

研究

救命救急センター受診後に帰宅となった高齢患者の日常生活の現状

－看護師の気がかりと患者の不安の分析から－

Current situation of daily life of elderly patients who came home after the emergency medical center visit
- Analysis of nurse's concern and patient's anxiety -

田村 慎弥
Shinya Tamura

山口 舞
Mai Yamaguchi

山口 理恵
Rie Yamaguchi

伊波 久美子
Kumiko Inami

要 旨

【目的】A救命救急センター（以下センター）を受診後、帰宅となった高齢患者の属性、患者・家族の帰宅時における生活の不安、また看護師が帰宅時に感じる気がかりを抽出し、それらの類似性や差異、思考の特性を明らかにする。【方法】センター受診後帰宅となった高齢者への半構成的インタビュー内容と診療録から属性、生活背景、看護師の気がかりを抽出した。【結果】帰宅となった高齢患者の多くは帰宅後の生活の中で家族や社会福祉職の支援を受けて生活することができていた。独居高齢者の中には家族と疎遠の者や社会福祉職からの支援なく生活している者がおり、センター受診が医療者や福祉職にその存在を認識させる機会となっていた。看護師が感じる気がかりは、病気への心配だけでなく、病気による生活の影響やもとの生活背景にも目が向けられていた。

Keyword: Emergency medical center・Elderly・Came home・Home recuperation

I. はじめに

近年、全国で高齢化が進む中、A市を含む地域の65歳以上の高齢化率は36.5%と全道平均の28.9%に比べ高い比率であり、平成28年1月における75歳以上の後期高齢化率も19.4%と全道平均14.1%を上回っている。そのためこのA地域の自治体病院等広域化・連携構想では、高齢者の特徴に合わせ、病気と共存しながら住み慣れた土地で生活していくための医療・地域で支える「地域完結型医療」に取り組んでおり、病院と地域をつなぐシステムの整備は重要な課題であるが十分に機能しているとは言えない。

センターの平成27年度受診患者数は10,546名であり、来院手段の内訳は救急搬送が2,563名、独歩・病院車などが7,964名であった。年代別にみると、60歳代以上は4,740名で、高齢者が約半数を占めていた。平成27年度、センター看護師を対象に行った意識調査では、センターを受診した高齢患者が帰宅となった時に、看護師として何らかの気がかりを感じている者が多くいた。しかし、その気がかりがどのようなもので、退院後の患者の病態の成り行きや自宅における療養状況とどのような関連があるのかについては明らかにされた

研究は見当たらない。

そこで、センターを受診後、帰宅となった高齢患者の背景と帰宅時における生活の不安、またこれらの患者に対して看護師が帰宅時に感じる気がかりを明らかにすることで、地域完結型医療におけるセンターの役割が示唆されるのではないかと考えた。

II. 目的

センターを受診後、帰宅となった高齢患者の属性、患者・家族の帰宅時における生活の不安、また看護師が帰宅時に感じる気がかりを抽出し、それらの類似性や差異、思考の特性を明らかにする。

III. 方法

1. 研究期間

平成28年2月1日から平成29年2月17日

2. 研究デザイン

半構造的聞き取り調査による介入研究

3. 対象者

平成28年11月6日から11月21日の間にセンターを受診した高齢患者144人のうち、帰宅となった高齢患者は82人

いた。このうち、介護認定を受けている者、帰宅後の生活動作に不安がある者、看護師の気がかりを感じた者のいずれかに該当した者17人を対象者とした。

4. データ収集方法

①診療録より以下の情報を収集した。

患者属性（年齢、性別、居住地、保険種別、介護認定の有無、支援者もしくは介護者の情報、意思疎通の可否）、センター受診から帰宅までの経過、来院時の交通手段、主訴、受診時間、受診曜日、診断者、医療処置や介護に関する帰宅時の医師の指示と看護師の説明）。

②対象者17人に対して、受診後3日以内に電話もしくは再受診時に面談を行い、帰宅後の経過についてインタビューガイドを用いて、看護師が半構造的に聞き取りを行った。また電話や面談の際、看護師が必要と判断した場合は、各市町村や地域医療連携室への情報提供などの支援を行った。

5. 用語の定義

本研究で「支援者」とは、患者と同居せずに生活を支援している家族、知人、または社会福祉職とする。また「生活の不安」とは、帰宅後の日常生活を送るうえで患者、家族が予期する困難な事柄とする。「看護師の気がかり」とは、看護師が受診患者に対し専門職として覚える、不安や心配、気遣いの事とする。

IV. 倫理的配慮

本研究は、A病院看護倫理委員会の承認を得て実施した。収集したデータは施錠可能な場所で管理し、研究後3年間保存した後に廃棄することとした。また対象患者の情報は、個人が特定されないよう符号化し、本研究に限定した使用とし、関係者だけが取り扱うようにした。データの流出を防止するため、データベースの作成や分析はWeb接続をしないパソコンで行った。対象者は高齢であることや救急外来受診後であることを考慮し、インタビュー等は身体侵襲や心的負担を与えないよう配慮した。在宅における支援が必要な場合、患者・家族から同意を得て地域医療連携室へ情報提供を行った。

V. 結果

1. 研究期間中のセンター受診患者の概要と背景（表1・表2）

本研究期間内の65歳以上の受診患者144人中、帰宅となった65歳以上患者は82人（56.9%）、82人の来院手段は、救急車利用が30人（36.6%）と独歩39人（47.6%）であった。独居者は22人（27.2%）であり、全員に同居していない家族や知人などの支援者がいた。対象者は17人であった。

表1. 救急外来の受診患者の概要、対象者の背景

性別	男	32人(39.1%)	女	50人(60.9%)
年齢	平均79±8.7歳			
居住地	市内	27人(32.9%)	市外	55人(67.1%)
来院手段	救急車	30人(36.6%)	独歩	39(47.6%)
	公共交通機関	3人(3.7%)	タクシー	10人(12.2%)
生活形態	同居	51人(63%)	施設	8人(9.9%)
独居	22人(27.2%)			
独居者の支援者の有無	有	22人	無	0人
対象者	17人			
性別	男	5人(30%)	女	12人(70%)
居住地	市内	5人(30%)	市外	12(70%)
来院手段	救急車	12人(70%)	独歩	2(12%)
	タクシー	3人(18%)		
生活形態	同居	9人(53%)	独居	8人(47%)
	独居者の支援者の有無	有	8人	無
		無	0人	

2. 患者・家族の帰宅時における生活の不安（表2・表3）

患者や家族に自宅での生活の不安を聴取した際、対象患者17人中11人から不安の訴えがあった。

3. 看護師の気がかり（表3）

看護師が気がかりと感じた患者は17人いた。症状出現または悪化時に受診行動ができるのかと看護師が気がかりに思っていた患者は6人おり、そのうち、3人の患者（B氏、D氏、E氏）は不安がないと答えていた。

4. 電話および再受診時の面談（表3）

対象患者17人のうち、帰宅後『問題なく生活できた』『症状が改善した』と回答した患者は11人いた。生活の不安があった患者11人のうち、1人は役所へ相談、2人には看護師が役所やケアマネージャーへの相談を促した。帰宅後に、ケアマネージャーの支援を受けたものは2人、家族と1晩過ごしたものが2人いた。当院もしくは他院を再受診して入院となっていた患者は3人いた。救命救急センター受診時、症状が改善しないまま帰宅となった患者は6人おり、そのうち『問題なく生活できた、症状が改善』と回答した患者は3人いた。センター受診当日の看護師の気がかりと電話および再受診時の面談での内容が類似していた患者は6人いた。（表3参照：A氏、D氏、E氏、I氏、J氏、M氏）

VI. 考察

1. 対象者の背景（表1）

本研究期間内のセンター受診した高齢患者144人中、入院治療が必要だった患者は4割にとどまった。残り6割は治療後に自宅療養のために帰宅となっていた。当院は医療圏を広くカバーする1次～3次救急対応病院で

あるため市外からの受診者も多いことが、センター受診の手段からも伺われる。さらに独居高齢者も6割を占め、家族が近隣に住んでいなくとも知人や社会福祉関連サービスなどの地域の支えを受けながら暮らしており、高齢者率の高い当地域の特徴を反映しているものと考えられる。今結果により、センター受診後に帰宅となった高齢者の療養生活の現状の一端が明らかとなった。このような地域特性において入院が必要でない軽症患者であっても、センター受診後の療養生活に不安や不便があると推測できる。

2. 帰宅時患者・家族の生活の不安と看護師の気付きの特徴 (表2・表3)

センターを受診し帰宅となった独居高齢者は、症状の悪化や遷延に伴う日常生活全般の不安を抱えていた。また家族が同居もしくは近隣で支えている場合にも、受診前と同様の生活を送ることができないのではないかという不安が強かったと考える。今回の研究では生活動作における不安という文言で確認したため、例えば食事に対する不安では、調理・買い物・食欲・摂取状況のどの場面に不安が強いのかという点は検討に及んでいない。

一方、看護師の気付きとして最も多かったのは「症状の悪化、症状の遷延による生活への影響」である。この患者たちは6割が独居者であり、自宅で症状出現時に日常生活への支障をきたすのではないかということが予期され、看護師の気付きにあがったと考える。また同居者がいる者でも、高齢者世帯や患者自身が介護者であった。これらの事から、看護師は患者が自宅で症状が再燃することで日常生活に支障をきたす、若しくは患者自身が症状再燃に対して気付きを感じていたものと考えられる。一方で、この患者たちの生活への不安は、症状の持続による、食事や入浴、更衣の心配 (G氏、I氏) や痛みで起き上がりが不安 (L氏) といった内容であった。

このように患者の不安はあくまで受診前と同様の生活を送れるかが主体であるのに対し、看護師の気付きは患者だけでなく患者家族の状態にも及んでいるのが特徴的であった。

次に多かったのが、「受診行動がとれるか心配。」であった。この内容が気付きに挙がっていた3人は全員が独居者で、本人は帰宅に対しては不安がないと話していた。帰宅時の身体状況に問題がなくても症状持続時や急病時には病院受診の必要性があり、自ら受診できるのか、支援者に対して協力を求めることができるかが看護師の気付きに挙げられていたものと考えられる。また、受診行動とは別に「独居であり安否が心配。」 (D氏) など症状が出現した際の生命の危険を看護師が危惧して挙げていたものと考えられる。D氏は家

族とは疎遠であり、難聴のため電話での経過確認ができないかもしれないと考えていた。また、D氏は意識消失で搬送となっていたため、本人が状況を把握しておらず、帰宅時症状は改善しており本人は不安なく帰宅となっていた。受診行動や安否の心配といった気付きの特徴は、帰宅時に患者本人が不安はないと答えている事であった。帰宅時は、症状改善しているため患者は不安なく帰宅していると考えられる。看護師は患者が受診すべき症状の判断ができるか、受診が必要な時に適切な来院手段を選択できるかという、症状再燃時を想定しているものと考えられる。

帰宅時に症状再燃を不安に感じている患者や、帰宅時に症状が改善することで不安なく帰宅した患者がいた。それに対して、看護師の気付きは症状がない状態でも、自宅で症状出現時に起きる問題を気付きとして挙げていた。そのため、看護師の気付きは不安なく帰宅となる患者に対しても挙げられていた。これらの気付きの中には、必要な支援にありつけていない事例もあり、看護師がその状況を把握し、支援が必要と捉えている事例も挙げられていた。これは看護師が受診時の患者の状態だけでなく、生活背景を考え、気付きとして挙げていたためと考えられる。

3. 電話・面談による介入の効果 (表3)

対象者に看護師の気付きで挙げられている内容を基にした経過の確認が行われた。そこで一番多く聞かれたのは「いつも通りに過ごせた。帰宅後症状改善。」といった内容であった。受診時までは急病が患者の生活を阻害する因子となっていたが、受診によってそれが改善したという事実が患者や家族を安心させたと考えられる。しかし、看護師の気付きは、急病に起因したものだけでなく、生活背景にあると感じているものもあった。

看護師の気付きとなった要因の一つとして挙げられるのは、独居高齢者や高齢者世帯の存在である。独居高齢者の帰宅後の様子を確認すると『家族と一晩一緒に過ごした。』 (I氏)、『一晩は息子と一緒にいた。』 (Q氏) と家族の支援を受けている者やE氏やP氏の様にケアマネージャーの支援のもと、生活を送っている者や病院受診している者がいた。看護師が予期していた気付きは、支援者となる家族や社会福祉職が早期より関わることで、看護師の介入を必要とせずに解決できていたものと考えられる。

その中で、D氏は独居高齢者で、家族と疎遠、安否の心配が看護師の気付きとして挙げられていた。電話での経過確認では本人より『症状なく経過している。』との言葉があったが、独居で家族とも疎遠であり、安否確認ができないという気付きは解決されてはいなかった。そこで看護師より地域連携室や市役所

への相談を持ち掛けることで患者の生活を支援することにつながっていった。また、I氏のように患者も家族もこれから独居生活に不安が強くなるように支えていくかを考慮し、市役所への相談という方法を説明した。これらの患者はもともと独居での生活を行っていたが、今回の急病によって生活への不安を感じた者やその存在が急病によるセンター受診で明らかになった者である。対象者17人の内2人であったが、センター受診時に生活に不安を抱えた状態で生活している者を知ることができた。

対象者に対して電話や再診時に面談の場を設けることで、センター受診後の生活状況について知ることができた。看護師の介入に対して不快感を訴える患者・家族はおらず、感謝や安心が多かった。帰宅時、後日と看護師が介入することで、患者や家族が抱える自宅療養に対する不安を伝えることが一つの安心につながると考える。

対象の内、17人の患者は全てが帰宅後生活の中で問題が生じ、困難に直面していたわけではなかった。その中で、支援を必要とするものや支援の行き届いていない者が2人いた。電話や再診時の面談ではこれまでの業務内ではあまり知る機会がなかった帰宅後の生活を知り、必要時に患者の支援につなげることができたと考える。

患者や家族は帰宅時に受診時の状況から考えられる生活の不安を看護師に答えていた。しかし、看護師は疾患の問題だけでなく、受診時の生活状況や急病時の病院受診、安否確認の手段などに目を向けていた。患者や家族が訴える不安も解決すべき内容であるが、看護師が感じる気掛かりは受診前後の状況をアセスメントして考えられており、目を向けるべき情報の一つであると分かった。

VII. 結論

1. センターを受診し帰宅となった高齢患者の多くは帰宅後の生活の中で家族や社会福祉職の支援を受けて生活することができていた。
2. 独居高齢者の中には家族と疎遠の者や社会福祉職からの支援なく生活している者がおり、センター受診が医療者や福祉職にその存在を認識させる機会となっていた。
3. 看護師が感じる気掛かりは、病気への心配だけではなく、病気による生活の影響や生活背景にも目が向けられている。

参考文献

- 1) 太田凡: E R型救急における高齢者救急の現状, 48,317-322,日老医誌,1711.

- 2) 小島好子:救命救急センターにおける医療ソーシャルワーカーが介入する患者の特性と退院支援, 日臨救医誌,17,395-402,1714.

- 3) 原田とも子:総合相談室 退院計画の課題・4 ソーシャルハイリスクスクリーニング基準の開発. 病院, 60,328-9,1701.

- 4) 吉田ミツエ他:『在宅療養支援に対する外来看護師の役割認識』,1716日農医誌

- 5) 自治体病院等広域化・連携構想中空知地域行動計画,平成25年3月,

URL:<http://www.sorachi.pref.hokkaido.lg.jp/file.jsp?id=669717>

- 6) 門田勝彦:休日・夜間に救急外来を受診する高齢者の介護度・介護支援体制・生活状況・家族背景に関する調査研究、島根大学医学部附属病院救命救急センター,1714

- 7) 社会福祉概要(平成25年度版)空知総合振興局保健環境部社会福祉課:高齢化の現状,

URL:<http://www.sorachi.pref.hokkaido.lg.jp/hk/syfy/gaiyou/syafukugaiyou25.htm>

- 8) 総務省統計局,平成28年住民基本台帳, URL:<http://www.stat.go.jp/data/idou/index.htm>

表 2. 対象者個別の背景

年齢	居住地	受診から帰宅までの経過	受診形態	生活形態	帰宅時の患者 家族の不安	看護師の 気付き	支援者の 有無
A	86 市外	認知症による意識混濁で検査結果異常所見はなく、精神状態も落ち着く。翌日精神科へ	救急車	同居	有り	有り	有り
B	74 市内	胸痛で独歩来院。頻脈消失し、症状なし。翌日循環器科へ	タクシー	独居	なし	有り	有り
C	94 市内	肺炎による発熱があり、抗菌薬使用し緊急性なし。翌日内科へ	タクシー	同居	有り	有り	有り
D	76 市外	意識障害で検査結果、異常所見なく症状軽快	救急車	独居	なし	有り	有り
E	94 市外	全身倦怠と頻呼吸があり検査結果異常所見なく症状軽快 翌日定期受診のあるかかりつけ医へ	救急車	独居	なし	有り	有り
F	78 市内	高血圧による立ちくらみで、持参の降圧薬内服後、症状軽快	救急車	同居	有り	有り	有り
G	78 市外	左橈骨遠位端骨折で救急車搬入。手術拒否あり、シーネ固定。 翌週に整形外科受診予約	救急車	独居	有り	有り	有り
H	75 市外	急性上気道炎で受診。点滴実施。対症療法にて帰宅。 症状持続時、内科受診	タクシー	独居	有り	有り	有り
I	87 市内	右胸部打撲によるめまい、吐き気があり、検査結果異常なく 症状改善症状持続時、脳神経外科受診	救急車	独居	有り	有り	有り
J	86 市外	めまいによる吐き気あり点滴実施、症状軽快。 受診指示なし	救急車	同居	有り	有り	有り
K	77 市外	手足のしびれで検査結果脳疾患なし、 症状持続時、神経内科、脳神経外科受診	独歩	同居	なし	有り	有り
L	84 市内	第4腰椎圧迫骨折で鎮痛剤使用。症状改善 受診指示なし	救急車	同居	有り	有り	有り
M	88 市外	めまいで点滴実施、症状改善にて帰宅。 症状持続時、耳鼻科受診	救急車	同居	有り	有り	有り
N	85 市外	めまいで点滴実施、症状改善にて帰宅。 翌日耳鼻科受診	救急車	同居	有り	有り	有り
O	84 市外	右股関節痛で骨折は否定。点滴実施、症状改善。週明け整形外科・循環器内科勧める	救急車	独居	有り	なし	有り
P	86 市外	めまい、吐き気で検査は異常なし。緊急性のある疾患なし。 近日中に内科受診予定	救急車	独居	なし	有り	有り
Q	82 市外	肋骨骨折で対症療法にて帰宅。 受診指示なし	独歩	同居	なし	有り	有り

表 3. 帰宅前の患者・家族の不安、看護師の気がかり、電話・面談の結果の詳細

年齢	受診形態	同居者の有無	支援者の有無	患者・家族の有無	看護師の気がかり	帰宅後の経過	
A	86	救急車	同居	有り	あり	・家族の介護疲弊、娘は仕事をしており四六時中見てもらえない。	・いつも通り生活できている。 ・精神科受診を悩んでいたが、看護師に電話で勧められ安心した。
B	74	タクシー	独居	有り	なし	・受診行動がとれるか心配。	・症状なく過ごせた。当院循環器内科へ受診。
C	94	タクシー	同居	有り	あり	・食事が摂取量の減少が心配。	・翌日に内科受診。内科受診2日後に救急搬送され肺炎にて入院。
D	76	救急車	独居	有り	なし	・難聴、独居、意識消失の原因不明であり、安否が心配。	・受診後症状なく経過。本人と相談、了承を得て地域医療連携室より市役所保健福祉課へ情報提供。市役所で安否確認、受診相談、自宅訪問を実施。
E	94	救急車	独居	有り	なし	・耳が遠く、電話が通じない可能性がある。	・本人とは連絡通じず、友人とケアマネージャーに連絡。 ・翌日他院へ受診し、自宅でも問題なく過ごすことができた。
F	78	救急車	同居	有り	あり	・妻が現在入院中であり、自宅は一人である。	・帰宅後自宅で療養し、症状改善。 ・現段階で生活に問題ない。
G	78	救急車	独居	有り	あり	・独居、家族は札幌。本人が強く訴え、家族には連絡せず。一人で帰宅。ギブス固定されており生活に支障がないか心配。	・予想より手の不自由はない。近所の方の支援あり。家族には忙しく連絡していない。
H	75	タクシー	独居	有り	あり	・倦怠感強く、自覚症状による苦痛が強い。身内も近くにいないため不安。近所の方が支援している。	・帰宅後症状は改善傾向。近所の方が支援あり。症状が強くなれば近医へ受診予定。
I	87	救急車	独居	有り	あり	・期間中2度目の受診。 ・急に調子が悪くなり、不安や心配が強い。家族の協力は問題ない様子。	・体調を崩し、独居が心配であったため家族と一晩一緒に過ごす。今後のことを市役所へ相談するよう説明。
J	86	救急車	同居	有り	あり	・高齢二人暮らし、家族は不定期で来ているが、急病の際は心配である。	・受診翌日、かかりつけ医へ受診し入院。 ・帰宅後は娘も自宅に来ていた。
K	77	独歩	同居	有り	なし	・同居の妹が物忘れ外来に受診する予定、体調不良の際に自分と家族の不安。	・帰宅後症状悪化無し。妹の事は包括支援センターへ相談予定。電話の後、当院受診し入院。
L	84	救急車	同居	有り	あり	・自力での起き上がりができず、患者自身の自宅生活への不安が強い。	・帰宅後症状改善。ケアマネージャーへのリクライニングベッド使用などの相談を行うよう勧める。
M	88	救急車	同居	有り	あり	・社会福祉支援が未介入。現在、ヘルパー検討中。	・肋骨骨折の痛みで動くことへの不安があり、買い物も他市まで行くため心配。包括支援センターへ行き相談する予定。(本人・夫共に介護申請)
N	85	救急車	同居	有り	あり	・なし(看護師:卒後11年目、救急外来2年目)	・帰宅後症状改善、自力で病院受診。
O	84	救急車	独居	有り	あり	・なし(看護師:卒後4年目、救急外来2年目)	・右膝痛持続、食事摂取量減少。何かあればケアマネージャーへ相談予定。
P	86	救急車	独居	有り	なし	・独居で認知症、介護認定あり。	・ヘルパーが受診に付き添っており、ケアマネージャーにはヘルパーより連絡。ケアマネージャーの方で今後も支援予定。
Q	82	独歩	同居	有り	なし	・同居の夫が認知症、本人が体動困難になることあり。	・一晩は息子と一緒にいた。痛みは軽減、後日高受診時に整形外科受診予定。

CPCLレポート(A323) 膀胱癌多発転移の剖検例

2017/12/28

砂川市立病院 初期研修医 岡田健太
泌尿器科 村中貴之
病理診断科 菊池謙成

入院時検査所見

総タンパク	5.8	尿酸(UA)	4.3	白血球	3.7
アルブミン	2.5	クレアチニン(CRE)	0.74	赤血球	3.44
総ビリルビン	0.41	尿素窒素(UN)	27	ヘモグロビン	10.4
直ビリルビン	0.08	ナトリウム	134	ヘマトクリット	31.1
CRP	6.87	カリウム	4.3	MCV	90.4
AST(GOT)	18	クロール	97	MCH	30.2
ALT(GPT)	17	カルシウム	8.7	MCHC	33.4
LD(LDH)	168	無機リン	2.7	RDW	14
γ-GTP	92	補正カルシウム	10.2	血小板	9.2
ALP	469	総コレステロール	158		
コリンエステラーゼ	200	中性脂肪	81	APTT	30.5
CK(CPK)	25	eGFR	81.8	PT	10.7
アミラーゼ	28			PT %	> 100
血糖	145	HCV抗体	1.8	PT INR	1
HbA1c(NGSP)	7			フィブリノーゲン	683

症例

64歳 男性
【主訴】肉眼的血尿

【現病歴】

20XX年12月に肉眼的血尿でかかりつけ医を受診し、エコーで膀胱腫瘍を認めた。20XX+1年大学病院の泌尿器科を紹介され、TUR-BTを施行した。膀胱癌、縦郭リンパ節、肺転移の診断となりGC療法を4クール施行した。

本人希望で追加の治療は行わずCTで経過をみたが、転移病変は増大した。20XX+2年2月に血尿と腹痛のため救急搬送となり、右鼠径部皮膚転移が新たに確認された。GC療法5クール目を行ったところ、15日目に血小板低下を認め、抗がん剤治療が困難となったため、今後の治療継続のために同年3月に当院へ転院となった。



【既往歴】

鼠径ヘルニア(40歳 手術)
右尺骨神経鞘腫(62歳 手術)

【内服歴】

酸化マグネシウム錠 330mg 6T/3x
トラムセット配合錠 8T/4x
センノシド錠 12mg 1T/1x
プロチゾラムOD錠0.25mg
セレコックス錠100mg4T/2x

【入院時現症】

右鼠径部皮膚潰瘍
ADL full、PS2

膀胱癌



【入院時診断】

膀胱癌 多発リンパ節転移 肺転移
cT3N3M1 stage4

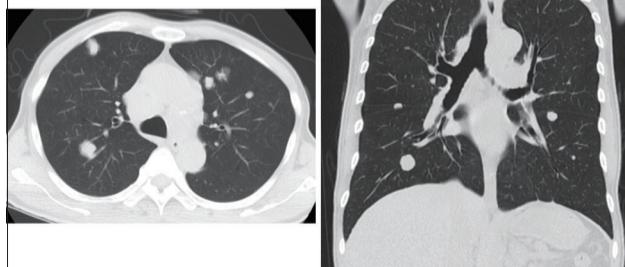
【TUR-BT 病理結果】

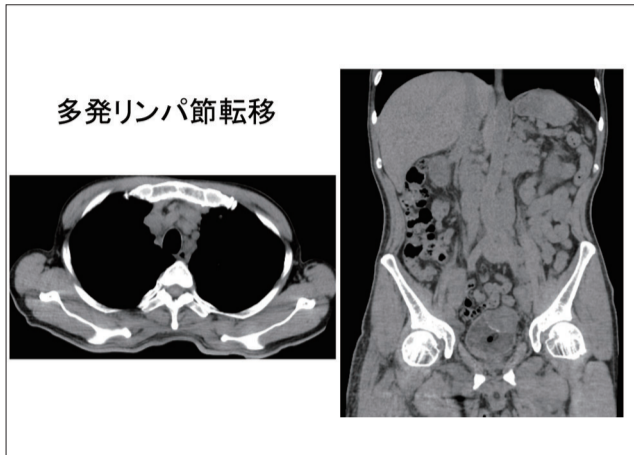
UC, high grade, G3, pT2

【右鼠径部腫瘍】

転移性腫瘍、膀胱癌と形態が類似

多発肺転移





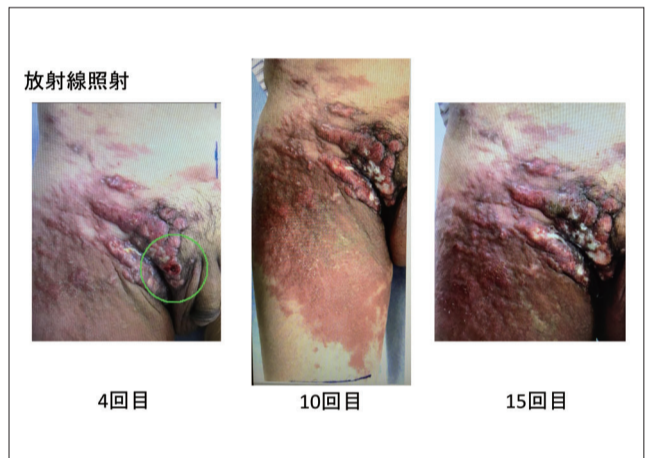
入院後経過①

- Day1 オキシコンチン60mg/day開始
- Day7~35 EBRT 40Gy/20Fr
- Day27 オキシコンチン80mg/day、レスキューとしてオキノーム10mg
- Day30 32Gy/16Fr終了したところで、右鼠径部痛が強く、放射線治療中止
- Day32 オキシコンチン100mg/day、レスキューとしてオキノーム15mg
- Day33 オキシコンチン120mg/dayに増量
- Day35 オキシコンチン160mg/dayに増量
レスキュー: 15⇒20mgに増量

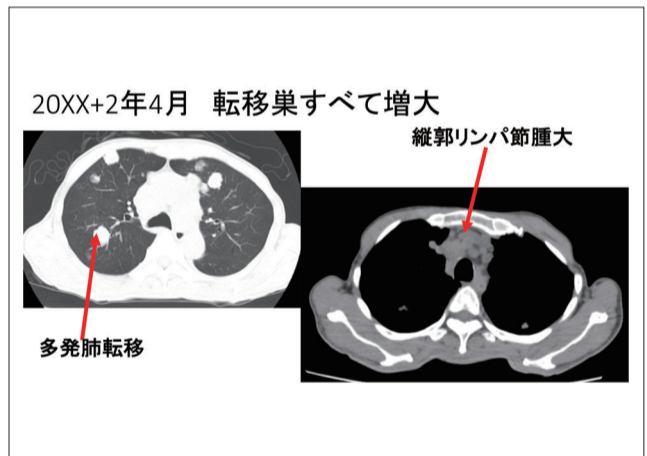
化学療法

【GC療法】
gemcitabine 1000 mg/m² 静注 day1, 8, 15
cisplatin 70 mg/m² 静注 day2
4週毎

⇒起こりうる有害事象
貧血、血小板減少、好中球減少、悪心/嘔吐、脱毛、聴力低下など

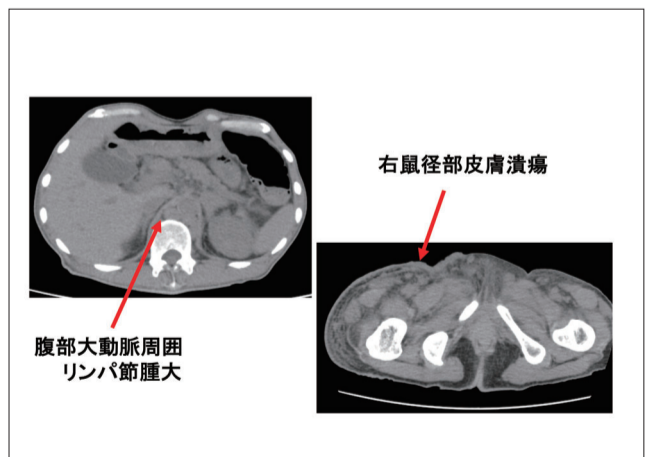


GC療法①②クール終了
PR(RR32%)
GC療法③④クール終了
PR(RR73%)
本人希望で追加のGC行わず、CTフォロー
⇒3か月後転移病巣増大、さらに2か月後も増大
最後のGC療法から6ヶ月後⑤クール目施行
Day15で Plt 1.6万のため血小板輸血をし、抗がん剤中止



入院後の方針

- ترامセット配合錠 8T/4x
⇒オキシコンチン60mg/2x、レスキューとしてオキノーム散10mg開始
- 右鼠径部皮膚病変に対して放射線療法を施行
⇒EBRT 40Gy/20Fr
- 放射線療法終了後に化学療法を再開するか検討



入院後経過②

- Day41 リリカ併用
- Day51 DNARの方針となる。
- Day59 食量低下⇒内服困難になってきた
フェントステープ6mg/day
- Day64 フェントステープ8mg/day
- Day66 塩酸モルヒネ 100mg/day持続皮下注
- Day69 7:50 死亡確認

代替化学療法

- carboplatin+gemcitabine療法 (cisplatin不適格症例の代替レジメン)
gemcitabine 1000 mg/m² 静注 day1, 8
carboplatin AUC 4.5 静注 day1
3週毎
- シスプラチン不適格とは
明確な基準はなし
副作用が強い時や、腎機能が悪い場合と考える。

【直接死因】
癌死 腫瘍に伴うカヘキシー+鎮静による呼吸不全

【死亡診断書】
死因 膀胱癌(約1年4か月)

膀胱癌 再発・転移症例の予後

影響する因子
KPSが80%未満
肺、肝、骨など臓器転移あり

Bajorin DF, Dodd PM, Mazumdar M, et al. Long-term survival in metastatic transitional-cell carcinoma and prognostic factors predicting outcome of therapy. J Clin Oncol. 1999;17:3173-81.

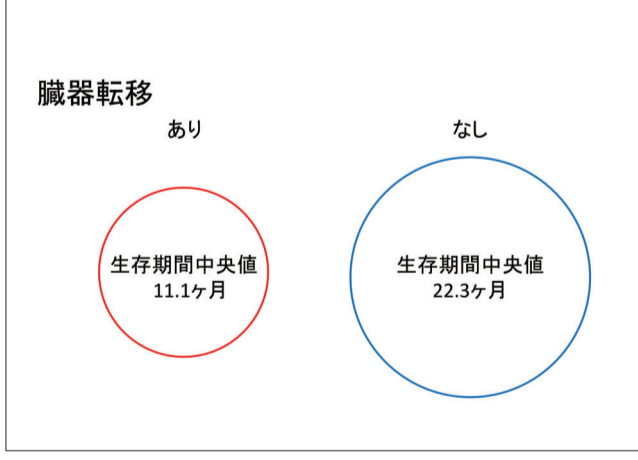
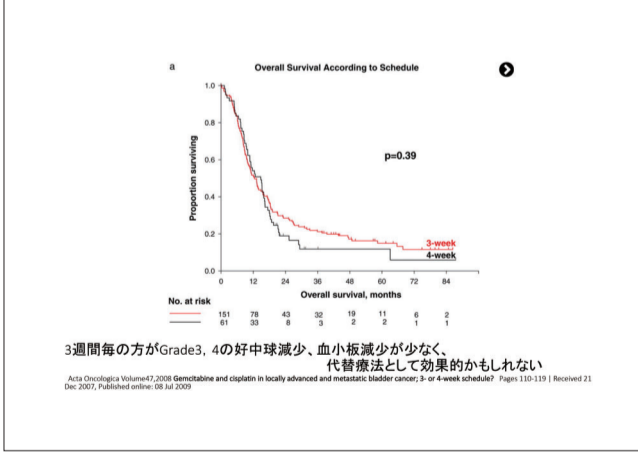
化学療法

【GC療法】
gemcitabine 1000 mg/m² 静注 day1, 8, 15
cisplatin 70 mg/m² 静注 day2
4週毎
⇒day15のgemcitabine投与が中止となることが多く、3週間毎にすることもある。

生存期間中央値

表 2 Karnofsky performance status (KPS)

KPS	状態	PS
100	正常、臨床症状なし。	0
90	軽い臨床症状はあるが正常の活動が可能。	1
80	かなりの臨床症状があるが、努力して正常の活動が可能。	
70	自分自身の世話はできるが、正常の活動や労働をすることは不可能。	2
60	自分に必要なことはできるが、時々介助が必要。	
50	病状を考慮した看護および定期的な医療行為が必要。	3
40	動けず、適切な医療および看護が必要。	
30	まったく動けず、入院が必要だが死は差し迫っていない。	4
20	非常に重症。入院が必要で精神的な治療が必要。	
10	死期が切迫している。	
0	死亡。	



生存期間 中央値	臓器転移あり	臓器転移なし
PS80以上	13.4ヶ月	33ヶ月
PS80未満	9.3ヶ月	13.4ヶ月

KPS 60~70、ECOG-PS 2

歩行可能で、自分の身の回りのことはすべて可能だが、
作業はできない。日中の50%以上はベッドで過ごす。

膀胱癌 cT3N3M1 (PUL、LYM、SKI) stage4

⇒ 1年4ヶ月 > 生存期間中央値 9.3ヶ月

特発性肺線維症の1剖検例

砂川市立病院
高橋直規 工藤真未 日下大隆 菊地謙成

初診時検体検査

【生化学】		【血算】			
CRP	26.6	BUN	31.5	WBC	14.4
TP	7.9 mg/dl	Cre	1.46 mg/dl	RBC	4.54 ×10 ³ /μ
Alb	3.1 g/dl	Na	133 mg/dl	Hb	15.5 l
T-Bil	1.39 g/dl	K	5.3 mEq/l	Ht	44.2 ×10 ⁶ /μ
AST	659 mg/dl	Cl	96 mEq/l	Plt	16.3 l
ALT	240 IU/l	Ca	9.4 mEq/l		g/dl
LD	213 IU/l	T-cho	150 mg/dl		%
CK	1 IU/l	Glu	263 mg/dl	APTT	29.9 ×10 ⁴ /μ
γ-GTP	240 IU/l	HbA1c	6.8 mg/dl	PT-INR	1.43 l
ALP	22 IU/l	CK-MB	14.8 %	Fbg	463
ChE	394 IU/l	トロンビンI	0.92 ng/ml	FDP	350
AMY	232 IU/l	BNP	193 ng/ml		sec
	113 IU/l		pg/ml		

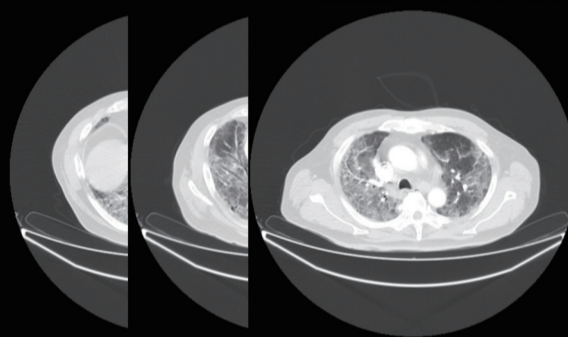
症例 80代男性

【主訴】呼吸苦

【現病歴】X-2日、食欲不振、咳嗽、鼻汁で近医受診した。上気道炎の診断で内服薬処方され帰宅した。X日、症状改善しないため近医受診した。待合室で冷汗、呼吸促迫、酸素化不良認め、各種検査施行された。心筋逸脱酵素の上昇認めため、急性冠症候群疑いで当院循環器内科に転院搬送となった。精査で間質性肺炎疑いとなり、当院内科に転科となった。

【既往歴】#1 高血圧 #2 糖尿病 #3 高尿酸血症
#4 陈旧性脳梗塞

初診時胸部CT検査



全肺野にすりガラス影を認める

症例 80代男性

【家族歴】なし

【生活歴】飲酒: 焼酎1合/日 喫煙: 15本/日 × 15年間
アレルギー: なし

【薬剤歴】ザイロリック100mg1T/1x ベザトール100mg1T/1x
ニフェジピン20mg1T/1x カンデサルタン8mg1T/1x
イコサペント酸900mg2T/2x テネリア20mg1T/1x

【現症】

身長174cm 体重63.1kg BMI 20.8
血圧 173/101mmHg 脈拍数 113/分 体温 37.3°C
呼吸数 30回/分 経皮的酸素飽和度 87%(酸素10L/分)
眼瞼結膜蒼白なし 外頸静脈怒張・内頸静脈拍動なし
呼吸補助筋使用なし 心音 整 両側肺野で捻髪音聴取
下腿浮腫なし 下肢把握痛なし Homans兆候 陰性

追加検体検査

【免疫血清】	【迅速検査】		
RF	3.1	インフルエンザ抗原	陰性
C3	99 IU/ml		
C4	20 mg/dl		
βD-グルカ	<2.4mg/dl		
ン	陰性	【尿中抗原】	
肺炎球菌	陰性	肺炎球菌	陰性
抗核抗体	306	レジオネラ抗原	陰性
KL-6	0 U/ml		
SP-D	425 ng/ml		
SP-A	128 ng/ml		

初診時各種検査

【心電図】

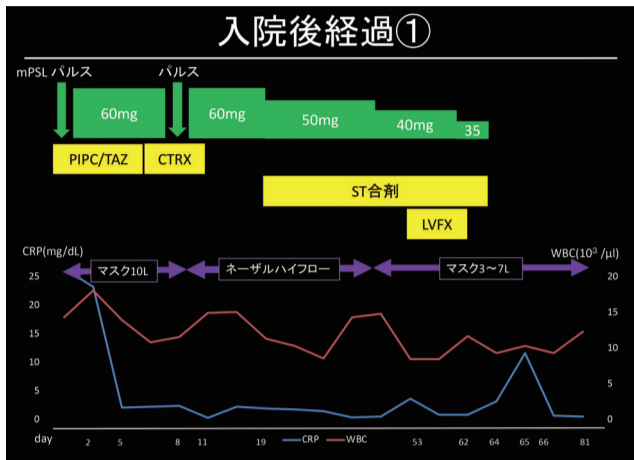


【胸部レントゲン写真】



Problem List

- #1. I 型呼吸不全
 - #1-a. 間質性肺炎急性増悪s/o
 - #1-b. 細菌性肺炎合併s/o
- #2. 多臓器不全
 - #2-a. 肝機能障害
 - #2-b. 腎機能障害
- #3. 心筋逸脱酵素上昇



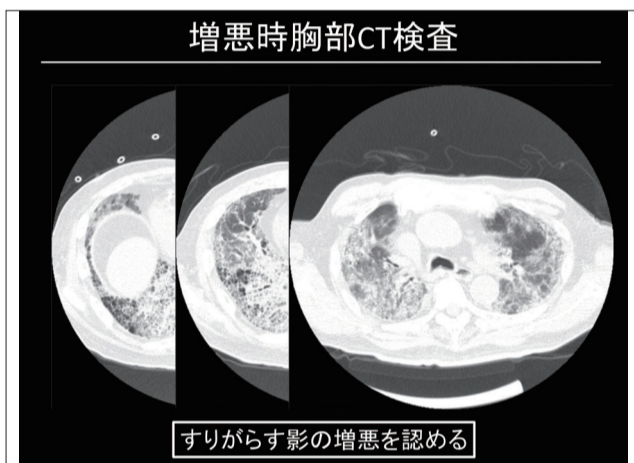
入院後経過③

Day65 下血と血圧低下を認めた。(Hb13.1)
RBC2単位輸血施行した。

Day70 下部消化管内視鏡検査施行した。(Hb11.1)
→活動性の出血なく、直腸歯状線近傍に潰瘍を認めた。

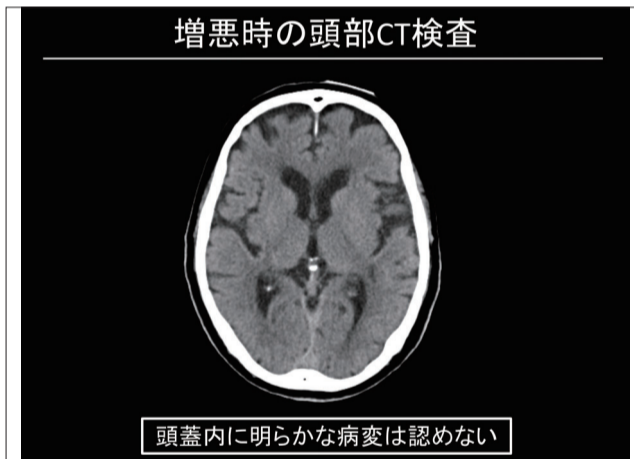
Day78 下血の持続を認め、sBP70mmHgまで低下した。(Hb10.2)
→ソルラクト1000mlで血圧上昇した。

Day84 血圧低下、呼吸状態の悪化を認めた。
→呼吸停止、心停止し永眠された。

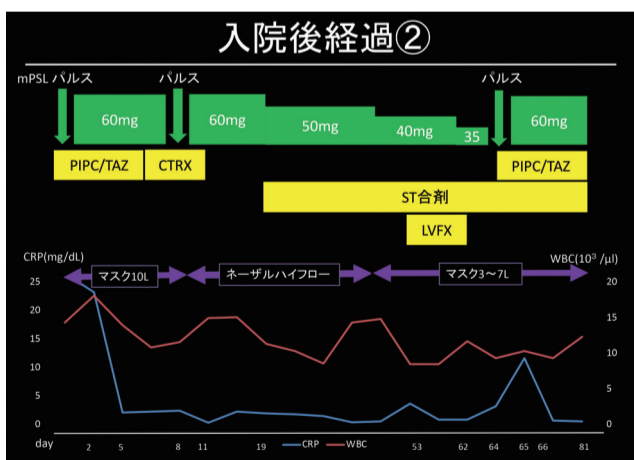


臨床的診断

間質性肺炎急性増悪の再燃による呼吸不全
(細菌性肺炎合併 s/o)



病理診断



考察

特発性肺線維症 (idiopathic pulmonary fibrosis : IPF)

- 疾患概念

慢性かつ進行性の経過をたどり、最終的に不可逆的な線維化病変 (蜂巢肺) を形成し、高度の拘束性換気障害および拡散能障害を呈する疾患。

(Am J. Respir Crit Care Med 2000 ; 161: 646-664.)

特発性間質性肺炎 (IIPs) の中で、55~60%を占め、生存期間中央値が3~4年と予後は極めて不良。

日本国内におけるIPF患者の死亡原因は、急性増悪が最も多い。

考察

特発性肺線維症 (idiopathic pulmonary fibrosis : IPF)

・診断

(日本呼吸器学会びまん性肺疾患診断・治療ガイドライン)

考察

特発性肺線維症 (idiopathic pulmonary fibrosis : IPF)

・ステロイド及び免疫抑制薬の投与時の副作用対策

ニューモンスチス肺炎(PCP)予防にST合剤
→ 2T/day/週2 or 1T/day/連日

血液検査によるモニタリング
→ 好中球数、リンパ球数、IgG濃度、β-Dグルカン、
サイトメガロウイルス抗原などを適宜測定する。

(日本呼吸器学会びまん性肺疾患診断・治療ガイドライン)

考察

特発性肺線維症 (idiopathic pulmonary fibrosis : IPF)

・典型的胸部CT所見(HRCT)

胸膜直下、肺底部優位
網状影
蜂巣肺(牽引性気管支拡張+)
UIPに合致しない所見 (inconsistent with UIPパターン)を持たないこと

(日本呼吸器学会びまん性肺疾患診断・治療ガイドライン)

結語

特発性肺線維症の急性増悪を経験した。

考察

特発性肺線維症 (idiopathic pulmonary fibrosis : IPF)

・急性増悪時の治療

ステロイドパルス療法 mPSL 1000mg/day 3日間
状態により1週間ごとに4回まで繰り返す。
パルス療法非施行時は PSL 60mg/day

ステロイドパルス療法と免疫抑制薬の併用も可能。
反応性に乏しい場合はシクロホスファミドパルス療法検討する。

(日本呼吸器学会びまん性肺疾患診断・治療ガイドライン)

考察

特発性肺線維症 (idiopathic pulmonary fibrosis : IPF)

・維持期の治療

第一選択は抗線維化薬(ピルフェニドン)となっている
抗線維化薬の効果は初期から進行期まで期待できるとの報告もある。

(Taguchi Y, et al. Respir Investig 2015 ; 53 : 279-2087.)

ステロイドはIPFの予後を悪化させる。

(N Engl J Med 2012 ; 366 : 1968-1977)

2018/2/1 砂川市立病院CPC

家族性アルツハイマー病 の1例

Familial Alzheimer's disease

小田亮介 内海久美子 岩木宏之

症例 死亡年齢67歳 男性

【初診時所見】（発症から12年）
 表情はやや弛緩
 礼容は保たれ時々笑顔をかべる
 発語は流暢で構音障害はなし
 自発話は少ないが質問には短文で返答する
 時間や場所の見当識障害あり
 結婚した年齢や子供の名前は正答できる
 喚語困難あり
 簡単な漢字は読めるが書字は不能（失書）
 一桁の加算は可能だが、二けたになると困難（失算）

症例 死亡年齢67歳 男性

【既往歴】 特記すべきことなし

【生活歴】

最終学歴：中学卒業
 職歴：工員などの職種についた後、営業職につき52歳で退職。

【薬剤歴】

詳細不明だが、アリセプトを服用していた。

症例 死亡年齢67歳 男性

【初診時所見】（発症から12年）
 身長169cm 体重63kg
 自力歩行可能
 前傾姿勢・小刻み歩行・すくみ足なし
 腱反射正常 下顎反射や把握反射などの前頭葉兆候なし
 筋トーン正常
 眼球運動正常
 時計描画テストでは数字をひとつも書くことができない
 立方体模写ではclosing in現象が著明にあり
 MMSE 11点

症例 死亡年齢67歳 男性

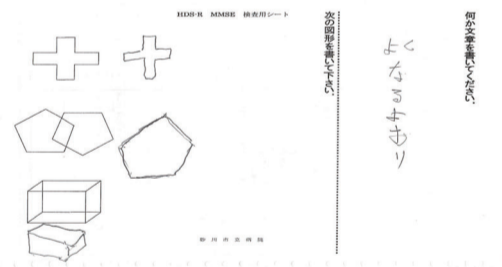
【臨床経過】

46歳頃
 日常生活での物忘れに気づいた。また些細なことで息子を怒鳴ったり、暴力を振るうようになった。

49歳
 営業職で客との約束を忘れて業務に支障をきたすようになった。脳神経外科を受診し、脳梗塞と言われていた。

51歳
 営業ができなくなったため工場へ配置転換となったが、簡単な作業工程を覚えられなかった。

症例 死亡年齢67歳 男性



症例 死亡年齢67歳 男性

【臨床経過】

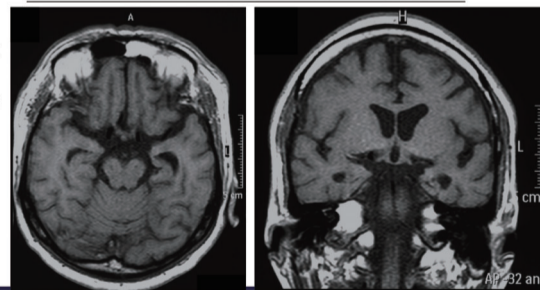
52歳
 脳神経外科クリニックを受診してMRI検査で海馬と大脳皮質の萎縮が認められ、アルツハイマー型認知症と診断された。この時点で退職となった。

54歳
 易怒性が増悪して暴力行為が顕著となったため、精神科病院に入院となった。

58歳
 活動性維持ボランティアに参加するため転居し、当院初診。

症例 死亡年齢67歳 男性

2007年
 MRI
 T1画像



症例 死亡年齢67歳 男性

【初診後の経過】 (58歳～67歳)

59歳

別居していた息子の写真を見せても認識できなくなった。
自宅周辺を散歩して帰宅できなくなった。

60歳

虫垂炎のため当院外科に入院。退院後は特別養護老人ホームへ入所した。

62歳

服の着方や排泄の仕方、文字の書き方がわからないといった失行が顕著になり、メマンチン内服を開始した。

入院時検体検査

【生化学】

CRP 0.16 mg/dl	BUN 5.8 mg/dl	【血算】	WBC 6.4 ×10 ³ /μl
TP 7.0 g/dl	Cre 0.69 mg/dl		RBC 5.08 ×10 ⁶ /μl
Alb 3.7 g/dl	Na 136 mEq/l		Hb 16.1 g/dl
T-Bil 1.06 mg/dl	K 4.0 mEq/l		Ht 46.8 %
AST 15 IU/l	Cl 101 mEq/l		Plt 22.5 ×10 ³ /μl
ALT 17 IU/l	Ca 9.4 mg/dl		
LD 157 IU/l	T-cho 143 mg/dl		
CK 59 IU/l	Glu 102 mg/dl		
Y-GTP 13 IU/l	HbA1c 5.5 %		
ALP 293 IU/l	ChE 179 IU/l		
	AMY 47 IU/l		

症例 死亡年齢67歳 男性

【初診後の経過】 (58歳～67歳)

63歳

始終徘徊し、易怒性・暴力行為のため短期入院した。
退院後は次第にADL低下し、食事・排泄・入浴などすべてに
介助が必要となった。歩行や卓球等の運動は可能だった。

65歳

発語は消失した。

67歳

誤嚥性肺炎で当院内科に入院し、長期臥床のため自立歩行
が困難となった。療養型病院に転院となった。

経過

入院2日目 観血的顎関節整復を試みたが、整復不可であった。

入院24日目 観血的整復を試みたが、整復不可であった。
術前に誤嚥性肺炎発症したため、ICU入室した。

入院29日目 肺炎は落ち着き、ICU退室。

入院47日目 誤嚥性肺炎が再発した。

抗菌薬治療をおこない、DNARの方針。

入院56日目 肺炎が徐々に悪化し、死亡された。

症例 死亡年齢67歳 男性

【入院前の現病歴】

入院17日前

療養型病院へ入院中に顎関節脱臼した。

整復不可能であったため当院へ転院となった。

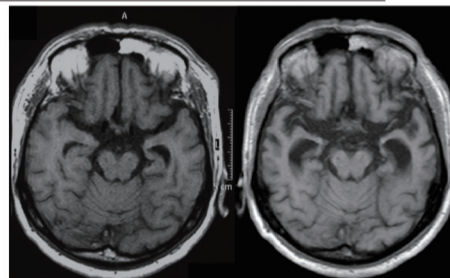
【薬剤】

ドネペジル塩酸塩OD錠5mg 2T1X
メマリー錠20mg 1T1X
ネルボン錠5mg 1T1X

画像検査 (MRI T1)

左：2007年

右：2015年



入院時検査

【胸部Xp】

両肺野の透過性良好
心拡大なし

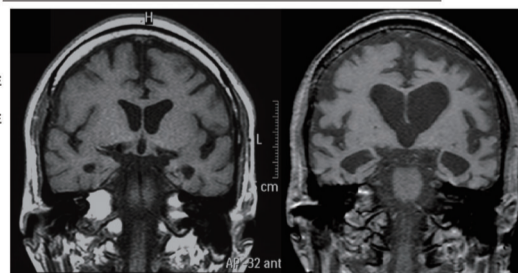
【心電図】

正常洞調律
特記事項なし

画像検査 (MRI T1)

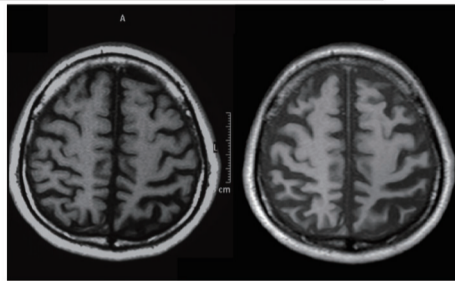
左：2007年

右：2015年



画像検査 (MRI T1)

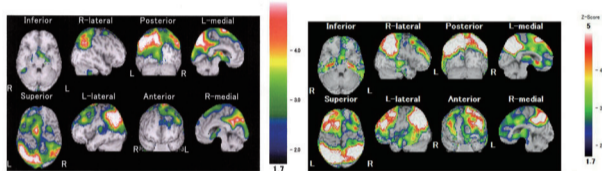
左：2007年
右：2015年



臨床的診断

家族性アルツハイマー病
(FAD : Familial Alzheimer's disease)

画像検査 (SPECT)

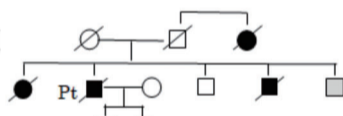


左：2007年

右：2015年

病理診断

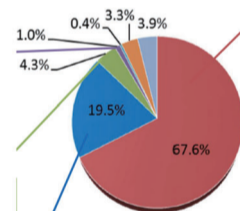
症例 67歳男性



【家族歴】

父：60歳前後に癌で死去。認知症はなし。
母：90歳代後半に死去。年相応の認知機能であった。
父方の叔母：60歳頃に死去。生前に認知症状あり。
<同胞5人の第2子>
姉：49歳でアルツハイマー型認知症 (AD) を発症し、67歳で死去。
本人：46歳でADを発症し、67歳で死去。
弟：健在。認知症なし。
弟：40歳代でADを発症し、49歳で死去。
弟：40歳前後にアルコール依存症のため精神科長期入院。

考察



アルツハイマー病

～認知症を主症状とし、
病理学的に大脳の全般的な萎縮、
老人斑、神経原繊維変化の出現を
特徴とする神経変性疾患。

厚生労働省ホームページより

Problem list

- #1. 濃厚な家族歴を持つアルツハイマー病
- #2. 顎関節脱臼
 - #2-a. 誤嚥性肺炎

考察

アルツハイマー型認知症 (中核症状)

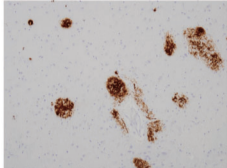
- ・近時記憶障害で発症することが多い
- ・見当識障害
- ・頭頂葉症状 (視空間認知障害、構成障害) 等

<画像>

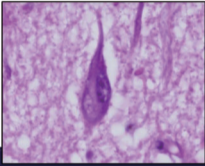
CT、MRI ~ 内側側頭葉の萎縮
SPECT、FDG-PET ~ 両側側頭・頭頂葉と後部帯状回の血流低下や
糖代謝障害

認知症疾患治療ガイドライン2010

考察



左) 老人斑
神経細胞外にアミロイドβ蛋白が蓄積してできる。



右) 神経原性変化
神経細胞内にタウ蛋白が蓄積して起こる。

TDP-43

前頭側頭型認知症 (FTD) や筋萎縮性側索硬化症 (ALS) で蓄積される。

アルツハイマー病でも19-57%で認められるが、臨床症状への影響は不明。

Ata Neuropathol.2014, 127: 441-450

家族性アルツハイマー病

アルツハイマー病全体の約1-5%で家族性が認められる。
孤発性のアルツハイマー病より進行がはやい。
死因としては、肺炎が最も多いとされている。

神経内科ハンドブック第5版
神経治療 34: 288-292, 2017

本症例 まとめ

一般的には進行がはやい家族性アルツハイマー病だが、21年と長期生存した。

ボランティア等による運動維持訓練で、運動機能は保たれていた。

家族性アルツハイマー病

3つの原因遺伝子 (常染色体遺伝)

- ・ APP
- ・ PSEN1
- ・ PSEN2

※ 疾患関連遺伝子: ApoEなど24種解明されている
→ 多因子遺伝子疾患

APPp.Val717Gly

認知症疾患治療ガイドライン2010

本症例 まとめ

APPp.Val717Glyの遺伝子変異は世界で3家系目の報告

脳重量851g (健康成人1200gほど) とアルツハイマー病剖検例のなかでも、低重量だった。

→ 遺伝性、長期経過であったことが関係している?

家族性アルツハイマー病

APP遺伝子

～ 第21染色体短腕に位置する。
アミロイドβの前駆体タンパクであるAPPをコードしている。
病理性変異ではアミロイドβを増加させる。
これまで78家系29の変異が報告されている。
→本症例のAPPp.Val717Glyは3家系目の報告となる。他2例は英国。

神経内科ハンドブック第5版
神経治療 34: 288-292, 2017
認知症疾患治療ガイドライン2010

本症例 まとめ

病理所見としては、老人斑、神経原性変化、神経細胞脱落がADに典型的だった。

非典型所見としては、アミロイドアンギオパチーが軽度であり、老人斑が小脳まで及んでいた。

筋萎縮性側索硬化症 (ALS) や前頭側頭型認知症で蓄積されるTDP-43が認められるアルツハイマー病だった。

結語

家族性アルツハイマー病の一例を経験した。

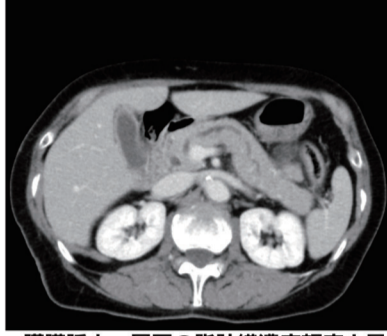
Clinico Pathological Conference
術後早期多発肝転移をきたした
退形成性膵管癌の剖検例

中山龍一¹⁾ 数井翔¹⁾ 千田圭悟²⁾ 菊地謙成³⁾

1) 砂川市立病院 研修医
 2) 砂川市立病院 消化器外科
 3) 砂川市立病院 病理診断部

2017年11月29日(水)

初診時造影CT



膵臓腫大 周囲の脂肪織濃度軽度上昇
急性膵炎 CT Grade1
膵管拡張

症例：79歳 女性

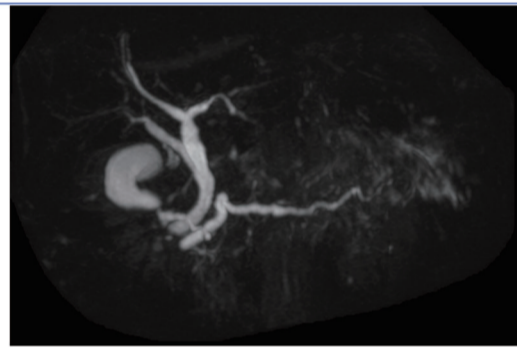
【主訴】心窩部痛、嘔気、嘔吐

【現病歴】
 2016年12月6日の16時から心窩部痛、嘔気が出現した。数回嘔吐して改善しないため当院救急外来を受診した。

【既往歴】
 高血圧症 脂質異常症 橋本病 関節リウマチ 本態性振戦

【内服薬】
 カンデサルタン4mg プラバスタチンNa錠10mg
 チラージンS錠50μg プロチゾラムOD錠0.25mg
 センノサイド錠12mg 酸化マグネシウム錠330mg

MRCP



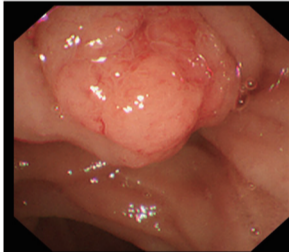
主膵管拡張 胆管軽度の拡張

症例：79歳 女性

【身体所見】
 身長 152 cm 体重 50.0 kg
 血圧 143/70 mmHg 心拍数 63 回/分 整
 体温 36.1 °C SpO₂ 100 %(室内気)
 腹部:平坦, 軟, 腫瘤触知せず
 心窩部に圧痛あり。反跳痛なし。筋性防御なし。

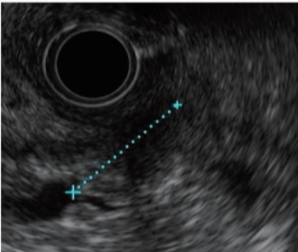
内視鏡検査

上部消化管内視鏡検査



十二指腸乳頭部に隆起性病変
露出腫瘤型

超音波内視鏡検査

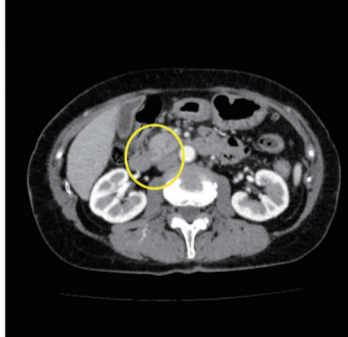


病変に一致した低エコー像
膵管浸潤、胆管浸潤
13mm程度

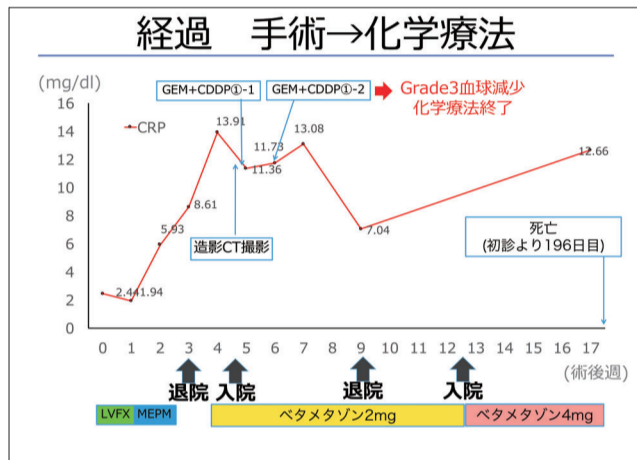
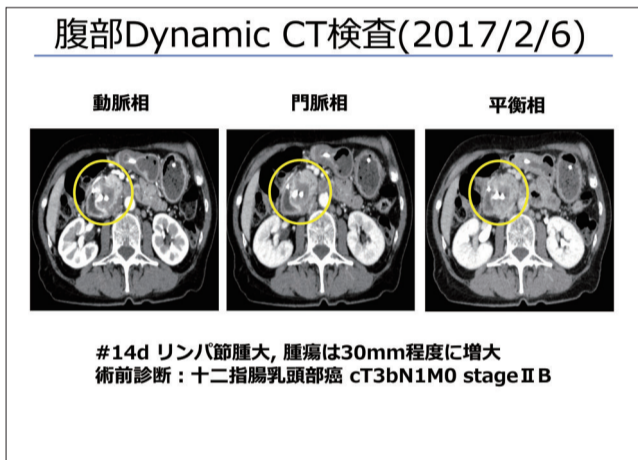
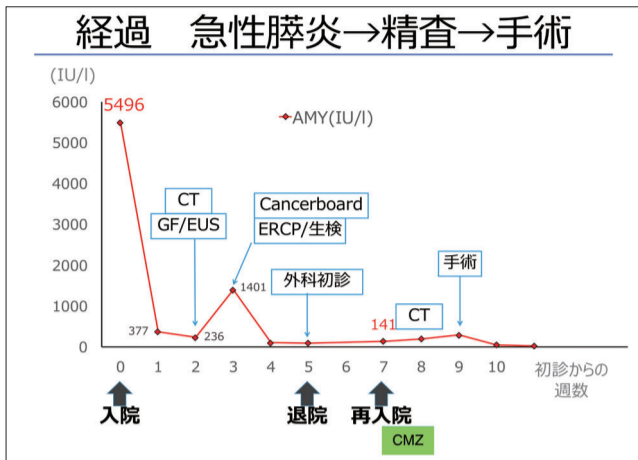
検体検査結果

【生化学】			
CRP	0.16	mg/dl	glucose 147 mg/dl
TP	7.0	g/dl	HbA1c 5.5 %
Alb	4.3	g/dl	CK 129 IU/l
AST	26	IU/l	CEA 0.792 ng/ml
ALT	17	IU/l	CA19-9 25.0 U/ml
LD	220	IU/l	Dupan-2 <25 U/ml
AMY	5496	IU/l	IgG4 23 mg/dl
P-AMY	5183	IU/l	
【血算】			
BUN	8.4	mg/dl	WBC 9.7 ×10 ³ /μl
Cre	0.48	mg/dl	RBC 4.25 ×10 ⁶ /μl
Na	130	mEq/l	Hb 12.9 g/dl
K	4.1	mEq/l	Ht 36.6 %
Cl	94	mEq/l	PLT 21.1 ×10 ⁴ /μl
Ca	9.6	mg/dl	

腹部Dynamic CT(2016/12/22)



術前診断：十二指腸乳頭部癌
cT3aN0M0 stage II A



経過

2016年12月6日 急性膵炎の診断で内科入院となり保存的加療で膵炎は軽快した。同時に急性膵炎の原因精査を行った。上部消化管内視鏡・超音波内視鏡で十二指腸乳頭部に腫瘤を認めた。

2016年12月27日 Cancerboardに提出した。

2017年1月10日 十二指腸乳頭部癌の臨床診断で手術目的に消化器外科紹介受診した。

1月末に手術予定だった。

経過

2017年2月16日(POD1) ICU退室

2月24日(POD9) 造影CT MEPM開始

3月10日(POD23) 退院

3月22日(POD35) 化学療法目的に再入院

3月23日(POD36) 造影CT

3月24日(POD37) GEM+CDDP①-1

3月31日(POD44) GEM+CDDP①-2

Plt4.9万Grade3のPlt減少あり化学療法終了

経過

2017年1月25日 閉塞性膵炎の再発, スtent機能不全が疑われて消化器外科入院した。

1月26日 閉塞性黄疸が出現しENBDチューブに交換した。

1月29日 ENBDチューブ逸脱したため、転院してstent交換が行われた。

2月6日 造影CT再検した。

2月15日 亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を行った。

