

腹部症状のある患者を診る

ー消化性潰瘍を中心にー

Case 1

56歳の男性。1ヶ月ほど前から前胸部痛と胸焼けを感じていた。次第に胸焼けが強くなって食欲も減退してきたために来院。

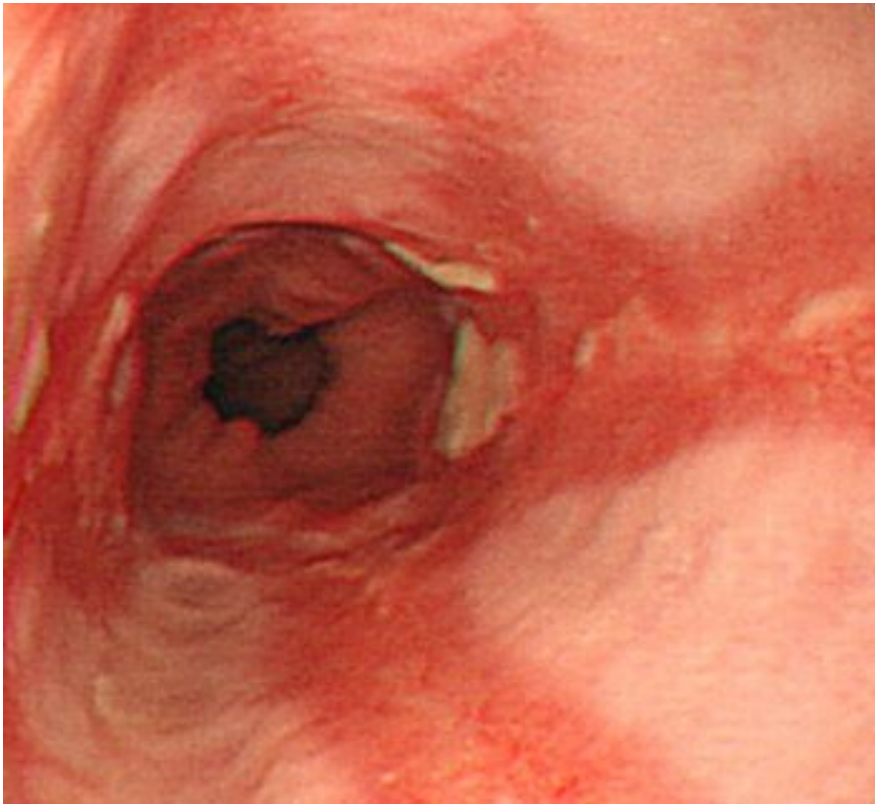
運動負荷心電図検査では異常を認めなかった。血液検査では特記すべき異常所見もなく、検尿でも異常を認めなかった。



何を考える？

次にどのような検査を行なう？

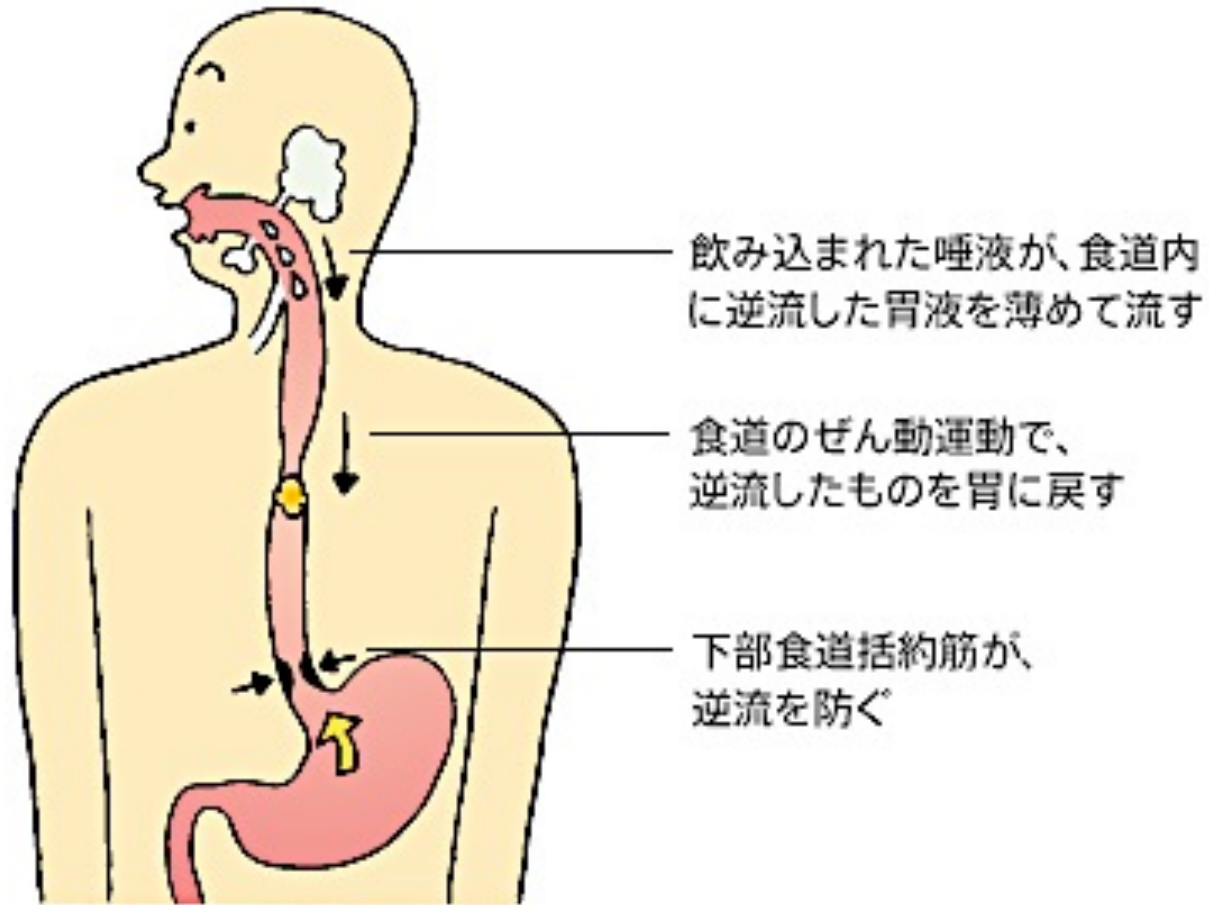
内視鏡検査 胃・食道pHモニター



内視鏡では、食道下部に4筋の発赤したびらんが認められた。

pHモニター検査では、食道のpH低下が認められた。

胃液の逆流を防止する機構



逆流性食道炎の原因

1. 脂肪の多い食事、食べ過ぎ

脂肪の多い食事をとると、12指腸から分泌されるコレシストキニンが下部食道括約筋を弛緩させる。食べ過ぎると、胃が下垂することで下部食道括約筋が弛緩する。

2. 蛋白質の多い食事

蛋白質の多い食事を食べると、消化が悪く長く胃に留まるため、食道に逆流し易い。

3. 加齢

下部食道括約筋の働きが悪くなる。

4. 背中が曲がった人

背中が曲がると、胃が圧迫されて逆流し易くなる。

5. 肥満

腹圧があがるために、逆流し易くなる。

6. 薬剤性

逆流性食道炎とピロリ菌

ピロリ菌と逆流性食道炎の関係について、ピロリ菌に感染している人の割合が高い国は逆流性食道炎の患者さんが少ないことが分かっている。これは、ピロリ菌によって胃に炎症が起こると、胃酸の分泌が少なくなるためと考えられている。日本はピロリ菌に感染している人の割合が高い国だったが、衛生環境が改善してきたことで、その割合は低くなってきた。これが近年、日本で逆流性食道炎が増えたことのひとつの原因と考えられている。

薬物療法

1. 胃酸分泌阻害剤

1) H₂ブロッカー

胃の壁細胞にはH₂受容体があり、ヒスタミンが結合すると、胃酸が分泌される。

2) プロトンポンプ阻害薬(現在の第1選択)

胃酸は壁細胞のプロトンポンプによって分泌される。

PPIは小腸で吸収されるため、腸管内への速やかな以降を目的とするならば、食前投与の方が望ましい。

2. 粘膜保護剤(PPIに追加する場合の選択)

食道の粘膜をおおって、逆流してきた胃液から食道粘膜を守る。

腹部膨満や胃もたれがある場合には、ガスモチンを投与する。

3. 制酸剤(PPIに追加する場合の選択)

胃酸を中和する薬。

逆流性食道炎を悪化させる、惹起させる薬剤

1. 下部食道括約筋(LES)圧を低下または弛緩させる薬剤
カルシウム拮抗剤、テオフィリン、抗コリン剤、 β -アドレナリン作動薬、 α -アドレナリン遮断剤、硝酸塩
2. 直接粘膜障害を惹起させる薬剤。
アスピリン、NSAID、抗生剤(TCなど)、抗ウイルス剤

Case 1

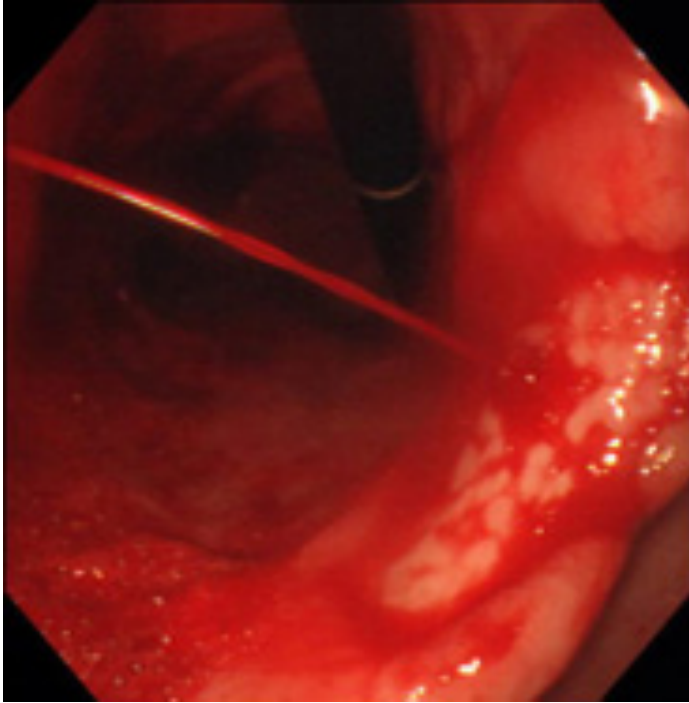
65歳男性。喫茶店で食事中に2—3分間の意識消失発作にて救急病院に搬送。救急病院到着時には、意識清明、冷感著明、モニター上R-R間隔不整、体温36.9℃、脈拍108／分、血圧87/68mmHg、SpO2 99%(酸素8l)、末梢冷感+。
直ちに静脈路を2本確保し、同時に採血を施行、平行して本人より病歴聴取。当院搬送前日にも別の病院に意識消失で搬送された既往があり、頭部CT、心電図、血液検査が施行され貧血を指摘されている。



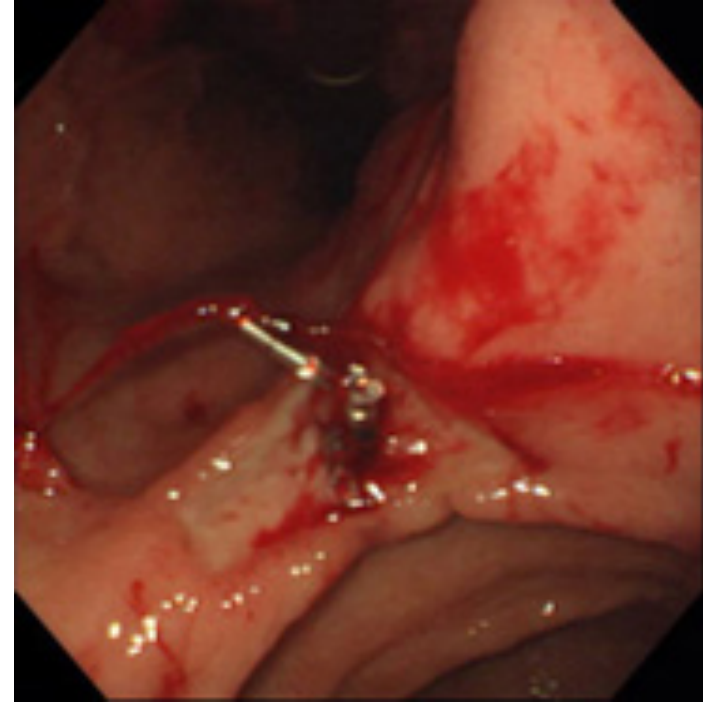
何を考える？



胃動脈からの出血



胃角潰瘍からの噴出性の出血



クリップにて止血

入院治療とするか外来治療とするかの判断は？



急性期消化管出血の評価基準 Blackford risk score

点数	1	2	3	4	5
BUN (mg/dl)		6.5-7.9	8.0-9.9	10.0-24.9	25.0~
Hb (男性)	12.0-12.9		10.0-11.9		~9.9
Hb (女性)	10.0-11.9				~9.9
収縮期血圧	100-109	90-99	~90		
他の指標	脈拍数>100 下血有り	失神有り 肝疾患 心不全			

来院時のBUN、Hb、血圧とその他の項目から入院治療が必要かどうかの判断ができるスコア。

合計点数が0か1の場合には専門外来を紹介して帰宅可能と考えられる。

急性期消化管出血の評価基準 Rockall score

点数	0	1	2	3
病歴のみ				
年齢	60歳未満	60－79歳	80歳以上	
バイタル	ショックなし 収縮期血圧100以上 かつ脈拍数100未満	頻脈 収縮期血圧100以上か つ脈拍数100以上	血圧低下 収縮期血圧100以下	
合併症	重大なものなし		うっ血性心不全 虚血性心疾患	腎不全・肝不全 播種性悪性腫瘍
病歴＋内視鏡所見				
内視鏡診断	Mallory-Weiss または所見なし	その他の所見有り	上部消化管悪性腫瘍	
出血	観察時なし 黒色出血斑		出血している血管 露出血管	

合計点数	0	1	2	3	4	5	6	7
死亡率(%)	0.2	2.4	5.6	11.0	24.6	39.6	48.9	50

緊急内視鏡の適応は？



- 1) 吐血している場合。
- 2) ショックバイタルを呈している場合。
- 3) 胃洗浄で出血はなし。またはコーヒー残渣様内容物が少量だけであったが、
 - ・収縮期血圧が100mmHg以下
 - ・脈拍数100／分以上
 - ・BUN 25mg/dl以上
 - ・Hb 10g/dl以下
 - ・下血有り
 - ・うっ血性心不全、腎不全、肝硬変の既往
 - ・60歳以上（特に80歳以上）

出血性胃潰瘍の治療

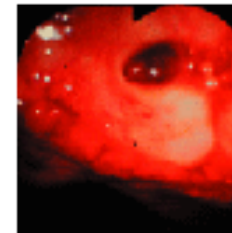
出血性胃潰瘍の診療フローチャート

内視鏡的止血術

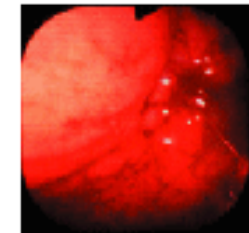
絶食(3日間、グレードB)
補液
胃酸分泌抑制薬(グレードB)
(経静脈的)
●プロトンポンプ阻害薬
●H₂受容体拮抗薬

H.pylori除菌
(グレードB)

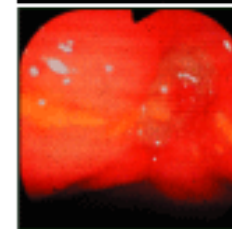
EBMに基づく胃潰瘍診療ガイドライン,63,2003.



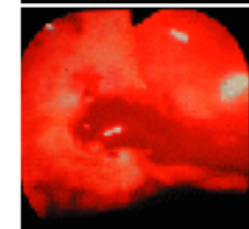
(3)



(1)



(4)



(2)

- 1) 潰瘍底から、勢いよく噴出する出血が見られる。
- (2) 内視鏡的止血術により、出血量が減少。
- (3) 血液の流出もなくなり、潰瘍底の露出血管が明瞭になる。
- (4) 翌日の内視鏡検査で、止血が確認された。

止血後の注意点

1. 再出血の予防

再出血高リスク患者

- 1) 胃内に新鮮血を認めた。
- 2) 活動性出血や露出血管を認めた。
- 3) 2cm以上の大きな潰瘍。
- 4) 凝結塊が大きくて良く観察できなかった。

2. 輸血をどうするか？

来院時Hbが10g/dl以下なら輸血の適応と考える。特に高齢者では低酸素状態が起こりやすいので注意する。

3. 治療薬の選択

主役：酸分泌抑制剤（プロトンポンプ阻害薬、H2受容体拮抗薬）

脇役：粘膜保護剤など

Case 1942年生まれの男性。1993年にALSを発症。1996年に気管切開下の人工呼吸管理および胃瘻作成。胃瘻には以後、汎用シリコンバルーンカテーテルやガストロボタンを使用してきたが、2001年9月13日B社製の胃瘻用バルーンカテーテルに交換した。2001年9月25日、静脈麻酔下に上部消化管ファイバーを実施。患者の前庭部後壁に、出血を伴う急性期胃潰瘍の形成がみられた。潰瘍形成部以外は、食道、十二指腸も含め全く所見なく、粘膜のびらんさえ見当たらなかった。この写真は胃瘻を抜去して撮影した。

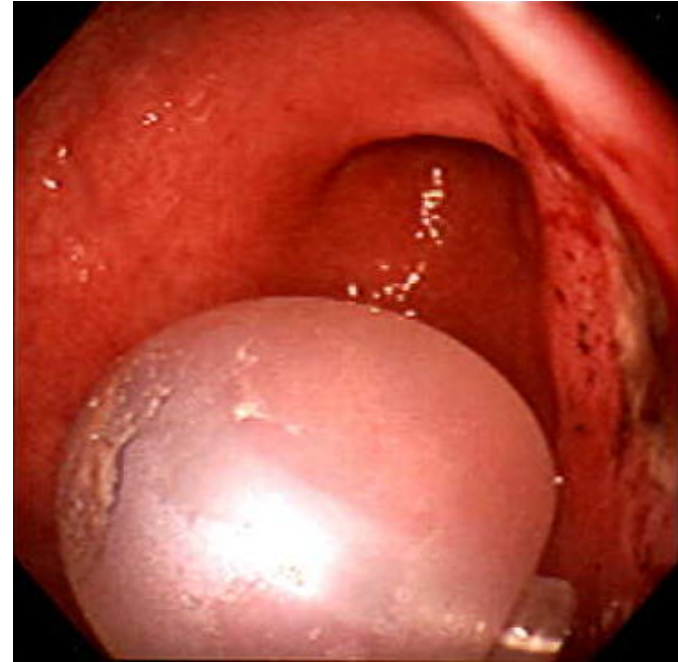


何が原因で潰瘍が形成されたのか？

胃潰瘍部分の内視鏡写真



患者の前庭部後壁に、出血を伴う急性期胃潰瘍の形成がみられた。カテを抜いて撮影。



白く球形状のものが、抜去を防止するためのバルーンである。バルーン右に飛び出しているのが、胃瘻チューブの先端である。この部が、胃壁にあたる場所に潰瘍の形成がみられた。

胃瘻合併症としての胃潰瘍

胃瘻に合併する胃潰瘍はチューブ先端が胃壁に接触することにより発生する。胃瘻チューブからの出血で気付かれることが多い。胃瘻交換時に瘻孔から、内視鏡を挿入して観察すると、正面对側に潰瘍を認める。尿道バルンカテーテルを代用している場合など、バルンから先のチューブの突出が長い(5mm以上)カテーテルほど潰瘍形成が起こりやすい。通常のバルンタイプの胃瘻チューブでも潰瘍が発生する場合は扁平バルンに変更する。

Case 66歳の女性。頭痛持ちで、毎日ロキソニンを服用していた。9月に入って心窩部痛が食後に認められるようになり、黒色便も認めたため来院。

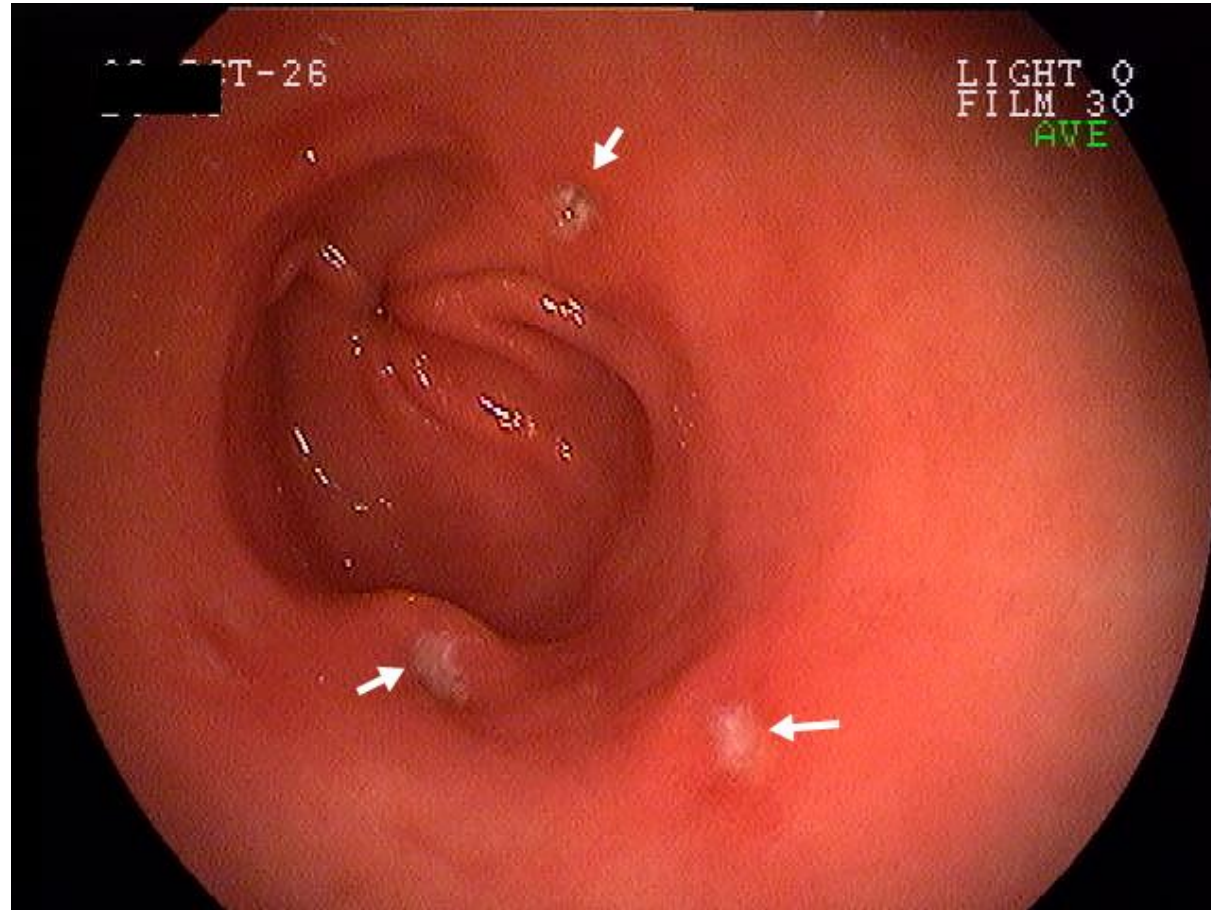
理学所見上は心窩部の圧痛を認めるのみであった。

検査所見：RBC 386万／ μ l、Hb 11.3 g/dlと軽度の貧血を認めた。



何を考えて次の検査をするべきか？

急性胃粘膜障害 (acute gastric mucosal lesion) を疑って内視鏡検査へ



鎮痛剤の服用が原因と思われる、幽門前庭部に多発した胃潰瘍(矢印)

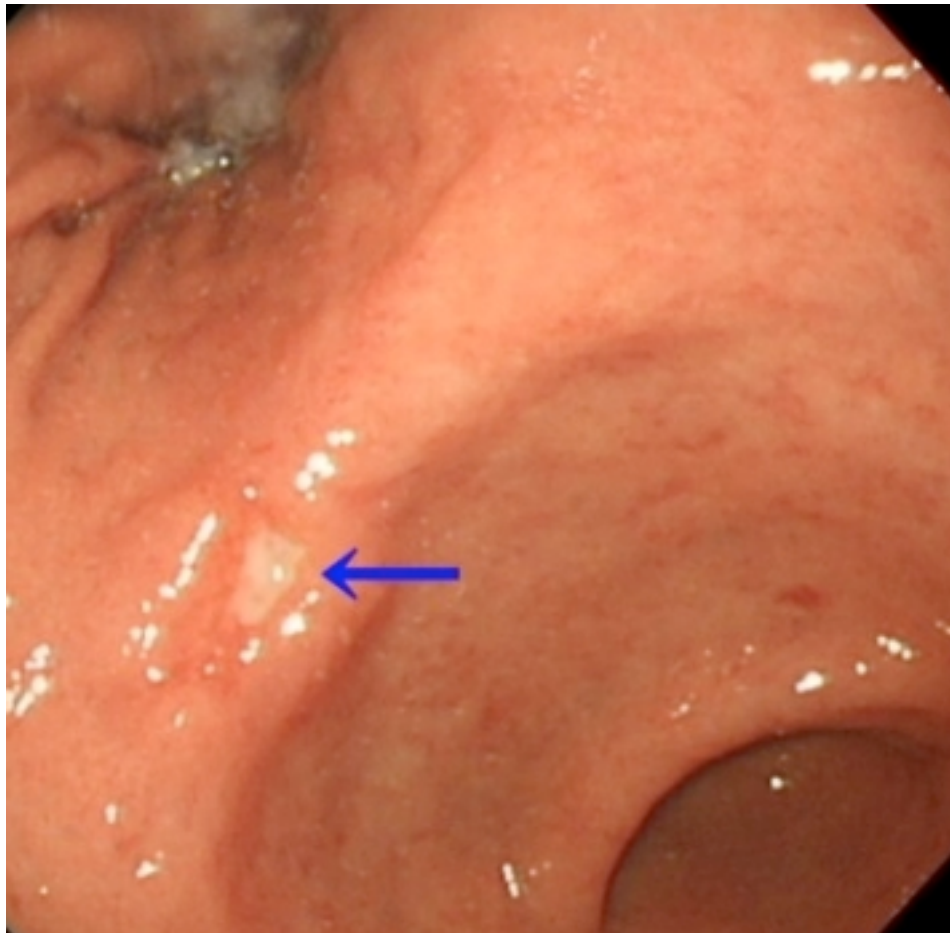
NSAIDs投与時の胃粘膜障害防止



H2ブロッカーの投与以外に急性胃粘膜病変の予防は難しい。

Case 40代の男性。

健診の胃バリウム検査で、「胃角の壁硬化像」を指摘され、二次検査目的で、診療所を受診。



青い矢印の先が、胃潰瘍。治りかけの状態で、一見良性の潰瘍に見える。ただ、周りが少しびつなため、潰瘍の周辺の組織を取って調べた所、そこから胃癌の細胞が見つかった。

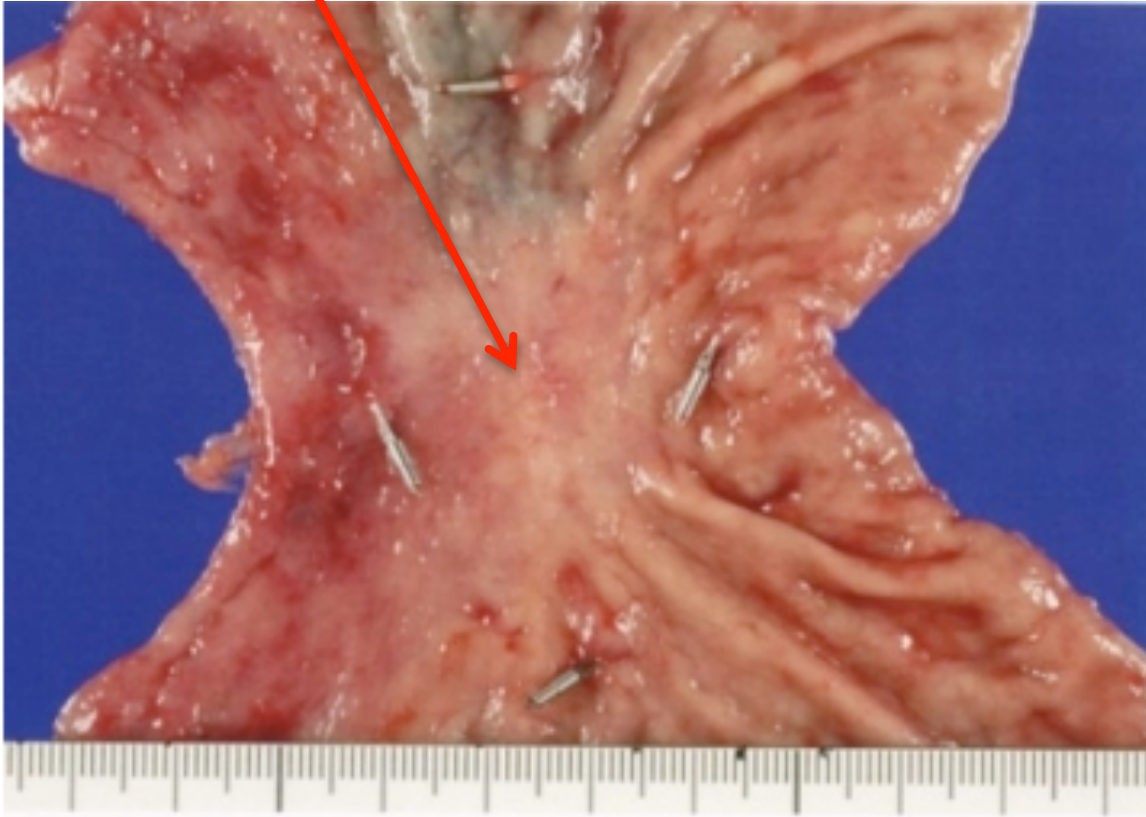
A大学病院の消化器外科に紹介した。ところが大学病院で再検査をした所、10箇所組織を取っても、癌の細胞は出なかった。



何を考えるべきか？

切除標本

内視鏡で認められた潰瘍



硬いしこりは作らず、粘膜の表面よりむしろその下に広がるタイプの癌のため、なかなか組織の検査で、異常な部分が採取出来なかった。超音波検査を併用した生検でようやく癌細胞が検出され、手術となった。

組織検査で、印鑑細胞癌と判明し、潰瘍そのものは良性の潰瘍であった。潰瘍周辺のバイオプシで偶然癌細胞が採取されたために、見つかった幸運な一例。

Case 28歳の男性。主訴は心窩部痛。

現病歴：夕飯で刺身定食を食べた。食後ビールを中ジョッキ4杯ほど飲み帰宅したが、帰宅後心窩部の堪え難い痛みが出現し、救急外来受診。

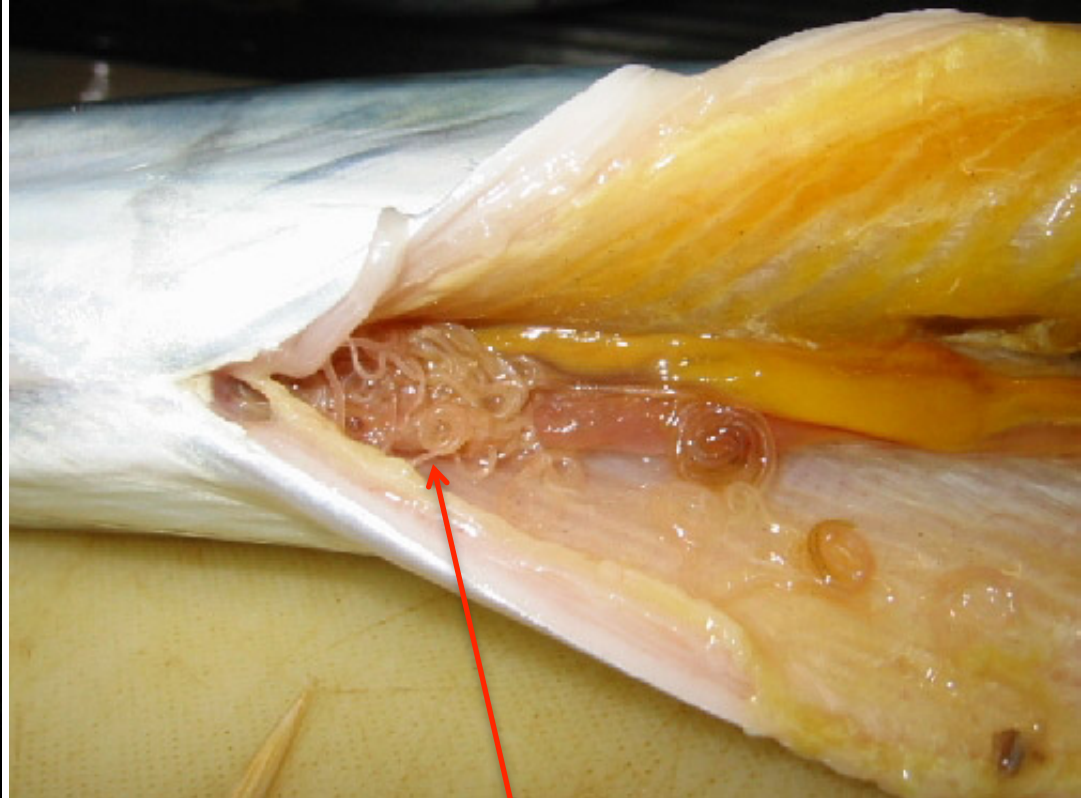


何を考えて次の検査をするべきか？

アニサキス症の一例



胃壁に食い込んだアニサキス



サワラの内蔵にいたアニサキスの集団

アニサキス症の疫学

発症数：1年間に2,000例から3,000例に上ると見られる。

発症時期：アニサキス症がよく発生する時期は12～3月の寒期が多く、7～9月の暖期に最も少ない傾向がある。これはアニサキスの感染源となる魚の漁期に関係している。つまり、北方ではタラ、オヒョウ、その他の海域ではサバ、イワシなどの漁獲期がこの時期である事による。

予防：米国のFDA(食品医薬品局)は、生食用の魚について、 -35°C 以下15時間または -20°C 以下7日間の冷凍処理を勧告している。また、EU(欧州連合)の衛生管理基準では海産魚類の視覚による寄生虫検査を義務付け、生食用の海産魚に関して冷凍処理(-20°C 以下24時間以上)を指示している。日本には指示がないが、北海道では古くからマスを冷凍して食する習慣があった(ルイベ)。

青魚アレルギーの本態は？

表. アニサキス関連疾患におけるアニサキスAlaSTAT陽性率

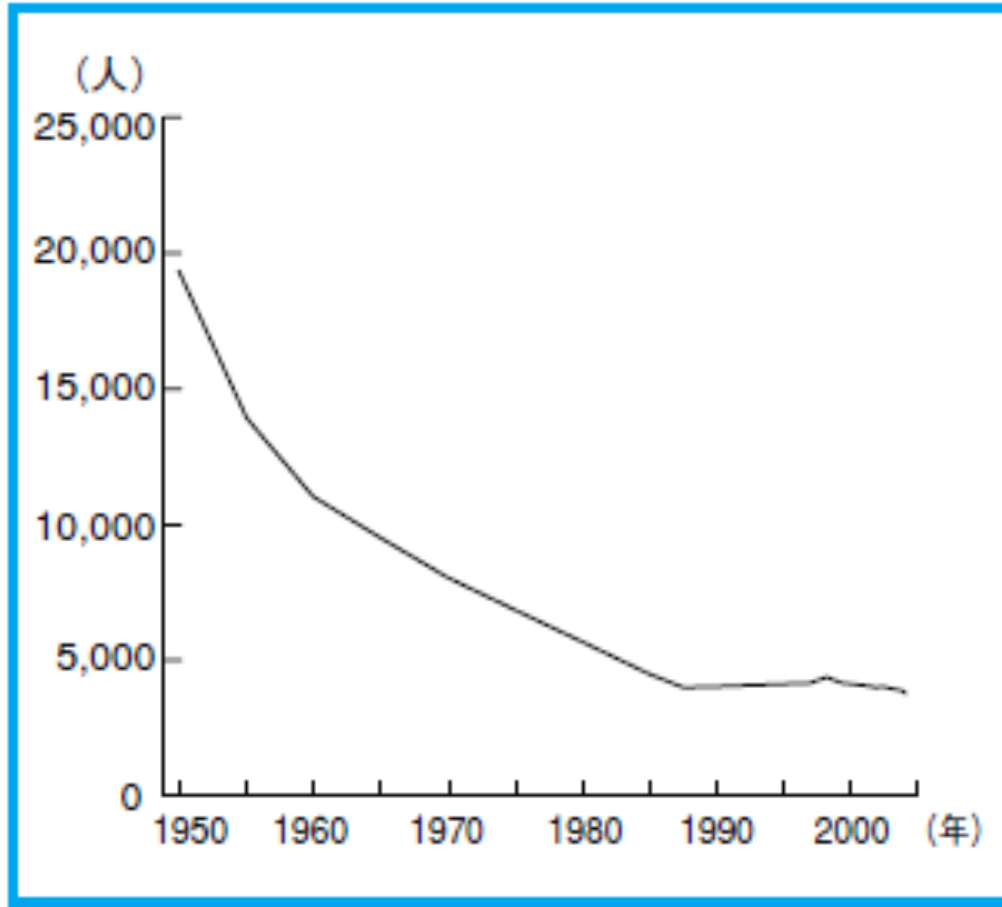
疾 患 群	陽性率(%)
アニサキス症 (n=32)	87.5
魚介類生食の既往のある不明腹痛症 (n=9)	66.7
サバじんま疹 (n=12)	75.0
原因不明のじんま疹 (n=24)	8.3
回虫症 (n=3)	0.0
正常対照 (n=20)	10.0

IASR

Infectious Agents Surveillance Report

あるアニサキス症患者が、自ら調理した酢サバを食べ、2時間後に寒気、四肢の脱力、咳、呼吸困難、心悸亢進など、アナフィラキシー様症状を示した後、全身のじんま疹を経験した。その後、心窩部痛を訴えて救急外来受診。アニサキス症を疑われ胃内視鏡検査を行い、虫体が摘出された。後日、この患者に皮内反応を行ったところ、サバを含む当夜食された食品に対してはすべて陰性であったが、アニサキスに対しては強い陽性を示した。

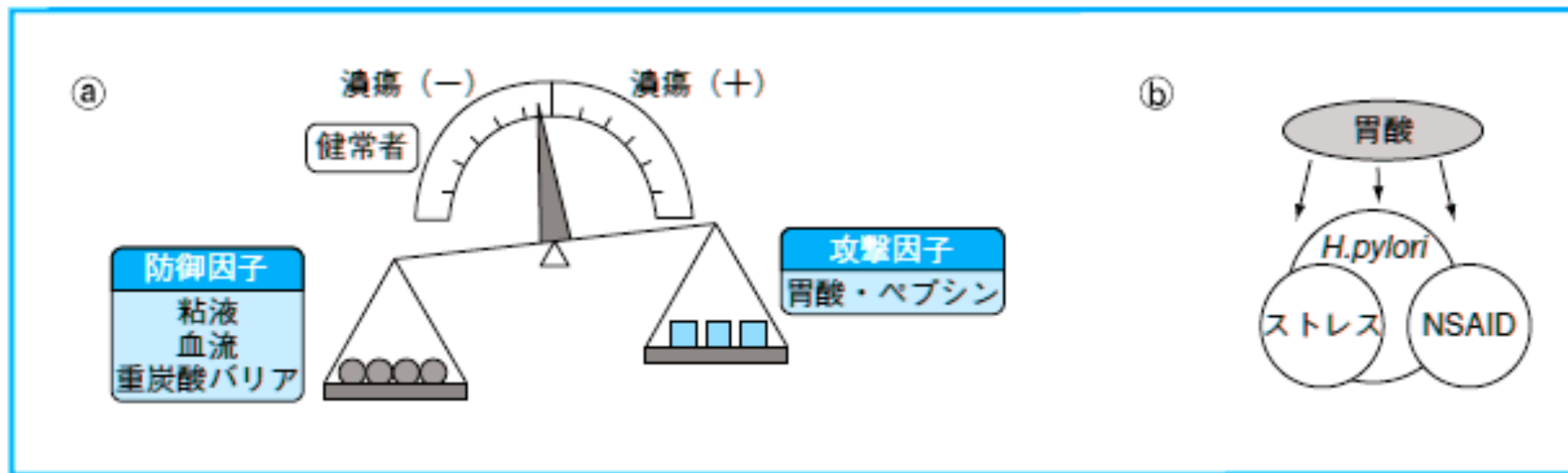
胃潰瘍・十二指腸潰瘍による死亡数



胃潰瘍および十二指腸潰瘍の死亡者数は、1950年の19,323人から経年的に著しい減少傾向を示しているが、1990年以降は横ばいで2004年には**3,409人**となっている。

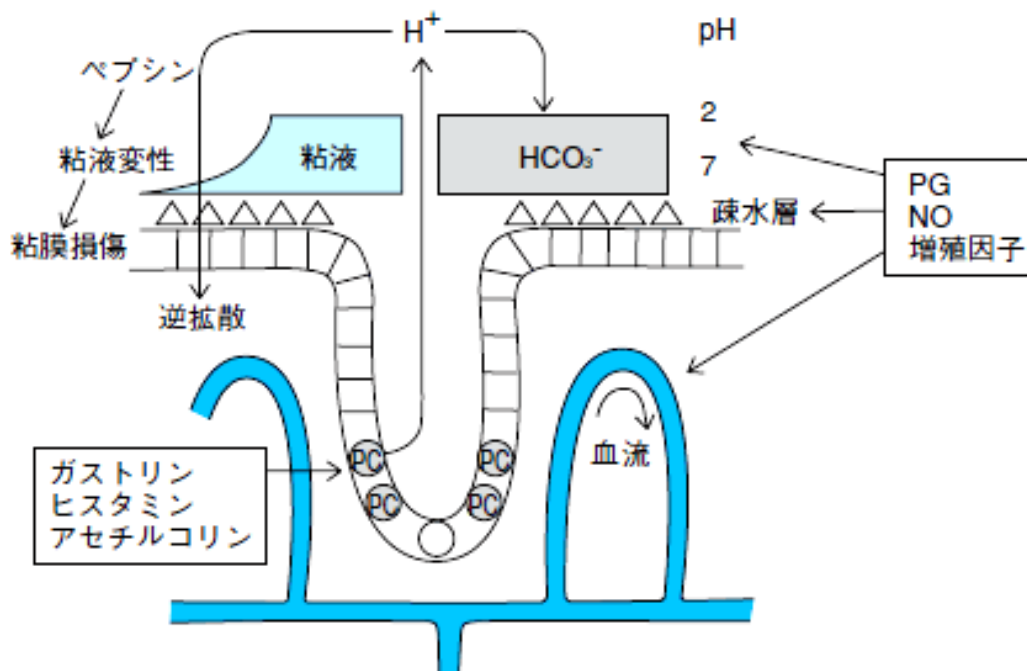
その中であって、加齢とともに死亡率が増加する傾向に変化はみられない。死亡統計は出血や穿孔を伴う合併症潰瘍の動向を反映していると考えられる。

胃潰瘍・12指腸潰瘍の発症メカニズム



消化性潰瘍の成因は胃酸やペプシンなどの攻撃因子と、防御因子としての粘液、血流、重炭酸バリアなどとのアンバランスにより潰瘍が発生するとするバランス説で理解されてきたが、現在はH. pylori 感染、NSAIDが二大要因であり、胃酸がそれぞれに共通した増悪因子であると考えられている

胃粘膜の防御機構



胃底腺の壁細胞（PC）からの酸分泌は、ガストリン、ヒスタミン、アセチルコリンにより刺激される。粘膜防御機構は、主に酸・ペプシンに対する粘膜保護に働き、管腔側より前上皮（粘液／重炭酸）、上皮（細胞構築、細胞回転）、上皮（血流・微小循環）に分類される。プロスタグランジン（PG）、一酸化窒素（NO）、増殖因子などの多彩な因子により粘膜抵抗性が維持される。

攻撃因子である胃酸分泌は、ガストリン、ヒスタミン、アセチルコリンによって刺激される。防御因子としては粘液、重炭酸、上皮細胞、血流や微小循環などから構成されている。プロスタグランディンや一酸化窒素などで抵抗性が維持されている。

胃炎

1. 炎症の経過によって急性胃炎と慢性胃炎に区別する。
 - ・急性胃炎(急性の組織学的炎症所見として内視鏡的には発赤、びらん、浮腫、出血などが見られる。)
 - 急性胃炎に加えて潰瘍や広範なびらんなどが認められる疾患を急性胃粘膜症候群(AGML)と呼ぶ。
 - ・慢性胃炎:リンパ球などの炎症性細胞浸潤の組織像に合致する
2. 胃炎の分類(新シドニー分類)

内視鏡所見

浮腫, 発赤, 脆弱性, 浸出液, 平坦びらん, 隆起びらん, 粘膜ヒダ萎縮, 粘膜ヒダ過形成, 血管透見性, 壁内出血斑, 結節性変化 診断のカテゴリー: 発赤性・浸出液胃炎, 平坦びらん性胃炎, 隆起びらん性胃炎, 萎縮性胃炎, 出血性胃炎, ひだ過形成胃炎, 逆流性胃炎, うっ血性胃炎

病理組織所見

急性胃炎, 慢性胃炎, 特殊性胃炎

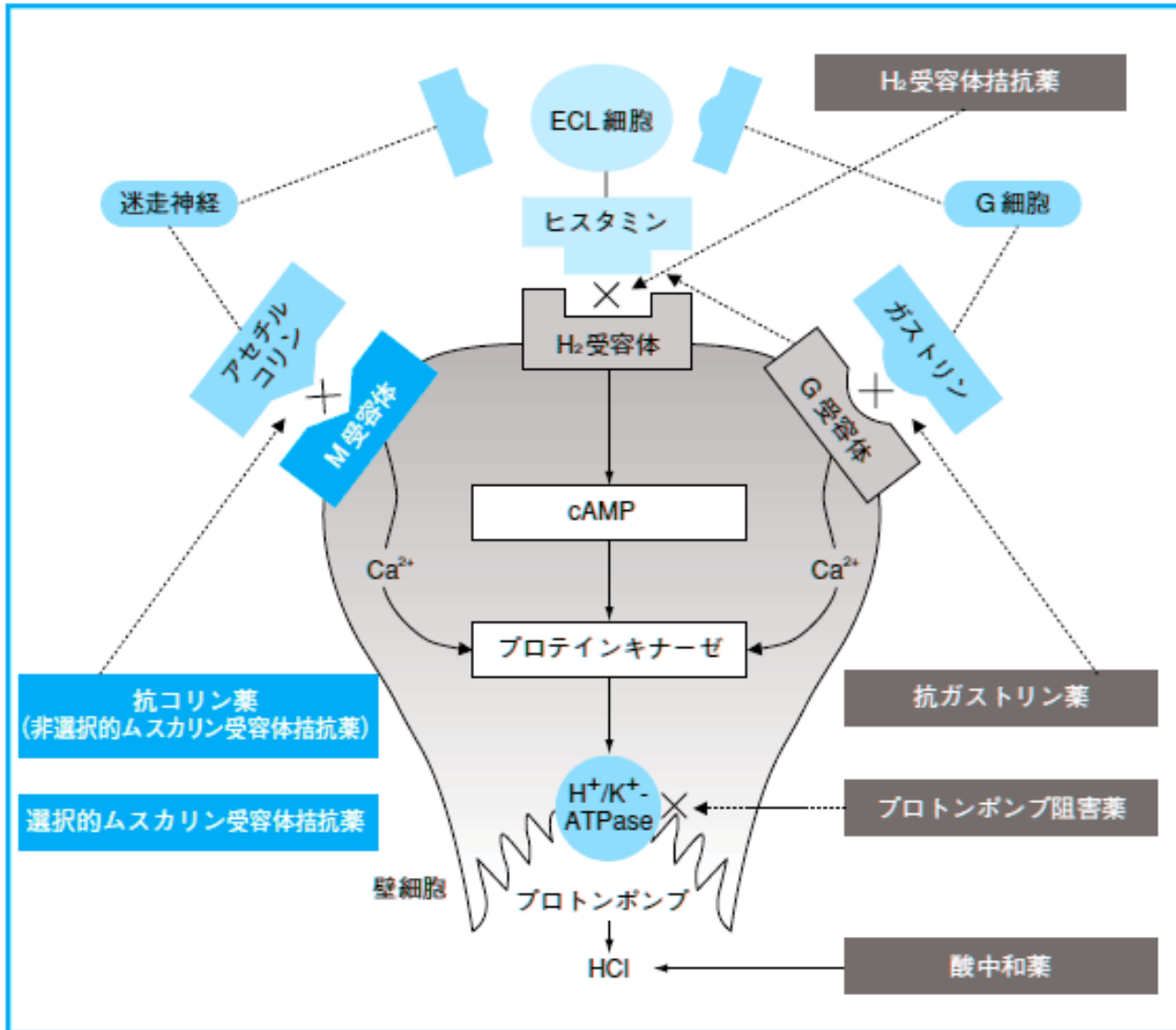
成因(H. pylori—80%, 自己免疫性5~10%, 特発性10~15%)

局在(前庭部胃炎, 体部胃炎, 汎発性胃炎)

形態(慢性炎症, 単核球浸潤の程度, 腺萎縮, 腸上皮化生, H. ピロリ密度)

その他(浮腫, びらんなどの非特異所見, 肉芽腫)

抗潰瘍薬の作用点



胃酸分泌は、ガストリン、ヒスタミン、アセチルコリンによって刺激されるが、抗コリン薬はアセチルコリン受容体をブロックし、抗ガストリン薬はガストリン受容体をブロックする。H₂受容体拮抗薬はヒスタミン受容体をブロックする。

最終的な胃酸分泌機構であるプロトンポンプをプロトンポンプ阻害薬がブロックするので、最も強力な胃酸分泌抑制薬となっている。

攻撃因子抑制薬

(1) 酸分泌抑制薬

・プロトンポンプ阻害薬 (PPI)

主として肝排泄。1日1回服用のためコンプライアンスが得られやすい。オメプラゾールとランソプラゾールには注射薬がある(1日2回投与)。胃潰瘍では8週間と保険適用上の制限がある。

・H2受容体拮抗薬 (H2RA)

PPIに次ぐ強力な酸分泌抑制薬。主として腎排泄。経口薬のみならず注射薬も揃っており使用しやすい。

・選択的ムスカリン受容体拮抗薬

塩酸ピレンゼピンはM1受容体特異的で、M2受容体には比較的作用が少ないので前立腺肥大症、緑内障や心疾患を有する患者に用いてもよい。

・抗コリン薬 (非選択的ムスカリン受容体拮抗薬)

現在ではいわゆる鎮痙剤としての使用が主体となっている。

(2) 酸中和薬

即効性だが作用時間が短い。一般にアルミニウム塩は副作用として便秘を起こしやすく、マグネシウム塩は下痢を起こしやすい。

酸分泌阻害薬

一般名	商品名	用法用量	主な副作用
H2受容体拮抗薬 ファモチジン ラニチジン ニザラチン ラフチジン シメチジン ロキサチジン	ガスターD錠(10mg) ザンタック錠(75mg) アシノンカプセル(75mg) ストガー錠(10mg) タガメット錠(200mg) アスタットカプセル(75mg)	2T 2X 朝・夕食後 2T 2X 朝・夕食後 2C 2X 朝・夕食後 1T 1X 夕食後 2T 2X 朝・夕食後 1C 1X 夕食後	無顆粒球症や汎血球減少症などがまれにある。腎障害では容量を下げる。 一部薬剤を除き、フェニトイン、ジアゼパム、ワーファリンなどとの相互作用有り
プロトンポンプ阻害薬 ランソプラゾール オメプラゾール ラベラゾールナトリウム	タケプロンOD錠(15mg) オメプラール錠(10mg) パリエット錠(10mg)	1T 1X朝食後 1T 1X朝食後 1T 1X朝食後	肝障害などに注意 フェニトイン、ジアゼパム、ワーファリンなどとの相互作用有り

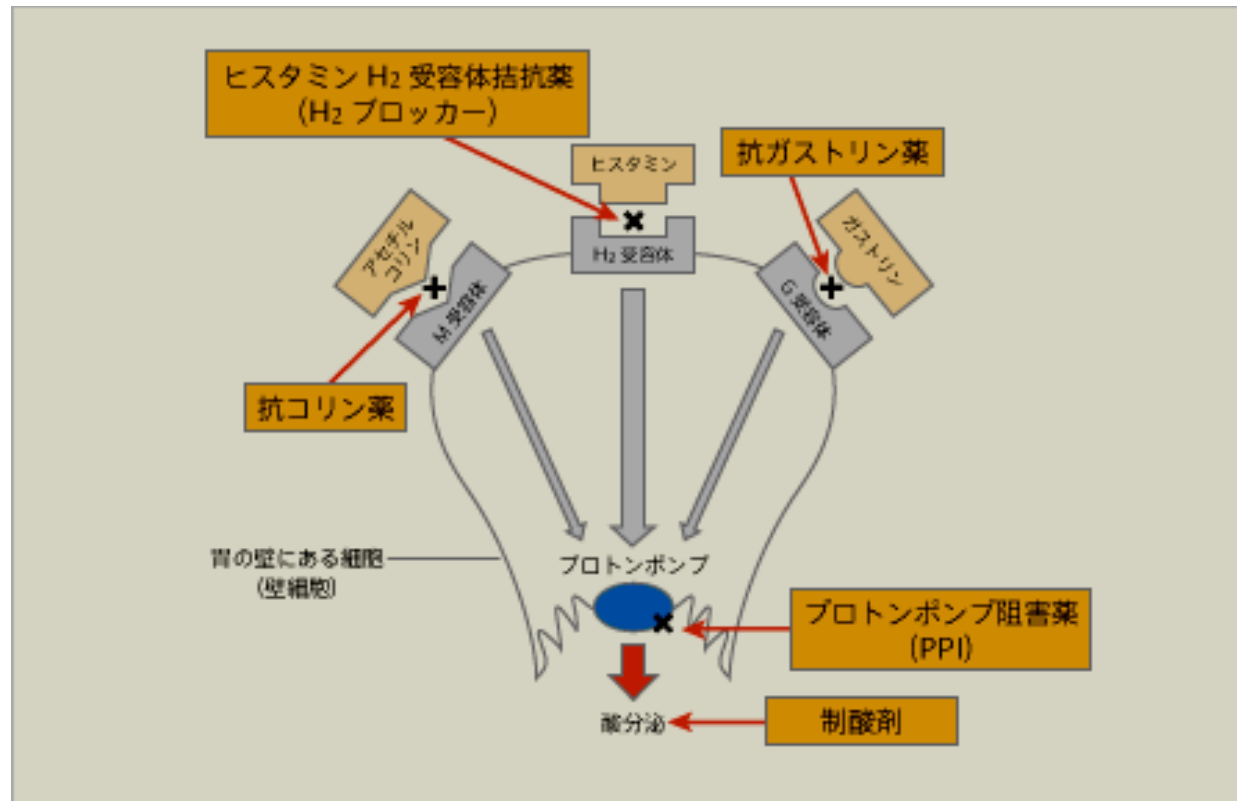
H2ブロッカーの薬物相互作用

1. シメチジン(CYP3A4を阻害する)

- 1) カルシウム拮抗薬(ニフェジピンなど)の血中濃度を上昇させて、下肢の浮腫や過度の低血圧をもたらす可能性がある。
- 2) 抗不安薬、睡眠薬(ジアゼパム、トリアゾラム等)の血中濃度を上昇させて、呼吸抑制、一過性前向性健忘、もうろう状態などが時に出現する。
- 3) ワーファリンの血中濃度を上昇させる可能性がある。
- 4) β ブロッカーの血中濃度を上昇させて、徐脈や血圧低下等を招く可能性がある。
- 5) プロカインアミド等の抗不整脈薬の血中濃度も上昇させて、QT延長や吐気、倦怠感等の副作用をもたらす。

他のH2ブロッカーでもワーファリンの効果増強をもたらすことはあるが、シメチジンほどではない。

胃酸分泌阻害薬の作用機序



胃の分泌腺にある壁細胞には、ヒスタミンが結合すると胃酸が分泌されるH₂受容体という部分がある。ヒスタミンは、胃酸を出す命令の中で最も強いもので、ヒスタミンH₂受容体拮抗薬は、ヒスタミンがH₂受容体に結合するのを防ぐことによって、胃酸の分泌を抑える。胃の壁細胞には、最終的に胃酸を分泌するプロトンポンプという部分があり、プロトンポンプ阻害薬は、そのプロトンポンプの働きを妨げ、強力に胃酸の分泌を抑える。

腹痛患者をいかに診て治療するか？
(特に心窩部痛、上腹部痛を中心に)

1) 心窩部

横隔膜 : 横隔膜ヘルニア

胃 : 急性(慢性)胃炎、胃潰瘍(穿孔)、胃癌(被覆、穿孔)、急性胃拡張、胃下垂症、
神経性胃痛

十二指腸 : 十二指腸潰瘍(穿孔)、十二指腸移動症

膵 : 急性膵炎、結石、癌、嚢腫

その他 : 急性虫垂炎の初発痛

2) 右季肋部(右上腹部)および右側腹部

右横隔膜 : 横隔膜下膿瘍

肝 : 急性肝炎、肝膿瘍、肝癌(肝癌破裂)、うっ血肝、肝硬変症

門脈 : 門脈炎、門脈塞栓

胆道・胆嚢 : 胆石症、急性胆嚢炎、胆嚢捻転、胆管炎、胆道ディスキネジー、胆道回虫症

十二指腸 : 十二指腸潰瘍(穿孔)

結腸 : 小児腸重積

虫垂 : 虫垂炎

右腎 : 腎盂腎炎、腎周囲炎、腎膿瘍、腎腫瘍、腎結石、遊走腎

右尿管 : 尿路結石症

3) 左季肋部(左上腹部)および左側腹部

左横隔膜 : 横隔膜下膿瘍

胃 : 胃潰瘍の穿孔

膵 : 急性膵炎、膵尾部癌

脾 : 遊走脾、脾周囲膿瘍、脾腫、脾梗塞

結腸 : 急性腸炎、結腸癌、(閉塞、穿孔)

左腎 : 腎盂腎炎、腎周囲炎、腎膿瘍、腎腫瘍、腎結石、遊走腎

左尿管 : 尿路結石症

腹痛をきたす頻度の高い疾患

1. 急性胃腸炎
腹痛とともに下痢が主症状
2. 虫垂炎
典型例ではみぞおちから臍にかけての痛みから始まり、数時間を経て右下腹部へと痛みが限局する。
3. 腸閉塞症(イレウス)
腸管の血行障害を伴う絞扼性イレウスと、血行障害を伴わない単純性イレウスに分類される。吐き気や嘔吐、腹部膨満感を認め、排便や放屁が停止。
4. 過敏性腸症候群
慢性的(3か月以上)、反復性の下痢や便秘などの便通異常を伴う腹痛をきたし、ストレスで増悪する。
5. 消化性潰瘍
6. 胆石症
典型例では、油ものを摂取して数時間以内に冷や汗を伴う強い激痛を自覚。
7. 膵炎
腹痛を訴えて病院受診したケースの約5%が急性膵炎

Case

20歳男性。お昼過ぎに大学の学園祭でクレープや焼き鳥などを食べた。午後4時ころから吐き気が出現。嘔吐を繰り返すようになり、腹痛や下痢なども出現。夕方に救急外来受診。

既往歴：特記すべきことなし。海外渡航歴なし。ペットなし。

身体所見：意識清明、血圧112/68mmHg、脈拍96/分、体温37.6度、呼吸数18/分、貧血黄疸なし、心音呼吸音に異常なし。腹部：平坦、軟、圧痛、反跳痛、筋性防御なし。

検査所見：WBC7000, Hb18.7g/dl, Plt17.1万、CRP(－)



何を考えるのか？治療は？

急性胃腸炎・感染性腸炎に対する治療

1. 腹痛対策

ブスコパン注射液1ml 筋注、皮下注

ペントジン注射液15mg 皮下注

2. 抗菌剤

ほとんどがウイルス性のため抗菌剤は必要ないが、重度の下痢、38度以上の発熱、テネスミス、便中に血液がある場合には抗菌剤を投与。ただし原因菌の同定が必要。

3. 止痢剤

下痢は生体にとって有害なものを排出する機序と考えると止痢剤は必要なく、脱水の防御に努めるべき。

特にO-157の場合には、抗菌剤や止痢剤はHUSの危険性が増大する。

Case

46歳女性。2日前の夕方から上腹部痛を自覚。嘔吐を3回繰り返して救急外来受診。12指腸潰瘍の疑いにてオメプラゾールを処方されて帰宅。内服にて一時的に改善したが、翌日再度上腹部痛が悪化し、食欲もなくなったため、再度救急外来受診。

既往歴：40歳の時に12指腸潰瘍。

身体所見：意識清明、血圧169/94mmHg、脈拍96/分、体温36.9度、呼吸数18/分、貧血黄疸なし、心音呼吸音に異常なし。腹部：平坦、軟、腹部全体に圧痛あり。

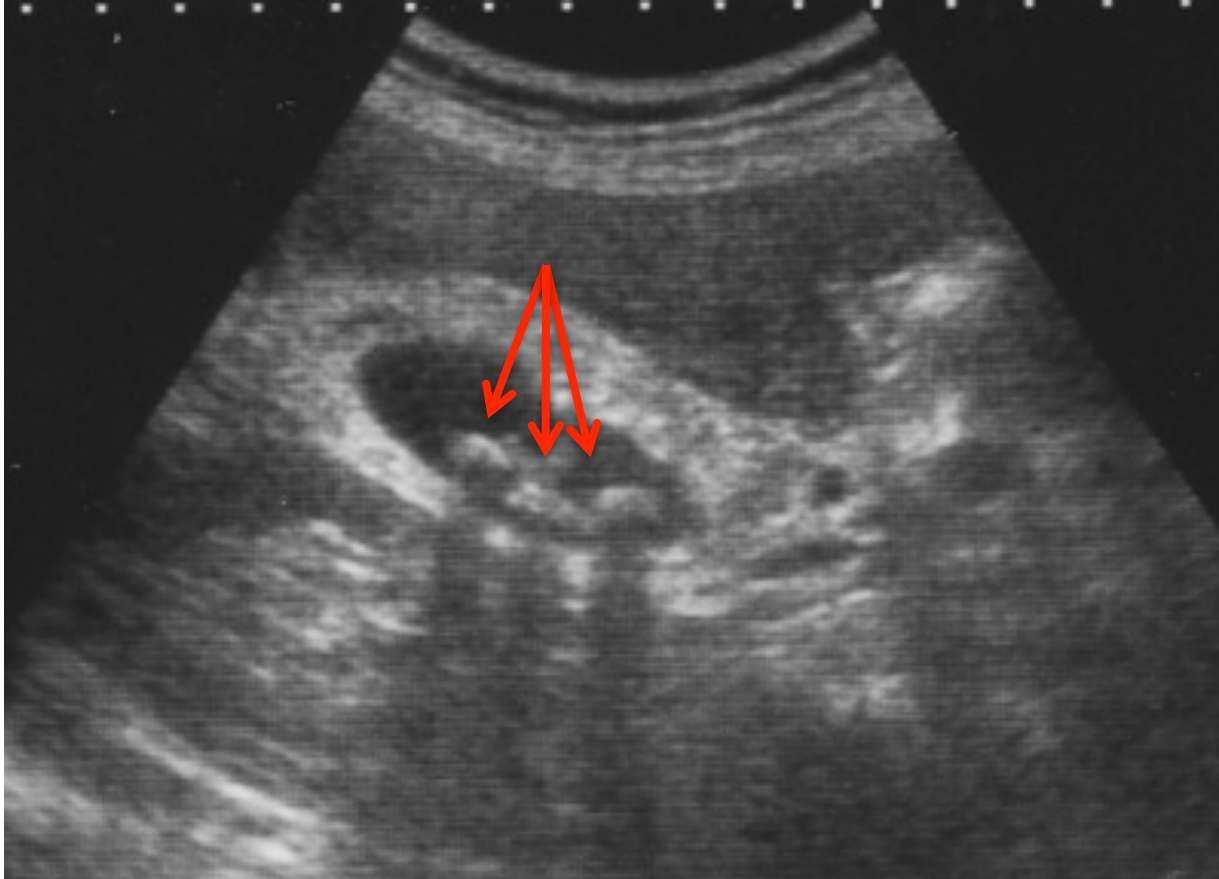
検査所見：WBC29900, Hb12.9g/dl, Plt17.1万、CRP(+)、GOT91,

GPT201, ALP339, LDH316, γ -GTP121, T Bil 0.96mg/dl



何を考えるのか？治療は？

胆石症、胆嚢炎を疑ってエコー検査を行った。



矢印の胆石を3個認め、胆嚢壁の肥厚を認めた。

表4 急性胆嚢炎の重症度判定基準(「急性胆嚢炎の重症度判定基準」参照)

重症急性胆嚢炎

急性胆嚢炎の内、以下のいずれかを伴う場合は「重症」である。

(1) 黄疸*

(2) 重篤な局所合併症:胆汁性腹膜炎, 胆嚢周囲膿瘍, 肝膿瘍

(3) 胆嚢捻転症, 気腫性胆嚢炎, 壊疽性胆嚢炎, 化膿性胆嚢炎

中等症急性胆嚢炎

急性胆嚢炎の内、以下のいずれかを伴う場合は「中等症」である。

(1) 高度の炎症反応(白血球数 $>14,000/\text{mm}^3$, またはCRP $>10\text{mg/dL}$)

(2) 胆嚢周囲液体貯留

(3) 胆嚢壁の高度炎症性変化:胆嚢壁不整像, 高度の胆嚢壁肥厚

軽症急性胆嚢炎

急性胆嚢炎のうち、「中等症」、「重症」の基準を満たさないものを「軽症」とする。

Case 56歳 女性 「吐血です！」と救急隊より受け入れ要請。

慢性C型肝炎、肝硬変で当院消化器科かかりつけ。朝、朝食時に、気分不良で吐血した。意識状態はJCS 10 ていどとのことであった。当院がかかりつけであるため、救急隊は、当院を搬送先の第一選択として決定し、要請した。救急隊からの電話は、当院の看護師が受け取り、上記のような簡単なやり取りがなされた。かかりつけだったので、こちらとしてもあまり細々と聞かずに受け入れOKの返事をした。10分後に到着予定という。



何を考えるべきか？

10分後患者が到着した。救急車まで、私は患者を出迎えに行った。
救急隊が降りて来るや否や、私は救急隊に質問をかました。

私「バイタルは？ 意識は？」

救急隊「血圧は、230/110 です。 意識レベルはJCSの1群です。」

私「吐血の量は？嘔吐は？」

救急隊「はい、吐血の量は少量だったようです。嘔吐をしていたそうです。」

患者が、救急隊のストレッチャーから、処置室のベッドに移された。

それと、ほぼ同時の出来事だった……

患者「あ～あたまが～～、いた～～い」とか細い声を上げた後

患者の反応が亡くなった。同時に失調性の呼吸になった。

私「おい！ これは、頭だ！ CTをとるぞ。」

S「あ、はい！！」

予想通り、くも膜下出血(SAH)だった。以下のようなメカニズムが考えられる。

頭部緊急疾患の発症(SAH、小脳梗塞や出血)

⇒ 頻回の嘔吐が出現

⇒ マロリーワイス症候群による吐血

⇒ 主訴や触れ込みが「吐血」として来院

ヘリコバクターピロリ除菌療法の適応は？

除菌療法

適応疾患：胃・12指腸潰瘍

胃マルトリンパ腫、特発性血小板減少性紫斑病、早期
胃癌に対する内視鏡的切除術後

使用可能薬剤

1)プロトンポンプ阻害薬

- ・タケプロン®カプセル15、30、同OD錠15、30(ランソプラゾール) <武田薬品工業株式会社>
- ・オメプラール®錠10、20(オメプラゾール) <アストラゼネカ株式会社>
- ・オメプラゾン®錠10mg、20mg(オメプラゾール) <田辺三菱製薬株式会社>
- ・パリエット®錠10mg(ラベプラゾールナトリウム) <エーザイ株式会社>

2)アモキシシリン水和物製剤

- ・パセトシン®カプセル125、250、同錠250 <協和発酵キリン株式会社>
- ・サワシリン®カプセル250、同錠250 <アステラス製薬株式会社>
- ・アモリン®カプセル125、250、同細粒10% <武田薬品工業株式会社>

3)クラリスロマイシン製剤

- ・クラリス®錠200 <大正製薬株式会社(発売：大正富山医薬品株式会社)>
- ・クラリシッド®錠200mg <アボット ジャパン株式会社>

4)メトロニダゾール製剤

- ・フラジール®内服錠250mg <塩野義製薬株式会社>

5)組合せ製剤

- ・ランサップ®400、800 <武田薬品工業株式会社>

除菌療法

1次除菌の方法

抗生剤1 サワシリン750 mg

抗生剤2 クラリス200 mg あるいは400 mg

制酸剤 タケプロン 30 mg、
 オメプラゾンあるいはオメプラール20 mg
 パリエット 10 mg

以上が一回分で、2回／日、7日間継続する。

ほぼ75%が除菌成功する。

2次除菌の方法

抗生剤1 サワシリン750 mg

抗生剤2 フラジール250 mg(抗原虫薬)

制酸剤 タケプロン 30 mg、
 オメプラゾンあるいはオメプラール20 mg
 パリエット 10 mg

特発性血小板減少性紫斑病とピロリ除菌

特発性血小板減少性紫斑病の診断基準

1 自覚症状・理学的所見出血症状がある。出血症状は紫斑(点状出血及び斑状出血)が主で、歯肉出血、鼻出血、下血、血尿、月経過多などもみられる。関節出血は通常認めない。出血症状は自覚していないが血小板減少を指摘され、受診することもある。

2 検査所見

(1)末梢血液① 血小板減少血小板 $100,000/\mu$ 以下。自動血球計数のときは偽血小板減少に留意する。

② 赤血球及び白血球は数、形態ともに正常ときに失血性又は鉄欠乏性貧血を伴い、また軽度の白血球増減をきたすことがある。

(2)(2) 骨髄① 骨髄巨核球数は正常ないし増加巨核球は血小板付着像を欠くものが多い。② 赤芽球及び顆粒球の両系統は数、形態ともに正常。顆粒球／赤芽球比(M/E 比)は正常で、全体として正形成を呈する。

(3)(3) 免疫学的検査血小板結合性免疫グロブリンG(PA IgG)増量、ときに増量を認めないことがあり、他方、特発性血小板減少性紫斑病以外の血小板減少症においても増加を示しうる。

3 血小板減少をきたしうる各種疾患を否定できる。

※4 1 及び2 の特徴を備え、更に3 の条件を満たせば特発性血小板減少性紫斑病の診断をくだす。除外診断に当たっては、血小板寿命の短縮が参考になることがある。5 病型鑑別の基準① 急性型:推定発病又は診断から6カ月以内に治癒した場合② 慢性型:推定発病又は診断から経過が6カ月以上遷延する場合小児においては、ウイルス感染症が先行し発症が急激であれば急性型のことが多い。

除菌によって40-60%で血小板数が上昇する。

便秘

1. 急性便秘

1) 機能的

食事や生活習慣の変化、精神的要因、代謝・電解質異常
腹部臓器の炎症など

2) 器質的

腫瘍、腸管の炎症、軸捻転、腸重積など

2. 慢性便秘

1) 機能的

弛緩性：高齢、長期臥床、腹筋力低下、経産婦

直腸性：便意抑制の習慣

痙攣性：過敏性腸症候群

2) 器質的

腫瘍、腸の慢性炎症、腸管癒着

薬剤として、抗コリン薬、アルミニウム系制酸剤、ベンゾジアゼピン系、カルシウム拮抗薬、利尿薬など

便秘に対する治療

1. 弛緩性便秘

- 1) 酸化マグネシウム 0.5-2グラム/分1-3
- 2) マグミット(250-330mg) 2-6T/分2-3
- 3) パントシン錠(100mg) 3-6T/分1-3

以上で効果が不十分の場合、以下の刺激性下剤を

- 1) プルセニド(12mg) 1-4T
- 2) アローゼン 0.5-2g
- 3) ラキシベロン液 1回10-20滴

2. 直腸性便秘(直腸を刺激する)

- 1) レシカルボン座剤

3. けいれん性便秘

- 1) トランコロン
- 2) セレキノン
- 3) ポリフル錠