

演題:「診断からお看取りまで経験した一例」

名瀬徳洲会病院 初期研修医
 湘南藤沢徳洲会病院 二年次 赤嶺 苑佳

抄録；

<症例>86 歳女性

<主訴>歩行時のふらつき・食欲低下

<現病歴>もともと何とか ADL は自立していた独居女性。来院 1 年前より貧血あり、近医にて鉄剤内服で経過をみていた。来院 2 ヶ月前より歩行時のふらつきあり、食欲低下・上腹部のむかつき自覚。前医受診し Hb5.5 と低値を認めたため精査加療目的に当院紹介受診となる。

<既往症>高血圧症・気管支喘息（入院歴あり・挿管歴なし）・アルツハイマー型認知症

<背景>要介護 2、歩行可能、喫煙 40 本/日×60 年間、飲酒機械飲酒

<内服歴>アンタゴスチン cap 50mg、キプレス錠 10mg、ファモチジン錠 10mg
 ドネペジル塩酸塩 OD 錠 5mg、フェロミア錠 50mg、ツロブテロールテープ 2mg

<身体所見>

バイタル；BP:100/50 mmHg HR:95 回/分、SpO2:95% (RA) BT:37.1℃

頭頸部>眼瞼結膜蒼白著明 両側顎下リンパ節触知する 圧痛+

腹部>膨満軟 心窩部・右上腹部に圧痛+ tapping pain+

CVA tenderness +/- 肝叩打痛-

<Labo>Hb 5.6g/dl, MCV 88.5%, Fe 21 μ, フェリチン 8ng/mL, TP 4.9g/dl, Alb 2.2g/dl

<検査所見>

腹部エコー：全層性に壁肥厚あり

腹部単純 CT：胃角部～前庭部に壁肥厚、大湾リンパ節転移、少量腹水あり

内視鏡所見：胃角部～前庭部に潰瘍伴う 2 型胃癌、易出血性、スコープ通過不可

<診断>2 型進行胃癌 T3N1M0 pStage II B（病理結果未着）

<考察>

Stage II B 胃癌の一般的な治療としては定型手術+D2 郭清である。しかしその他治療決定の際の他の因子として全身状態 (PS)、基礎疾患、本人・家族の意思・平均余命・手術のリスク・主治医の考え方などが因子となる。今回の症例ではご家族の意思により手術はせず、一度自宅に連れて帰る方針となる。入院後は合計 RBC12 単位施行し Hb10 以上となったところで帰宅する方向とし、訪問介護・訪問診療を導入。もともと独居であったが娘孫と同居する準備を整えご自宅に退院となる。しかし退院後 11 日目に訪問診療へ伺った際に再度 Hb5.3 と低下を認めた。翌日病院へ再来いただき輸血 4 単位のみ施行し自宅へ帰宅。退院後 15 日目に呼吸苦・腹痛の増強で再受診。腹部 CT 施行したところ腹腔内に free air 認め胃癌穿孔の診断で再入院。入院後はモルヒネで呼吸苦をとり徐々に意識レベル低下し再入院 3 日目に永眠された。今回の症例では手術しないという判断は正しかったのか、主治医の説明の仕方で患者の方針が決まってしまうことの責任の重さを再実感。消化管ステントを挿入していれば穿孔しなかったのか。これについては穿孔するほどの胃癌であれば消化管ステント留置による穿孔も考えられたため挿入すべきではなかったと考えられた。奄美での 2 ヶ月間で診断、治療、訪問診療、お看取りまで経験し、患者に寄り添う手当ての医療を再認識した症例であった。