

消化器内科だより 第7号

2012年10月

朝夕はめっきり涼しくなり、肌寒さを感じる季節になりました。平素は、患者様をご紹介いただき誠にありがとうございます。引き続き『地域に親しまれる病院、消化器内科』をめざしてゆく所存でございます。ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。今回は、石丸医師による明日、いいえ本日から役立つ急性膵炎のミニレクチャーです。

急性膵炎の初期診療のポイント

消化器内科 石丸 正平

『急性膵炎』は、急性腹症として、消化器専門医に限らず多くの臨床医が経験する疾患です。そして、その予後は、発症後 48 時間以内の病態・治療経過によって左右され、すなわち診療・治療のよしあしが患者の生命予後を決定するといっても過言ではありません。

そこで、「厚生労働省難治性膵疾患に関する調査研究班」が2011年に発表した「急性膵炎における初期診療のコンセンサス 改訂第3版」から無床クリニックでの診療ポイントを解説いたします。

【基本的診療方針】

1. 入院治療。当初軽症でも、重症に移行する恐れがある。
2. 48 時間以内に診断・重症度判定を行い、速やかに適切な治療を開始する。

＜診断のポイント＞

- ① 急性発症の上腹部痛・背部痛を診たら急性膵炎を疑う。

〔問診〕

発症時期と発症の誘因を聞く。

飲酒状況・飲酒歴、膵炎・胆石・総胆管結石の既往。

腹部エコーで胆石を指摘されたことがあるか。

交通外傷を含めた腹部の受傷歴の有無（外傷性膵炎の鑑別）、高度の高脂血症の既往の有無（高脂血症に起因する膵炎の鑑別）

〔症状〕

主症状は上腹部痛・背部痛・発熱・嘔気・嘔吐・腹部膨満感など。ただし、症状の乏しい膵炎もあり注意が必要。

〔バイタルサイン〕

体温、呼吸数、脈拍、血圧、意識レベル

アンダーラインは、SIRS 診断基準項目



※SIRS 診断基準

- ① 体温 $>38^{\circ}\text{C}$ あるいは $<36^{\circ}\text{C}$
- ② 脈拍 >90 回/分
- ③ 呼吸数 >20 回/分 あるいは $\text{PaCO}_2 <32$ torr
- ④ 白血球数 $>12,000/\text{mm}^3$ か $<4000/\text{mm}^3$ または 10% 幼稚球出現

〔腹部所見〕

腹部あるいは腹部全体の圧痛、筋性防御、腸蠕動音減弱、皮膚の色素沈着（図1）



図1. 皮膚所見

重症急性膵炎の際に出血斑を認めることがある

臍周囲：Cullen 徴候 側腹部：Grey-Turner 徴候

（急性膵炎における初期診療のコンセンサス 改訂第3版より抜粋）

- ② 血液生化学検査を直ちに行い、結果を早急に確認する
アミラーゼ（P 型アミラーゼ）：急性膵炎の診断・拾い上げには最も有効。ただし、重症度を直接反映しないので、重症度判定には、白血球・CRP・BUN/Cr・LDH・血小板・Ca・血液ガス）を基準に考える（図4）。

リパーゼ：特異性が高い検査項目ですが、検査結果が判明するまで数日を要するのが欠点。

肝胆道系酵素の上昇を認めれば、胆石あるいは総胆管結石の存在を示唆。腫瘍性病変の鑑別も必要。

- ③ 胸・腹部単純 X 線、腹部超音波検査、CT 検査を行う。

〔胸部 X 線〕 胸水、ARDS の所見の有無。

〔腹部 X 線〕 拡張した大腸ガス像の急な途絶（colon

cut-off sign)、左上腹部の限局的に拡張した小腸ガス像 (sentinel loop sign)、腸閉塞の有無。



図2 急性膵炎 腹部単純X線
大腸の拡張が下行結腸部で途絶: colon cut-off sign(矢頭)。小腸ループも限局性に拡張: sentinel loop sign(矢印)
TC:横行結腸、DC:下行結腸
(急性膵炎診療ガイドライン 2010 より抜粋)

〔腹部超音波検査〕 膵腫大、膵周囲の炎症性変化(fluidの貯留)、胆石の有無、総胆管・肝内胆管拡張の有無。しかし、食後あるいはガスの貯留のため、描出が困難なことも多い。

〔腹部 CT〕 発症成因(胆石・総胆管結石・腫瘍性病変)の鑑別、膵炎の診断、重症度判定のために重要な検査。造影剤アレルギーがなく、腎機能が正常であれば造影検査を施行する事が一般的ですが、造影後腎機能悪化に注意し、十分な補液管理が必要。

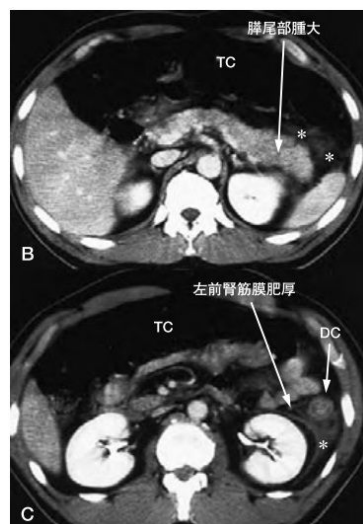


図3 図2急性膵炎症例の造影CT
左前腎傍腔に液体貯留と左前腎筋膜の肥厚を認める。膵と同じ左前腎傍腔にある下行結腸(DC)は炎症の波及により浮腫状となり内腔を閉塞し(矢頭)(colon cut-off sign)、口側の横行結腸(TC)が拡張

(急性膵炎診療ガイドライン 2010 より抜粋)

膵炎の初期診療の最大のポイントは、急性腹症の患者さんを診られる際に、“**膵炎かもしれない**”と
思い浮かげていただくことです。

そうすれば、先に述べた問診・診察・早急な血液検査とその結果確認・可能な範囲の画像診断のいずれかで“膵炎”あるいは“膵炎疑い”の患者をスピーディに入院治



療へと導くことができます。多くの先生方の施設ではCT設備はなく、血液検査と臨床症状で判断することになるでしょう。

『どうしよう、そのためらいが、命とり』

少しでも膵炎を疑われましたら、躊躇なく気軽にご相談下さい。

図4 急性膵炎重症度判定基準(厚生労働省 2008 年改訂)

① 予後因子(予後因子は各1点とする)

- 1 Base Excess ≤ -3 mEq/Lまたは
ショック(収縮期血圧 ≤ 80 mmHg)
- 2 $\text{PaO}_2 \leq 60$ mmHg(room air)または
呼吸不全(人工呼吸管理が必要)
- 3 $\text{BUN} \geq 40$ mg/dL(または $\text{Cr} \geq 2$ mg/dL)または
乏尿(輸液後も1日尿量が400mL以下)
- 4 $\text{LDH} \geq$ 基準値上限の2倍
- 5 血小板数 ≤ 10 万/mm³
- 6 総Ca値 ≤ 7.5 mg/dL
- 7 $\text{CRP} \geq 15$ mg/dL
- 8 SIRS診断基準※における陽性項目数 ≥ 3
- 9 年齢 ≥ 70 歳

② 造影CT Grade

1 炎症の膵外進展度

前腎傍腔	0点
結腸間膜根部	1点
腎下極以遠	2点

2 膵の造影不良域

膵を便宜的に3つの区域(膵頭部、膵体部、膵尾部)に分け判定する。

各区域に局限している場合、 または膵の周辺のみの場合	0点
2つの区域にかかる場合	1点
2つの区域全体をしめる、 またはそれ以上の場合	2点

1 2 スコア合計	1点以下: Grade 1 2点: Grade 2 3点以上: Grade 3
-----------	---

① ②より判定

重症急性膵炎: 予後因子3点以上または造影CT Grade 2点以上

軽症急性膵炎: 予後因子2点以下および造影CT Grade 1以下

🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁

消化器内科

消化管: 甲斐 広久、島本 大
胆・膵: 石丸 正平
肝臓: 荒滝 桂子

★ ご意見・ご要望がございましたら
下記へご連絡下さい。

☎ (082)243-9191 Fax (082) 241-1865

🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁🍁