いずれも
「肝膵部の結腸がん」です。

さて、話は変わりますが、右のRATMANの絵を見ご覧になったことはありますか？　右側の絵を見てください。上段ではそれほど大きな違いはありませんよね？　でも左から順に眺めていくと、右上的段では「おじさん」に、下の段では「ねずみ」に見えませんか？　このように、人は状況によって判断を変えてしまうことがあります。

それではもう一度、前ページの2枚の腹部単純X線写真を見せてみましょう。まず、異常がないと思い込んで見てくれない。何となく安心して見ると、異常がないような気がしませんか？

次に、「肝膵部の結腸がん」だと思いながら見てください。そうすると、この患者さんたちは、結腸をひたすらいきなさい方々だということが見えます。症例1も症例2も緊急手術を行っていますが、初診時の症状は、腹痛、便規則度、発熱などです。このような症状の患者さんがいたら、「あら、かまわずかな」下剤を出してきます、「胃薬を出しておきます」と帰すことができそうですね。しかし、よくなくなった、患者さんがほかの病院へ行ってしまい再診しなければ、「自分が間違っていたことに気づかなかった」ことがあろうかもしれません。そのようなことにならないためには、自分の診断が正しいかどうか、客観的な指標が必要です。それが腹部単純X線写真だと思うのです。なぜなら、クリニックでも病院でも撮影が可能ですから。

症例1（写真1）は、観察で右下腹部が膨隆しているのがわかりました。腹部CT（写真3）では、上行結腸に便が詰まっていることがわかります。一般的に上行結腸の便は混状で、進行がが結果ヒアウ順の便が見られることでもルートが考えられます。すなわち、上行結腸の腸閉塞は完全狭窄を考えるべきです。本症例は肝膵曲部胆膵が存在し（写真4）、緊急手術が施行されました。

症例2（写真2）は、救急外来で浣腸と下剤を処方され、一度帰されております。症例1と同様に上行結腸に便が詰まっている、内部には数多くの空気を含んでいます。その2日後の腹部単純X線写真（写真5）では、上行結腸の便は動かず含気が消失しています。肝膵曲部にはX線の通過がないことが見えます。

そう、ここにのがんが占拠し閉塞しているのです。腹部CT（写真6）では胆囊の前方に腫瘍があることが認められます。腫瘍が考えられたところ、写真5をもう一度見ていただきたい。腫瘍の肝側側には、当然ながら便はまったく見当たまりません。ですから、浣腸をしても下剤を出してもよくないのです。上行結腸は7〜8cmまで拡張しています。

一般的に、大腸の腸閉塞は盲腸が5cmを超えると破壊する危険があるといわれています。インフレーションによる減圧が即効性はないため、緊急手術の適応と考えられます。したがって、本症例は初診時にすでに手術適応であったことがわかります。少なくともこのときCTを撮影していれば病態の把握ができたはずです。

さらにCTでは、腹部単純X線写真のみでは認識できない所見として、骨盤障の消化液の貯留も確認できます（写真7）。上行結腸が閉塞していれば、小腸の腸閉塞も当然です。実際、このような空気がない腸閉塞が存在することも認識してほしいのです。すなわち、腸閉塞の状態で立位で撮影しても、niveauは形成しない症例が存在するということを。

「便秘」として受診した患者さんが、「便秘」と診断され帰宅しました。しかし、その後「大腸がん」と判明し、緊急手術が施行されました。このときすでに腸閉塞破壊しています。

なんだ、やっぱり腹部単純X線写真でそんなに診断できないじゃないか。でなくて、この段階で診断できなかったら……と考えてください。この所見を見落とすと重大的な誤診をもたらすかもしれませんということがあります。

この連載では、何気なく認識してしまいそうな所見を取り上げ、その症例の病態の解説をします。そして、明日からのみなさんの診療にお役立ていただきたいと思います。