

救急画像診断のロジック

—急性腹症編—



長谷智也 著（岡崎市民病院放射線科・救急科）

本コンテンツはハイブリッド版です。PDF だけでなくスマホ等でも読みやすい HTML 版も併せてご利用いただけます。

▶HTML 版のご利用に当たっては、PDF データダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶シリアルナンバー付きのメールはご購入から 3 営業日以内にお送り致します。

▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することで HTML 版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶登録手続

症例 1	見えないのか、存在しないのか……それが問題だ	p3
症例 2	右と左で大違い	p6
症例 3	「撮られたものは全部読む、美味しいものはとっておく」	p10
症例 4	カラーオブハート (Pleasantville)	p12
症例 5	1 つ見つけて止まらない	p19
症例 6	画像診断に頼らずとも	p22
症例 7	疑わしきは罰する	p25
症例 8	冤罪看過すべからず	p28
症例 9	無駄な苦労？ 自己満足？	p31
症例 10	今そこにある危機	p34
症例 11	腸管壁肥厚の見方	p37
症例 12	虫垂炎じゃなければいい？	p40
症例 13	small bowel feces sign	p44
症例 14	Richter 型ヘルニア	p47
症例 15	くっついてるとこきれるとこ	p50

▶HTML 版を読む

日本医事新報社では、Web オリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶Webコンテンツ一覧

読み始める前に

- ▶ このコンテンツは研修医や救急および放射線科の非専門医を対象にしています。提示された症例を通して救急画像診断医の思考を追体験し、個別の疾患の画像所見、読み方だけではなく、その底流にある考え方、救急における画像の“使い方”を学んで頂くことを目標にしています。
- ▶ 解説に進む前に、必ず鑑別診断を挙げて下さい。そして深夜2時にその患者が来た場合、自分ならどう対応するか想像して下さい。
- ▶ 診断が正しければ「俺ってスゴイぜ！ もっとできるぜ！」と大いに誇り明日の学習への活力とし、誤診した場合は「なんて自分はバカなんだ、まだまだだ……」と無力を嘆き明日の学習への活力として下さい。
- ▶ それでは、当直のはじまりです。今日はどんな患者さんが来るのでしょうか。

画像を見るとき注意

- ▶ 動画として見ると読影は難しいと思います。iPhoneやiPadであれば、動画を見るときに全画面表示にするとスクロールバーでページングができます。

症例1 70歳，女性。主訴：下腹部痛

現病歴：昨日から下腹部正中に間欠痛あり，嘔気も少しあった。食欲はないが水分はとれる。最終排便は昨日，普通便だった。

既往歴・内服歴：なし。

アレルギー：青魚。

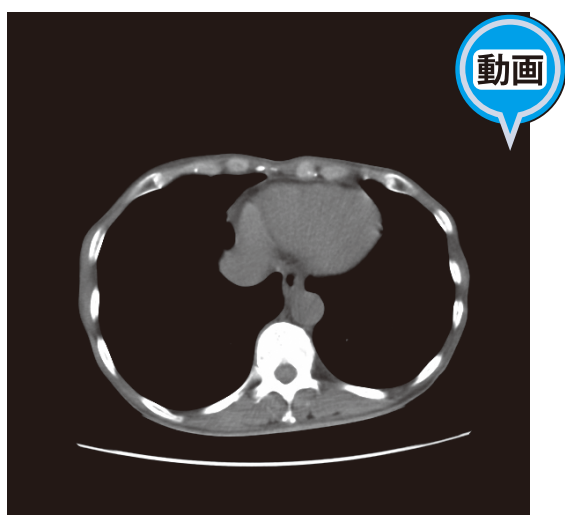
BT 36.7℃，BP 137/92mmHg，HR 85回/分。

腹部：平坦・軟，下腹部左優位に圧痛あり，反跳痛あり，筋性防御なし。

左CVA叩打痛＋。

尿潜血＋＋＋，白血球＋。

CRP 4.1mg/dL，WBC 15000/ μ L。



症例1-1 単純CT

解説

- 患者は左優位の痛みを訴えていたようで、初療の研修医は当初尿路結石を疑って所見をとり、検査を進めていた。CVA叩打痛もあり、尿潜血もあることは尿路結石には矛盾しない。
- しかし、単純CTを見ると水腎はなく（本当はCTの前に超音波でわかっているとよかったが）、どちらかと言えば腸管に異常がみられる。
- 骨盤内の小腸に壁肥厚と液体貯留が目立ち（**図1-1**）、麻痺性イレウスを疑う。腸炎か腹膜炎を考える状況である。

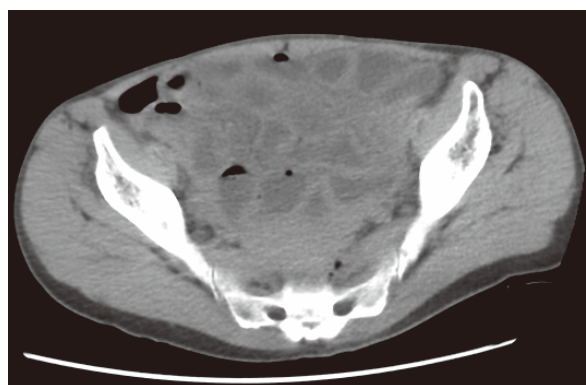


図1-1

- 腹膜炎の所見として free air と腹水を探して見ると、free air はないが骨盤底に少量の腹水が貯留していることがわかる（**図1-2**）。



図1-2

- 尿や腸液と比較しても白いことがわかるが、実際に吸収値を測ると40HU程度だった。血性や膿性を疑うが、麻痺性イレウス、炎症反応高値と合わせるとこれはやはり膿性と思われ、腹膜炎の疑いが強くなる。
- 腹膜炎をきたす疾患のトップはやはり虫垂炎である。虫垂を探すか、脂肪が少ないこともあり容易には見つからない。
- ただ一つ、手がかりとしてあるのは回盲部の高吸収域で、糞石を思わせる(図1-3)。ここから腫大した虫垂につながってくるとありがたいのだが、やはりはっきりしない。

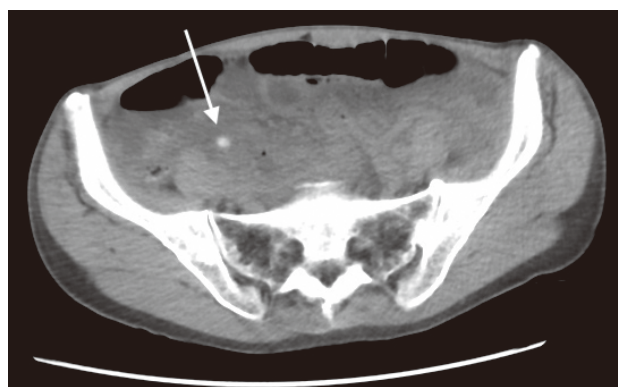
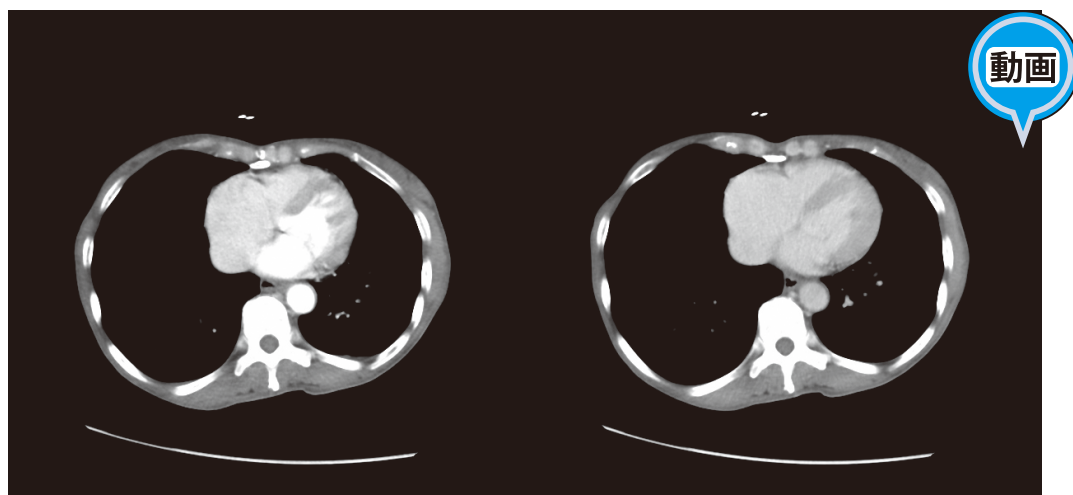


図1-3

- まとめると、「腹膜炎で糞石がありそうだが腫大虫垂がはっきりしない」。もっとも合理的な説明は「虫垂はもう腐って破れてしぼんでしまった。だから腹膜炎になっている」。



参考画像：症例1-2 造影早期相，後期相

診断 壊疽性虫垂炎穿孔 汎発性腹膜炎

見えないのか，存在しないのか……それが問題だ

見えるべきものが見えない時，自分の目（頭？）が悪いのか本当にはないのか，どれだけ修練を積んでもわからないものはわからない。結局は「確実にある」と「確実にない」の間のグレイゾーンが年次とともに狭くはなっていくだけで，決してなくなることはない。大いなる向上心と若干の諦観をもって「安全な方に間違える」ことを心がけるよりない。

症例2 70歳，男性。主訴：腹痛

現病歴：ゴルフカートの後部で作業をしていたら，後ろから別のゴルフカートが来て，挟まれる形で受傷した。腹痛があり，当院へ搬送された。

既往歴：糖尿病（インスリン使用），肺癌。

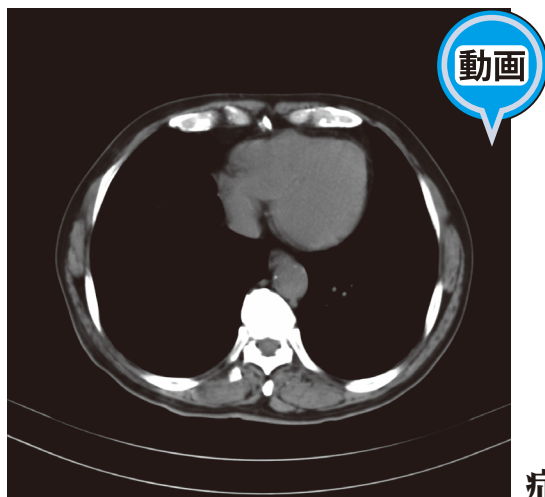
内服歴・アレルギー：特になし。

BP 188/84mmHg，HR 69回/分，RR 20回/分，SpO₂ 97%。

腹部：軟，右季肋部に圧痛軽度。

FAST：陰性

採血：AST 21U/L，ALT 20U/L，AMY 80IU/L，CRP 0.1mg/dL，WBC 8500/ μ L，Hb 15.3g/dL。



症例2-1 単純CT