



当直日誌

寝当直のはずが、なぜだか毎回起こる
緊急・急変ストーリー



西野徳之

財団法人脳神経疾患
研究所附属
総合南東北病院
消化器センター長

原因不明の肝機能障害



肝臓に障害がある場合に現れる所見。

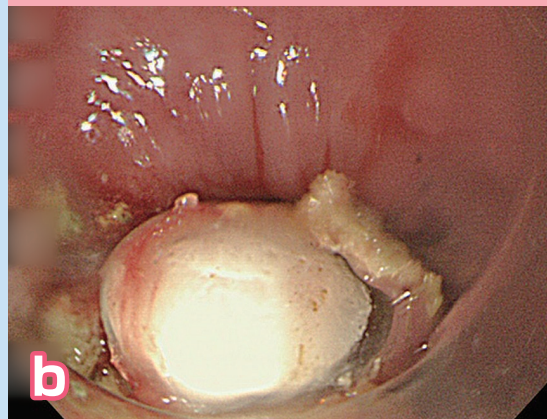
手掌紅斑

写真1 〈症例1〉肝腫瘍

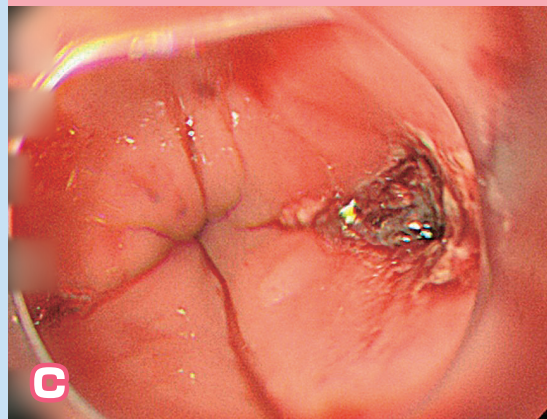
写真5 〈症例5〉食道穿孔



異物は残渣で覆われている。



残渣を剥がすと…



穿孔部位が現れた。

胃内視鏡検査

原因不明の肝機能障害



2カ月に1回、お世話になった先生のお手伝いということで、外の病院の当直のお手伝いをさせていただいています。前任者からは、慢性期の療養型の病院なので、当直をしていても救急患者は来ないし、入院患者のことでめったに呼ばれることはない、いわゆる“寝当直”だと言われて引き継いだ…はずなのに、これまで5回の当直は明け方まで寝られずの救急対応でした。諸般の事情で今回が最後になります。

〈回診の前に…〉



(以下、●) こんばんは。またおじゃまします。実は今回で当直のお手伝い**Dr.西野** いは最後なんです。震災の影響で東北の医師が減り、当院でも医師不足の煽りを受けて、お手伝いをするのもままならなくなりました。



(以下、★) そうなんです。事情は院長先生からも聞いていました。**主任ナース** 一年間ありがとうございました。

●と言っても、2カ月に1度で、結局6回だけでしたから、あまりお役に立てなかったかもしれません。“寝られない当直”がなくなるのは少々寂しくなりますが、こちらでお手伝いをさせていただいたことは僕にとっても良い経験になりました。

★こちらこそ、多くの患者さんのためにご尽力いただきありがとうございました。先生と一緒に診察はとてもためになりました。一生忘れません！



西野徳之

財団法人脳神経疾患研究所附属
総合南東北病院
消化器センター長



(以下、★★) 先生がいっしょらなくなるのは寂しいです。楽しみに**新人ナース** していたのに。

●ありがとうございます。でもまた新しい先生がいっしょるのでしょうか？

★先生、今の福島はどこでも同じですよ。先生がいっしょらなくなれば、代わりに来ていただける方はいませんので、院長先生が当直をされるって言ってましたよ。



(以下、■) でも、いつもの夜勤の時は当直の先生にコールすることも**男性ナース** ほとんどないですから、普通はゆっくりお休みいただけるはずですよ。

●そうなんです。

★そうね、先生だから一緒に回診をさせていただいているので、もちろん夜勤の回診はありません。他の日で診療応援で当直に来られる先生も、『何かあったら、連絡ください』と言って、後は当直室に籠りきりです。朝はあいさつもなしにいつ帰ったか分からない先生もいますから。

★★ですから、いつも診ている患者さんでも、先生の回診の際にご一緒すると患者さんの診方が変わってくるんですよ。とても勉強になりました。先生、ありがとうございました。

■先生、これからもたまにいらして、いろいろ教えてください。

(にしの・のりゆき) 1987年自治医科大学卒業。1994年利尻島国保中央病院長などを経て、2000年より現病院勤務。2007年4月より現職。日本消化器病学会指導医、日本消化器内視鏡学会指導医、日本胆道学会指導医、日本内科学会認定産業医。胆膵疾患、炎症性腸疾患の治療に加え、食道・胃のESD治療、大腸のEMR・ESDの施行など、消化器内科全般の診療に携わる。また総合内科診療の役割も担っている。
著者ホームページ：<http://www.tim.hi-ho.ne.jp/nishinon>

●そう言っていただけると光栄です。何とか時間をつくってみますね。今回久し振りに当直だけの仕事をしてみて気づいたことがあるんです。それは患者さんの“診断”についてです。医師が治療をするために診断をするのは当たり前ですが、でも実は看護師さんだって、“診断”をしているということに、今さらながら気づかされたのです。

★★どういことですか？ 私たち診断なんてできないですよ。

●病気の診断はしていなくても、僕の当直の時にこの患者さんを診てほしいという“判断”はしているでしょう？ “いつもと違う”という患者さんの病態の判断はしているわけです。それも立派な“診断”と言えるんじゃないかな。

■そうですか？

●そうですよ。だって、僕にとっては初めて診る患者さんだから以前の状態と比較のしようがない。でも皆さんにとっては“いつも見ている”患者さんだから、違いが分かるわけでしょう？ それは立派な診立てですから“診断”と言ってもよいと思いますよ。

★そうね。“医師の診断”と“看護師の診断”は質は違うかもしれないけど、患者さんを良くしようという気持ちで接することに変わりはないということかしらね。

★★そうですね。そう言われると何となく今の仕事にも誇りを持てるような気がします！

★あら、それじゃあ今までは持ってなかったのかしら？

★★いえ、そうじゃないですけど…。いつもは医師に任せておけばよいと思っていたけど、そう考えると自分も良い仕事をしているのかになって、ちょっとうれしくなっちゃいました。

●そうなんです。看護師さんは医師の下に

位置するのではなく、同列で仕事をしているのですよ。医師が知らないことやできないことも看護師さんがいっぱいしているでしょう？ 医療は医師だけがいても成り立たないし、皆が良いチームワークを組んでいかないと質の高い医療は提供できないんですよ。

★先生ありがとうございます。いつもついつい仕事が流れ作業的になってしまいがちなんです。でも、先生がいらっしゃる時期になると、病棟にも緊張感が出てくるのが分かるんです。先生が来られなくなると、その緊張感がなくなるのではと心配だったんですが、先生の前向きな気持ちとその言葉を皆にも伝えておきます。

●では、これからも偶数月の第一土曜は僕が来るかもしれないということにしておいてください。三国志では『死せる孔明、生ける仲達を走らす』ということわざがありますからね。西野がいつ来てもよいように、良いプレッシャーを持って仕事をしてください。

■そんなことわざ知らないですよ！ でも、また先生が来るかもしれないと言っておきます！ 皆、仕事は大変でもやりがいを持てば、また頑張ろうって思えるんですよ。先生がいらっしゃらなくても僕たち頑張ります！

●そうですね。頑張ってください。ついつい時間が経っちゃいましたね。さっそく回診を始めましょうか？

★ 肝腫瘍〈症例1〉

★最初は、院長から、診察の依頼を受けている方をお願いします。夕方にギリギリでいらした77歳の男性です。採血結果はまだ出ていなかったのですが、院長は医師会の会議に出席しなければならず、先生に結果を見ていただいて、指示をいただくようにとのことでした。

表1 採血結果(症例1)

WBC (/mm ³)	9,570 ↑	LDH (IU/L)	1,453 ↑
RBC (/mm ³)	512	ChE (IU/L)	175 ↓
Hb (g/dL)	16.6	AMY (IU/L)	39
Plt (/mm ³)	9.3×10 ⁴ ↓	Glu (mg/dL)	122 ↑
CRP (mg/dL)	16.86 ↑	T-chol (mg/dL)	168
TP (g/dL)	6.7	TG (mg/dL)	105
Alb (g/dL)	3.1 ↓	BUN (mg/dL)	26.7 ↑
T-Bil (mg/dL)	2.69 ↑	Cr (mg/dL)	0.98
D-Bil (mg/dL)	1.96 ↑	Na (mEq/L)	141
AST (IU/L)	284 ↑	K (mEq/L)	4.8
ALT (IU/L)	121 ↑	Cl (mEq/L)	97 ↓
ALP (IU/L)	3,253 ↑	PT (秒)	13.6 ↑
r-GTP (IU/L)	2,227 ↑	APTT (秒)	54.1 ↑

表中の矢印は、基準値より上昇(↑)、低下(↓)を示す。

どうやら肝機能障害があるようなのですが。

●主訴はどういうことだったのでしょうか？

★倦怠感と食思不振のために、受診されたようです。微熱もあったようです。

●ではまず、採血結果から拝見しましょう(表1)。うーん、これはなかなか手ごわそうな肝機能障害ですね。凝固機能が低下していますし、血小板の数値(Plt)がこれだけ低いと肝硬変を考えなければなりませんね。低栄養状態でもあるようです。では患者さんの診察にまいりましょう。

(患者のベッドサイドでの診察)

●今、気分はいかがですか？



(以下、▼)体がだるくて、食欲がないんです。

患者

●おなかの診察をさせてくださいね。！これは？ここは痛くないですか？

▼強く押すと痛いです。

●手を見せてください。なるほど、ずいぶん赤いですね(写真1-①)。これは手掌紅斑ですね。やはり、肝臓が悪いようです。

★ERCPが必要ですか？

●いえいえ、そこまでは必要ないでしょう。でも、右季肋下が随分腫れているようです。胆嚢の腫大でもなさそうです。とすると肝臓が腫れているのでしょうか？超音波を当ててみましょう。

(腹部超音波検査〈写真1-②〉を施行)

●これは、肝腫大ですね。かなり腫大していて、肝臓のエコーはまだらでモザイク様です。(主任ナースにこっそり耳打ち／肝臓はすべて腫瘍に置き換わっているようです)院長の診察時に腹部単純X線写真は撮られていますか？

★もちろんです。先生に診察をお願いする時は必ず撮影するようにしていますよ。

●恐縮です。見せていただけますか？

(腹部単純X線写真〈写真1-③〉を見る)

●なるほど、肝腫大が目瞭然ですね。小腸にガスの停滞があり、麻痺性イレウスを呈しているのかもしれませんが。これでは倦怠感や食思不振に陥ってもおかしくないですね。

★★先生、私は腹部単純X線写真を見慣れていないので、よく分からないのですが、この方の肝臓は大きいのですか？

●ええ、肝臓は普通肋骨の内側に納まるのです。ですから、腹部の触診でも、肝臓に触れることはありません。患者さんのおなかを触らせてもらいましょう。もう一度おなかを触らせてください。

▼ええ、どうぞ。

●ここに肝臓の下縁が触れるでしょう？肋骨よりも5横指も大きくなっているのが分かります。表面は多少デコボコしているのも分かります。

★★はい！分かります。肝臓って触ることができるんですね。ありがとうございました。

▼私は肝臓が悪いのですか？肝臓が悪いと言われたことはなかったのですが。

●ええ、肝臓が腫れているのです。原因は分

P. 4 に
カラー写真
掲載



1

手掌紅斑

肝臓に障害がある場合に現れる所見。

1249/1250
17Hz

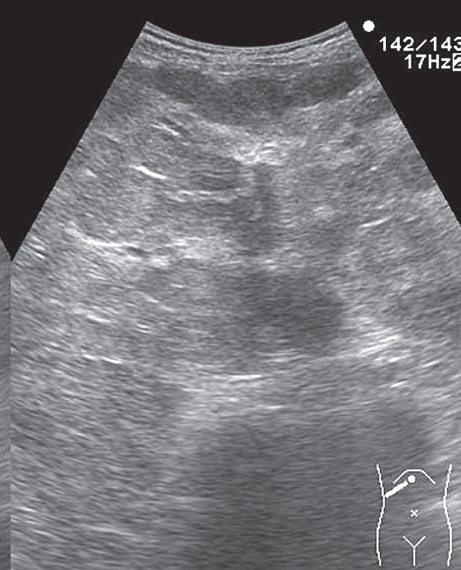


2

腹部超音波検査

肝臓内はほぼ全域にわたり、モザイク様のエコーパターンを呈している。原発性肝がんの多発もしくは転移性肝腫瘍と考える。

142/143
17Hz



3

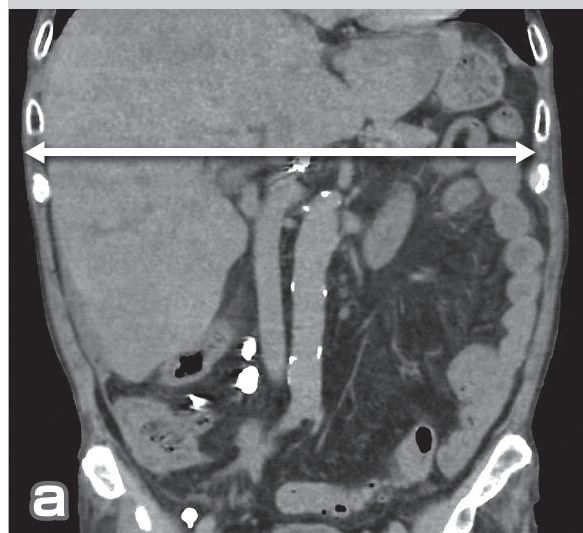
腹部単純X線写真

右側上方のX線不透過の陰影が肝臓である。肝臓は腫大し、透過度が低下し、白く見えている（白の実線で囲んだ部分）。肝臓の通常の大きさは白の点線で囲んだ部分に示す程度で、肋骨内に納まる。小腸にガスの停滞があり、麻痺性イレウスを呈しているのかもしれない。

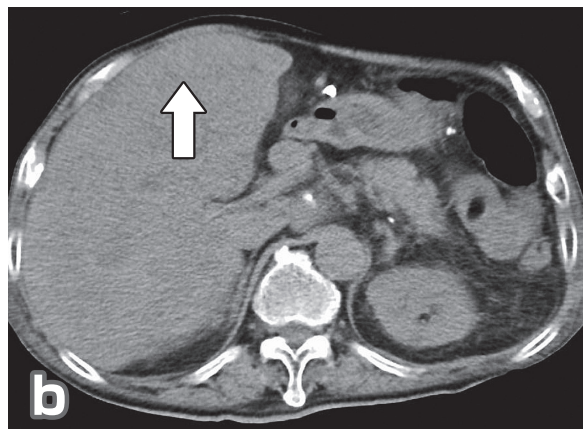
腹部単純CT

4

CTは単純でもある程度の病態が理解できる(a)。肝臓の実質はまだらだが、比較的均一に見える。正中で肝臓が前方に突出している(矢印で示した部分)(b)。



a



b

写真1
〈症例1〉肝腫瘍

表2 採血結果(症例2)

CRP (mg/dL)	17.5 ↑	GPT (IU/L)	35
WBC (/mm ³)	18,500 ↑	ALP (IU/L)	250
T-Bil (mg/dL)	4.8 ↑	r-GTP (IU/L)	50
GOT (IU/L)	55 ↑		

表中の矢印は、基準値より上昇(↑)、低下(↓)を示す。

かりません。もう少し、検査や採血の追加をしなければ、結論は出せませんが、肝臓が悪いことは分かりました。明日、改めて採血の追加をしますので、その結果を院長先生に確認してもらいましょう。一応、単純でいいのでCTを撮らせていただけますか？

▼お願いします。

★では連絡します。

(腹部単純CT写真〈写真1-④〉を撮影)

●肝臓の実質はまだらですが、比較的均一に見えます。正中で肝臓が前方に突出しています(写真1-④-b)。肝硬変があって、多発肝腫瘍がありますから、やはり原発性肝がんの多発と考えた方がよさそうですね。明日の採血で、B型・C型肝炎のマーカーと腫瘍マーカーはAFPとPIVKAIIをチェックしておきましょう。その後の治療については、ご高齢でもありますので、院長からご家族の方とよくご相談いただくようお願いしてください。

★分かりました。普通に歩いていらした方が、これほどの病状だなんて、ちょっとショックですね。

●患者さんの前ではお話しできませんでしたが、転移性肝がんの場合、超音波ではbull's eye signといって、比較的厚い辺縁低エコー帯(halo)が観察されることが多いんです。ですから、この方の場合、原発性肝がんと考えた方がよさそうです。たぶん肝がんができたのは一年以上前なんだと思いますよ。それに肝硬変だって数年前から同じような病態だったと思います。肝臓は“沈黙の臓器”と

言われていますから、症状を自覚していなくても仕方がないかもしれません。でも、何らかのきっかけで、採血をするだけでもその診断の糸口をつかめた可能性はあるだけに、この状態で診断されたのは残念ですね。

★★そんなに悪いのですか？ あとどのくらい生きられるのですか？

●肝硬変に加え、これだけの肝がんがあると、肝不全徴候も呈してきます。ですからそうですね、もっても3カ月と言ったところでしょうか。実際には1カ月もつかどうか…？

★★そうですか。明日から、患者さんと眼を合わせられないかもしれない。

★何を言っているのですか！ そんなことぐらいでなくて一人前の看護師は務まりませんよ。ここで泣いても顔は笑顔！ これがプロフェッショナルナースの心意気です！

★★はい！ 頑張ります。

●さすがですね。

★いえ、私もそう教えられてきましたから。

無石胆嚢炎〈症例2〉

★もう一人、院長から患者さんの診察を依頼されているんです。採血で肝機能障害があることが分かった53歳の男性です。ちょっとお熱もあるんです。

●ではカルテから拝見させていただきますか？ 採血結果を見せてください(表2)。肝機能障害があって、胆嚢炎のようですね。超音波(写真2-①)でもCT(写真2-②)でも胆嚢は腫大しているようだし、抗生剤の投与でも改善しない。…となればドレナージしかないですね。これから内視鏡的逆行性胆膵管造影術(以下、ERCP)をしてもいいですか？

★★そうおっしゃると思っていました。院長

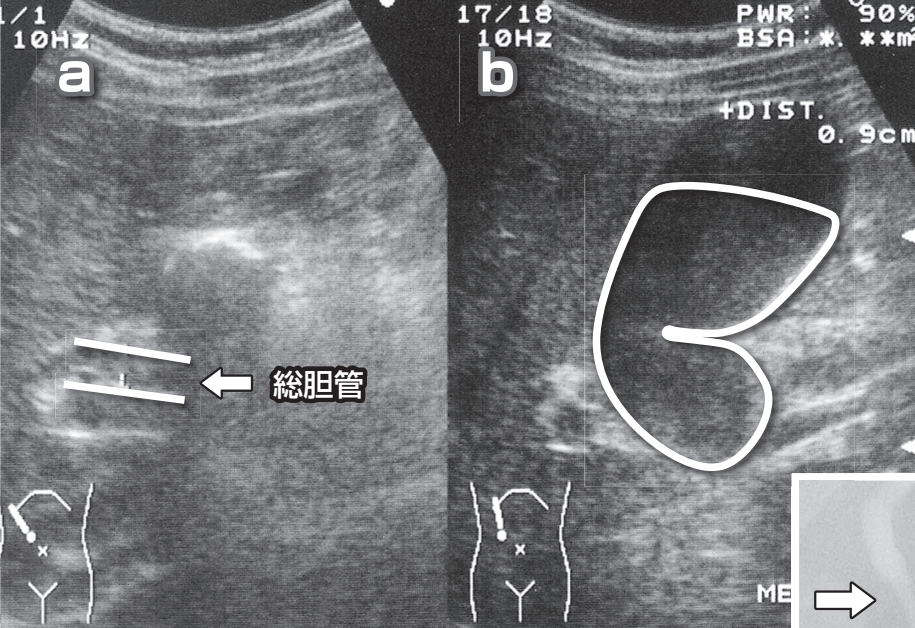
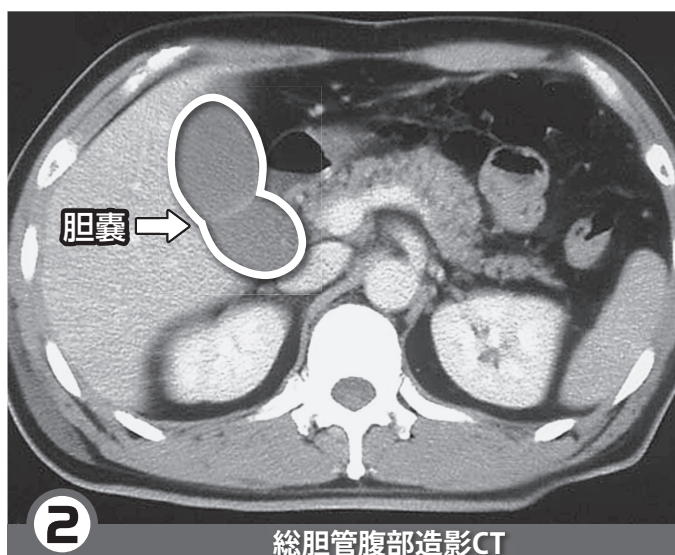


写真2 〈症例2〉 無石胆嚢炎

1

腹部超音波検査

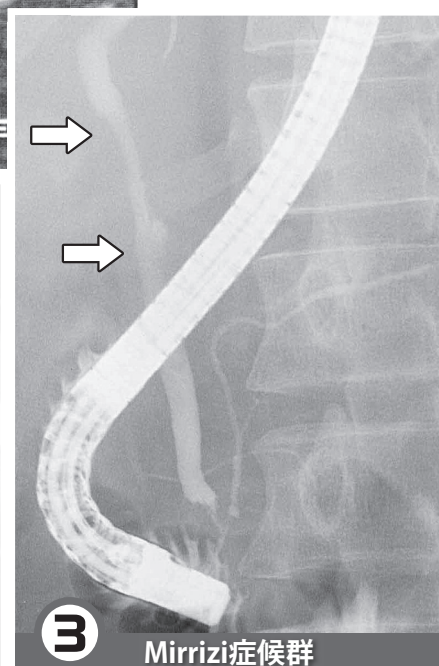
胆嚢は腫大し、内腔には比較的輝度の高い胆泥を認め（bの実線で囲んだ部分）、総胆管も9mmと拡張している。



2

総胆管腹部造影CT

胆嚢（実線で囲んだ部分）の腫大を認めるが、壁の肥厚は認めない。肝内胆管の拡張も認めない。



3

Mirrizi症候群

腫大した胆嚢が総胆管（総肝管）を圧迫し、胆汁の流れを障害している。ENBDを挿入し、総胆管（⇨）内の状態を調べる。

からもたぶん先生ならそう判断するだろうから用意しておくようにと言われていました。

■透視室の準備はもうできています！

●さすがですね。ではまいりましょう！（透視室にて）

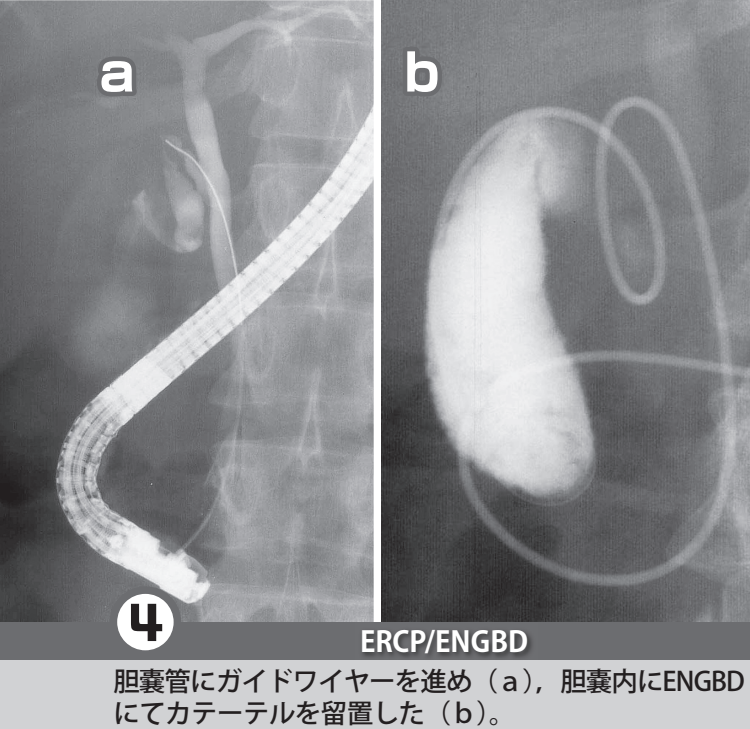
●胆嚢が腫大しているので、頸部に石が嵌頓しているかもしれません。もしかしたらMirrizi症候群を起こしているかもしれません。Mirrizi症候群はご存じですか？

★★知らないです。覚えておいた方がよいのですか？

●言葉は忘れてもよいですから、病態を覚えておくともよいでしょう。これは胆嚢が腫大したために総胆管を押して胆汁の流れを悪くするような状態の時に使います（写真2-③）。できれば胆嚢の中に直接カテーテルを挿入してドレナージをしようと思っているのです。

★普通のERCPをするのではないのですか？

●応用編ですね。この症例では抗生剤を投与していても改善していないので、下手をするとMRSAなどの耐性菌による感染も考慮しなければなりません。そうすると内視鏡的経鼻



ERCP/ENGBD

胆嚢管にガイドワイヤーを進め (a)、胆嚢内にENGBDにてカテーテルを留置した (b)。

肝管ドレナージ (ENBD) では胆嚢内の感染胆汁はドレナージしきれないかもしれません。場合によっては経皮経肝胆嚢ドレナージ (以下、PTGBD) の方がよいのかもしれません。でも、ENBDの先端を胆嚢の中まで挿入して、直接胆汁をドレナージすればPTGBDと同様の治療をすることが可能になります。

★★へえー、そんなことができるんですね。

★よかったです。ご家族への説明と承諾はERCPと内視鏡的乳頭括約筋切開術／内視鏡的乳頭バレーン拡張術 (EST/EPBD) の分しかいただいていませんでした。PTGBDだともう一度ご家族への説明が必要ですものね。

●では、いざ開始!!

(ENGBDでカテーテルを挿入)

●よーし! 何とか入りましたね (写真2-④)。胆汁を吸引してみましょう! うわぁ真っ黒でドロドロ! これは糞便臭ですね。これはきっと悪い細菌ですよ、緑膿菌 (pseudomonas) やセラチアかもしれません。この検体は培養に提出しておいてください。

★★はい!

●それでは胆汁バッグを接続して、おしまい! この方は超音波でもCTでも胆石はありませんでした。このように急性胆嚢炎でも胆石のない方がいるんですよ。ご存じでしたか?

★★いいえ。そうなんですね。

●胆嚢はもともと、食事を摂って胃の中に食物が入ってくると、収縮して胆汁を出し、その胆汁が食物と混ざります。だから絶食が続くと胆嚢は収縮しなくなります。それでも胆汁は作られるし、十二指腸にも出ていくけれど、胆嚢が収縮しないと中の胆汁が停滞するのです。

■そう言われると、イメージが湧きます。

●細菌感染の最適な環境はどのような状態か、ご存知ですか?

■そう言われても…。

●適当な温度があること、栄養が豊富で空気がないことなんです。そうすると胆汁はこの条件にぴったり合うんですよ。しかも胆嚢が収縮しなくなるような状態は細菌が停滞しやすくなります。川の淀みに苔が生えやすいような状態です。

★★あ! そうです、この患者さんはしばらく食べられなくて、点滴だけで治療をしてきて、そろそろ胃瘻を入れるかどうかということをご家族と相談していたところだったんです。

●このような病態を無石胆嚢炎と呼びます。この方のように寝たきりだったり、脳血管障害・手術施行後、心臓・大血管手術後や人工呼吸器装着者などICU入室患者に併発しやすいのです。

★★まさにその状態でした。

●そのような患者さんは自分の状態を医師や看護師にも訴えることができない場合が多い

◆表3 採血結果(症例3)

WBC (/mm ³)	7,720	ALT (IU/L)	100 ↑
RBC (/mm ³)	430	ALP (IU/L)	538 ↑
Hb (g/dL)	13.5	r-GTP (IU/L)	452 ↑
Hct (%)	41.5	LDH (IU/L)	552 ↑
Plt (/mm ³)	10.0×10 ⁴ ↓	ChE (IU/L)	2,053 ↑
CRP (mg/dL)	0.67	BUN (mg/dL)	35.5 ↑
TP (g/dL)	5.1 ↓	Cr (mg/dL)	1.16 ↑
Alb (g/dL)	3.5	Na (mEq/L)	139
T-Bil (mg/dL)	1.82 ↑	K (mEq/L)	4.7
AST (IU/L)	84 ↑	Cl (mEq/L)	103

表中の矢印は、基準値より上昇(↑)、低下(↓)を示す。

ですよね。そのために、発熱や肝機能障害があるだけで、原因不明ながら抗生剤が投与されるだけのことがあり、不明熱と診断され確定診断が遅れることもあるのです。胆嚢や肝臓は血流が多い臓器なので、ここに細菌感染に加え胆道内圧の上昇が起こると血液の中に細菌が逆流し菌血症を起こし、DICを併発することもあります。もちろん生命の危機にさらされます。無石胆嚢炎は致死率が高いと言われる理由は覚知の遅れが原因でもあるのです。

★そうですか、何気なく見ていたこの患者さんの肝機能障害の原因は、下手をすると命にかかわる状態だったんですね。今日先生に診てもらってよかったです。

●ENGBDを抜かれないように注意してくださいね。このような方は、悪気がなくても抜いちゃうことがありますから。

★★分かりました！

うっ血肝〈症例3〉

★先生、休憩を入れましょうか？

●僕は休憩が苦手なんです。皆さんさえよければ、回診を続けましょう！

★では、もう一人、原因不明の肝機能障害の方がいるので診ていただけますか？ 82歳の男性です。最近、食思不振、倦怠感や息切れなどを訴えています。前立腺がんによる骨転移もあり、抗がん剤の投与中です。高血圧もあって内服しています。

●では、まずカルテから拝見しましょう。肝機能障害の程度は…、黄疸もあるのですね(表3)。造影CTは…、胸水と腹水がある(写真3-①)。胆嚢摘出後ですね。ふ～む。では、患者さんを診に行きましょう。

■先生、こちらです。

●苦しそうですね。Satは？

■えーと、93%です。

●!?、頸静脈が怒張していますね。もしかしたら…。超音波を持ってきてもらえますか？

■CTじゃないんですね？

●ええ、CTは持ち上げに時間がかかるし、技師さんに頼まなければなりません。医療は必要最小限の労力で最大限の情報を引き出すことが大切なんです。

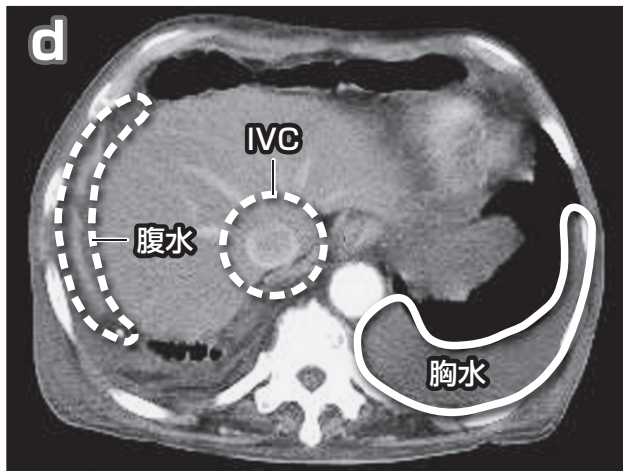
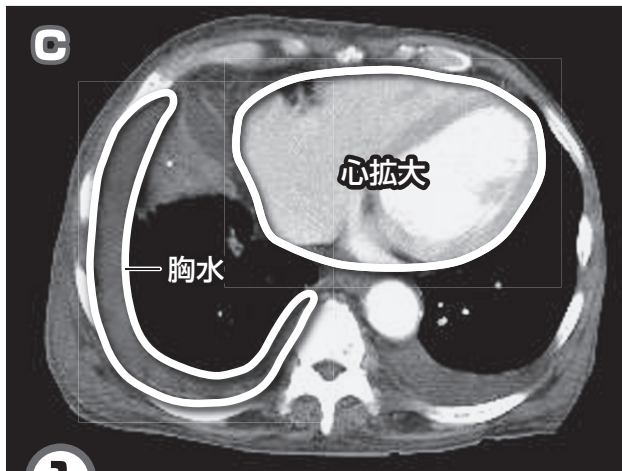
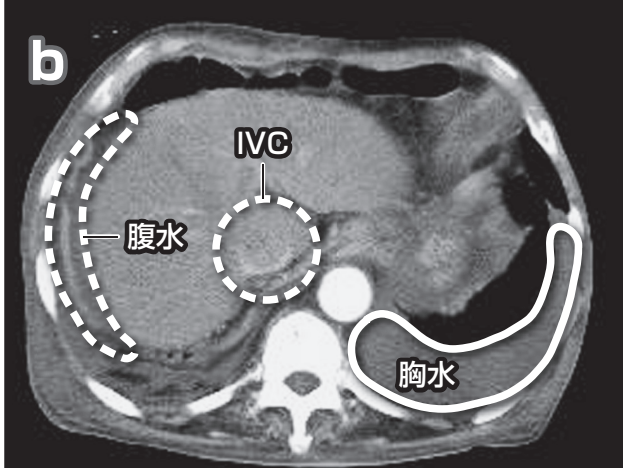
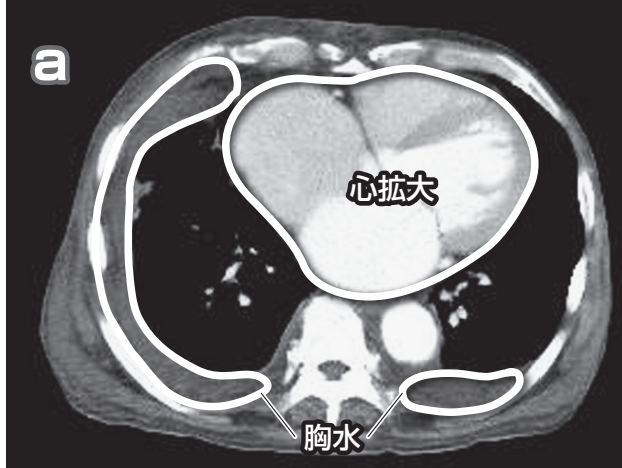
■そうですか。技師さんと呼ばばやってくれるからよいというわけではないんですね。

★★先生、超音波を持ってきました。

●ありがとう。(超音波画像を見ながら)…やはり、そうでしたか。下大静脈(IVC)も肝静脈も拡張しています。肝臓をエコーウィンドウにして心臓を見ると、随分拍動が弱いのですよね。これだとEF(Ejection Fraction、左室駆出率)は30%以下でしょうね。打診でも、随分心臓が大きそうです。胸部単純X線写真を撮影しましょう。

(胸部単純X線写真を撮影)

●CTRは約67%です(写真3-②)。立派な心不全です。心不全による肝機能障害、すなわち“うっ血肝”です。まずは酸素投与しましょう。これは肝臓が悪いわけではないので、循環器で治療してもらいましょう。緊急



1

胸・腹部造影CT

胸水・腹水の貯留を認める。心拡大も認める (a, c)。
下大静脈 (IVC) が拡張して (b, d), 静脈圧の上昇を疑わせる。

性はなさそうなので、利尿剤と強心剤を投与し、後は院長にお任せしましょう。

★★ありがとうございます。肝機能障害の原因が心臓のせいということもあるんですね。勉強になりました。

★

腸閉塞〈症例4〉

■先生、ちょっと患者さんを診てもらえますか？ 60代の女性でおなかを痛がっているのです。

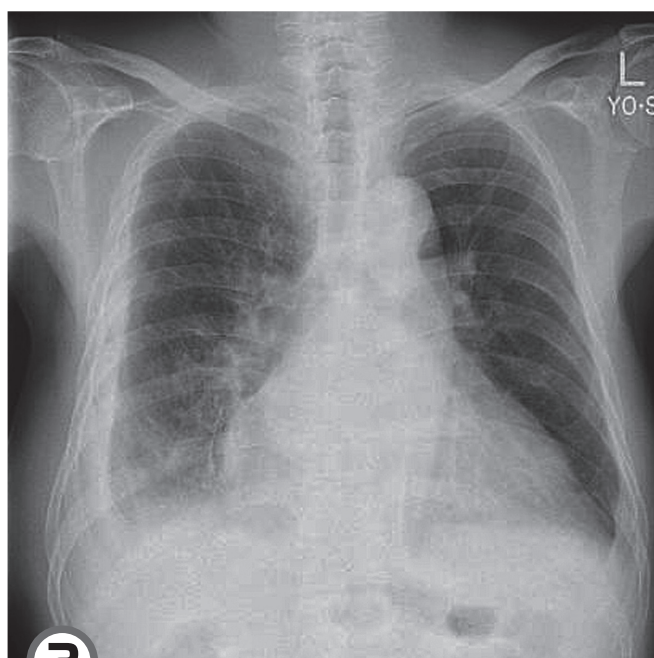
(患者さんのところへ)

●では拝見しましょう。ここは痛くないですか？



患者

(以下, △) キリキリというよりも、波があるんです。その辺が痛いんです。吐き気もします。

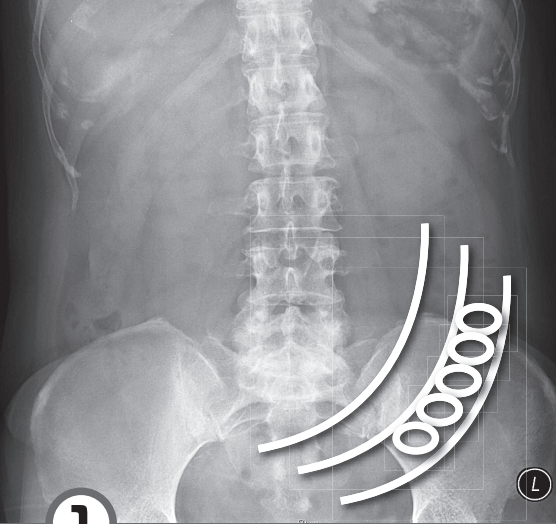


2

胸部単純X線写真

CTR=67%, 心拡大を認める。

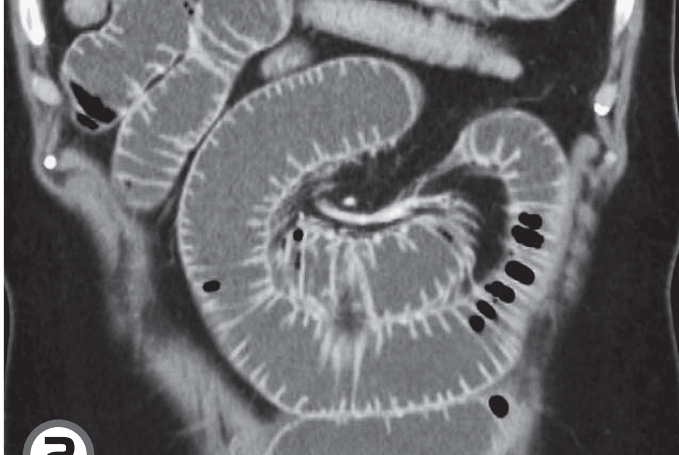
写真3 〈症例3〉うっ血肝



1

腹部単純X線写真

同時に円形のgasのつながりを認める。
これをstring of beads signと呼ぶ。



2

腹部造影CT

この部分をCTで見ると、同時にfluid filled ileusを呈している。Kerckring 嚢に円形のgasが確認できる。

写真4 〈症例4〉腸閉塞

●打診では鼓音はないですね。この傷は筋腫の手術ですか？

△そうです。ずいぶん前ですが…。

●まずは腹部単純X線写真を撮影しましょう。
(腹部単純X線写真を見て 〈写真4-①〉)

●あまり空気がないですね。

★★gasless abdomenですね！

●素晴らしい！ 以前にご紹介しましたよね
(本誌Vol.16, No.6, P.80)。そのとおりです。
でもここに少しガスが見えますよね。もしかしたら、このような状態でも腸閉塞を来しているかもしれません。CTを撮影しましょう。
(CTを見て 〈写真4-②〉)

●小腸が拡張しています。先の症例のようにfluid filled ileusを呈していますね。以前の手術による癒着性のイレウスのようです。腸閉塞は水分の再吸収ができないので、脱水になります。点滴を多めに使いましょう。イレウス管を入れたいのですが、キットは置いてますか？

★大丈夫です。

●ではすぐに挿入してしまいましょう。

★今からですか？

●なーに、10分いただければ、挿入はでき

ますよ。

★そうなんですか？

(イレウス管の留置完了)

●イレウス管を留置した後の管理は、前に勉強しましたよね(本誌Vol.16, No.4, P.63, 64)。大丈夫ですね？

★★任せてください！

食道穿孔〈症例5〉

★先生、もう一例お願いします。この方も肝機能障害なんですけど。

●どうされたんですか？

★78歳の男性です。背中が痛いと言って、昨日入院してきたんです。微熱もあります。

●ほかには症状はないんですね。肝機能障害は…なるほど(表4)。昨日CT写真を撮影しているんですね。見せてください。肝臓は特に異常はないようですね。胆石はありますが、胆嚢炎はなさそうですし…(写真5-②)。

●!!!, 診察させてください。おなかには痛くないんですね。背中をたたきますよ(患者さんが痛そうにしている)。Satは？

★★Satは95%です。

●血液ガスを取りましょう！

表4 採血結果 (症例4)

WBC (/mm ³)	16,910 ↑	CPK (IU/L)	222
RBC (/mm ³)	443	AMY (IU/L)	24
Hb (g/dL)	14.3	Glu (mg/dL)	126 ↑
Hct (%)	42.3	T-chol (mg/dL)	235 ↑
Plt (/mm ³)	14.9×10 ⁴	TG (mg/dL)	216 ↑
CRP (mg/dL)	15.54 ↑	BUN (mg/dL)	35.1 ↑
TP (g/dL)	7.7	Cr (mg/dL)	2.13 ↑
Alb (g/dL)	4.0	Na (mEq/L)	139
T-Bil (IU/L)	2.16 ↑	K (mEq/L)	5.2 ↑
AST (IU/L)	34	Cl (mEq/L)	98
ALT (IU/L)	22	CA19-9 (J/mL)	10
ALP (IU/L)	196	CEA (ng/mL)	1.2
r-GTP (IU/L)	110 ↑		

表中の矢印は、基準値より上昇 (↑)、低下 (↓) を示す。

●PO₂が70.1↓!!

★★先生、何を焦っているのですか？

●ちょっと、もう1回CTを見せてください！
(CTの読影)

●この方はたぶん食道に穴が開いています。
食道穿孔です！ CTの**写真5-②-c~f**の
○で囲っている部分がfree airなんです!! す
ぐに胃内視鏡を準備してください！
(内視鏡施行)

●これは何でしょうね？ (**写真5-③-a**) 洗
浄しましょう (**写真5-③-b**)。まだよく分
かりませんね。では、把持鉗子で除去します。
潰瘍を形成していますね (**写真5-③-c**)。
●(除去したものを見ながら) これはもう何
かお分かりですね (**写真5-③-d**)。薬の
PTPです。

■どうしてこんな飲んじゃったんでしょう？

●結構お年寄りの方は薬の飲み方が分からな
くなるからと言って、自分で薬を切り分けて
しまう方がいるんですよ。でも、これをもし
病院でしてしまったら、訴えられて裁判で負
けますよ。先日も訴訟の判決がありました。
病院側は1,500万円の賠償をしました。これ

は厚生労働省や国民生活センターからも注意
を喚起する文章が出ていますので、従ってい
ないと患者さんの不利益になると判断される
のです。

★大丈夫です。先日、院長先生からも同じよ
うなお話を伺ったばかりですから。

★★先生、ところで肝機能障害と食道穿孔は
関連していたんでしょうか？

●病態を考慮すると直接的な関係はなさそう
ですね。

●この食道穿孔は内科的治療は無理です。救
急搬送ですね。

★先生の一番最後の患者さんなので、救急病
院へは私が添乗してゆきます。先生は最後の
最後まで忙しかったですね。もしかしたら先
生は疫病神なのかしら？

●そうかもしれませんね…でも、大丈夫で
す。もうしばらくはおじゃますることもない
ので、皆さん安心してお仕事に励んでくださ
い。では、さっそく紹介状を準備しますね。
昨日のCTの写真のコピーと内視鏡写真を印
刷してください。

★先生、もう外は明るいですよ。日が早くな
りましたね。では行ってきます。先生、本当
にどうもありがとうございました。

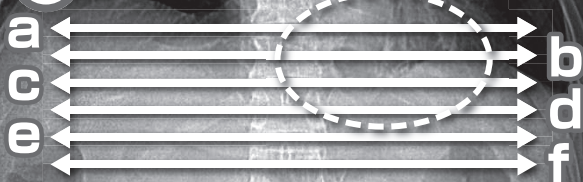
●いえ、どういたしまして。またお会いでき
る日を楽しみにしています。
(ピーポーピーポー)

★★先生、本当にまた来てくださいね。待つ
ています。

●努力します。でも実は、年に何回かは東京
や大阪、名古屋、仙台などで看護師さん向け
の講演会をさせていただいているんですよ。
今度仙台か東京で講演する時は連絡させてい
たきます。もし機会があればこちらへも参
加してください。結構好評なんですよ！

腹部単純X線写真

1

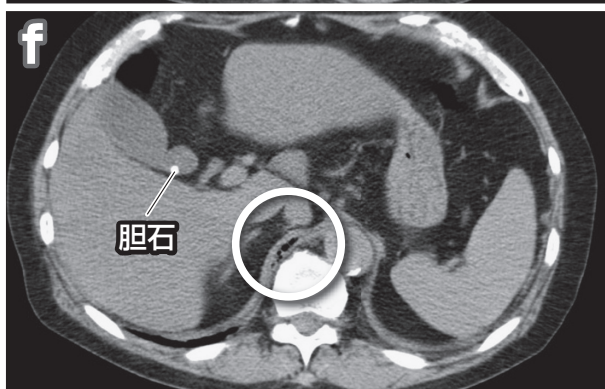
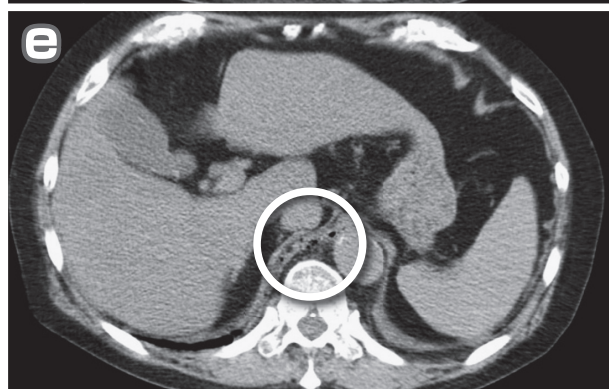
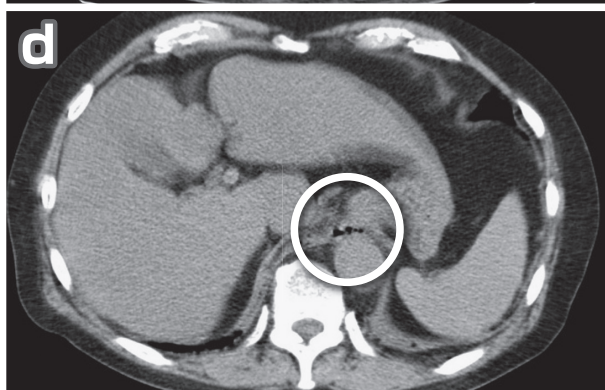
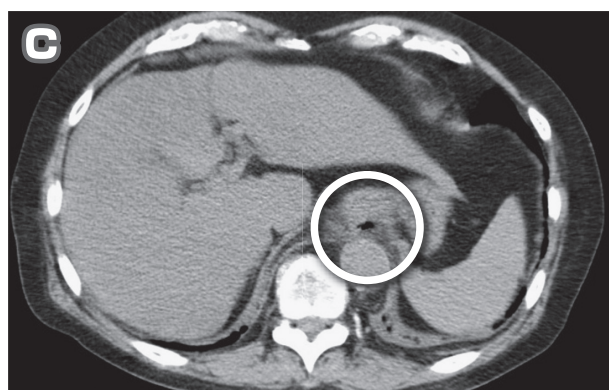
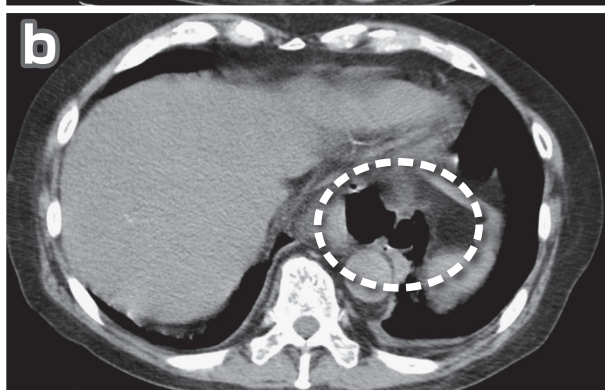
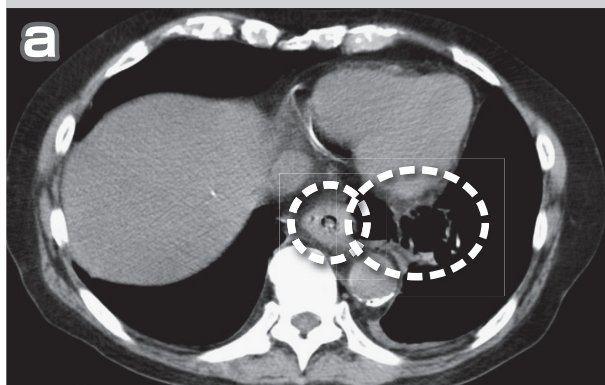


点線で囲んだ部分はフリーエア。

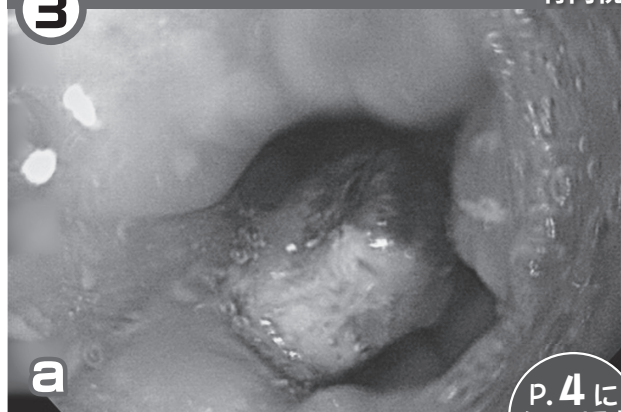
腹部単純CT

2

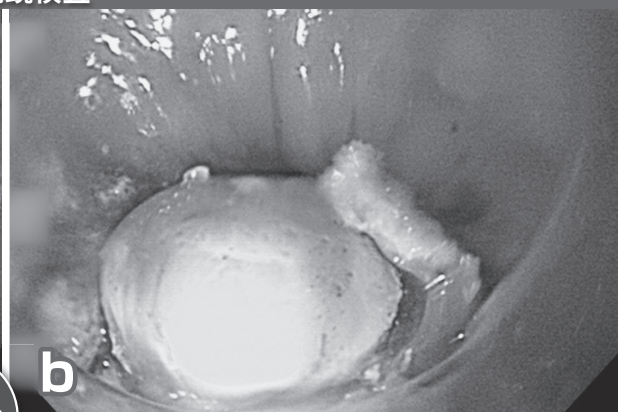
a, bの左下肺の線状影（点線で囲んだ部分）は一見bulla様。fに胆石は認めるが、胆嚢炎は起こしていない。c～fの食道下部に円形の粒状影とその周りに孤立性の空気像を認める。空気は後腹膜の大動脈周囲まで及んでいる（○で囲っている部分）。



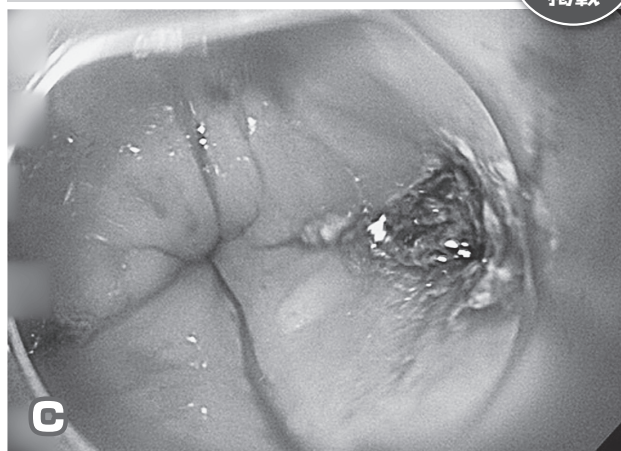
B



異物は残渣で覆われている。

P.4に
カラー写真
掲載

残渣を剥がすと…



穿孔部位が現れた。



食道下部に異物が存在していた。洗浄すると円形の白いものが見えた。除去すると食道潰瘍を確認した。摘出した異物は錠剤の入ったPTPであった。

★★先生の講演なら、きっと楽しいでしょうね。きっと主任さんが行きたいって言うと思いますよ。私も院長先生にお願いしなくちゃ。
★★先生、ありがとうございました。はい、これ。今日は先生の誕生日でしょう？

これは皆からの一年間のお礼と先生の誕生日のお祝いです。

●ありがとうございます。思いがけなくいただけるものって、うれしいですね！ でも、いただいちゃうとまた来なくてはならないですね？

★★、■もちろんです！

◆ ◆ 筆者より ◆ ◆

読者の皆さま、隔月ではありましたが一年間で愛読いただきありがとうございました。

消化器疾患の解説をシミュレーションとい

う形で紹介してまいりました。そのため限られた症例の解説しかできませんでした。決して頻度が多くない疾患も取り上げましたが、重篤感のある疾患で、消化器で診察する上では決して忘れてほしくないという疾患を取り上げたつもりです。皆さまの知識の整理にお役立ていただけると幸いです。

またの機会に皆さまにお会いできる日を楽しみにしています。

引用・参考文献

- 1) 西野徳之：Dr.西野&夜勤ナースの当直日誌 第2回、カテーテル管理，消化器肝胆膵ケア，Vol.16，No.4，P.62～69，2011.
- 2) 意外に難しい腸閉塞の診断 MD+ (NTT docomo 医療者向け動画サイト)
<http://docomo.mdplus.jp/lectures/cote/00081.html?tid=to2DraUI> (2012年5月閲覧)