



中津市民病院 臨床の実際

Nakatsu Municipal Hospital

No. 7 May, 2017

1. ルーテイン薬を服用させる前の注意
2. 食道 EP 癌の1例
3. 再発を繰り返した

Clostridium difficile 関連腸炎の1例

診療科の紹介……外科

今回より順次、診療科の紹介を致します



研修医マスコット

中津市立 中津市民病院

お問い合わせは中津市民病院（電話：0979-22-2480）まで

ホームページアドレス <http://www.city-nakatsu.jp/hospital/index.Html>

ルーテイン薬を服用させる前の注意

症例：72歳・男性

【主訴】 胸部絞扼感

【現病歴】 以前より高血圧症・脂質異常症の診断で近医外来にて加療されていたが、平成27年○月△日昼過ぎに突然激しい胸部絞扼感を訴えるようになり、同近医を受診した。心電図検査より急性冠症候群の疑い診断で、同日当院に紹介となった。

【既往歴】 高血圧症、脂質異常症を搬入時にご本人より聴取。

【症例の経過】

17:30 中津市民病院の救急外来に到着

心電図・心エコーズ検査より前壁領域の不安定狭心症と診断

17:45 緊急冠動脈検査の際のルーテインの内服薬を服用する。

* バファリン配合錠 A81 2錠 + プラビックス錠 (75) 4錠

18:10 冠動脈造影検査開始。

18:20 冠動脈検査中に、鼻閉を訴え、突然咳が出現。

徐々に喘鳴を聴取するようになる。

18:30 突然呼吸停止となったため、直ちに挿管し、心肺蘇生術施行。

18:35 自己心拍、自発呼吸を確認できた。

【今回の症例】

ご本人搬入時にはアレルギー歴を詳しくご本人が言われておらず、搬入時未到着であった親戚の話では、「以前喘息を言われたことがある」とか、「抗炎症剤のアレルギーもあった」とのことであった。

アスピリン(非ステロイド性消炎鎮痛薬 NSAIDs)により、喘息発作が誘発されていることや、アスピリン使用後の急激な喘息発作であること。加えて鼻症状(鼻閉)の悪化などから「アスピリン喘息」と診断した。

【アスピリン喘息】

成人喘息患者の約10%が、プロスタグランジン合成阻害作用を有するアスピリンおよび酸性非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs: non steroidal anti-inflammatory drugs)の投与によって喘息発作を生じ、アスピリン喘息と呼ばれている。

その正確な発生機序は不明ではあるが、アスピリン喘息患者ではプロスタグランジンの産生系であるアラキドン酸代謝経路上に何らかの異常があり、それが酸性NSAIDs投与によって顕在化し、その結果過剰に産生されるロイコトリエンのような化学伝達物質によって喘息発作が誘発されるものと考えられている。

臨床的には、NSAIDs以外にも、コハク酸エステル型ステロイド(ソルコーテフ、サクシゾン、ソルメドロール)の静注や、一部の食品・医薬品添加物もアスピリン喘息患者において喘息発作を誘発する可能性があると考えられる。

アスピリン喘息の患者の約半数で酸性 NSAIDs による発作誘発があるため、防止する最善の策は、原因となる酸性 NSAIDs を投与しないことである。

アスピリン喘息が疑われる臨床像としては、成人発症、非アトピー型重症喘息患者で、鼻茸、副鼻腔炎、嗅覚低下と言った鼻合併症が高いことが挙げられる。

アスピリン喘息が疑われる患者は、発熱に対しては氷冷やステロイドの経口投与、疼痛に対しては麻薬やペンタゾシン（ソセゴン）の投与を行う。

作用は弱いがプロスタグランジン阻害作用のない塩基性 NSAIDs であるエモルファゾン（ペントイル）や漢方薬も使用できる。

アスピリン喘息患者が喘息発作を発症した場合の治療法は、通常の喘息発作の治療と変わらないが、コハク酸エステル型のステロイド注射薬によって発作が誘発されることがあるので、その場合にはリン酸エステル型ステロイド薬（リンデロン注、水溶性ヒドロコルチゾン注射液）を用いる。ただしその場合はワンショット静注でなく、点滴で1時間ほどかけて投与する。

【早期対応のポイント】

基本的に通常の急性喘息発作の対応と同じであるが、アドレナリンが有効であることと、ステロイドの急速静注は禁忌であることを十分に理解しておく。

アスピリン使用後数時間は急速に症状が悪化しやすいことから、迅速な対応が必要である。

まずは必ず静脈ラインを確保し、SpO₂のモニターを行い、十分な酸素投与をし、アドレナリン筋肉内注射（0.1～0.3 mL）を試みる。

アドレナリンは、喘息症状だけでなく、鼻・消化器・皮膚などすべての過敏症状に奏功するため、積極的に用いる。2～3回繰り返しても良いとされる。

ステロイド+アミノフィリンは通常の喘息発作と同様の方法で、点滴で用いる。特に静注用ステロイドは、その急速投与で発作の悪化を来しやすいため、決して急速静注をしてはいけない。

鼻閉や顔面紅潮、皮疹を認める症例では、抗ヒスタミン薬の点滴内追加も考慮する。

内服可能であれば、直ちに抗ロイコトリエン薬を内服させる。

最初の数時間を乗り越えれば、アスピリンの薬理学的効果の消退とともに、発作も改善してくる。

【まとめ】

今回不安定狭心症患者に対して、緊急冠動脈造影検査や経皮的冠動脈インターベンションを施行するために服用させたアスピリンにより、呼吸停止となるレベルのアスピリン喘息発作を起こした症例を経験した。

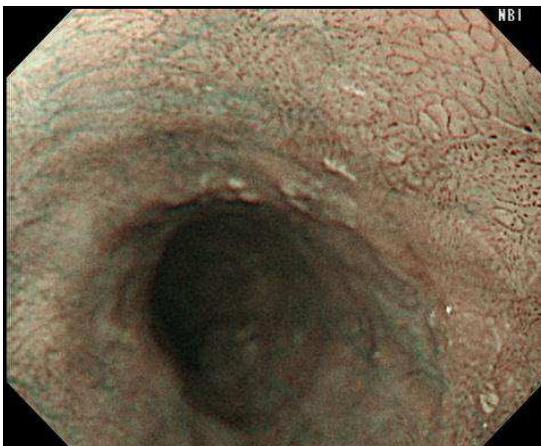
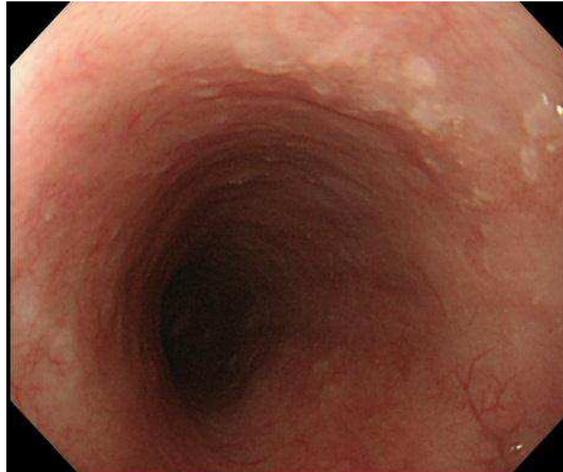
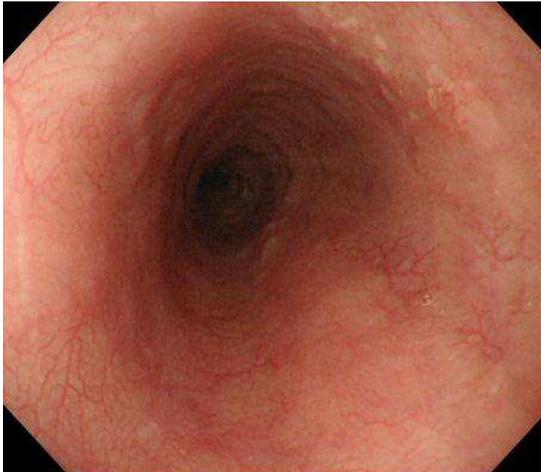
急性冠症候群の場合、早期の冠動脈血流の再建が必要であるために、ルーティン薬を搬入後直ちに服用させることが多いが、その前に必ずアレルギー歴の確認をしておくことが必要である。

食道EP癌の1例

〈症例〉

70代男性、アルコール多飲傾向あり。起床時の上腹部痛あり、上部消化管内視鏡検査目的で近医より紹介となった。CEA・CA19-9 上昇なし。

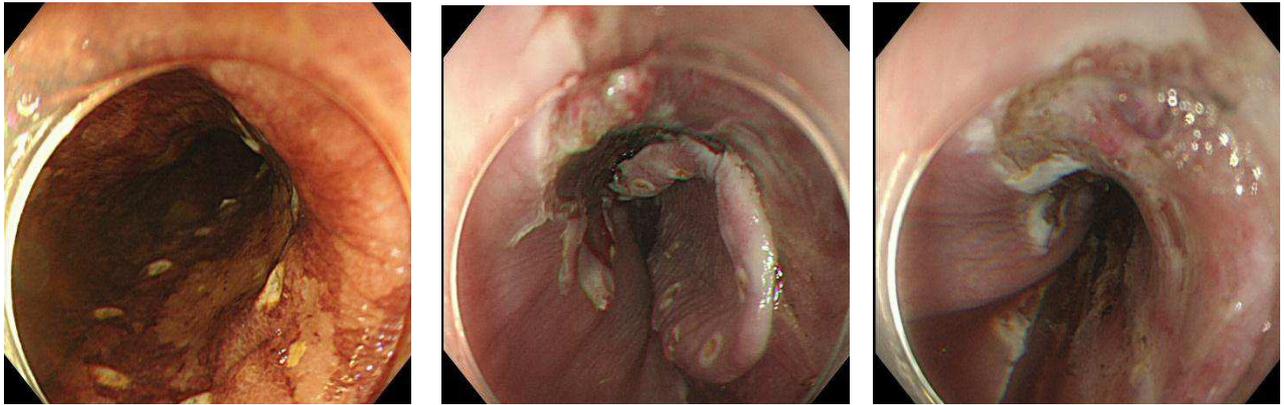
【上部消化管内視鏡検査】



【画像所見】

- ・ DA25-30cm の食道前～右側壁に、僅かに発赤調で内部に白色顆粒状隆起を伴う、ごく浅い陥凹病変を認める
- ・ NBI 観察では同部に拡張した B1 血管や一部 AVA-small 形成を認める
- ・ ルゴール散布にて同部は明瞭な境界を持った淡染域として認識される
→EP/LPM 主体の 0-IIb 型早期食道癌が疑われる
- ・ 病変は頭尾方向に 4-5cm 程度、管腔の 1/3 周を占める

【治療】 上記病変に対し、食道 ESD を施行した。



【診断】

Squamous cell carcinoma, pType 0-IIc, pT1a-EP (M1)

Well differentiated squamous cell carcinoma confined to the mucosa, pTis, ly(-), v(-), pHM0, pVM0, pR0.

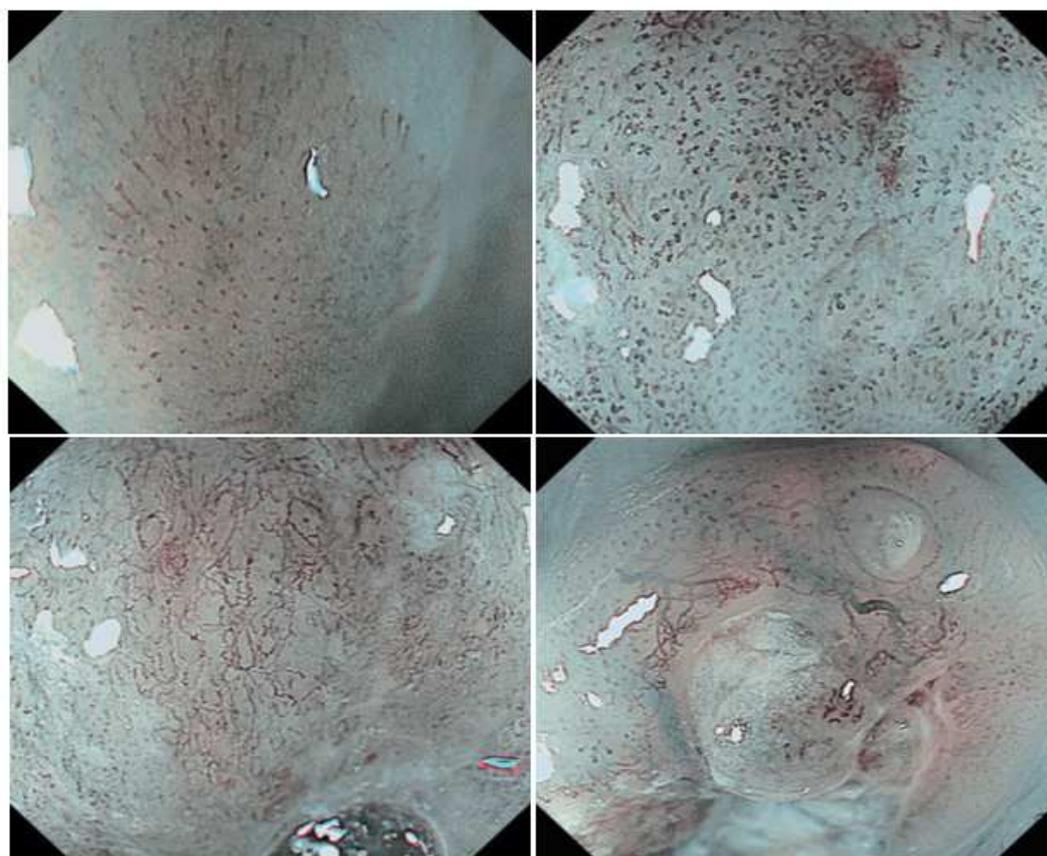
【考察】

本邦における食道癌の死亡者数は年間 11,000 人程度で、癌死の 3%を占めている。食道癌は進行して発見されると予後不良であるが、早期に発見されると根治的な治療が可能で、食道癌に対する各種治療のなかでも内視鏡切除術（EMR/ESD）は最も低侵襲であるため多くの食道癌に適応されている。近年では内視鏡機器の進歩に加え、食道癌ハイリスク群を対象としたスクリーニング検査により早期癌も効率良く発見されるようになっており、診断・治療を含めて内視鏡の果たす役割は極めて大きい。

早期食道癌の内視鏡所見（通常光観察）としては、食道粘膜の色調変化として①粘膜の発赤や白濁、②透明感を失ったざらつき感、③樹枝状血管網の消失 や、白色調の小さな隆起、軽度の凹凸不整や浅い陥凹などが挙げられる。通常光観察でこれらの所見を認めれば、NBI やヨード染色による不染帯の有無とその範囲診断が必要となる。またスクリーニング検査での、通常光に加えた NBI 観察での brownish area の拾い上げも重要である。

早期食道癌が粘膜内癌であるのに対し、表在型食道癌とは癌腫の壁深達度が粘膜下層までの癌であり、いずれもリンパ節転移の有無は問わないとされている。全食道癌症例の約32%を占め、その約84%は0-II型、中でも0-IIcが68%を占める。表在型食道癌は粘膜癌(M癌)と粘膜下層癌(SM癌)の2つに分けられ、さらにM癌は上皮内癌(T1a-EP)・粘膜固有層癌(T1a-LPM)・粘膜筋板癌(T1a-MM)の3つに、SM癌は粘膜下層の上1/3までの浸潤(SM1)・中1/3までの浸潤(SM2)・下1/3までの浸潤(SM3)の3つに分類される。癌の壁深達度と脈管侵襲・リンパ節転移頻度は密接に相関し、治療法の選択は主として壁深達度を参考に決定されるため、治療前の正確な深達度診断が重要である。リンパ節転移がほとんどないT1a-EP・LPM癌には内視鏡治療(EMR/ESD)を含めた局所的治療が適応である。リンパ節の転移頻度が10%程度のT1a-MM・SM1癌には、標準的治療としてはリンパ節郭清を含めた外科治療を原則とするが、EMR/ESD治療後の病理所見を参考に何らかの追加治療を行う症例が増加している。リンパ節転移を高頻度に伴うSM2~3癌には、リンパ節郭清を含めた食道癌根治手術が標準治療である。

表在型扁平上皮癌の深達度診断を主目的として簡略化された分類に日本食道学会分類があり、扁平上皮癌(squamous cell carcinoma; SCC)が疑われる領域性のある病変を対象とする。境界病変で見られる血管をType A、癌で見られる血管をType Bとし、Type BはB1・B2・B3に亜分類され、T1a-EP・LPMのSCCにみられる所見がType B1、T1a-MM・T1b-SM1がType B2、T1b-SM2以深がType B3に概ね該当する。



Type A : 血管形態の変化がないか軽度なもの。上皮乳頭内血管ループ(intra-epithelial papillary capillary loop ; IPCL)の変化を認めないか軽微なもの(Fig.1a).

Type B : 血管形態の変化が高度なもの。

B1:拡張・蛇行・口径不同・形状不均一のすべてを示すループ様の異常血管(Fig.1b)

B2:ループ形成に乏しい異常血管(Fig.1c).

B3:高度に拡張した不整な血管(Fig.1d).

これらの血管による分類に加え、食道学会分類では AVA(Avascular area)という概念を入れた。

AVA(avascular area):Type B 血管で囲まれた無血管もしくは血管が粗な領域を AVA とし、その大きさから 0.5mm 未満を AVA-S(AVA-small)、0.5mm 以上 3mm 未満を AVA-M (AVA-middle)、3mm 以上を AVA-L (AVA-large)と表記する(Fig.2)。

AVA-S は深達度 EP~LPM, AVA-M は深達度 MM~SM1, AVA-L は深達度 SM2 以深に相当する。ただし B1 血管のみで構成される AVA は大きさにかかわらず深達度 EP~LPM に相当する(Table 1)

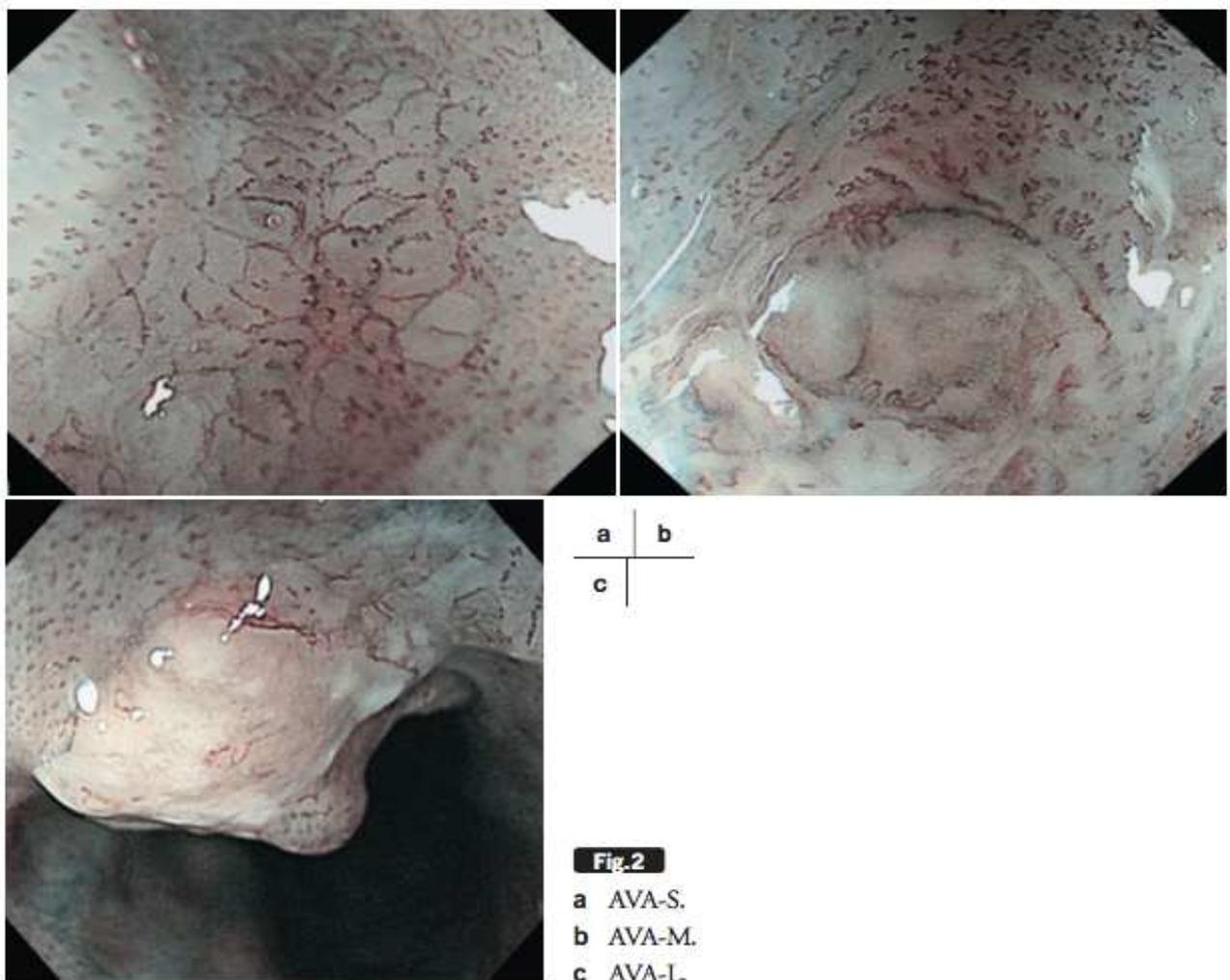


Table 1 AVAの分類

	大きさ	深達度
AVA-S	0.5mm未満	EP~LPM
AVA-M	0.5mm以上3mm未満	MM~SM1
AVA-L	3mm以上	SM2以深

AVA: avascular area, S: small, M: middle, L: large.

本症例の場合は、通常光観察にて病変部粘膜に散在する白色小隆起で発見され、NBI観察にて同部に異常に拡張した血管を、またヨード染色にて領域を持った淡染域を認めたため食道癌を疑った。NBI観察では同部に拡張したドット状の異常血管を認めたが、ループは保たれており日本食道学会分類の B1 血管と考えられた。また病変内の一部には複数の AVA-small 形成を認めた。以上の所見から深達度 EP/LPM の表在型食道癌を疑い、ESDを施行した。

病理結果では診断通り pT1a-EP (M1) の早期食道癌であり、根治切除であった。

(放射線科 下川 知美)

【参考文献】

胃と腸 第51巻 第5号 2016年 555-563

胃と腸 第49巻 第8号 2014年 1164-1172

胃と腸 第47巻 第5号 2012年 増刊号

0-IIb は凹凸のない平坦病変であり、粘膜の色調変化や光沢の変化、血管透見の消失などで表現される病変である。通常観察では発見が難しく、ヨード染色にて初めて指摘される病変が多かった。しかし NBI の普及に伴い、通常観察では指摘しにくい淡い発赤も BA(brownish area) として観察できるため、ヨード染色を施行せずに拾い上げられる症例が増えた。

食道癌は従来早期発見が難しく、粘膜下層に浸潤すると高率にリンパ節転移をきたすため予後不良な疾患とされてきた。早期病巣を発見して内視鏡治療 (EMR/ESD) を行うことが食道癌の最も有効な克服法であるが、近年では内視鏡機器の進歩に加え、食道癌ハイリスク群を対象としたスクリーニング検査により早期癌も効率良く発見されるようになっており、診断・治療を含めて内視鏡の果たす役割は極めて大きい。

表在型(0型)は表在隆起型(0-I型)・表面型(0-II型)・表在陥凹型(0-III型)の3型に亜分類でき、また 0-II型は表面隆起型(0-IIa)・表面平坦型(0-IIb)・表面陥凹型(0-IIc)の3つに分類される。

再発を繰り返した Clostridium difficile 関連腸炎の一例

症例：75歳 女性

既往歴：高血圧症・閉塞性動脈硬化症

生活歴：喫煙歴なし、機会飲酒

現病歴：感冒症状、下痢、腹痛が出現し近医で抗菌薬処方されたが、再燃を繰り返していた。その後38度台の発熱があり、別の病院を受診。血液検査でWBC:48000/ μ l、腹部単純CTで全大腸の浮腫を認め、感染性腸炎の診断にてCLDM、CTMの点滴投与やFOM内服で入院加療された。しかし炎症所見の持続、CTでの腸管壁の浮腫増悪、腹水の出現がみられ当院外科に精査加療目的にて紹介となった。

入院時現症：

身長：147.4cm 体重：47.3kg

意識清明、体温：37.3°C、血圧：134/82mmHg、心拍数：80回/分、SpO₂(room air)：94%

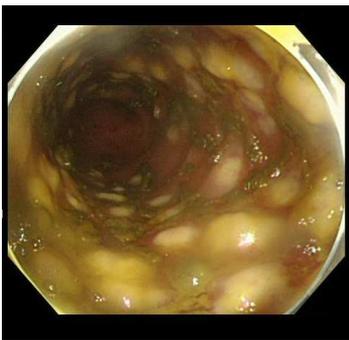
腹部：腹部膨満あり、圧痛なし、筋性防御なし、反跳痛なし

検査所見：

血液検査でWBC 44,200/ μ l、好中球 96.5%と好中球優位の白血球上昇を認め、CRP 13.9mg/dlと炎症反応の上昇を認めた。Alb 1.9g/dlと低Alb血症を示し、BUN 32.3mg/dl、Cr 1.14mg/dlと軽度腎機能低下を認めた。血中プロカルシトニンは陰性であった。便中CD toxin陰性、後日、便培養からClostridium difficileが検出された。

画像所見：

【入院時】



下部消化管内視鏡検査で、直腸から横行結腸中部までびまん性の粘膜浮腫性肥厚、発赤、偽膜の付着を認めた。

→偽膜性大腸炎と診断した。

臨床経過：

●初回入院時

偽膜性大腸炎の確定診断後、本症例は重症例であったため、バンコマイシン 500mg/回 1日

4回内服で治療開始した。バンコマイシン内服開始後よりWBCは正常化傾向、CRP陰性化傾向となり、発熱、下痢症状は消失した。第13病日にバンコマイシンの内服は中止とした。第21病日に39度台の発熱と下痢があり、WBC、Neutro、CRPの再上昇を認めた。臨床症状より偽膜性大腸炎の再燃を考え、バンコマイシン500mg/回1日4回の内服を再開した。バンコマイシン開始後、第28病日には再度WBC正常化、CRP陰性化した。発熱、下痢症状は消失していたが、下部消化管内視鏡検査では偽膜は軽度残存していた。そのため、入院での継続加療が必要と考えられたが、本人の強い希望により第28病日に退院とした。

●2回目入院時

退院1週間後の外来診察時、発熱、下痢症状はなく血液検査で異常は認めず経過良好であった。しかしながら、外来受診10日後、再度下痢症状と発熱を認め当院を再受診。便CD toxin陽性であったためClostridium difficile関連腸炎と判断し、入院のうえバンコマイシン500mg/回1日4回内服で治療を開始した。これまで同様、治療反応性は良好で、下部消化管内視鏡検査では偽膜は消失していた。第21病日に退院とした。

●3回目入院時

退院3日後、再度下痢症状と発熱を認め当院を再受診。便CD toxin陽性であったためClostridium difficile関連腸炎の再燃と判断し、これまでと同様の治療を開始した。治療への反応性は良好であったが、初回および2回目の入院時に施行した内視鏡下生検で潰瘍性大腸炎等の炎症性腸疾患を否定し得ないため、第9病日、精査加療目的に他院へ転院とした。

本症例から以下を経験した。

- ・抗菌薬使用後の白血球増多、発熱、下痢を見たらClostridium difficile関連腸炎(CDAD)を疑う必要がある。
- ・CD toxinチェック陰性でもCDADは否定できない
- ・CDADの再発は珍しくない。
- ・CDADの重症型は、第一選択としてバンコマイシンの内服で治療を行う。
- ・治療効果判定は臨床経過を持って判断する。

なお、本症例は転院先での精査の結果、炎症性腸疾患は否定され、バンコマイシンでの治療が継続され、その後転院先を退院となった。

(研修医 和田 亜由美)

各科の紹介 外科（消化器・呼吸器・乳腺・小児）

【スタッフ】

消化器：



折田博之（副院長兼
診療部長兼主任外科
部長兼小児外科部長）



甲斐成一郎
（外科部長）



永田茂行
（外科部長）



一万田充洋
（外科医長）

呼吸器：



福山康朗（がんセンター
長兼呼吸器外科部長）

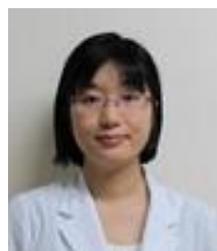


倉光絵梨奈



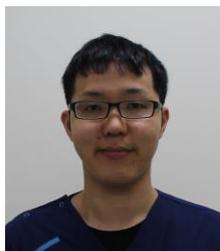
富山貴央

乳 腺：



永松敏子（外科医長）

小 児：



谷口直之



【特色】

大分県北地域の地域がん連携拠点病院として食道、胃、大腸、肝臓、胆嚢、膵臓などの消化器がん、肺・縦隔の悪性腫瘍、乳がんの外科治療を行うとともに、各がん腫のガイドラインに沿って抗がん剤治療や放射線療法も併用して質の高いがん医療の提供に努めています。また、がんのみならず地域医療支援病院として地域の医療機関から紹介される消化器や呼吸器の救急疾患やヘルニア、小児外科疾患などの手術も行っています。

手術では患者さんの負担や痛みを軽減するために鏡視下手術などの低侵襲治療を各専門学会の指導医や専門医、技術認定医などの指導のもと積極的に取り入れています。また、高齢者の手術も増加するなか、歯科口腔外科、薬剤師、リハビリ、管理栄養士が参加した多職種チームによる周術期管理を行って、手術を受ける患者さんをサポートしています。

【症例数・治療・実績】

2016年度の外科（乳腺外科含む）の実績は、退院患者1,389人（延19,591人）、平均在院日数は13.1日、手術総数は633例でした。手術件数633例のうち悪性腫瘍手術件数は187例で、主な内訳としては、大腸癌64例、乳癌53例、胃癌33例、肝癌15例などでした。

呼吸器外科の実績は、退院患者526人（延9,549人）、平均在院日数は17.5日、手術総数は112例で主な内訳としては、肺癌70例、中皮腫1例、縦隔腫瘍1例などでした。

小児外科の実績は、退院患者72人（延369人）、平均在院日数は4.6日、手術総数は40例でした。

【医療設備】

手術室5室（うち1室がバイオクリーンルーム）、内視鏡カメラシステム3台、超音波凝固切開装置3台、HCU4床、MRI（1.5テスラ）、80列CT、PET機能付ガンマカメラ、リニアック装置、血管撮影システム、マンモグラフィ、カプセル内視鏡 等

【外来診療】

消化器：毎日

呼吸器：火曜日、金曜日

乳 腺：月曜日、水曜日、木曜日

小 児：金曜日

受付時間は、原則として8：30～11：00です。