



画像上所見のなかった 重症膵炎の1例

奄美ブロック研修医勉強会

名瀬徳洲会

2年次 木村恵梨(茅ヶ崎徳洲会)



目的

画像上異常所見のない重症膵炎
を紹介し、膵炎の診断への
理解を深める



膵炎の診断

- 腹痛
- 血中AMYの上昇
- CTによる膵臓の炎症所見



症例：47歳男性

- 主訴：腹痛、嘔吐
- 病歴：この一週間朝から晩まで酒を飲んでいました。10/21の夜より嘔吐、10/22の朝から上腹部を中心に腹痛あり、また下血も認めました。腹痛は次第に激しくなり救急車を要請した。
- 既往歴：アルコール性肝障害、アルコール離脱症状で入院歴あり。
- 内服：正露丸のみ



身体所見

- 痛みを訴え、会話にならない。体動激しい。
- 全身冷汗著明
- 血圧50/拡張期不明、脈拍130、呼吸数40回、SpO₂100%、体温35.5°C



検査所見

- ECGとれず
- ABG:7.21/22/113/13/-10/99.8 (RA)
- Xp: 供覧
- 腹部エコー: 胃内容物多量
 - →NGチューブで淡緑色の液体3Lほど吸引
- 腹部造影CT: 腸管粘膜の浮腫
- 血糖: 417



検査所見

WBC6400(n83%)

Hb13.7

Ht40.2

Plt7.5

PT-INR1.47

Na117

K5.6

Cl 82

Ca7.1(7.5)

BUN35

Crea1.42

AST149

ALT107

LDH263

ALP316

γ-GTP67

AMY358

TP5.4

Alb3.6

CRP3.46



病態の評価

- 急性膵炎と、それに伴う高血糖、麻痺性イレウスからの脱水による、循環血漿量減少性ショック

厚生労働省肺炎重症診断基準

- 予後因子①(各2点) ショック、呼吸困難、神経症状、重症感染症、出血傾向、 $Ht \leq 30\%$ 、 $BE \leq -3$ 、 $BUN \geq 40$ (Crea ≥ 2.0)
- 予後因子②(各1点) $Ca \leq 7.5$ 、 $FBS \geq 200$ 、 $PaO_2 \leq 60$ 、 $LDH \geq 700$ 、 $TP \leq 6.0$ 、PT時間 ≥ 15 、 $Plt \leq 10$ 万、CT grade IV/V、
- 予後因子③ SIRS基準項目3つ以上(2点)、70歳以上(1点)



重症度

WBC6400(n83%)

Hb13.7

Ht40.2

Plt7.5

PT-INR1.47

Na117

K5.6

Cl 82

Ca7.1(7.5)

BUN35

Crea1.42

AST149

ALT107

LDH263

ALP316

γ-GTP67

AMY358

TP5.4

Alb3.6

CRP3.46



来院時の重症度

○ 厚生労働省：10点→重症Ⅱ

軽症：0点（致死率3/546）

中等症：1点（7/248）

2～8点：重症Ⅰ（27/319）

9～14点：重症Ⅱ（31/64）

15～27点：最重症（16/20）



CTの位置づけ

Grade A	異常なし	0
Grade B	腓腫大のみ	1
Grade C	腓周囲組織の炎症	2
Grade D	一領域に浸出液貯留	3
Grade E	複数域に浸出液貯留	4

0~3 致死率3%



治療経過 来院直後

- ①ショックに対し、生食負荷、DOA開始
- ②胃内容物に対しNG留置
- ③高血糖に対しインスリン持続静注



10/22 PT時間18.5へ

- BP130: DOA15 γ /kg/h→DOA14 γ /kg/h
- PP 80
- BT36°C台前半
- RR25、SpO2 100%: マスク10L
- In 5000ml、out 2400ml(NG400)
- BS250前後へ: インスリン0.15U/kg/h
- CV挿入、NS大量補液、抗菌薬投与、ナファモスタット静注

10・23 動注療法開始

- DOAテーパリング→24時終了BP120/
- BT37°C台、PP100
- 酸素テーパリング→カヌラ3L SpO2 100%
RR10台
- In 12000ml out 13970(NG1160ml)
- BS未明には100台へ
- 午後から動注療法開始、離脱症状に対しジアゼパム、インスリン投与量調整

動注カテーテル自己抜去

急性膵炎動注療法レジメ

- 適応：中等症以上、代謝性アシドーシス、疼痛コントロール不良
- 動注
 - 5%glu500ml+FOY100mg 60ml/h
 - IMP/CS 0.5g +NS100 q12h
〔PIPC1g+NS50ml q8h
シリンジポンプ100ml/h 〕
- 末梢
 - 乳酸リンゲル液 120ml/h 2日目~80ml/h
 - NS 100ml+ウリナスタチン(ミラクリッド)5万単位 q8h



10/24 動脈カテーテル再挿入

- BP130～140/
- BT37°C前後
- PP100
- BS100台
- In 8800ml out 9670ml(NG2600ml)
- ナファモスタット、イミペネム再開、TPN開始



10/26 動注療法終了

- BP100/
- PP90
- BT36°C台
- 夜間になるとせん妄状態
- In 8700ml out8450(NG1000ほど)



10/27 一般病棟へ

- BP120/
- PP80
- BT36°C台
- In2800ml out3400ml(NG300ml)
- せん妄激しく管理困難

- この日CT再評価→供覧



10/28 再度ICUへ

- NGは自己抜去されたまま腹痛なし
- せん妄消失



10/30 経口摂取開始

- 臍臓食流動より開始
→ 問題なし

一般病棟へ



11/6 退院

- その後順調に食事形態UPLし、11/6には退院となった。



最終評価 CTも含めて

- 経過中PT時間の延長あり、厚生労働省の点数では11点となった。
- 再評価のCTでは腓頭部に軽度の腫大があった。
- もともとの既往歴から考えれば、平常時から慢性腓炎だったと考えられ、体尾部の脆弱さに比し腓頭部は腫大していると考えられた。



考察

- CTのgradeが高いとき、それは重症度の評価に直結するが、CTのgradeが乏しくても重症膵炎でありうる。
- 本症例は、血中AMYはそれほど高くなく、CT上当初は異常所見を認めなかったが重症の膵炎であったという希少な一例である。
- 既往歴を考慮に入れることも重要