

<診療録>

診察日： 20XX年9月11日

記載者： ○○ ××

<患者情報>

患者名： 厚労 太郎（こうろう たろう） 年齢： 54歳 性別： 女性

<病歴>

主訴： 嚥下障害（固形物）

現病歴： 2か月前から米飯などの固形物の嚥下がしにくくなり、柔らかいものを中心とした食事を行なっている。

生活歴：

飲酒歴： 日本酒 2合/日、40年

喫煙歴： 20本/日、41年

家族歴： 父が肺癌のために死亡。弟が胃癌術後である。叔父が胃癌で死去

現症：

表在リンパ節は触知しない。

結膜に貧血と黄疸とを認めない。

心音と呼吸音とに異常はない。

腹部は平坦、軟で、肝・脾を触知しない。

下肢に浮腫を認めない。

皮膚ツルゴールの低下はなく、手指の皮膚硬化はみられない。

検査所見： 血液検査；赤血球 420万、Hb 12.6 g/dL、Ht 42%、白血球 7,200、血小板 19万、PT 12.2秒、PT-INR 1.07、APTT 28.4秒。血液生化学検査；総ビリルビン 0.5 mg/dl、AST 14 U/L、ALT 14 U/L、LD 233 U/L、BUN 15 mg/dL、Cr 1.0 mg/dL、Na 135 mEq/L、K 4.6 mEq/L、Cl 100 mEq/L、Ca 8.9 mmol/L。免疫血清学所見；CRP 0.1 mg/dL、CEA 3.0 ng/mL、SCC 2.3 ng/mL。12誘導心電図；心拍数 64/分、整。洞調律。特記すべき異常はない。呼吸機能検査；VC 3.68L、%VC 104.8%、FEV1.0 2.07L、%FEV1.0 69.8%、中等度閉塞性障害。上部消化管内視鏡；切歯から 29cm から、6cm 程度の食道右壁～前壁を中心とする 3/4 周性、中心に潰瘍を有する隆起性病変（2型、潰瘍現局型）を認める。深達度は筋層以深（おそらく食道外膜まで浸潤（AD）する病変、深達度 T3 程度）と考えられる。胸腹部造影 CT；胸部中部食道（Mt）に全周性壁肥厚を認める。周囲臓器への直接浸潤なし（T3）。縦隔リンパ節が散見されるが有意なリンパ節種大なし（N0）。多臓器への転移なし（M0）。

FDG-PET-CT；中部胸部食道に粘膜肥厚と強い FDG の集積を認め、指摘されている食道癌病変と考えられる。腹腔動脈領域、食道周囲、頸部食道傍リンパ節に転移を疑う腫大や異常集積は認められない。以上より T3N0M0 Stage II（TNM 分類）に分類される。

<プロブレムリスト>

1. 胸部中部食道癌（Mt） T3N0M0 cStage II

<入院後経過>

治療方針： 術前化学療法（DCF 療法）+根治切除

DCF 療法： ドセタキセル/シスプラチン/5-FU 3コース

根治切除： 胸腔鏡下胸部食道亜全摘、D3 郭清、腹腔鏡補助下による胃管再建、頸部吻合術

術後経過：

術後 ICU 入室

POD2 抜管

POD3 ICU から一般病棟へ、胃管抜去、腹腔内ドレーン抜去

POD6 嚥下練習食開始

POD7 胸腔ドレーン抜去、頸部ドレーン抜去

POD9 3分菜食開始

POD11 5分菜食開始

POD13 7分菜食開始

POD16 経過良好にて退院。<臨床経過>

意識障害と shock index 1.5 を認め、モニタリング、1.5L/時間の細胞外液補液を行った。肝性脳症を認め肝性脳症改善アミノ酸注射液を投与した。脾腫を認めるも、造影 CT 検査では活動性の出血を認めず、上部消化管内視鏡検査で Mallory-Weiss 裂創に対してクリップ止血を行い、慢性萎縮性胃炎を認めた。Hb 推移及び倦怠感を参考に輸血の判断を行い、精神科にアルコール離脱症候群、アルコール依存症の評価を依頼した。退院後ピロリ菌現感染が判明すれば胃癌予防のため除菌を考慮する。

<考察>

この症例からは吐血を来す疾患の鑑別と嘔吐の後の吐血は Mallory-Weiss 症候群を疑う情報であることを学んだ。また、診察で脾腫の所見を確認できなくとも、CT 検査の前に、腹部超音波で脾腫の有無を評価できることも学んだ。また、消化管出血時に抗菌薬を投与する意義について論文検索することによって、肝硬変患者の上部消化管出血であれば、予後改善につながることをメタ解析にも示されていることを学び、臨床現場で疑問に思ったことを PICO で定式化し、UpToDateなどで検索したいと思った。