

簡単アンケート第 31 弾：
Non-Occlusive Mesenteric Ischemia (NOMI) の集中治療管理
(2013 年 10 月実施)

J S E P T I C 臨床研究委員会

アンケート作成者：佐藤瑞樹
(自治医科大学附属さいたま医療センター 集中治療部)

対象：患者の治療にあたる機会のある医療従事者

Non-Occlusive Mesenteric Ischemia (NOMI) は心臓手術後や透析患者に多く、発症機序に関しては不明な点が多いため、腸管の血管攣縮によって発症するとされています。

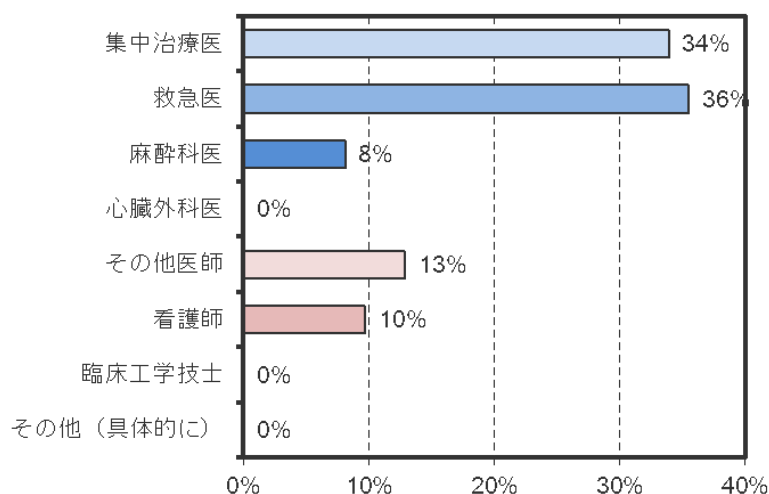
致死率が非常に高いため、早期発見・早期治療が必須な疾患です。診断には血管造影やMDCTが用いられますが、具体的にいつ発症を疑って検査を行うか、更にどのような薬物治療を行い、どのタイミングで外科的介入を行うかは施設間・個人間で様々ではないかと考えられます。また、NOMI 予防に有用と考えられる報告も全くありません。今回のアンケート結果から、様々な施設の方針を知る事で自施設での管理方法の改善を考えることが目的です。

作成者：佐藤瑞樹

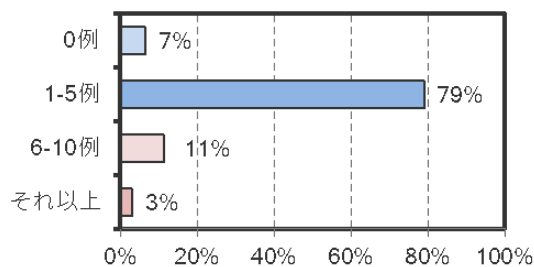
(自治医科大学附属さいたま医療センター 集中治療部)

回答者 62 名

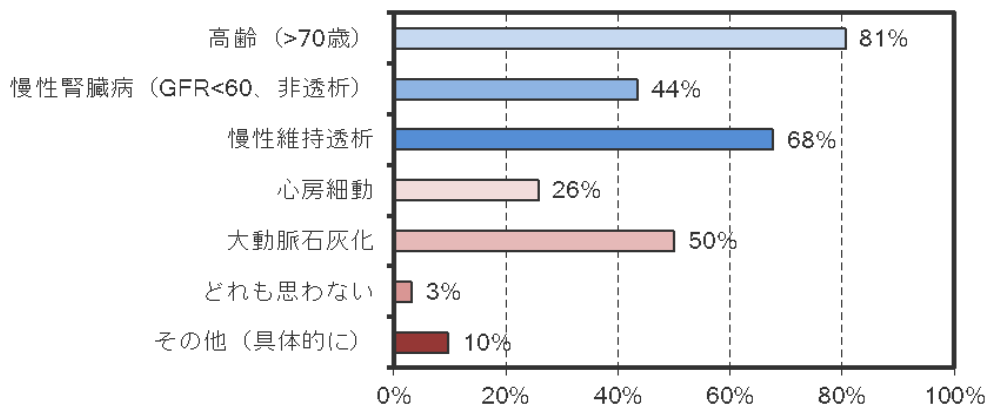
質問 1. あなたの職種は何ですか？



質問 2. NOMI の年間発生頻度はどの程度ですか？



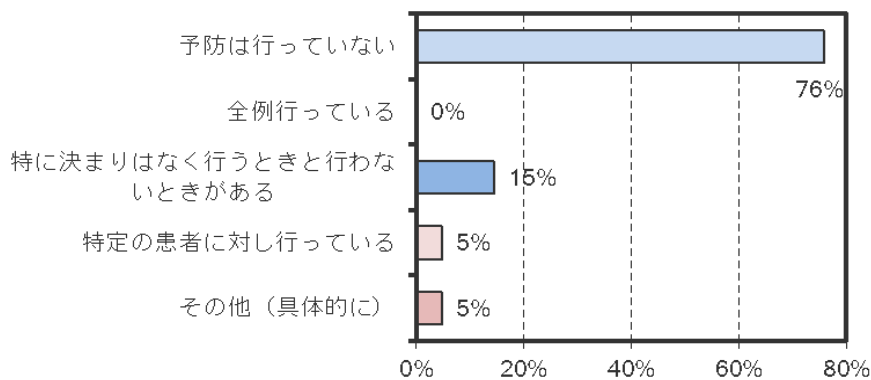
質問3. あなたは、以下の項目が NOMI 発症のリスク因子だと思いますか？（複数回答可）



*その他 (具体的に記載) 回答者 6名

- 多臓器不全、敗血症性ショック
- ショック
- Vasopressor の使用、心不全
- 遷延するショック状態
- 糖尿病
- 大手術、低血圧、昇圧剤使用、低心拍出量

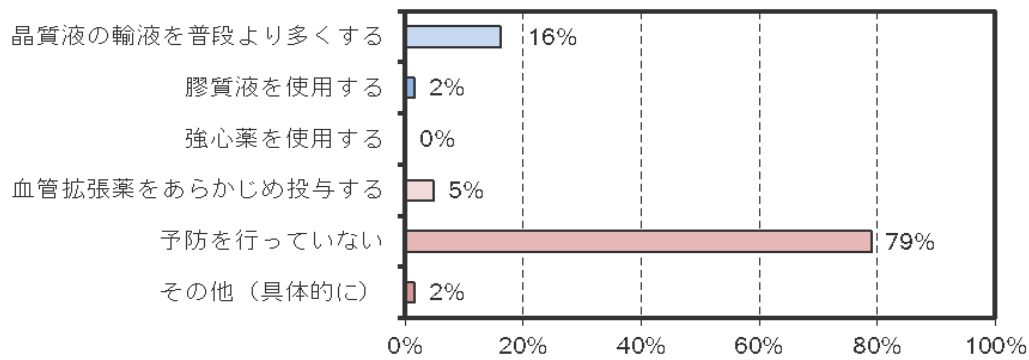
質問4. あなたの施設では NOMI 発症予防を行っていますか？



*その他 (具体的に記載) 回答者 3名

- 特に NOMI を意識しないが、リスク因子に応じた通常の管理である程度の予防となっているのでは？
- ショックの早期離脱
- NOMI 発症予防があるのなら、教えてほしい。

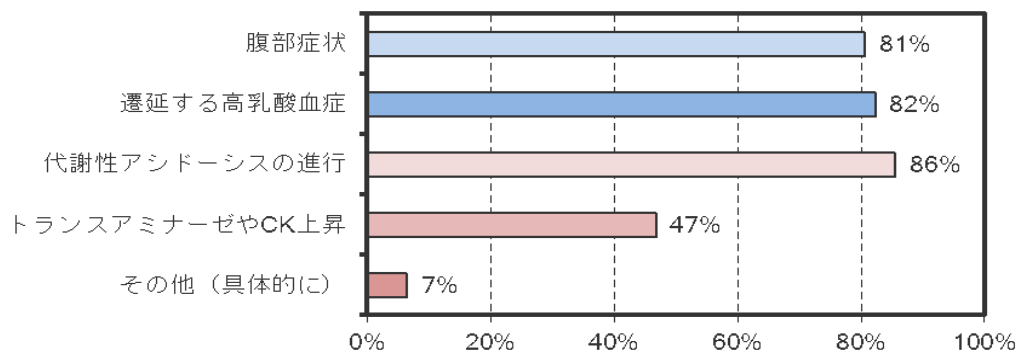
質問5. 予防を行っている方に質問です。どのような予防を行っていますか？（複数回答可）



*その他（具体的に記載）回答者 1名

- 平均血圧の維持

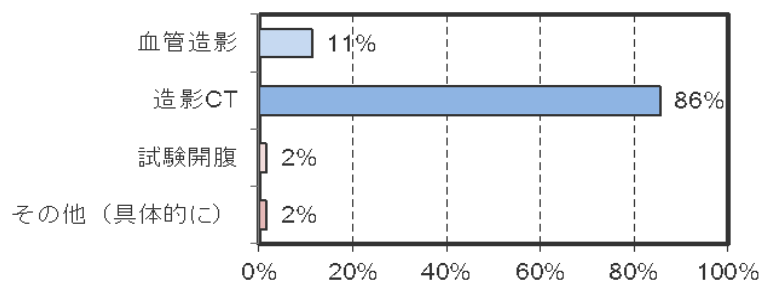
質問6. どのような時に NOMI 発症を疑いますか？（複数回答可）



*その他（具体的に記載）回答者 4名

- 説明のつかないショック状態
- 謎のバイタルサイン悪化
- 意識障害
- 腹満、小腸ガス像、説明できない低血圧

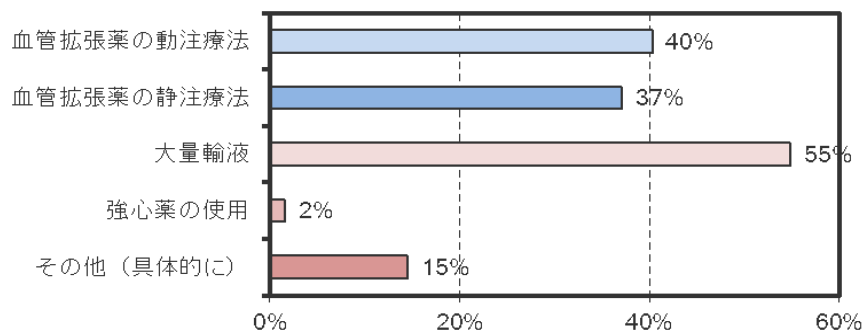
質問7. NOMI を疑った場合まずどの検査を行っていますか？



*その他（具体的に記載）回答者 1名

- ①CTがとれる病態の時は造影CTの後、ショックが持続する場合、開腹術。
②CTがとれない病態の時は試験開腹。

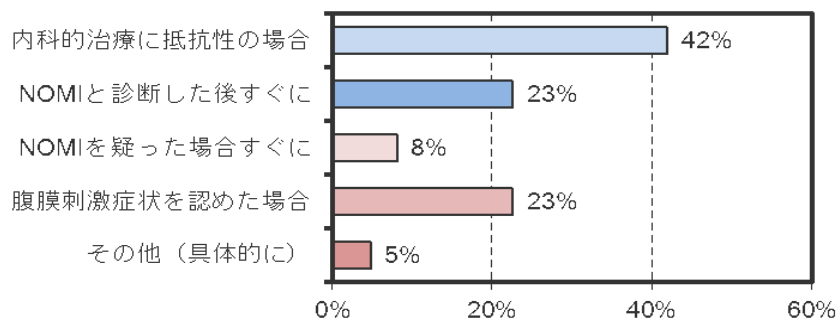
質問 8. NOMI に対する治療は何を行っていますか？（複数回答可）



*その他（具体的に記載）回答者 9 名

- 壊死腸管切除（回答者 2 名）
- 開腹による壊死腸管の切除とダメージコントロール手術
- 試験開腹術（回答者 2 名）
- 血圧の管理はする。動注はよほど NOMI の確証があれば。
- 手術（回答者 2 名）
- アンギオや開腹で確定してから対応

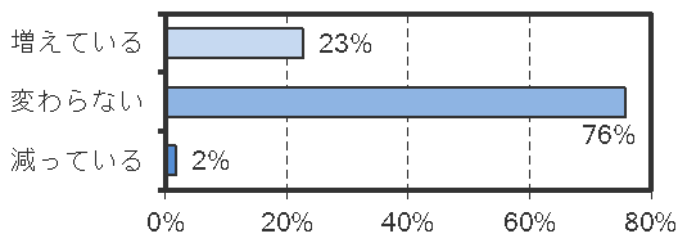
質問 9. 開腹へ向かうタイミングは？



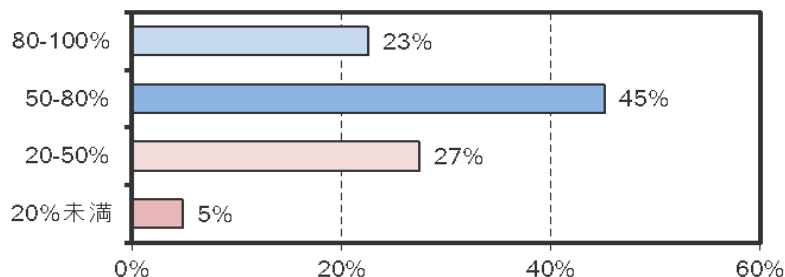
*その他（具体的に記載）回答者 3 名

- 一概に言えない
- ①CT で消化管の壊死または虚血所見が確認されたショック状態。
②CT を取ることができないショックで腹部の身体所見があるもの。
- NOMI の疑いののち、ICU で小開腹し腸管の色調を確認。手術か動脈注射を決定している。

質問 10. あなたの施設では最近発症頻度は増えていると思いますか？



質問 11. あなたの施設での死亡率はどの程度ですか？



質問 12. このアンケートについての御意見、今後のアンケートの案など、ご自由に記載してください。

***回答者 8名**

- NOMI についてよく勉強していないと反省。
- NOMI の患者さんの多くは、時間的猶予もなく死へ向かわれるので、医療者は大きな不全感を抱きます。さらに家族の心情を考えると、本当に防ぐことができなかつたのかと思われても仕方がないくらい病状の進行が早いので状況の理解が難しいことが多いと思います。ですので、心臓血管外科医には、高齢、AS、CKD、大動脈の石灰化・・・などリスクの高い患者さんと家族には術前から十分にこのような重篤な合併症を起こす可能性があることをお話していただき、それでも手術を受けるのかどうか、よく話し合っただけで決めて欲しいということを説明していただきたいととても思います。
- NOMI の病態には重篤な者から軽症まで広く存在するが、当センターに搬送される NOMI 症例はほぼ全例が離脱できないショック状態を併発している重症 NOMI の病態である。壊死腸管の切除を行うことで救命できる者が多い印象を持つ。ただし、通常の切除ではなく大半がダメージコントロールでの管理を行う必要がある重症例である。NOMI の議論をするときにはそのクライテリアを明確にしないと集積されるデータが正しいものにならないのではないかと考える。保存的加療で改善するようなのが本当に NOMI であるのかどうか、というところからの議論が必要である。
- NOMI と思しき症例数はかなりあると考えられ、軽症 NOMI (厳密には NOMI と診断がつかないだろう) とショックを伴う NOMI (重症型 NOMI) で、かなり管理や治療戦略が変わってくると思われる。施設・医師により NOMI の定義が大きく異なっており、軽症 NOMI と重症型 NOMI とはわけて考える必要があると感じている。
- NOMI は診断や病態が難しいので、クリアカットには答えられないですね。
- かなり回答者の施設が限定されるアンケートだとは思いますが、前文に「今回のアンケート結果から、様々な施設の方針を知る事で自施設での管理方法の改善を考えることが目的です」とあるように、困っている施設にとって何か有用な情報が得られるアンケート結果になることを祈ります。
- 発生頻度が低く、集中治療では鎮静がかかって挿管管理で症状がマスクされてしまったりして、なかなか症状が全面にでず疑えないケースが多いです・・・。原因不明の亡くなり方をし、剖検で判明したというケースもあります。結果を心待ちにしています。

- NOMIのような重篤な状態にある患者に対するアンケートとして、看護師にも回答権が与えられていることに驚きました（今まではこのような設問での回答権がなかったので…）。ありがとうございました。

以上