

発熱を主訴に救急外来を 受診した●●歳女性

育和会記念病院 研修医 氏名

【症例】

【症例】 ●●歳 特別養護老人ホームに入居中

【主訴】 発熱、倦怠感

【現病歴】

X-3日 37.5°Cの発熱があり、往診医により採血施行しクラビット内服開始した。

X-2日 炎症反応の上昇が確認され、発熱も持続おり、点滴に変更し経過観察していた。

X-1日 抗菌薬をゾシンに変更するも、38°Cの発熱継続するためX日に当院救急外来受診された。

最終排便は2日前

【陰性所見】 下痢、嘔吐、頭痛、悪寒、咳、胸痛、腹部痛、血便

【症例】

【既往歴】

高血圧 僧帽弁閉鎖不全 パーキンソン病

総胆管結石、胆嚢炎(保存的治療で軽快、手術はなし)

【内服薬】 カルコーパ、酸化マグネシウム、アテレック、フロセミド

【飲酒歴】 なし 【喫煙歴】:なし

【アレルギー】食事:なし 薬剤:なし

【現症】

- ・体温:37.0°C、脈拍:78回/分・整、血圧:152/98mmHg、
SpO2:96%(室内気) GCS:E4V4M6
身長:●●●cm 体重:●●kg BMI:●●●
- ・頭部:眼球結膜黄染なし、眼瞼結膜貧血なし
- ・頸部:頸部リンパ節腫大なし、頸静脈怒張なし
- ・胸部:呼吸音清、心音リズム整、明らかな心雑音聴取せず
- ・腹部:軽度膨満、圧痛不明、右上腹部で硬、反跳痛不明
腸蠕動音聴取可能、Murphy徴候陰性
- ・背部:圧痛なし、両側CVA叩打痛なし
- ・四肢:両下肢圧痕性浮腫なし、発赤なし、熱感なし

鑑別診断は？

【鑑別診斷】

- 誤嚥性肺炎
 - 腎盂腎炎
 - 膽囊炎
 - 膽管炎
-
- 感染性心內膜炎
 - 感染性腸炎
 - 惡性腫瘤

【血液検査】

WBC		$10^2/\mu\text{l}$	AST		U/l	CRP		mg/dl
Neutro		%	ALT		U/l	GLB		g/dl
Lympho		%	γ -GTP		U/l	Na		mEq/l
Mono		%	T-Bil		mg/dl	K		mEq/l
Eosin		%	LDH		U/l	Cl		mEq/l
Baso		%	CK		U/l	Glu		mg/dl
RBC		$10^4/\mu\text{l}$	BUN		mg/dl	PT		秒
HGB		g/dl	Crea		mg/dl	INR		
HCT		%	TP		g/dl	PT(カッセイ)		%
PLT		$10^4/\mu\text{l}$	ALB		g/dl	APTT		秒
						PCT		Ng/ml

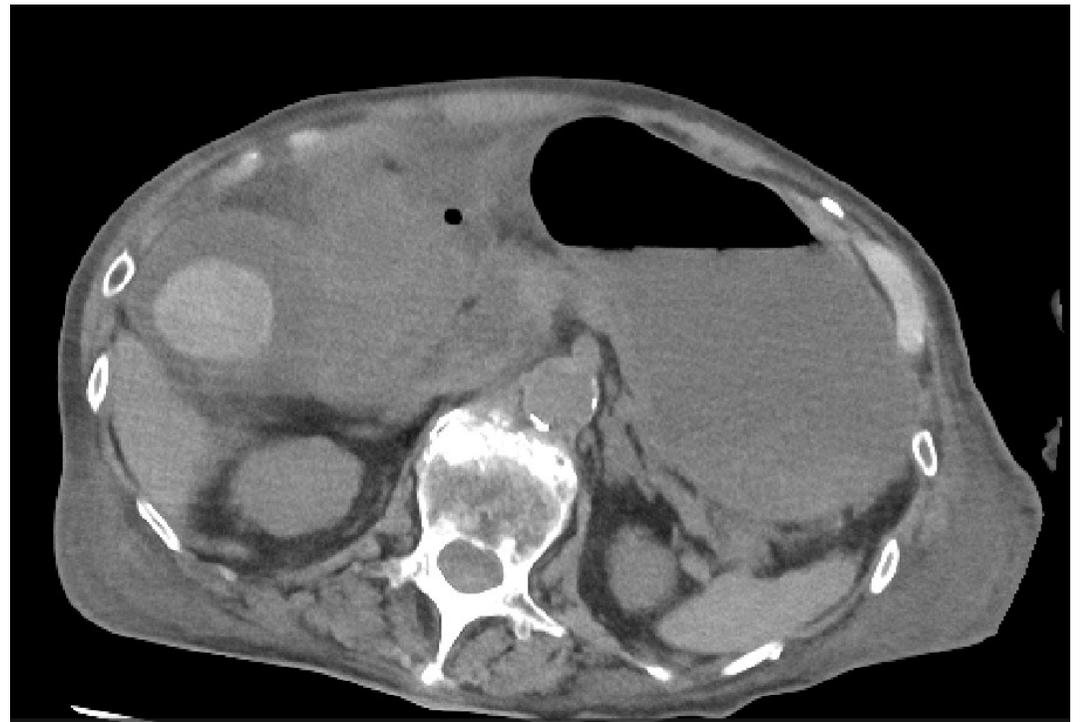
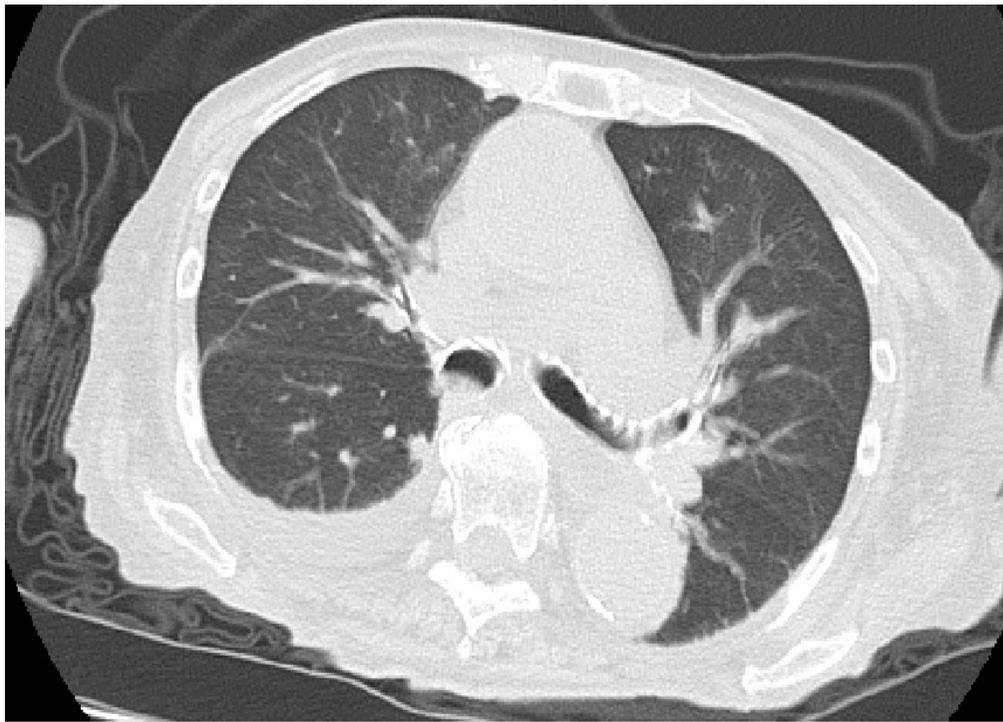
尿検査所見

U-ウロビリノゲン	■	赤血球	■/HPF	グラム陽性球菌	■
U潜血	■	白血球	■/HPF	グラム陰性球菌	■
Uビリルビン	■	扁平上皮	■/HPF	グラム陽性桿菌	■
Uケトン体	■	尿路上皮	■	グラム陰性桿菌	■
U糖定性	■	尿細管上皮	■	真菌	■
Uタンパク定性	■	細菌	■	貪食像	■
UPH	■				
U比重	■				

【胸部Xp】



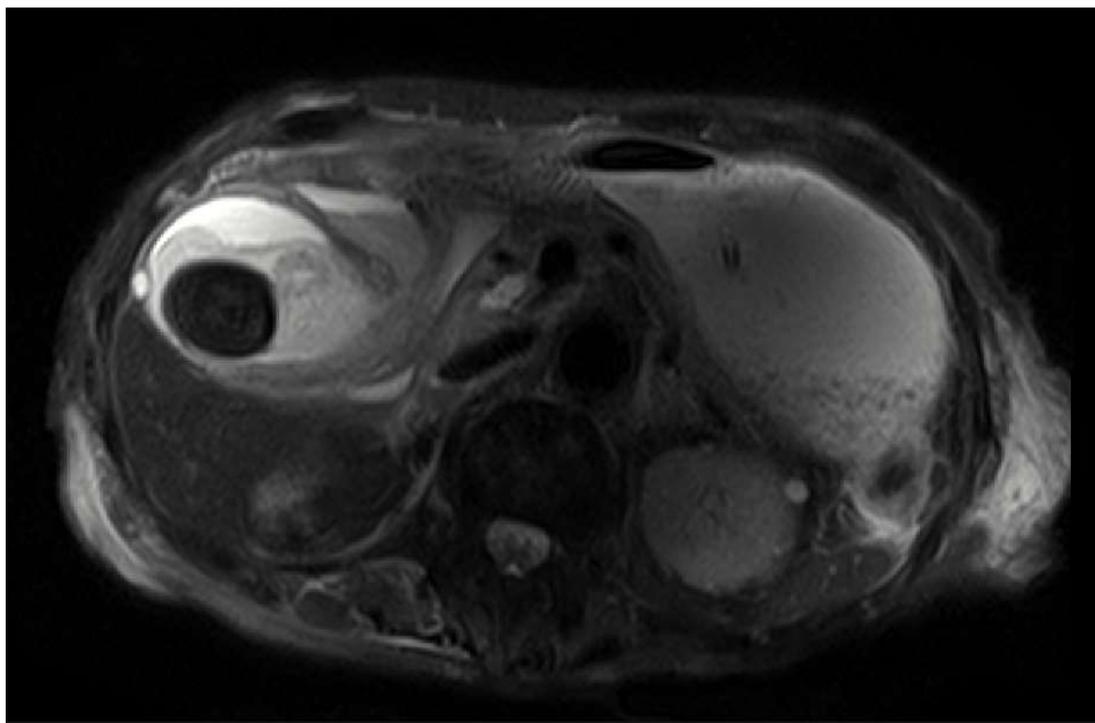
【胸腹部CT】



【腹部超音波検査】



MRI画像



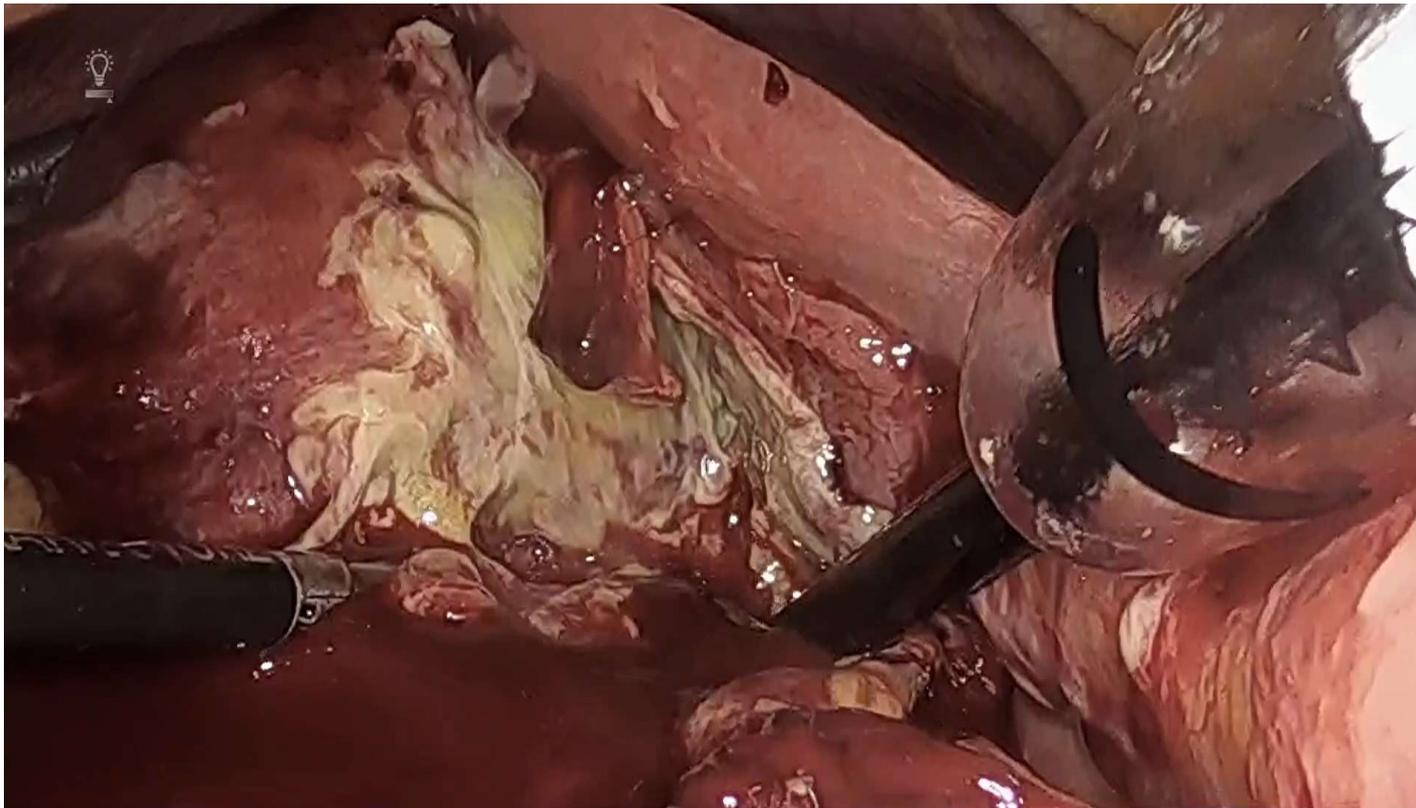
【臨床診断】

急性胆嚢炎

【入院後経過】

- X日 入院 ワイスタール静注開始
- X+1日 腹腔鏡下胆のう摘出術施行 ドレーン挿入

術中動画

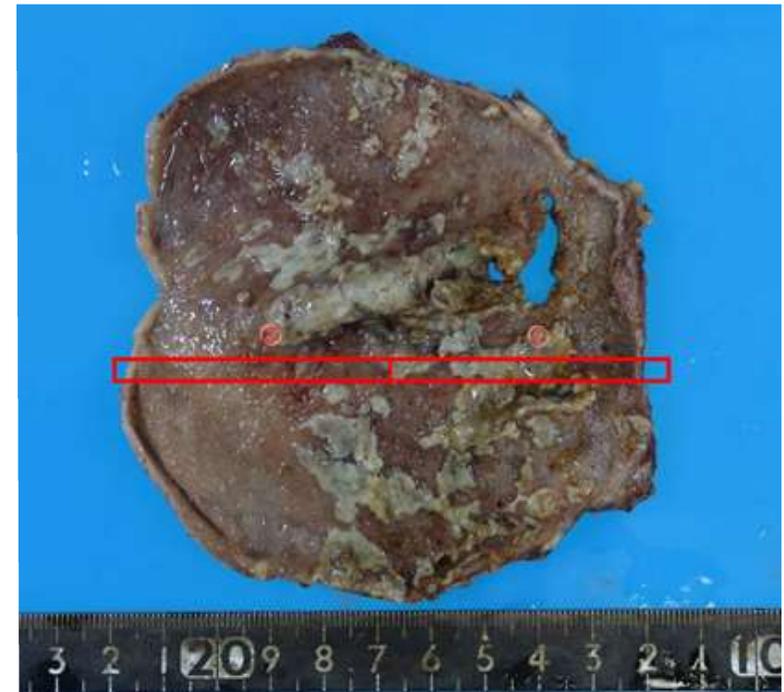


【入院後経過】

- X日 入院 ワイスタール静注開始
- X+1日 腹腔鏡下胆のう摘出術施行 ドレーン挿入
- X+2日 創部汚染なし ドレーン挿入部脇漏れなし 排液 淡血性～漿液性 体温38°C、CRP10.52mg/dL
- X+5日 飲水開始 体温37°C CRP5.00mg/dL
- X+7日 嚥下食開始 体温36.9°C CRP3.14 mg/dL
- X+9日 炎症反応改善傾向 抗菌薬終了 体温36.5°C CRP1.39 mg/dL
- X+10日 ドレーン排液 漿液性9CC ドレーン抜去
- X+21日 退院

病理組織検査結果

- 病理診断結果：壊疽性胆嚢炎
- 所見：全層性に好中球を中心とする高度の集簇巣をみる
- 異形細胞は認めず腫瘍は否定的です



【急性胆嚢炎】

- 日本人の胆石保有率は10%
- 有症状化率は年1～3%、生涯で約20%
- 腹腔鏡下胆嚢摘出術が第一選択となる
- 手術への耐性がなければ胆嚢ドレナージを行う
- 保存的治療では28%、胆嚢ドレナージ後では25%の再発率
- 約1%の悪性腫瘍の可能性がある

急性胆嚢炎の適切な手術時期は

- ランダム化比較試験15編をメタ解析を行った。
- 72時間以内早期手術例または1週間以内早期手術を待機的手術と比較した。
- 手術時間、胆管損傷発生率、死亡率で有意差は認めなかった。
- 入院期間に関しては早期手術で優位に短かった。
- 待機的手術では待機中に症状再燃し緊急手術が20%で行われた。

→そのため今回の症例に関しては早期の手術が有効であったと考える。

腹腔鏡手術中に手術困難と判断する基準は？

- 614人の腹腔鏡下胆嚢摘出術を行う外科医が対象
 - 胆管損傷(BDI)とリスクに対する2つのアンケートを実施した。
 - 72.3%がBDIあるいはニアミスを経験した
 - Calot三角領域(42.4%)、胆嚢管周囲(42.4%)での発生率が高い
 - 三管合流部の結石嵌頓、Calot三角での炎症による強い線維化、瘢痕化が見られ、良質な視野が得られない場合は回避手技を行うことと結論つけられた。
-
- 参考文献: PubMed、Delphi consensus on bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy

急性胆嚢炎の重症度分類

TG 18 /TG 13 急性胆嚢炎重症度判定基準
重症急性胆嚢炎 (Grade III)
急性胆嚢炎のうち、以下のいずれかを伴う場合は「重症」である。 <ul style="list-style-type: none">・循環障害 (ドーパミン$\geq 5 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, もしくはノルアドレナリンの使用)・中枢神経障害 (意識障害)・呼吸機能障害 ($\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$ 比< 300)・腎機能障害 (乏尿, もしくは $\text{Cr} > 2.0 \text{ mg/dL}$)*・肝機能障害 ($\text{PT-INR} > 1.5$)*・血液凝固異常 (血小板$< 10$ 万 $/\text{mm}^3$)*
中等症急性胆嚢炎 (Grade II)
急性胆嚢炎のうち、以下のいずれかを伴う場合は「中等症」である。 <ul style="list-style-type: none">・白血球数 $> 18,000 / \text{mm}^3$・右季肋部の有痛性腫瘍触知・症状出現後 72 時間以上の症状の持続^a・顕著な局所炎症所見 (壊疽性胆嚢炎, 胆嚢周囲膿瘍, 肝膿瘍, 胆汁性腹膜炎, 気腫性胆嚢炎などを示唆する所見)
軽症急性胆嚢炎 (Grade I)
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。
<p>*肝硬変, 慢性腎不全, 抗凝固療法中の患者については注1 参照。</p> <p>急性胆嚢炎と診断後, ただちに重症度判定基準を用いて重症度判定を行う。</p> <p>非手術的治療を選択した場合, 重症度判定基準を用いて 24 時間以内に 2 回目の重症度を判定し, 以後は適宜, 判定を繰り返す。</p>