

嘔吐、吐血、下血を主訴に来院した症例

90歳代女性 主訴：嘔吐、吐血、下血

- 現病歴：
- 慢性心不全の急性増悪、胸水貯留、発作性心房細動で来院2日前まで入院していたADLは軽介助必要な90歳代女性。
- 退院翌日の朝より少量ずつ嘔吐があり、近医で制吐剤を処方してもらい様子を見ていた。その夜に黒色便があり、退院2日後に少量吐血があったため当院受診。

90歳代女性

- 既往歴：慢性心不全、発作性心房細動、僧帽弁閉鎖不全症
- 内服薬：

エナラプリル2.5mg 0.5錠 分1

バファリン 1錠 分1

ラシックス40mg 1錠 分1

リクシアナ30mg 1錠 分1

フルイトラン2mg 0.5錠 分1

アルダクトン25mg 0.5錠 分1

ラベプラゾール10mg 1錠 分1

ロゼレム8mg 1錠 分1

マグミット330mg 3錠 分3

※退院時は内服していたが退院翌日から内服はできなかった。
βブロッカーが入っていないのは血圧低下が著明なため。

90歳代女性

- アレルギー：なし
- 飲酒歴：なし
- 喫煙歴：なし
- ADL：入院中歩行器歩行、ポータブルトイレ移動は見守りでできていたが、退院後はベッド上でほぼ動くことはなかった。
- 頑固な性格。
- 本人が退院を希望し、サービスの整わないままの退院だった。

ROS

- 全身症状：発熱なし 悪寒なし 体重減少なし
- 呼吸器：息切れなし 咳なし 痰なし
- 循環器：胸痛なし 動悸なし 浮腫なし
- 消化器：腹痛あり 悪心嘔吐あり 下痢なし
黒色便あり
- 筋骨格系：右股関節痛あり(両股関節や大腿部
を前回入院時も訴えていた)
腰痛あり 腫脹なし 筋肉痛なし
- 神経：しびれ感なし 脱力なし

身体所見

- バイタル: HR 88bpm BP 124/75mmHg
BT 35.9°C RR 18回/分 SpO₂ 98%
- 全身状態: GCS: E4V5M6
車いすに座り前かがみになっている
- 難聴
- 頭頸部: 眼瞼結膜蒼白なし、黄染なし
- 肺: 肺音清
- 心: 心雑音なし リズム整
- 腹部: 平坦、軟、**圧痛あり?**、腸蠕動音正常
- 背部: 円背、CVA叩打痛なし
- 四肢: 浮腫なし

来院時血液検査

• 白血球	6770	/ μ L	• BUN	35.3	mg/dl
• 赤血球	441×10^4	/ μ L	• クレアチニン	0.78	mg/dl
• ヘモグロビン	11.9	g/dl	• CRP	4.29	mg/dl
• 平均赤血球容積	81.6	fl	• Na	135	mEq/L
• 血小板	24.6×10^4	/ μ L	• K	4.9	mEq/L
• AST	26	IU/L	• Cl	94	mEq/L
• ALT	9	IU/L	• アルブミン	3.5	g/dl
• LDH	309	IU/L	• TP	7.5	g/dl
• ALP	293	IU/L	• PT-INR	1.20	
• FE	35	μ g/dl	• APTT	31.2	sec
• TIBC	359	μ g/dl	• 網状赤血球	9.7	%
• フェリチン	53	ng/ml			

前回入院中の検査との比較

前回退院時

来院時

• 白血球	4770	/ μ L	→	6670	/ μ L
• 赤血球	447×10^4	/ μ L	→	441×10^4	/ μ L
• ヘモグロビン	12.7	g/dl	→	11.9	g/dl
• 平均赤血球容積	83.6	fl	→	81.6	fl
• 血小板	30.1×10^4	/ μ L	→	24.6×10^4	/ μ L
• CRP	0.50	mg/dl	→	4.29	mg/dl
• BUN	18.5	mg/dl	→	35.3	mg/dl
• クレアチニン	0.50	mg/dl	→	0.78	mg/dl
• Na	137	mEq/L	→	135	mEq/L
• K	4.8	mEq/L	→	4.9	mEq/L
• Cl	98	mEq/L	→	94	mEq/L

心電図

HR84 洞調律、正軸、1度房室ブロック、V4~6陰性T波、
V1+V6R高く左室肥大

ここまでの経過で入院へ

- 吐血、下血、BUNの上昇があり、上部消化管出血を疑い入院を決定し、検査をすすめていくことにした。
- レントゲンと上部内視鏡検査をオーダー。
- 前回入院時に心房細動がありリクシアナを開始していたので早く処置が必要と考えていた。

消化管出血の評価

Glasgow Blatchford Score

Risk	Score	Risk	Score
BUN(mg/dL)		sBP(mmHg)	
18.2-22.3	2	100-109	1
22.4-27.9	3	90-99	2
28.0-69	4	<90	3
70<	6	その他	
Hg(g/dL) 男性, 女性		HR>=100	1
12-13, 10-12	1	黒色便(+)	1
10-12	3	失神(+)	2
<10, <10	6	肝不全(+)	2
		心不全(+)	2

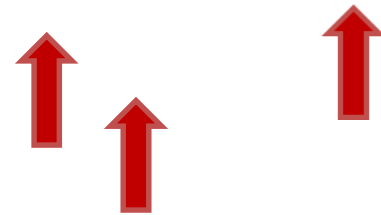
8/23点
0点外来フォロー
1点以上で24時間以内に上部内視鏡検査
12点以上で12時間以内に検査

Rockall Score

Score	0	1	2	3
Age	<60Y	60-79Y	>=80Y	
Shock		HR>100bpm	sBP<100mmHg	
併存症			ACS, CHF, 他Major illness	RF, 肝不全, 転移性腫瘍
GIF所見(病変)	正常, Mallory-Weiss	胃潰瘍, びらん, 食道炎	UGI 悪性腫瘍	
GIF所見(出血)	クリアな潰瘍 平坦な色素沈着		UGI出血, 露出血管 Active Bleeding	

GIF前: 4点 = 死亡率25%

胸部、腹部レントゲン



二ボ一あり

腹部CT画像



小腸拡張

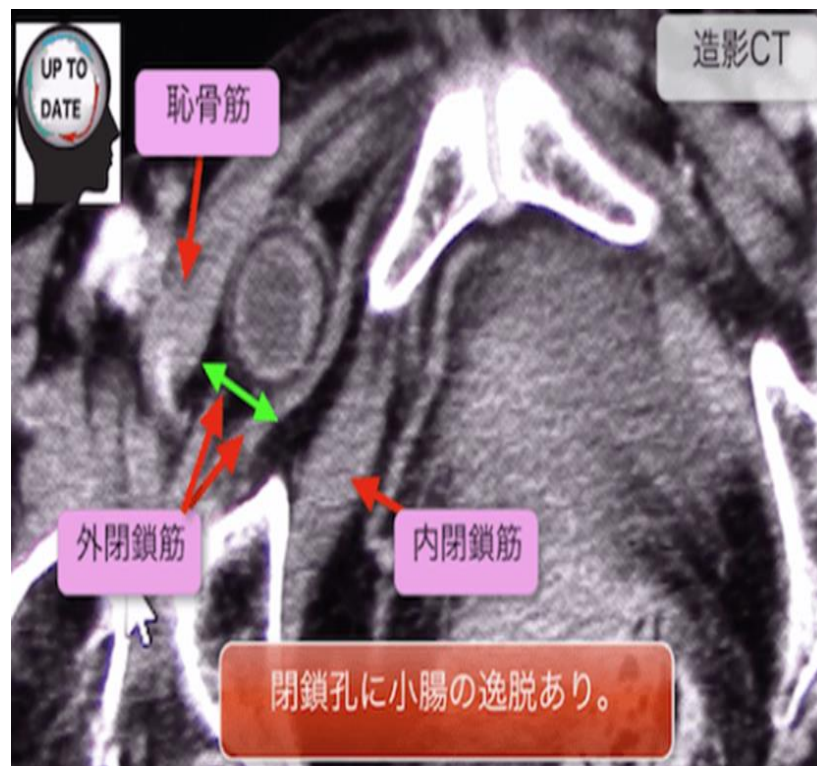
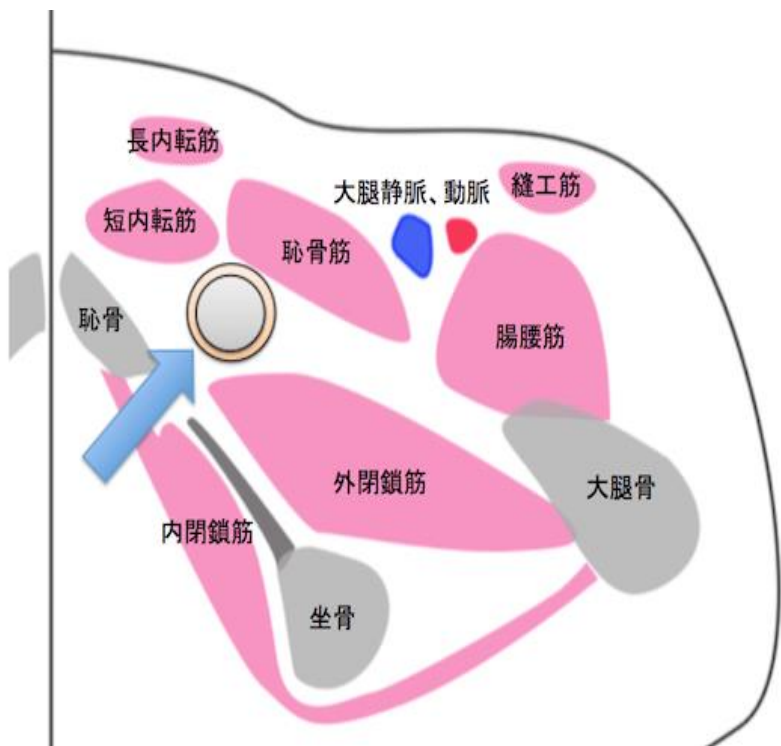
診断

- 閉鎖孔ヘルニア嵌頓
- 閉塞性イレウス
- 吐血と下血は食道裂孔ヘルニアがあり嘔吐によって出血した可能性がある。
- 下血は上行結腸に憩室と高吸収の信号があるため憩室出血の可能性がある。
- 上記診断で内視鏡検査は中止した。

閉鎖孔ヘルニア

- 外ヘルニアの一つ。
- 痩せた高齢女性に多い。
- 閉鎖管内と恥骨筋の背側に異常な構造物が存在する。
- 小腸(回腸)(>結腸、大網、卵巣、卵管、子宮)が嵌頓しやすい。
- Howship-Romberg signが約半数に見られる。
- ヘルニアの内容は小腸が多く、嵌頓しやすいため、治療は手術となる。

閉鎖孔ヘルニアの画像



患者の経過

- 手術適応と判断し外科へコンサルテーション。
- 心機能(MRあり、EF25% 左室機能不全)が悪く用手的還納を試みたが環納困難。手術目的で3次病院へ転院。
- 3次病院で用手的環納でき病棟が満床であったため当院へ搬送。
- 基本的には手術しないと再発のリスクがあるが、再嵌頓したときは状況に応じて手術適応を判断。
- 嘔吐、吐血、下血は消退し、リハビリ、介護サービスを整え退院。

学んだこと

- イレウスが起こり、嘔吐によって脱水となり、リクシアナが効きすぎてしまい出血が起こった。BUNの上昇は脱水だったことが考えられる。
- 時間の経過で吐血より嘔吐が先だとイレウスを考えなければいけない。
- イレウスは腹部膨満がなくてもおこっていることがある。
- 高齢者は訴えがはっきりしないため吐血や下血だけに注目しない。
- 入院時に腹部レントゲンでイレウスに気づくことができ、上部消化管内視鏡検査をしなくて良かった。