G-41 PMXと腹臥位が有効と思われた向精神病薬長期服用によるtoxic megacolon術後症例

飯塚病院救急部、集中治療室

鮎川勝彦、且元美緒子、菅優子、奥田由美子

【はじめに】長期に大量の向精神薬を服用した精神分裂病患者が、麻痺性イレウスを合併し、重篤なtoxic megacolonに陥った。開腹術後遷延する呼吸循環不全に対し、PMXによる血液浄化法と腹臥位呼吸療法が有効と思われたので報告する。

【症例】43歳、男性。13歳で精神分裂病の診断を受け、精神科入退院を繰り返していた。プロペリシアジン、レボメプロマジンなど向精神病薬を長期大量服用していた。。精神科入院中の平成11年2月16日腹痛、2回便失禁した。嘔吐後、ショック状態で救命センターに搬送された。来院時収縮期血圧50mmHg、HR114、BT36.7℃であった。直ちに気管内挿管し、FIO2 1.0でpH7.099, PaCO2 68.0, PaO2 74, BE-11.1, WBC12,320, CRP 3.7であった。腹部膨満強く、腹部単純写真、CTで結腸拡張、ガス著明であった。両背側無気肺もみられた。直ちに開腹術受け、盲腸からS状結腸の内容除去及び腸瘻造設を受けICUに入室した。昇圧剤投与にても低血圧持続するため、エンドトキシン吸着目的でPMX（トレミキシン）による血液吸着を行った。徐々にショックを離脱した。持続する呼吸不全に対し、2日目から腹臥位呼吸療法を行い、1、2回目は肺の酸素化改善が得られた。3回目はそれほどの効果は得られなかった。6日目、気管内チューブ抜管後呼吸状態安定していたため、精神科病棟へ転棟となった。

【考察】中毒性巨大結腸症toxic megacolonとは、腸管の異常拡張（腹部単純X線写真上、横行結腸径が6.0cm以上、haustraの異常）に、中毒症状（発熱、頻脈、低血圧、脱水、意識障害、血性下痢、腹痛、電解質異常、白血球増多、貧血など）を伴う状態である。

原因としては、腸自体の疾患と薬剤や電解質異常などによる麻痺性イレウスがある。

（1）腸疾患（潰瘍性大腸炎・クローン病、虚血性など）では、炎症が高度になり、筋層、神経叢が破壊され、蠕動が低下し、腸内容の移動が得られなくなり、イレウスとなる。血管の透過性が亢進しているため、エンドトキシンが血中に移行しやすくなる(bacterial and/or endotoxin translocation)。2）抗コリン剤長期服用、低カリウム血症などでは、蠕動の低下、腸内容の停滞・腸管拡張により腸内細菌やエンドトキシンが血中に移行する。

向精神薬の重篤な副作用としては、悪性症候群、水中毒、巨大結腸がある。精神障害者では、患者の自覚症状の訴えが全く無いか訴える時期がきわめて遅い。また理学所見も取りにくく、所見の現れ方も違っていることが多い。このため発見が遅れることが多い。

高度の便秘症に悩んでいる精神障害者は多く、抗精神病薬服用者では、70～80％もの人が下剤を服用している。長期の向精神薬服用者では、巨大結腸があり、突然死の原因ともなりうる。腹部の理学所見や、腹部単純X線写真で早期に発見し、便通の改善など予防措置が必要である。toxic megacolonに至った場合、可及的早期に腸内容を除去・減圧する必要があり、外科的治療を躊躇すべきではないと思われる。

呼吸不全が遷延すれば、循環が安定した後、背側無気肺に対し、効果をモニターしながら、腹臥位呼吸療法を試みるべきと思われる。

【結論】1）抗コリン作用のある抗精神病薬長期服用患者では、麻痺性イレウスからtoxic megacolonに陥る症例がある。2）敗血症性ショックを伴う場合、外科的腸内容除去を躊躇すべきではない。3）術後ショックが遷延する場合、PMXによる血液吸着を早期に行うべきである。4）呼吸不全に対しては、循環がある程度安定すれば、背側無気肺に対し腹臥位呼吸療法を試し、早期の呼吸不全改善を目指すべきと思われる。