

## 内科救急症例ピックアップ2015

臨床研修部 半澤 俊哉、油田 直弥、井上翔太郎  
鎌田 雄輝、杉本茉莉恵、夏秋 愛  
藤井 寛之、藤原 裕也  
内科 森井 和彦、山本 岳玄、奥新 浩晃

**Key Words**：尿閉イレウス，Sheehan症候群，  
小腸間質腫瘍（GIST），腹部大  
動脈瘤，胆石性イレウス

**要旨**：2015年度の内科救急症例カンファレンスから興味深い5症例を報告する。症例1は統合失調症で治療中の53歳男性。嘔気と心窩部痛があり，頻回の嘔吐を繰り返すうちに吐血したため，救急搬送された。症例2は1週間前より嘔気，頭痛，倦怠感が出現し，Na 112 mEq/Lと低Na血症を呈した71歳女性。半年前にも同様のエピソードがあり，当時はSIADHと診断されていた。症例3は2週間前から便秘と間欠的な腹痛があった66歳男性。腹痛の悪化，悪寒戦慄と高熱，呼吸苦が出現したため救急搬送され，稀な病態が判明した。症例4は腹痛が2日続いた後に増悪した78歳女性。触診で下腹部正中に圧痛のある拍動性腫瘍を認めた。症例5は嘔気，嘔吐，便秘が1週間続いた64歳女性。イレウスのため当科に紹介され，稀な原因が判明した。

**症例1. 嘔気と頻回の嘔吐，心窩部痛を認めた  
53歳男性**

**【現病歴】** 2年前から統合失調症で某病院に入院中の53歳男性。当院紹介の前日から悪心があり臥床していた。看護師によると普段の活動性は高い患者だが，その日はしんどそうに見えたという。メトクロピラミドを静注して悪心は一旦軽快した。当日は朝からVAS 5/10の心窩部痛があり，午前中に3回，胃液を少量嘔吐した。昼にコーヒー残渣様の嘔吐に続いて吐血を認め

たため，当科に紹介となった。最後の食事は前日の夕食で，おかゆ，刻み食を摂取したが，生ものは摂取していなかった。便の性状に異常はなかったが，普段からよく微熱がみられていた。**【既往歴】** 統合失調症，C型慢性肝炎，大腿骨大転子骨折（51歳，保存的治療），腹部手術歴はない。

**【内服薬】** ファモチジン10mg，ジスチグミン5mg，酸化マグネシウム，ナフトピジル25mg，フルニトラゼパム2mg，ニトラゼパム10mg，センノシド，クエチアピン400mg，オランザピン15mg，レボメプロマジン50mg

**【身体所見】** 体温37.2℃，血圧104/75 mmHg，脈拍96/分で不整，SpO<sub>2</sub> 99%（room air）。意識レベルJCO 0，幻覚や妄想などの精神症状はなし。意思疎通はできるが，認知能の低下がみられる。眼瞼結膜貧血なし，眼球結膜黄染なし，頸部リンパ節腫脹なし，胸部は呼吸音清，ラ音なし，心雑音なし。腹部は平坦軟，腸蠕動音はやや低下，心窩部の圧迫で不快感あり，反跳痛はなし。下肢に浮腫はなし。

**【血液検査】** WBC 7900/ $\mu$ L（Bas 0.4%，Eos 0.4%，NE 83.3%，Lym 12.4%，Mo 3.5%），RBC  $520 \times 10^4$ / $\mu$ L，Hgb 15.3 g/dL，Hct 44.9%，MCV 86.3 fl，MCH 29.4 pg，PLT  $12.8 \times 10^4$ / $\mu$ L，PT INR 1.02，APTT 32.7秒，TP 7.2 g/dL，Alb 4.7 g/dL，T-Bil 0.8 mg/dL，D-Bil 0.1 mg/dL，AST 22 IU/L，ALT 15 U/L，ALP 209 U/L，LD 188 U/L， $\gamma$ -GT 8 U/L，UN 7.8 mg/dL，Cr 0.84 mg/dL，eGFR 75.1 mL/min，Na 132 mEq/L，Cl 98 mEq/L，K 4.1 mEq/L，Glu 136 mg/dL，CRP 0.0 mg/dL，CK 204 U/L，AMY 63 U/L。

【腹部単純レントゲン写真】 上腹部にニボーを認めた（図1）。

What is your diagnosis?

【診断経過】 絞扼性イレウスの除外と、腸管の通過障害の原因を調べるために腹部造影CTを撮影した（図2）。尿閉のため膀胱が著明に拡張しており、全体に大腸の拡張が目立ち、小腸の拡張やfluid collectionもみられたが、腸管虚血を示唆する所見は指摘されなかった。導尿すると約2000mlの尿が排泄され、その後から腸蠕動音が活発になり、嘔気、腹満感、心窩部痛も改善した。その後は吐血や貧血の進行は見られなかった。尿閉による膀胱の拡張がイレウスの原因と考えた。上部消化管内視鏡で、出血の原因はMallory-Weiss症候群と判明した。



図1．腹部X線写真

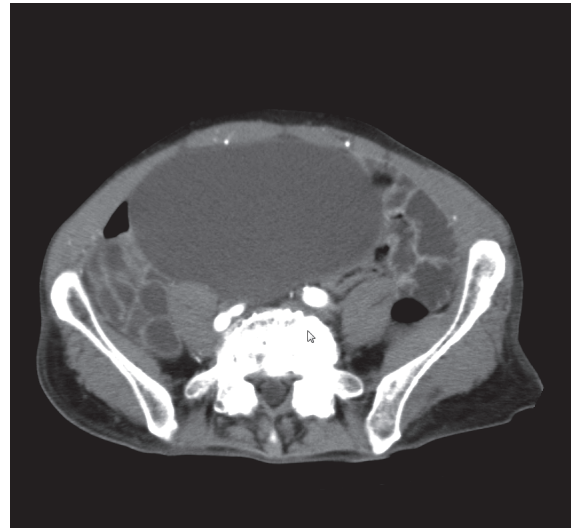


図2．腹部造影CT

#### 【最終診断】

尿閉による単純性イレウス  
Mallory-Weiss 症候群

【本症例の教訓】 単純性イレウスの原因には開腹手術後にみられる癒着、腫瘍、腸管内の異物などがあり、複雑性イレウスの原因には開腹手術後に生じた索状物による絞扼、腸重積、腸軸捻転症、ヘルニア嵌頓などがある。この中で腸管が外部から圧迫されて通過障害を来すものを圧迫性イレウスといい、単純性イレウスに分類される。圧迫性イレウスの原因には、①遊走腎や妊娠子宮のような隣接臓器の転位や腫大、②腎腫瘍、胆嚢腫瘍、腸間膜嚢腫、骨盤内腫瘍などの腫瘍による圧迫、③盲腸周囲炎性腫瘍および膿瘍などの炎症性腫瘍などが挙げられる。今回の症例には腹部手術歴はなく、腫瘍などの器質的病変もみられなかった。尿閉の解除により症状の改善を認めたため、拡張した膀胱が腸管を圧迫した圧迫性イレウスと考えた。排尿や排便の状況を詳細に問診することや、腹部単純レントゲン写真における腸管ガスの分布、例えば今回のような上腹部のガスの偏在に注目して、病態を推測することを学んだ。

抗精神病薬による麻痺性イレウスも疑われ

たが、精神科病院に帰院して服薬を再開した後も、排尿や排便に問題はなく、症状の再発も認めなかった。

【指導医コメント】急性の尿閉で救急外来を受診した患者では、次の5項目を鑑別に挙げる。①閉塞性（前立腺肥大、尿路結石、尿路骨盤腫瘍など）、②感染症（前立腺炎などの尿路生殖器感染だけでなく、髄膜炎に伴って尿閉をきたす髄膜炎尿閉症候群にも注意）、③薬剤性、④神経因性（糖尿病性、脳梗塞、自律神経障害、椎間板ヘルニア、脊髄腫瘍、带状疱疹など）、⑤急性腹症。

本症例の尿閉には薬剤の関与が疑われる。例えばレボメプロマジンには抗コリン作用があり、尿閉を誘発する可能性がある。総合感冒薬には抗ヒスタミン薬が含まれている。他に平滑筋弛緩作用や $\alpha$ アドレナリン刺激作用をもつ薬剤も尿閉を起こすことがある。ウブレチドは膀胱尿管移行部の筋収縮からかえって排尿困難を来すことがあるので注意を要する。

## 症例2. 低Na血症を呈した71歳女性

【病歴】1週間前より嘔気、頭痛が出現した71歳女性。嘔気は5日前まで続き、3回嘔吐した。その間はおかゆを摂取していた。頭痛、倦怠感が改善せず、ふらつきも認めたため、当院外来を受診し、低Na血症を認めたため、入院となった。同様のエピソードは10年程前から繰り返し現れており、今回で4回目であった。最後のエピソードは半年前にあり、その際にはSIADHと診断され、水制限、塩分摂取によって軽快していた。

【既往歴】子宮全摘、甲状腺機能低下症（治療なし）。

【嗜好】飲酒・喫煙なし、水分の多飲なし。

【内服薬】なし。サプリメントもなし。

【職業歴】居酒屋などでパート、畑仕事。

【理学的所見】意識清明、体温35.3℃、血圧

158/85 mmHg、脈 拍56/分 で 整。SpO<sub>2</sub> 99 % (room air)。眼瞼結膜に貧血あり、黄疸はなし。舌乾燥なし、皮膚のツルゴール低下なし。浮腫なし。頸部リンパ節触知なし、甲状腺は軟で腫大なし。心音は整、呼吸音も清。腹部は平坦、軟、腸蠕動音正常、自発痛や圧痛はなし。

【血液検査】WBC 7000/ $\mu$ L, RBC 353万/ $\mu$ L, Hb 10.4 g/dL, Plt 23.5万/ $\mu$ L, TP 8.4 g/dL, Alb 4.1 g/dL, T-Bil 0.7 mg/dL, AST 36 U/L, ALT 8 U/L, ALP 269 U/L, LD 259 U/L,  $\gamma$ GT 19 U/L, UN 15.1 mg/dL, Cr 1.08 mg/dL, eGFR 38.8 mL/min, TG 296 mg/dL, T-cho 307 mg/dL, CRP 0.32 mg/dL, Glu 90 mg/dL, TSH 3.41  $\mu$ U/mL, FT4 0.44 ng/dL, コルチゾール4.4  $\mu$ g/dL, Na 112 mEq/L, Cl 81 mEq/L, K 4.4 mEq/L, Ca 9.1 mg/dL, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 20.3 mmol/L, Mg 2.2 mg/dL, 血漿浸透圧237mOsm/L。

【尿検査】pH 7.0, 比重1.012, Na 91 mEq/L, Cl 76 mEq/L, K 26.2 mEq/L, UN 372 mg/dL, Cr 52.3 mg/dL, 蛋白9 mg/dL, 尿浸透圧393 mOsm/L。

What is your diagnosis?

【診断経過】Na 112 mEq/L、血漿浸透圧237mOsm/Lのとおり、顕著な低張性低Na血症であった。悪心、嘔吐、倦怠感、頭痛は低Na血症に基づく症状と考えた。尿浸透圧は393mOsm/Lと希釈尿ではなく水中毒は否定的であった。また、尿中Naは91mEq/Lと低下しておらず、Na喪失型ではなく、水過剰型の低Na血症と考えられた。半年前にも同様のエピソードで入院したが、Na 126 mEq/LであったにもかかわらずADH 2.1 pg/mlと分泌の抑制が見られなかった。今回の尿比重も1.012と等張尿であることから、ADHの分泌が不適切、すなわちSIADHを疑って、診断基準に照合した。

〈主症候〉

1. 脱水なし.
2. 倦怠感, 食欲低下, 意識障害などの低Na血症の症状を呈することあり.

〈検査所見〉

1. 低Na血症: 血清Na濃度 $112\text{ mEq/L} < 135\text{ mEq/L}$ .
2. 血漿バソプレシン値: 血清Na濃度が $135\text{ mEq/L}$ 未満で血漿バソプレシン濃度が測定感度以上である.
3. 低浸透圧血症: 血漿浸透圧 $237\text{ mOsm/L} < 280\text{ mOsm/L}$ .
4. 高張尿: 尿浸透圧 $393\text{ mEq/L}$ .
5. Na利尿の持続: 尿中Na濃度 $91\text{ mEq/L} > 20\text{ mEq/L}$ .
6. 腎機能正常:  $\text{Cr } 1.08\text{ mg/dL} < 1.2\text{ mg/dL}$ .
7. 副腎皮質機能正常: コルチゾール  $4.4\text{ }\mu\text{g/dL}$ .

今回の所見もSIADH診断基準に矛盾しなかったため, 水制限, Na負荷による治療を開始した. そして順調に血清Na値は改善した. ただ同じ様なエピソードが繰り返し起きており, 甲状腺機能も $\text{FT4 } 0.44\text{ ng/dL}$ と低下を認めたので, 背景疾患が隠れている可能性を考えた. 病歴を再確認すると, 子宮全摘術は出産時の子宮破裂と大量出血のためであったことが判明した. そこでSheehan症候群を疑い, 内分泌学的検査, 下垂体MRI, 副腎CTを追加した.

#### 【内分泌学的検査】

TSH  $4.2\text{ }\mu\text{U/mL}$ , FT3  $1.1\text{ pg/mL}$ , FT4  $0.36\text{ ng/dL}$ , LH  $0.4\text{ mU/mL}$ , FSH  $2.6\text{ mU/mL}$ , PRL  $2.5\text{ ng/mL}$ , GH  $0.05\text{ ng/mL}$  以下, コルチゾール  $3.6\text{ }\mu\text{g/dL}$ , ACTH  $8.1\text{ pg/mL}$ , アルドステロン  $45.4\text{ pg/mL}$ , IGF-1  $15\text{ ng/mL}$ .

【CT検査】副腎には異常なし.

【下垂体MRI検査】下垂体は同定困難なほど萎縮していた (empty sella 症候群) (図3).

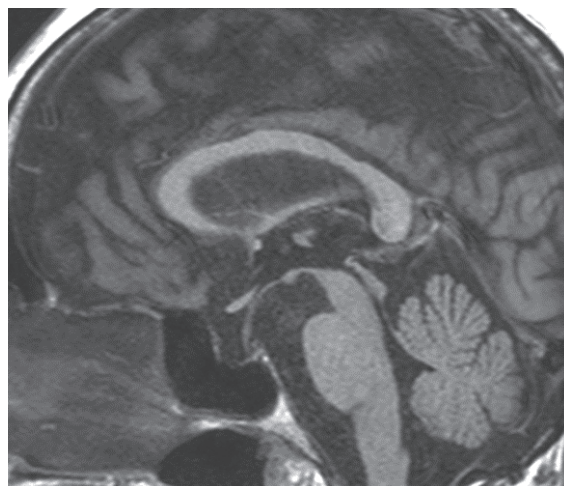


図3. 頭部MRI

#### 【最終診断】

汎下垂体機能低下症, Sheehan 症候群.

【本症例の教訓】 Sheehan 症候群は分娩時の大出血またはショックにより, 下垂体血管に攣縮および二次的血栓が生じて下垂体の梗塞, 壊死が起こり, これにより下垂体前葉機能低下症を呈する病態である. 分娩時の大量出血というエピソードがあれば Sheehan 症候群を疑うべきである. 近年の産科技術の進歩により頻度は減少したが, 今回のように分娩からかなり経過した後に低Na血症などの副腎不全を呈して初めて診断される高齢の症例もある. 子宮全摘の病歴は聴取していたが, 詳細に確認しなかったため, 最初は大量出血のエピソードを把握できていなかった. また, 前と同じ症状だから今回もSIADHの可能性が高い, と決めてかかったことも反省した. 低Na血症を何回も繰り返すのは普通ではないし, その背景に治療されていない病態が潜んでいることに早く気付くべきであった.

【指導医コメント】 2000年にわが国で行われた Sheehan 症候群の全国疫学調査によると, 成人の下垂体機能低下症の6.4%が本症であり, 現在でも忘れてはならない疾患である. Sheehan 症候群の多くはホルモンの複合欠損であり, 中

でも ACTH の分泌不全が最も多い (図 4)<sup>1)</sup>。副腎皮質機能低下症は本症例のように SIADH 様の病状を呈することがある<sup>2)</sup>。コルチゾールによる ADH の分泌抑制が解除されて、浸透圧刺激に対する ADH の調節に異常を来すことが一因である<sup>3)</sup>。そもそも SIADH の診断の前提として、副腎皮質機能に異常がないことを確認する必要がある。しかしコルチゾール値による診断は必ずしも正確ではない。非ストレス環境下では一般的に、早朝コルチゾール値  $<3\mu\text{g/dL}$  は副腎不全、 $>18\mu\text{g/dL}$  では副腎不全は否定的、 $3\sim 18\mu\text{g/dL}$  は判定を保留して負荷試験を追加するべきとされる。一方、ストレス下では追加分泌分を考慮するため、仮に総コルチゾール値  $>18\mu\text{g/dL}$  であっても副腎不全を除外できない。なお、続発性の副腎皮質機能低下症ではレニン-アンジオテンシン系によりアルドステロンが調節されるため、ミネラルコルチコイド欠乏症状は起こりにくい。

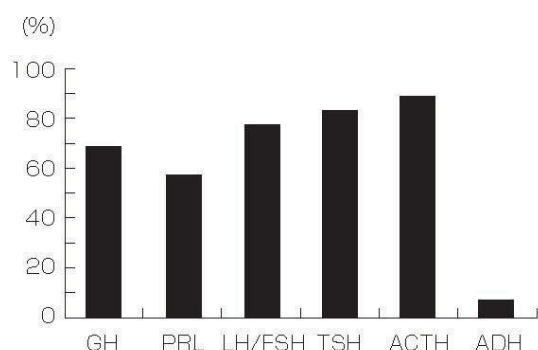


図 4. Sheehan 症候群における下垂体ホルモン分泌不全の頻度 (%)  
(文献 1 より引用)

### 症例 3. 発熱、呼吸苦で救急搬送された 66 歳男性

【現病歴】 2 週間前から便秘を認めていた 66 歳男性。時折腹痛も伴った。1 週間前より  $38^{\circ}\text{C}$  台の発熱があり、近医にて抗生剤と解熱剤が投与されていた。当日の未明に悪寒戦慄、高熱、腹

痛、呼吸苦が出現したため、当院に救急搬送された。

【既往歴】 高血圧、糖尿病、左腎摘出 (腎結核)。

【内服】 アムロジピン 5 mg, グリメピリド 1 mg, シタグリプチン 25 mg, 鉄剤, エチゾラム。

【理学的所見】 血圧 110/56 mmHg, 脈拍 100/分, 体温  $40.7^{\circ}\text{C}$ ,  $\text{SpO}_2$  98 % ( $\text{O}_2$  10 L/分投与), 意識レベル JCS 1, 閉眼し苦悶様顔貌。悪寒戦慄あり。呼吸音は両側清, 心音整で明らかな雑音なし。腹部は下腹部に圧痛軽度あり, やや硬, 左側腹部に手術創あり。腹痛は当院到着後に更に悪化し, 15 分後には反跳痛が陽性になった。

【検査所見】 WBC  $14500/\mu\text{L}$  (Bas 0.2 %, Eos 0.6 %, Neu 83.1 %, Lym 15.8 %, Mon 0.3 %), RBC 292 万  $/\mu\text{L}$ , MCV 83.6 fl, MCH 24.7 pg, MCHC 29.5 %, Hgb 7.2 g/dL, Hct 24.4 %, Plt 33.3 万  $/\mu\text{L}$ , TP 5.7 g/dL, Alb 2.9 g/dL, AST 15 IU/L, ALT 9 IU/L, ALP 160 IU/L,  $\gamma$ -GT 14 IU/L, LD 289 U/L, BUN 16.9 mg/dL, Cr 1.03 mg/dL, Na 139 mEq/L, Cl 103 mEq/L, K 4.8 mEq/L, CRP 6.94 mg/dL, CK 38 IU/L, AMY 60 IU/L, Glu 216 mg/dL。尿検査, 淡黄色, 混濁なし, 尿糖 3+, 尿蛋白 (-), エステラーゼ (-), 亜硝酸 (-)。

What is your diagnosis?

【診断, 治療経過】 腹部 CT (図 5) により消化管穿孔による汎発性腹膜炎と診断し, 緊急開腹手術が施行された。小腸 GIST による小腸穿孔と診断した (図 6)。

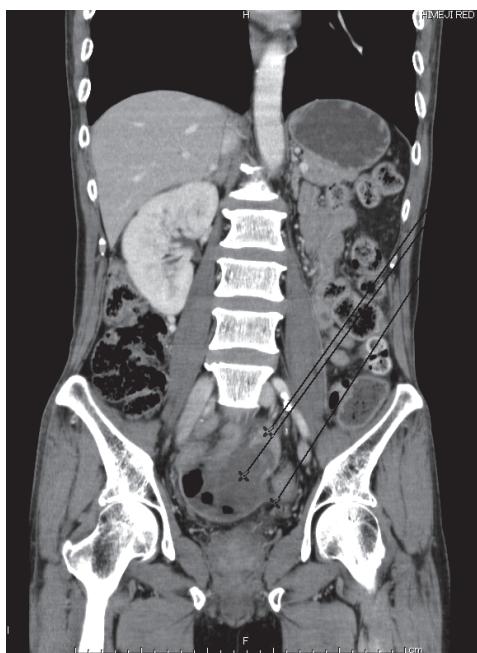


図5. 腹部造影CT 小腸もしくは小腸憩室が破綻して、内容物が腸間膜内へ穿破していると疑われた。

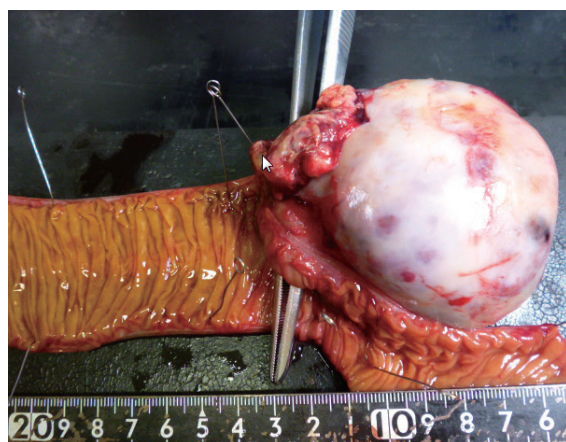


図6. 切除標本

#### 【最終診断】

小腸 GIST による小腸穿孔

【本症例の教訓】 消化管穿孔に伴う汎発性腹膜炎は救急の現場で遭遇する機会の多い緊急疾患の一つである。本症例は診療開始時点では腹部に軽度の圧痛を認めるだけであり、イレウスは鑑別に考えたが、腸管穿孔は積極的には疑っていなかった。しかし、救急外来では患者の状態は一刻一刻と変化する。患者の訴えや症状に常

に耳を傾け、暫定診断が正しいか、見落としはないか、常に再考して身体所見を取り直すことが重要であると痛感した。

【指導医コメント】 小腸原発の GIST は内視鏡による診断は困難であり、CT で充実性腫瘍を認めて疑われることが多い。小腸 GIST が穿孔して膿瘍を形成した報告は珍しい<sup>4)</sup>。時間が経過して膿瘍が形成されると、GIST を術前に診断することは困難になる。

#### 症例 4. 2 日前から腹痛があり更に増悪した 78 歳女性

【現病歴】 近医にて高血圧の加療を受けていた 78 歳女性。2 日前から腹痛が出現した。我慢できる程度であったため受診しなかった。前日の 19 時頃に腹痛が増強し、歩けないほどになった。経過を見たが症状に改善がないため、午前 1 時ごろ救急外来を受診した。

【既往歴】 高血圧。

【内服】 ニフェジピン CR20mg, ロサルタンカリウム 50mg, アトルバスタチン 10mg。

【家族歴】 詳細不明。

【アレルギー】 特記事項なし。

【生活歴】 独居, ADL 自立。飲酒歴, 喫煙歴はなし。

【理学的所見】 歩いて入室。血圧 107/72 mmHg, 脈拍 70/分, SpO<sub>2</sub> 100%, 呼吸数 17 回/分, 体温 36.0℃, 意識レベル JCS 0。顔色不良。眼球結膜黄染なし, 眼瞼結膜貧血なし。胸部は呼吸音清, ラ音なし, 心音は整で雑音なし。腹部は平坦, 軟, 腸蠕動音正常, 正中に拍動性腫瘍を認め, 自発痛と圧痛あり。下腿浮腫なし。

【血液検査所見】 WBC 11000/ $\mu$ l (Bas 0.1%, Eos 0.0%, NE 86.6%, Lym 10.4%, Mo 2.9%), RBC  $329 \times 10^4/\mu$ L, Hgb 9.2 g/dL, Hct 28.7%, MCV 87.2, MCH 28, Plt  $24.9 \times 10^4/\mu$ L, PT INR 1.07, APTT 26 秒, D-Dimer 8.0  $\mu$ g/mL, SF 83.9  $\mu$ g/mL, TP 6.7 g/dL, Alb 3.7 g/dL, T-Bil 0.6

mg/dL, AST 15 IU/L, ALT 12 U/L, ALP 219 U/L, LD 165 U/L,  $\gamma$ -GT 19 U/L, BUN 20.3 mg/dL, Cr 1.23 mg/dL, Na 139 mEq/L, Cl 106 mEq/L, K 4.4 mEq/L, Ca 10.5 mg/dL, Glu 303 mg/dL, CRP 0.27 mg/dL, CK 28 U/L, CK-MB 0 U/L.

What is your diagnosis?

【診断経過】 bedside echoで腹部正中に15 cmの大動脈瘤を認めた。造影CTでは総腸骨動脈より頭側にかけて10cm大の動脈瘤があり、一部に解離を認めた(図7)。大動脈瘤周囲に血液と同濃度の液貯留があるが、造影剤の漏出(extravasation)は見られなかった。状況から考えて、前日の19時頃の腹痛の増悪時に大動脈瘤が破裂したが、一旦自然経過で止血したと考えられた。手術可能な心臓血管外科施設へ緊急搬送した。



図7. 腹部造影CT

#### 【最終診断】

腹部大動脈瘤の破裂

【本症例の教訓】 高齢者の腹痛では消化器疾患に加え、腹部大動脈瘤破裂、腸間膜動脈閉塞症、腸間膜動脈解離といった血管系の疾患を鑑別に挙げることを忘れてはならない。とくに腹部大動脈瘤破裂は緊急性の高い疾患であるが、頻度は低く初診時に見逃されることも少なくない。

腹痛の診療で腹部大動脈瘤を疑う red flag

signとして、60歳以上であること、拍動性腫瘍、安静時疼痛などが挙げられる。また血管系の疾患では疼痛が強い割に、腹部は軟である場合が多い。したがって、高齢者で腹痛が強いが腹膜炎の兆候が見られない場合には、高血圧の既往があれば大動脈瘤破裂を疑う必要がある。

本症例の場合、腹部の触診で拍動性腫瘍に気付いたため、bedside echoを行って速やかに腹部大動脈瘤と診断できた。そしてCT撮影後に速やかに緊急手術が可能な施設へ搬送して治療された。

【指導医コメント】 腹部大動脈瘤の90%以上は腎動脈より下方に生じるが、触診で判るのは直径3～4 cmの瘤で33%、5 cmの瘤で75%とされる。破裂の最初のイベントは大動脈瘤の内膜に潰瘍ができて壁内あるいは血栓内へ出血することであり、このときに腹痛や背部痛が生じる。図7の大動脈瘤の壁の右側から腹側にかけて三日月状の高吸収が見られるのがそれに該当し、hyperattenuating crescent signと呼ばれる<sup>5)</sup>。こうなると数時間前後で壁外に出血、つまり破裂に進行することが多い。

本症例の動脈瘤は壁内血栓が厚く、後腹膜に出血した後、幸運にも直ちに致死的な大出血に進まなかった。もちろん、研修医が触診で速やかに腹部大動脈瘤に気付いたこともファインプレーであった。頭部外傷において、来院時は会話可能であるがその後に急激に症状が悪化する“Talk and deteriorate”と呼ばれる症例がある。walk-inで受診する患者の中にも、本症例のような一刻を争う重篤な患者が紛れ込んでいるのが、救急外来の怖さである。

症例5. 1週間持続する嘔気、嘔吐、便秘にて来院した64歳女性

【現病歴】 7日前に食思不振、嘔吐、上腹部痛が出現した64歳女性。近医を受診し、腹部超音波検査で胆嚢結石が疑われた。その後も症状に

改善がなかったため、脾炎の検討も含めて、4日前に当院内科に紹介された。腹部エコー、血液検査にて急性胃腸炎と考えられ、帰宅した。次第に腹痛は軽減したが、嘔吐と便秘が続いたため、再び近医を受診。今度は別の病院に紹介され、CTでイレウスと診断された。再度、当院の救急外来に紹介された。

【既往歴】 特記すべき事項なし、手術歴なし。

【嗜好歴】 飲酒、喫煙なし。

【内服歴】 ビフィズス菌製剤、レバミピド、ドンペリドン。

【理学的所見】 独歩で診察室へ入室。肥満体型。意識レベルJCS 0、体温36.6℃、心拍数 95/分、整、血圧 133/95 mmHg、SpO<sub>2</sub> 98 % (room air)。眼球結膜に充血や黄染なし、眼瞼結膜に貧血なし。頸部リンパ節は触知せず。心音は整、複雑音聴取せず。呼吸音は清、ラ音聴取せず。腹部は膨満、軟、右季肋部から右下腹部にかけて軽度圧痛あり、反跳痛なし、腸蠕動音微弱、Murphy徴候陰性、McBurney点に圧痛なし。下腿浮腫なし。

【血液検査所見】 WBC 15900/ $\mu$ L (Bas 0.2 %, Eos 0.1 %, Neu 82.3 %, Lym 11.7 %, Mon 5.7 %), RBC 651 $\times 10^4$ / $\mu$ L, Hgb 18.7 g/dL, Hct 54.5 %, Plt 39.2 $\times 10^4$ / $\mu$ L, TP 7.5 g/dL, Alb 4.2 g/dL, T.Bil 0.8 mg/dL, AST 58 IU/L, ALT 139 U/L, ALP 324 U/L,  $\gamma$ -GT 112 U/L, LDH 254 U/L, BUN 53.6 mg/dL, Cr 0.94 mg/dL, Na 133 mEq/L, Cl 86 mEq/L, K 3.5 mEq/L, Ca 9.8 mg/dL, Glu 171 mg/dL, CRP 9.10 mg/dL, CK 45 U/L, AMY 136 U/L, PT INR 1.06, APTT 29.3秒, D-Dimer 1.9 $\mu$ g/mL。

What is your diagnosis?

【診断経過】 造影CTでは小腸の拡張、腸液貯留が著明であり、腸閉塞と考えられた(図8・9)。腸管壁の造影不良は認めなかった。腸管の caliber change を認める部位に約3 cm大の high density な異物を認めた。また胆嚢、総胆管、肝

内胆管内に air を認め (pneumobilia)、胆嚢頸部と十二指腸球部～下行脚の間に瘻孔形成が疑われた。もともと胆嚢結石症があり、胆嚢と十二指腸間に瘻孔が形成されて胆石が腸管内へ侵入し、胆石イレウスを発症したと考えられた。

#### 【最終診断】

落下胆石イレウス、胆嚢十二指腸瘻、胆管炎。

【入院経過】 イレウス管を留置して、絶食、補液、抗生物質にて治療した。しかし自然排石が見られないため、入院15日目に腹腔鏡補助下小腸部分切除を施行した。

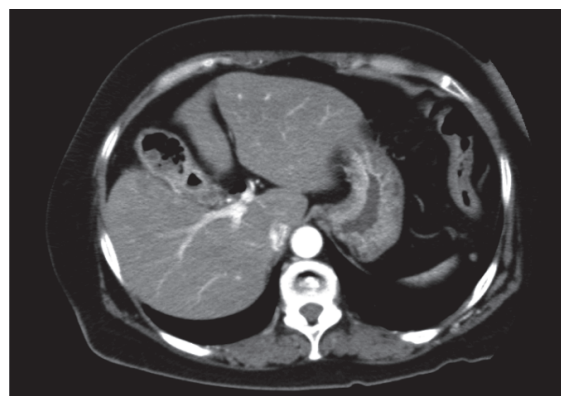


図8. 腹部CT 胆嚢内に気腫を認めた。



図9. 腹部CT 空腸遠位部に高輝度の異物（落下した胆石）、その口側の腸管拡張を認めた。胆嚢と十二指腸に瘻孔が認められた。

【本症例の教訓】本症例の様な腹痛，嘔吐，食思不振は日常診療において大変よく遭遇する主訴である．患者は当院の初回受診時に胃腸炎疑いとして一度帰宅したが，後日，胆嚢十二指腸瘻を伴った胆石性イレウスを起こして再診した．より迅速に診断に至るためのポイントがあったのだろうか．

当院の初回の外来受診時の血液検査では炎症反応の亢進以外に有意な所見はなく，腹部エコーも腹壁が厚いため詳細な観察は困難で，小腸の軽度拡張と蠕動の低下以外には診断に至る所見は得られなかった．この所見は急性腸炎症状に矛盾のないものであったが，振り返ると，発熱がないこと，下痢がなく4日間の便秘状態であったことは，典型的な急性腸炎には少し合わない．患者の全身状態が良く，緊急性はなかったためCTは撮影されなかった．

腹部症状による受診は多いが，初診時にどこまで精査を行うかは患者の状態により異なる．本症例のようにエコー検査で確定診断に至らず，暫定的に急性腸炎として経過を観察したが，後日，別の診断が確定する例も少なくない．今回の教訓として，急性腸炎は頻度の高い疾患であるが，臨床症状や検査結果に合わない点がある場合は，他の疾患の可能性も排除しないで，更に検査を予定するか，もしくは症状が変化した場合に再診するように患者に充分説明することが重要である．

【指導医コメント】落下胆石イレウスは胆嚢炎によって生じた内胆汁瘻を通して胆嚢結石が消化管内に落下し，通過障害をおこす比較적まれな疾患である<sup>6)</sup>．結石が嵌頓する部位としては回腸，なかでも回腸終末部が最も多い．本症例は遠位空腸のcaliber changeを認める箇所が明瞭で，そのすぐ口側に同心円状の球形の異物が確認された．小腸の閉塞を示唆する他の所見として，大腸にガス像がなく虚脱している点にも注目すべきである．

腸管内に石灰化した大きな異物が認められる

場合，今回のように落下した胆石を疑って，胆嚢や胆管内のガス像を腹部X線写真やCTで確認する．胆石イレウスの他の画像所見には，結石の移動によるniveauの経時的变化が挙げられる．

胆石以外にも，十二指腸憩室やMeckel憩室に形成された腸石，輸入脚内の結石，胃石が落下する場合もある<sup>7)</sup>．

本症例の経過を考察すると，7日前には近医の診断のとおり胆嚢内に結石が存在した可能性はある．しかしその後数日のうちに，胆嚢十二指腸瘻を通して結石が落下し，初回到院を受診した時には既に，胆嚢内に結石は存在しなかった．その状況で初めて診察すれば，瘻孔周囲の十二指腸の炎症所見を急性腸炎と診断しても，むしろ当然である．おそらくその時，胆嚢や胆管内のガスは超音波検査や単純X線写真では指摘が困難な程少量だったのだろう．

- 
- 1) 肥塚直美. Sheehan症候群. 日内会誌97: 752~5, 2008.
  - 2) 山上啓子. 体重減少，低ナトリウム血症，全身倦怠感をきたした症例. 日内会誌103: 1008-11, 2014.
  - 3) Atmaca H, et al. Posterior pituitary function in Sheehan's syndrome. Eur J Endocrinol. 156: 563-7, 2007.
  - 4) 岡本信彦, 他. 巨大膿瘍を形成した十二指腸 gastrointestinal stromal tumor の1例. 日消誌108: 1886-91, 2011.
  - 5) Rakita D, et al. Spectrum of CT findings in rupture and impending rupture of abdominal aortic aneurysms. Radiographics. 27: 497-507, 2007.
  - 6) 平良章子, 他. 穿孔性腹膜炎を合併した胆石イレウスの1例. 日消誌105: 578-82, 2008.
  - 7) 森居, 真史, 他. 十二指腸傍乳頭憩室および憩室内結石により急性膵炎を発症後，腸石イレウスを続発した1例. 日消誌112: 863-70, 2015.