

74-付

( 内科実習レポート ) 3年学生

(1960.9.16 ~ 9.22.)

症 例

患者氏名 浅○奥○  
 年令及性 45才 男  
 取 業 換 夫  
 入院年月 昭和35年8月24日  
 種 別 船員保険  
 病 望 西ノの2  
 診断名 Cholecytopathie (?)  
 受持医 兼 聖 ○石 川  
 受持看護婦 小 関  
 受持学生 海野文子 伊東多恵子 青木満留子

患者の紹介

1 身体的状況

a 既往下

S.27年 迄 健康  
 S.28年 飲酒の後嘔吐、その際、*nausea*, *ebrietas*  
 S.29年 脱肛手術  
 その後も *nausea*, *ebrietas* あり船に酔う様になる。  
 S.34年 9月出帆。船中 *nausea*, *ebrietas*  
 下船して石巻市赤病院入院、*black vomit* と *Green Stool* が  
 癒着していると言われる。某外病院入院、胃透視する、診  
 断 *Pylorenchymus* と下される。F. Dierich は出たことなし。  
 S.34年 12月出帆。再び *nausea*, *ebrietas* 内科病院入院。Leberan-  
*schwellung* と言われ次の治療を受く。退院後 *ketonur*, 10日  
 間不消息。

S.35年 5月4日 *nausea*, *ebrietas* 去り下。池袋にある新  
 セキの医院に入院。胃透視で *Bulbus in Nische* を認む。

S.35年 6月11日 *Malign* 下部と *Leucodermum* 上部の *Resektion*

S.35年 6月14日 *nausea*, *ebrietas*。

6月18日 *Hemate mucus* 少量、体重20数kgに減少

*Blut transfusion* 一週で *ebrietas* 止る。一時快癒さく  
 なる。

S.35年 7月11日 *nausea*, *ebrietas* 10日間続くと *Mittl* 服用で止る。

b Hauptklage

依然として継続する *nausea*, *ebrietas*。 *Empfindungslos*, *Hypo-*  
*chondralgie* も併う様になった。3~4日前から起立性眩暈あ  
 るが *nausea*, *ebrietas* 時々、耳鳴を感ずる。  
 時々 *geringste Fieber*

現在の状態

c 現在の状態

*nausea*, *ebrietas* 頻度1日前より減るが。最近はいくつ *Erreg-*  
*astatylie*, *Hypochondralgie* の方が頻回で殆ど毎日訴える。夜  
 間も痛みを訴えて。眼もぬこともある。

*Schmerzgen* は *Kolike* 様で、移動性あり、又体位によっても多少  
 異なる。仰臥位又は膝胸位で少し楽になる様である。 *nausea*, *eb-*  
*rietas* と *Schmerzgen* とは時間的にも同時に起るものではない、  
 目下の症状としては *Schmerzgen* の方が重大。 *Erbae* は突発期向  
 中一度しか起らなかった。少し *Anämie* の気あり。然し最近内  
 食摂取も良好となり、体重も本人としては正常に覆した。  
*Stuhl gang* は最近1日2日に1回あり。(硬さを見てはいないの  
 で必ずしも、便秘とは言えない)

血清及尿検査所見

入院時の目立った所見

Albuminuria

Schmerzschwellung

BauchのVenenektaseが明瞭

検査所見

Datum	24/III	29/III	31/III	1/IV	12/IV	17/IV	19/IV	20/IV
Kreatininstoffe	5200			4100	6600	4700		
Zahl der Leucocyten								
Zahl der Erythrocyten	393x10 <sup>4</sup>	373x10 <sup>4</sup>		239x10 <sup>4</sup>	291x10 <sup>4</sup>	473x10 <sup>4</sup>		
Hämoglobin (Salk)	70%			65%	64%	73%		
Blooddruck						102/68	98/68	104/64

尿 R.S.G. 1' 35. 2' 65.

その他の検査

検査	正常値	3/IV	7/IV	17/IV	19/IV
Ag	4.0~1.3	0.7	0.8	0.7	0.7
T T T	4単位以下	23.3	11.0	11.0	11.4
Kunkel	4~12単位	19.5	22.1	22.1	19.4
Cholesterol	140~310	204	190	190	208
黄疸指数	4~6	5	5	5	
Co Reaction	R3~R4	R5(9)			R8
Ca Reaction	R8~R6	R6			R6

3/IV Magnon asept と Sclerodenal asept の採取を試みたが失敗。Magnon asept は Gralle の逆流があると考えられ。Sclerodenal asept と Sonde が Bulbus に入らないので両者とも無意味。

検査結果の考察

1) Anämie

Hb, Erythrocyten 数等より軽度の Anämie が認められる。

2) Ag 比の減少

Albumin, Globulin は共に血中蛋白として重要なもの。Albumin 膠質浸透圧の維持に必要であり、肝臓で生産され、Globulin は細胞間液系で生成される。Ag 比の減少する要素としては、Albumin の減少、Globulin の増加が考えられ、肝炎、肝硬変等、肝臓障害の時に、これらのことが起る。

3) ケーメル混濁試験 (T, T T) 及び硫酸亜鉛試験 (Kunkel) の結果。

これらの反応の本態は未だ不明に示されてはいないが T, T T は  $\beta$ - $\gamma$ -Globulin 及び血清の脂質に關係があるとされ、diffuse 肝細胞障害 (Hepatitis diffusa, Serum cirrhosis) ではよくなり 5~10u. であり、軽度、11~30u. では高度の肝障害があるとされる。

又、Kunkel では 2 単位以上は病的であり、やはり Hepatitis acuta, Serum-cirrhosis, malaria 等  $\gamma$ -Globulin の増加を示す場合に高単位を示す。以上のことから、この Kunkel は Serum に何らかの異常を来しているのではないかとと思われる。

4) Cholesterol, 黄疸指数共に正常。

5) Co-R

やや右側反応を示す。Cirrhosis や肝萎縮、Waller-Organ 等では右側、Liver-carcinoma, Serum abscess, chole cystitis, Ostium

Wickel disease 等では 圧側反応を呈す。

e) 胆汁分泌

診断が確定してないために、目下の胆汁分泌と言つても、はっきりしたものはたてられず、Anemia, Schmeizyon に対して輸血、鎮痛剤を与える程度であつて、これらの対応方法をしながら、診断確定のためには、血液検査、検便、検尿等を除々に行なつてゐる。

食餌は目下、全粥、食後薬に利胆剤を与えてゐる。又利胆剤は毎日コトシテ5ccを静注で与えてゐる

今後の方針としては、はっきりした診断を下すために胆のう撮影を行つたことである。これを行つたことによつて、例の疼痛が何によるものかが、判る Schmeizyon の原因として、考えられることは Gall-entzündungskrankheit, choleangitis, (両者はしばしば併発する) 或は、胆道 Sphinkterose 等が考えられるが、Gallensteinや Sphinkterose があれば、胆のう撮影で判るし、又 Maligne metastasen の後の状態 (癌者の有無等) もはっきりするであろう。胆のう撮影の造影剤は、造影剤のものと、静注とを併用して居り、以前に一度撮影を試みたが、うまく写らず、失敗してゐる。近いうちに、もう一度試みるということであつた。

又 Eukuchen が中枢性のものか、末梢性のものか、末梢性であるならば、Schmeizyon と同じ原因によつて起るものであるか等も検査する必要がある。

f) 予後

はっきりした診断の下つてない今、予後も、はっきり言うことは出来ないうが、もし Gallenstein であれば、外科的手術を要するし、心因性の Sphinkterose であれば、対応療法と同時に精神療法も必要であろう。又炎症によつて胆道の狭窄等があれば、脂利食にする必要もあり、又

病后障害があれば、やはりもう一度回復する必要がある。

2) 社会的 (家族的) 状況

a) 家族の構成

本人	45才
妻	才
長女	10才 (小5年)
次女	7才 (小2年)
三女	5才 (幼稚園)
祖母	妻の養ひ親

Kunika は文字通り一家の主人、漢業で家計を動かして居る。

父は健在で、千葉の才で東市場に務めてゐる。母は幼い頃亡くなり、兄が一人居たが、戦死、現在腹連の弟が居る。

妻は、幼い頃に、両親を失ひ、現在一緇に住んでゐる祖母に育てられた。始め長男が産まれたが、2ヶ月で死亡。次女を産で、以来、体が弱く有り (血病) 貧血気味、仕事につかれ易い。

子供達に至つて健康、祖母も高令に拘らず、元気で家事専らしてゐる。母親が、主人の看病に上京してゐる現在祖母が子供達の世話をして居るが、母親は大分、家々ことを気にしてゐる様子。

か) 職業

漢夫、昔から船に乗つて居り、他の職業についたことは無い。遠く北海道まで、遠に出ることもあり (家内茨城) 家庭を助けることが多い。

c) 経済状態

家族中唯一の稼ぎ手が、この稼働状態であり、目下休暇をとつて居るのであるから、家計が決して楽ではないことは想像に難くない。

### 3) 心理的状況

Kruske は現在在四人居に入って居るが、私達が実習に入ってから一日目から、患者に性格的、人格的の問題のあることが感ぜられた。この患者は同室に居る他の患者との交渉も殆どない様子であり、その上医士 Staff に対する態度にも、問題があり、診断、治療を進めて行く上へ、仮にも良い影響をあたえているとは言えない。

例えれば毎日ある疼痛の際にも、自分から進んで症状を訴えることがなく、我々の質問にも、口数回極めて少なく、頭を横かざす以外に意志を示さない。一才氣にさわることもあれば、直ちに、且つ大げさと思われる程感情を如実に現わす *neurotic* 傾向がある。

患者のこの様な性格が、果して、生来のものであるのか、或は病氣によって、惹起されたものであるか、或は病院生活に対する不適応を示すものであるかは、はっきり把握しなかつたが、患者はすでに入院生活1ヶ月で、病室でも一番古いのであるから、もしも病院生活に対する不適応が、あるとするならば、やはりそれ以前に適應させない性格の素因があると考えられる。又、オラダを見るとき、もう7年同も原因不明の *Suburium* に悩まされ、入院生活も転々5回を数える等のことから、普通の人でも多少、心理状態に異常を来し易い状況にあり、そうした条件が、生来の性格を曲げたり、助長したりすることも十分考えられる。

以上患者についての大体の紹介を記した様に、ここに於ては二つの問題即ち、診断学的問題と精神看護的、問題がある。更に場合によつては、精神身体医学的問題とも考え得る *Case* であることから、これらの調査で、研究して見たらと思ひ、この症例を送んだ。

問題集

### 1) 診断学的問題

現在のところ *cholecysto pathic* という診断が下つて居るが、*口*に *chole cysto pathic* といふことも、その中には

- 1) *chole thiasis* (*Cholestein*) 胆石症
- 2) *chole cystitis* 及び *Cholangitis*
- 3) 胆嚢う、積
- 4) 胆汁排出異常

等を含み且つこれらは密接な関係があり、完全に切り分けて、未だること出来なない。

例えれば、胆石生成胆道炎の結果起ることが多いが、*cholestein* 胆石胆道炎を起すものでも起さず、*Stear* のある時はこれが、異物となって、その果核によつて胆道炎を誘発する

又 *Stear* と胆汁排出異常との関係があり、*Cerule* の物理化学的性質の變化が、結石を起すに至るし、胆嚢う、積も亦 *Cholestein* のために起すこともある。

この様に *cholecysto pathic* を更に原因別に深く掘り下げて診断を下すことは、件々困難なことはあるけれども、それをしなれば、真の意味で治療方針も考えられる。ところで私達の討論、診断を下せる立場で言へば、又、勉強も不十分であるが一週間、患者を観察し、又色々検査物から *cholecysto pathic* について考へたところを、考へ合せて、自分から出来る範囲で考へられし得る、可能性をあげて見たらと思ふ。

#### (1) 胆石症

殆ど毎日腹部に発作的に *Kolik* を感ずることから、先ず胆石が、疑われる。

Gallen Stein は、剖検で10%に見られる程、多いものであるが、普通には、silent stone として全く症状を現わさないものが多いが、それが何かの誘因 (Krankheit の場合、例えば、食前不適、長途の航海、過労、嘔吐、腹部手術等) により胆嚢を弛出し、胆道に入り胆道炎を惹起す事によって初めて症状を呈する。

胆石症の典型的症状としては、多少の不快感、嘔気、嘔吐に伴って、強烈な疼痛 (種々方向に放射する) が起り、悪寒、戦慄と共に、高熱を出すこともある。Lieber 曰く、胆道に腫張し丘疹がある、Mikulicz は必発ではない。この患者の場合 Schenck の他に Eberwein があるが、これは必ずしも Schenck に伴うものではない、むしろ別個にまたいる様である。又 Schenck の移動性を訴えてはいるが、これは又 Mikulicz は胆肝前性、肝内性、肝外性の三つが考えられ、胆石症による Mikulicz は肝性であるが、外科的治療の対象となり得るのば、肝後性のものであり且、他の原因によるものよりも軽度のものが多い、しかも比較的ながいのある黄疽である、Gallen Stein のあるに拘らず Mikulicz の発現のない例は Stein がホセハガ、又は石と管壁との間に同隙がある (胆石の流通が殆ど停止されている) 場合である。

Krankheit の場合、現在は黄疽の現はれないが、既往すがある、胆石症の場合、患者は次の様なことを守らなければならない。

- (i) 食前があまり長くならぬ様適度の運動をすること
- (ii) 暴飲暴食をしないこと
- (iii) 天ぷら、マヨネーズ等の様な脂肪の多い食物を攝らぬこと
- (iv) 酒を余りのみ過ぎぬこと
- (v) 刺激の強いものを攝らないこと

(iv) 便通を整えること

これ等はすべて、胆汁のうっ積をためたものである。発作時には肝臓部に温湿布をする。(然し、炎症を伴っている場合には温湿布はさけた方がよいと思う。)

鎮痛にはモルヒネ、(0.01~0.02g) パントポン (0.02g) 等に atropine (0.001) を合せ使う。

胆石発作は数回反復した後も、福生によつて消失することがあるから直ちに外科的治療を勧めるのは当を得ない。

それに胆のう手術の予後は必ずしも安易でないという。然し、発作がくり返して、生活を苦難に陥らせる程な時は手術を行う。

(2) Cholecystitis, Cholangitis

この原因の主なものは Gallen Stein の存在である。

大腸菌、ブドウ球菌、連鎖球菌等により起されるが、胆汁中にこの菌の細菌の存するだけでは胆道炎は起らず、胆汁排泄障壁が起る。

(3) Sphincter of Gall bladder

胆石も炎症も存在しないのに、胆石発作様の疼痛を来すことがある

これは、胆のうの神経支配が常態を失する時に、緊張亢進状態や無緊張状態を来し、括約筋が痙攣するためであつて、神経節の人に來ることが多い。胆石発作、胃十二指腸潰瘍、神経痛等と誤られ易い。

又、運動異常胆石う、積を来し、これより胆石生成又は胆道炎を誘発する可能性もあるから、たとえ今、患者の中に胆のう振動によつて Gallen stein を発見したとしても、stein 生成の原因には色々なものが考えられるのであつて、もし神経支配の異常が根本原因であるならば、それを治さぬ限り根治は望めないと言ふのは正しいか。

この診断が確定になつた時には、鎮痛剤又は手術を緩解させる様な薬

利、ババザエリン、アトロピンの様厚ものを与える。

以上の様にこの *Kranke* について、様々の可能性が考えられると思ふが、とにかく胆のう標影で一日も早く原因を明らかにすることが、先決問題で、今の様に、原因のほつきりせぬまま、鎮痛剤と利尿剤をくり返してはいるのは余り好ましくない様に思われる。

2 患者の心理的問題とそれに対する看護の仕方

前にも記した如く、我〇氏は医士 Staff にして見れば、扱いはくい種類の患者であつて、粗が足ても一症性格的の問題があることを認めざるを得ないが、それが果して症状と関係があるかどうかといはう問題に与ると非常に難しくなる。受持の先生との間では、*Kranke* の来す *Eukrasien* や *Saknenn*, 等に可成種至性の要素が強いのではなからうかといふ見方もあり、医師が常に居る時と居ない時で苦痛の訴え方の程度が異なるということも言われていたし、私達の見たところでも奥さんの来て居られる時には訴えがツレい極くも感じた。然し、もしそれが事実だとしても、だからと言って必ず従事者は患者の症状を判別して見てよいといはうわけではない。

如何に、心理的色彩が、扱くても、それがやがて技能練習のみに止らず、強復的疾患にまで到達し得るといふことは、今日精神身体医学として、広く注目を浴びて来ている問題である。この保存場合は適当な内科的治すか精神療法に併用される必要がある。

唯、我〇氏の場合、心理的何ものがどれほど身体に影響を及ぼしてはいるかを知るためには、もっとよく *Diagnosieren* によつて患者の性格と精神生活とを把握する必要があるのだが、神経質の患者の場合には、*Diagnosieren* よりもかにかの程度を感じず。医師にして、看護婦にして、良い医師従事者は、よい *Diagnosieren* が出来るものでなければならぬ。

うまいといつて思ふ。その時、要求されるものは、全人格的な接触であり和互の信頼的関係にうつらされた。誠実さの交換される状態が心理的治すを支える基礎であると思ふ。

たつた一週間の実習であつたが、この *Diagnosieren* の難しさ、又如何に現実には医療従事者と患者との間に会話が欠けてはいるかといふことを感じた。これは單に個々の従事者の責任に帰するわけにも行かないが、即ち医師、看護婦の両方に責任を思ふ時、とても会話をどうとも思ふ。たつた一度に長い時間話す事は、むしろさけるべきであつて、毎日少しづつ観察してゆくことこそ大切で、その様にして、一時的な気分や状態に左右されない、患者の真の性格や状態をも、つかむことが出来るのではないだろうか？

一般に神経症の有人は内少年令、知的年令では成人の域に達して居ても感傷年令は小児的であるか、少くとも少年令に相当する丈の成熟度に達してはいることが多い。従つて神経症の患者の特徴の一つは自分で処理出来ない様相の問題にぶつかると小児的な反応をとり見いどされてはいる。

この様な患者に接する医士従事者の態度も仲々難しい。

勿論、一番大切なことは、患者の立場になつて問題を考へ、話を聞くことであるが、そのことは、即ち、治す者が患者の感情の渦の中に巻き込まれることを意味してはしない。要するに医士従事者は患者をある意味で友人や親子以上の理解と、同情をもつてするものでありなから、しかも、その様相理解に伴いがちな個人的感情はすてて、一定の距離をもちて冷静に問題を見、めることの出来る様相に自身を訓練し、経験を豊かにして行く必要がある。

▽ 附

1 ノー卜作成に当り Information を得たところ

患者及、その家族 Chart. 医師

参考文献

内科書 下巻

吳本恒 著

内科学

胆囊、胆道疾患

医学ニシテノニクムヲノル

異常心理学講座

下二巻

精神と病氣 (精神身体医学講座)