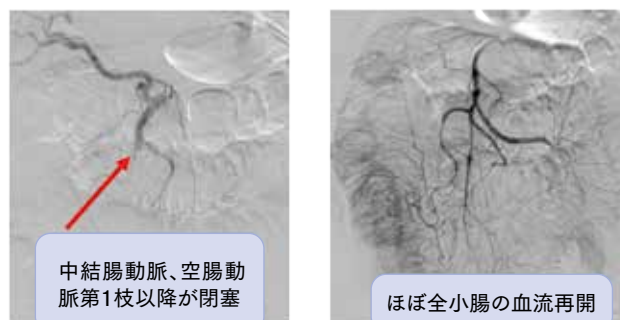


図 3

開腹所見(初回手術)。赤丸の範囲を切除。青丸の範囲はやや色調不良だったが切除せず、OAMに移行。翌日の再手術で同部位を再確認したところ色調改善していたため、そのまま消化管再建を行った。残存小腸は80 cmだった。

