

救命し得なかった骨盤骨折の一例

佐藤 千晃, 佐藤 純子, 神谷 蔵人
中川 智彦, 浅倉 毅, 佐山 淳造
高屋 潔

はじめに

重症骨盤骨折は致死率の高い外傷である。重症骨盤骨折の一例を経験したので報告する。

症 例

患者：60代男性

既往歴：数十年前に肝外傷で肝左葉切除胃部分切除（詳細不明）

現病歴：平成19年5月23日勤務中に重さ約30tのショベルカーに轢かれて受傷しその後当院へ救急搬送された。

来院時現症：JCS 20～30、BP 50台でショック

経 過

状態、四肢冷汗、腹部膨満、骨盤部動揺を認めた。血液検査所見 WBC 9,200, RBC 411, Hb 14.1, Plat 12.5, Na 143, K 4.2, Cl 111, BUN 26, Cre 1.2, AST 77, ALT 70, LDH 402であった。

骨盤レントゲンにて骨盤骨折を認め、骨盤出血による出血性ショックを呈していると予測できた。そのためその場で敷いてあったシーツを巻いて骨盤部を固定補強した。ショック状態であったため挿管し、輸血を開始した。その後放射線科医に依頼し、TAEを施行した。左内腸骨動脈からは明らかな出血を認め、右内腸骨動脈は不整部位を

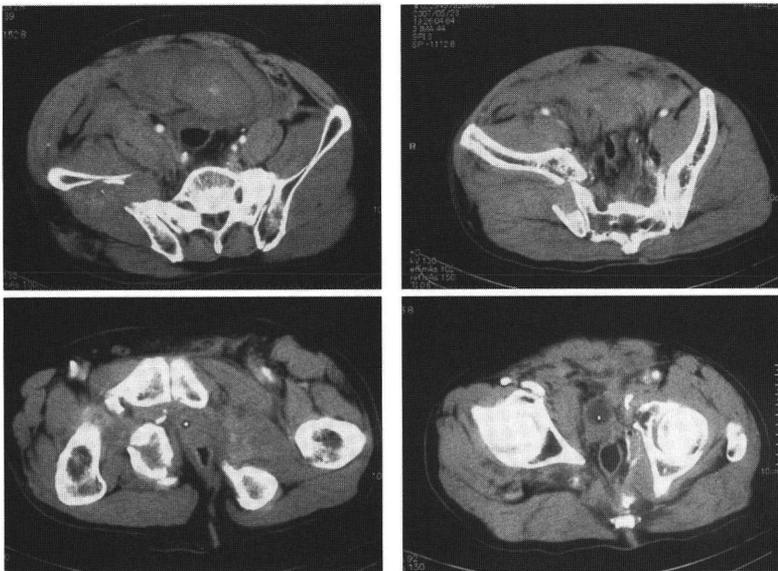


図. AO分類 Type C2の骨盤骨折を認めた。また後腹膜血腫も認める。

認めた。そのため両側内腸骨動脈を閉塞し TAE を終了した。TAE 終了後は血圧も 80 台を維持できる様になった。TAE 終了後 CT 施行し (図)、AO 分類 Type C2 の骨盤骨折と後腹膜血腫を認めた。全身管理を要するため ICU へ入室し、入室時採血にて血小板の低下、凝固能の延長と DIC をきたしていたため、FOY、FFP、PC の投与を開始した。

その後は、出血性ショックによる腎前性腎不全もしくは挫滅症候群による腎性腎不全のため乏尿となった。腎臓内科医に依頼し CHDF 開始、骨盤骨折に対しては翌日に整形外科医に依頼し創外固定術を施行した。

しかしその後も DIC の進行止まらず、採血上腓肝酵素の上昇を認める様になり、受傷後 3 日目 DIC による MOF にて永眠された。

考 察

重症骨盤骨折の治療に関する多くの報告が重要

視していることは、外傷の評価と出血対策である。本症例においては骨盤の不安定性を認め、それに対し創外固定術を施行し、出血に対し TAE を施行した。動脈性の出血をコントロールすることができたと思われるが、DIC の発症と進行を止めることができなかった。しかし TAE 後の全身状態では外科的手術は不可能であり結局は受傷の大きさが救命できなかった要因であると思われた。

文献によると未だに重症骨盤骨折では 40% 程の死亡率であり今後も有効な治療法の開発と救命率の向上が望まれる。

また全身管理を要する重症骨盤骨折の場合、救急部、外科、整形外科、放射線科など多くの科の医師を必要とする。スムーズな連携と治療に対する意思統一が必要であり、早期の出血対策が救命率向上に寄与すると思われる。