

A

症例4 → **上行結腸の閉塞**

原因: 盲腸の結腸がんによる腸重積

症例5 → **上行+右半横行結腸の閉塞**

原因: 病原性大腸菌O157による感染性腸炎

症例4 (11ページ・写真1)の患者さんは、血便、倦怠感、腹痛を主訴に来院。RBC $202 \times 10^4 / \text{mm}^3$ 、Hb 6.9g/dlと著明な貧血を呈していました。

その腹部単純X線写真(以下、X線写真)では、右半身はgaslessとなっています(写真1)。骨盤回腸にgas像を認めますが、そのほかに結腸らしきgas像も便の停滞も認めません。すなわち、上行結腸の閉塞性病変があり、そのために結腸の肛門側に空気も便も存在しないのです。もちろん、口側、すなわち回腸は拡張し、腸閉塞の状態です。

一方、腹部造影CT検査(以下、CT)で撮影した写真3では、肝湾曲に相当する部分の管腔内に腫瘍が存在し、造影されているのが確認できます(写真①)。

写真②では、腸管は浮腫状で肥厚しているように見えますが、実はこれは腫瘍が先進し、腸管が内翻している状態なので、上行結腸下部腸管が上部腸管の内側を裏打ちしている状態なのです。もちろん、内腔に見える低吸収域は腸管の漿膜側の脂肪です。

写真③は、本来の盲腸部に相当し、漿膜側の脂肪が内翻している場所です。したがって、腸管内のように見えるところは、実は、腸管漿膜側の脂肪で、当然空気は存在しません。

小児でイチゴゼリー状の血便といえ、腸重積という診断をすぐに思い浮かべますが、多くは原因不明です。それに反し、成人の腸重積は腫瘍が先進部になることが多いのです。CTにより腸重積と診断し、造影剤による高圧浣腸で重積を整復(写真4)。引き続き大腸内視鏡を施行し(写真5)、盲腸に30mm大のI型腫瘍

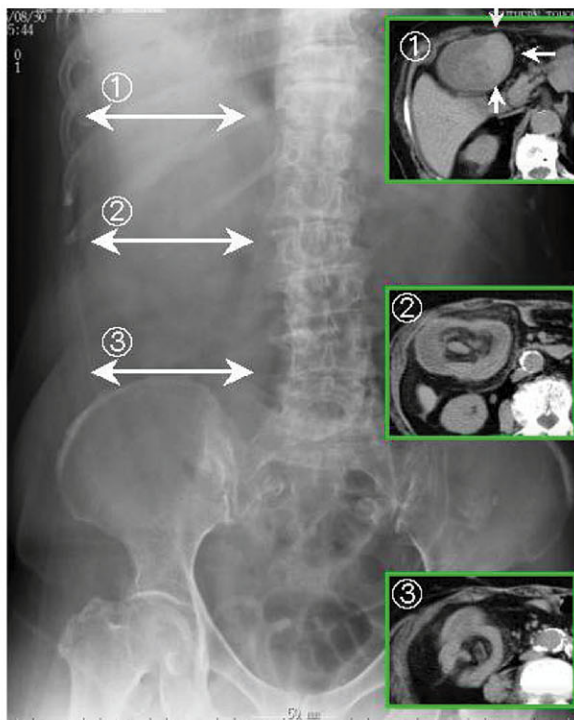


写真3 腹部造影CT写真

を確認することができました。

症例5 (11ページ・写真2)の患者さんは、2日前より腹痛、下痢を自覚、翌日になり血便が出現し来院。それ以前に鮭の刺身を食べていました。

X線写真(写真2)では、**症例4**(写真1)と同様に右半身のgasless像が目立ちます。やはり回腸のgas像を認め、上行結腸の閉塞を疑う所見となりました。

CT写真では、単純ではありませんが、上行結腸の浮腫による肥厚が確認できます(写真6)。その肥厚は横行結腸の右半まで連続していましたが、正中を境に左半ではほぼ正常となっているのがわかります(写真7)。残念ながら、患者さんの協力が得られず、

大腸内視鏡が施行できなかったため、原因は判明しませんでした。しかしその後、便培養から病原性大腸菌O157が検出され、これが原因の感染性腸炎と診断しました。



写真4 Gastrographine注腸

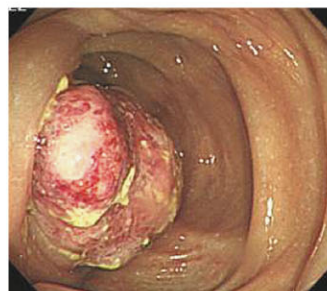


写真5 大腸内視鏡検査



写真6 盲腸付近(腹部単純CT写真)



写真7 上行結腸と横行結腸(腹部単純CT写真)

*

今回は、腸管が閉塞した症例を供覧しました。

血便があるなら、内視鏡をすればすぐに診断ができると思われる方もいらっしゃるかもしれませんが、もし血便がなかったら、患者さんが腹痛だけを訴えて来院されたらどうすればいいのでしょうか？

そんなときにこそ、腹部単純X線を活用していただきたい。そして、異常を疑う所見があれば、すぐに消化器内科へ紹介してください。その後は、消化器内科医の腕の見せどころです。そして、的確に診断し、専門医に紹介した先生の評判も上がることでしょう。