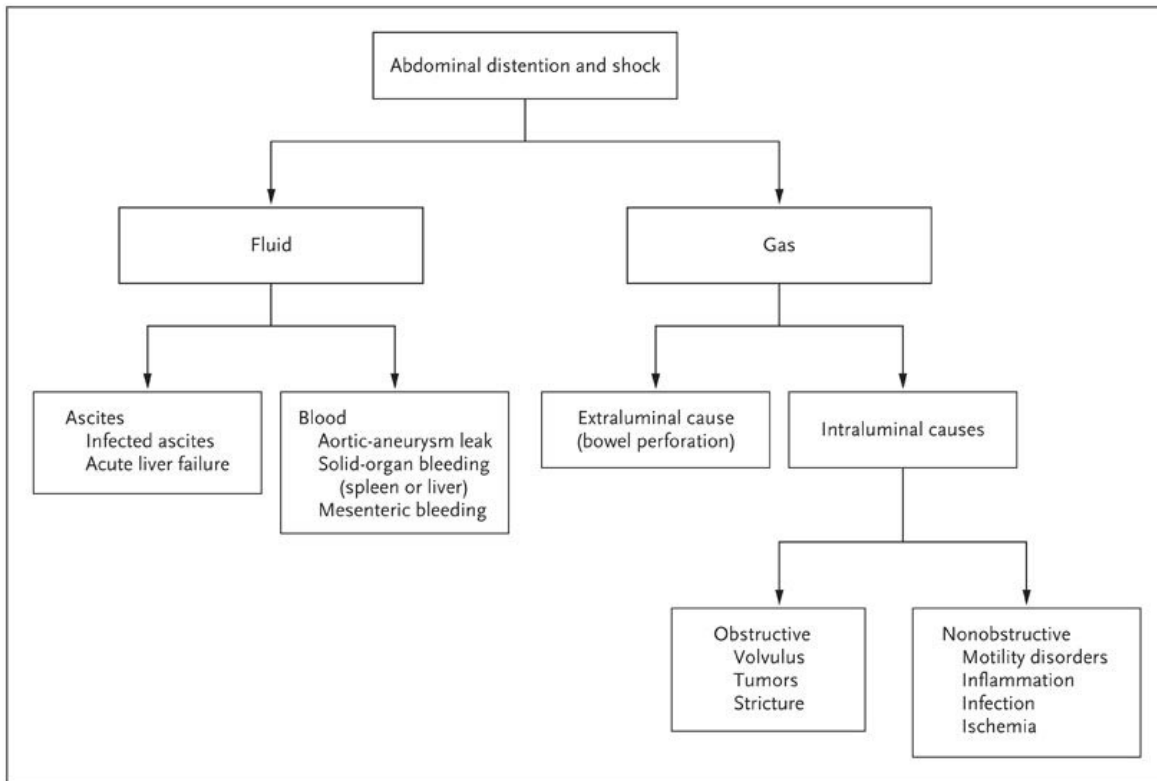


【腹部膨満の鑑別】腹部膨満は多くの消化管、肝胆道、脾の疾患で見られる症状である。考え方としてはまず、ガスか、液体か。（ただし、この二つは同時に存在しうる）。液体であれば、腹水か血液かを鑑別する。ガスの場合には、ガスの所在が管腔外か（穿孔）、管腔内か（閉塞性 or 非閉塞性）で原疾患を想定することになる。



現場での鑑別プロセスの進め方は、患者の生理学的状態や、背後疾患の重篤性に依存する。状態の安定した患者では CT などの画像検査が有用であるが、今回のように不安定な患者では、治療的介入が先行することになる。この患者では、機械的閉塞なしに急性の結腸拡張をきたしており、急性メガコロンの状態である(Ogilvie's Syndrome)。結腸壁の肥厚は炎症、ひいては多臓器不全を伴うような敗血症を示唆しており、直径 6 cm 以上の炎症性結腸拡張と敗血症ショックの組み合わせは toxic megacolon とよばれる。一般にこのような若年では、IBD か偽膜性腸炎がもっとも頻度の高い理由となるが、この患者では IBD の既往はなく、抗生物質の投与も受けていないことから否定的である。また、その他の症状である膨満で硬い腹部と高いピーク気道圧は、腹部コンパートメント症候群として矛盾しない。「持続的に腹腔内圧が 20mmHg を超える状態」が定義であり、臓器障害や不全を伴う。敗血症性ショックなどの重症患者の多くで見られ、死亡の独立した予測因子である。

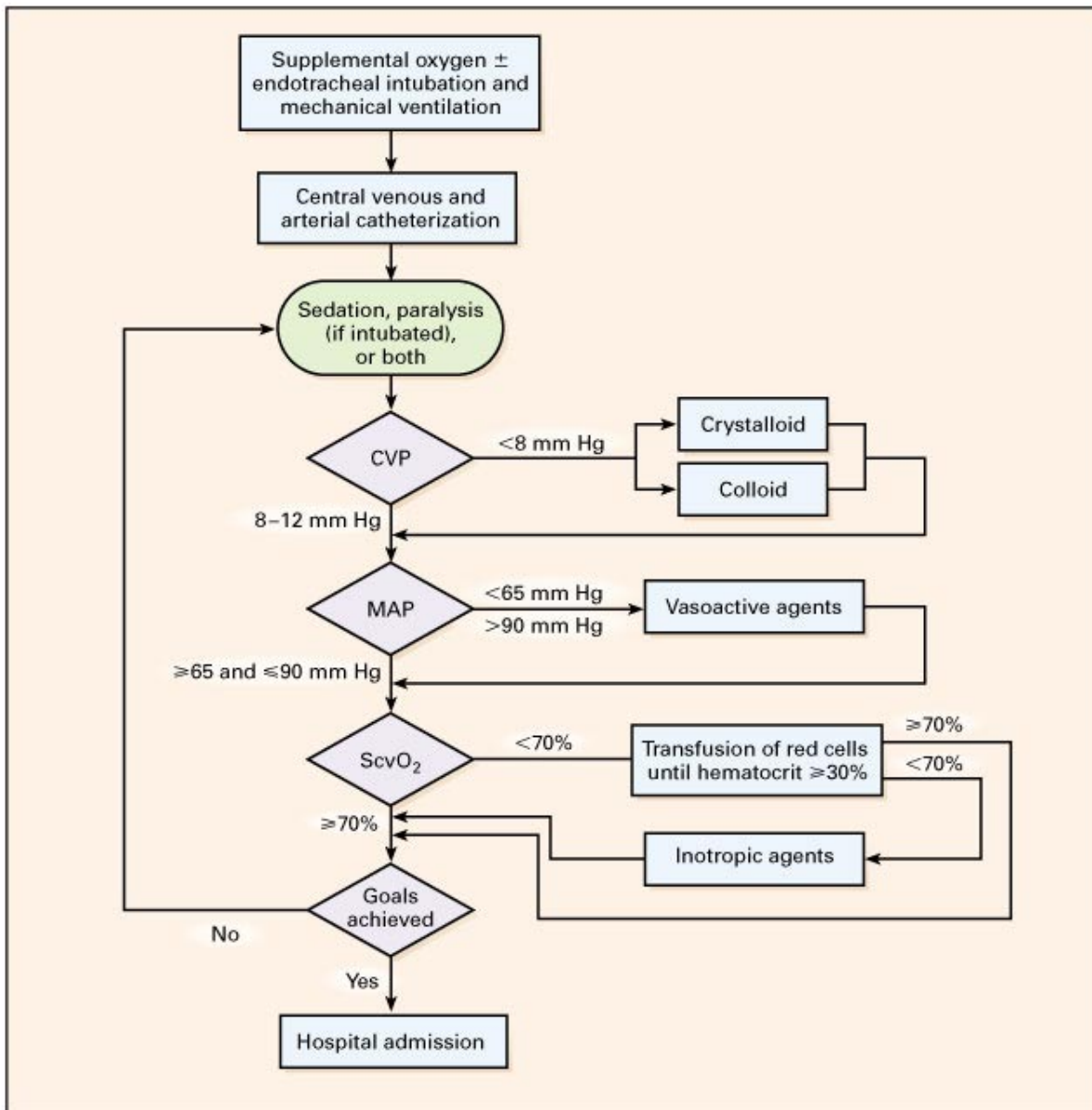
外傷患者の lethal triad : 凝固系異常、アシドーシス、低体温

この患者はメガコロンの、腹部コンパートメント症候群、lethal triad があることから、これ以上の診断を俟たずに開腹のために OR 搬送となった。

【試験開腹の結果】：大腸は最大径 >15cm ほども拡張しており、血流は認められず。直腸と小腸も低灌流であったが、回腸の末端の一部を除き組織は生きていたように見えた。

【処置】「Damage-control Surgery」： lethal triad を持つようなハイリスク外傷患者に対して行う。最短時間、最少出血、最少感染がコンセプト。その後 ICU にて lethal triad を補正してから、再度 OR で最終的な手術をする、という戦略。大腸全切除、回腸末端切除後、腸管吻合、回腸造瘻、腹壁筋膜閉鎖を行うことなく、一時的にドレーンを入れた仮閉腹を行って、ICU へ lethal triad の補正のために入室させた。

**【Early Goal-Directed Therapy】** Severe Sepsis や Septic Shock の最新の治療プロトコルとして提唱されている。「6時間以内に、CVP 8-12mmHg、MAP 65-90mmHg、ScvO<sub>2</sub> ≥70%」の三点を達成すること。



**【鑑別診断（続き）】**

- toxic megacolon：IBD、偽膜性大腸炎などの大腸炎の証拠がなく、否定的
  - 血管系イベント：壊死が貫壁性ではなく、また壊死部の分布も動脈系の分布と一致しないため、否定的
  - 過度の拡張による血行障害：大腸壁が拡張するほど壁張力が大きくなり、組織の灌流が悪くなる。直径>12cmで顕著になる。腸管運動低下が原因。
    - 腸管運動低下の鑑別：神経原性、平滑筋層原性、内分泌原性
- 本症例では、clozapine に抗コリン作用、抗セロトニン作用があり、原因になったと考えられる。

【解剖学的診断】

広範の粘膜虚血性壊死を伴う、急性メガコロン (Ogilvie's Syndrome) 。  
Clozapine による腸管運動の低下によって引き起こされた。

