

高齢者に対する腹部救急への提言

—— シルバーケアの実践 ——

門 脇 晋,¹ 尾 形 敏 郎,¹ 五十嵐 清 美¹
野 田 大 地,¹ 井 上 昭 彦,¹ 池 田 憲 政¹
佐 藤 尚 文¹

要 旨

現在わが国は高齢化が急激に進むと同時に、腹部救急領域でも高齢患者が増加している。近年腹部救急医療の進歩は目覚ましいものがあるが、高齢者を若年者と同様に検査・治療することで思わぬ合併症に見舞われる可能性がある。当科では罹患前の ADL、認知症の有無、疾患の重症度、家族背景などを総合的に考慮した上で、良性疾患患者に対しても症状緩和を中心とした医療を提供し、場合によっては看取りまで支援しており、このような概念をシルバーケアと呼称している。シルバーケアを実践した外科救急疾患である急性腹症の症例を提示し、超高齢化社会を迎えるにあたり、今後のわが国の高齢者医療のあり方について提言したい。
(Kitakanto Med J 2013 ; 63 : 357~363)

キーワード：シルバーケア, 高齢者, 急性腹症

はじめに

現在わが国は高齢化が急激に進むと同時に、腹部救急領域でも高齢患者が増加している。個々の症例によっては、良性疾患であっても若年者と同様の治療方針ではなく症状緩和を中心とした治療が適切であると考えている。当科における高齢の急性腹症症例を提示し、超高齢化社会を迎えるにあたり、今後のわが国の腹部救急医療について考察したい。

症 例

症例 1

患 者：92 歳, 女性.

主 訴：右季肋部痛, 食思不振

既往歴：特記すべきことなし

現病歴：右季肋部痛, 食思不振のため近医受診. 急性腹症と診断され当科紹介.

入院時身体所見：右季肋部から右側腹部にかけて圧痛あり. 著明な老人性後弯症あり. 認知症なし.

CT：胆嚢は大きく腫大し、底部は右下腹部まで及んでいた (図 1). 胆嚢結石, 胆管結石は認めなかった.

経 過：経皮経肝胆嚢穿刺は胆嚢と肝床部の癒合が不十

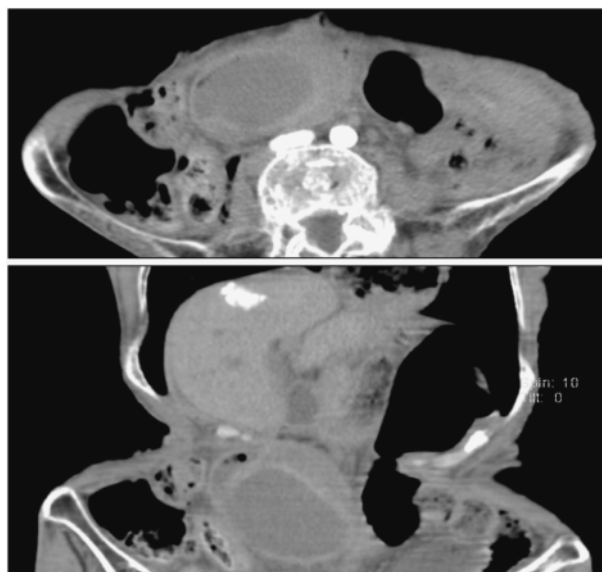


図 1 腹部 CT 所見
胆嚢は大きく腫大し、底部は右下腹部まで及んでいた.

1 群馬県富岡市富岡2073-1 公立富岡総合病院外科
平成25年9月18日 受付
論文別刷請求先 〒370-2393 群馬県富岡市富岡2073-1 公立富岡総合病院外科 門脇 晋

分であり施行しなかった。1日3回ジクロフェナクナトリウム座薬 25mg (ボルタレン) の定時投与とベタメタゾン 4mg (リンデロン) の連日皮下注射を行い症状緩和を図った。数日ではほぼ完全に除痛でき、経口摂取再開し自宅退院できた。退院後も胆嚢炎の再発は認めない。

症例 2

患者：91歳，女性。

主訴：発熱，食思不振

既往歴：特記すべきことなし

現病歴：認知症，寝たきり状態で自宅で介護を受けていた。発熱のため近医受診，胆管結石による急性胆管炎が疑われ当科紹介。

CT：下部胆管内に結石，総胆管の拡張を認めた(図2)。

経過：1日3回ジクロフェナクナトリウム座薬 25mg (ボルタレン) の定時投与，モルヒネ塩酸塩座薬 (アンベック) 5mg 屯用での投与，ベタメタゾン (リンデロン) 4mg の連日皮下注射を行い症状緩和を図った。食欲が戻り経口摂取再開。自宅退院した。退院後一ヶ月で経口摂取不能になり老衰のため死去した。

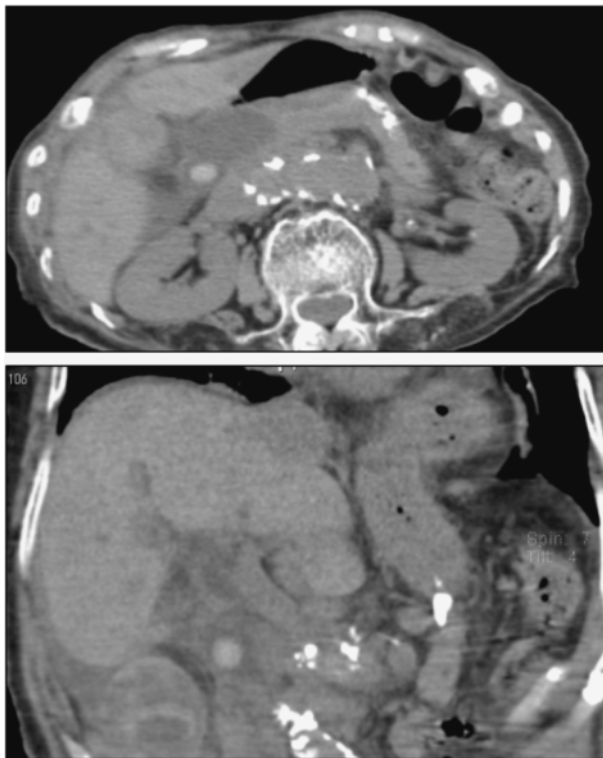


図2 腹部CT所見
下部胆管内に結石，総胆管の拡張を認めた。

症例 3

患者：92歳，女性。

主訴：腹痛，腹部膨満

既往歴：特記すべきことなし

現病歴：認知症，寝たきり状態。グループホーム入所中。

腹痛，腹部膨満のため当科に入院した。

CT：胆嚢は腫大し，右横隔膜下まで広範に液体貯留を認めた。急性胆嚢炎による胆嚢穿孔，胆汁性腹膜炎と診断した(図3)。

経過：点滴は自己抜去したため，以後輸液は行わず疼痛コントロールに徹した。1日3回ジクロフェナクナトリウム座薬 25mg (ボルタレン) の定時投与とモルヒネ塩酸塩座薬 5~10mg (アンベック) によりある程度状態は改善し，少量の経口摂取が可能になった。しかし徐々に状態悪化し，敗血症のため死去した。年齢的には老衰と言える経過であった。

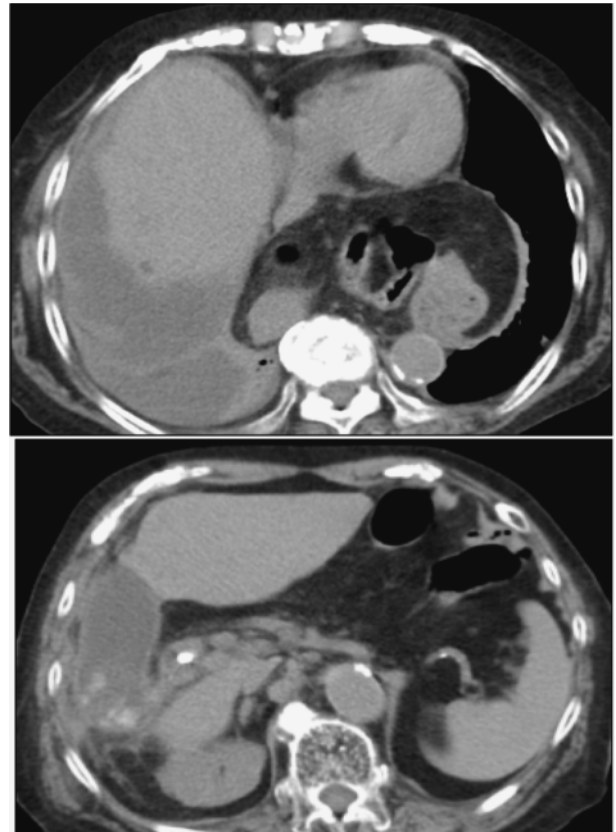


図3 腹部CT所見
胆嚢は腫大し，右横隔膜下まで広範に液体貯留を認めた。

症例 4

患者：87歳，女性。

主訴：嘔吐，腹部膨満

既往歴：特記すべきことなし

現病歴：認知症，寝たきり状態でグループホーム入所中。嘔吐，腹部膨満のため当科紹介。

CT：脾は腫大し周囲から腎下極以遠まで浸出液貯留あり，急性脾炎ガイドライン 2010 第3版¹⁾における CT grade 2 で重症急性脾炎(特発性)と診断された(図4)。腎機能障害のため造影剤は使用しなかった。

経過：1日3回ジクロフェナクナトリウム座薬 25mg (ボルタレン) の定時投与と1日500mlの補液により加

療した。食欲が戻り経口摂取再開、グループホームへ退院した。以後かかりつけ医に往診を依頼した。

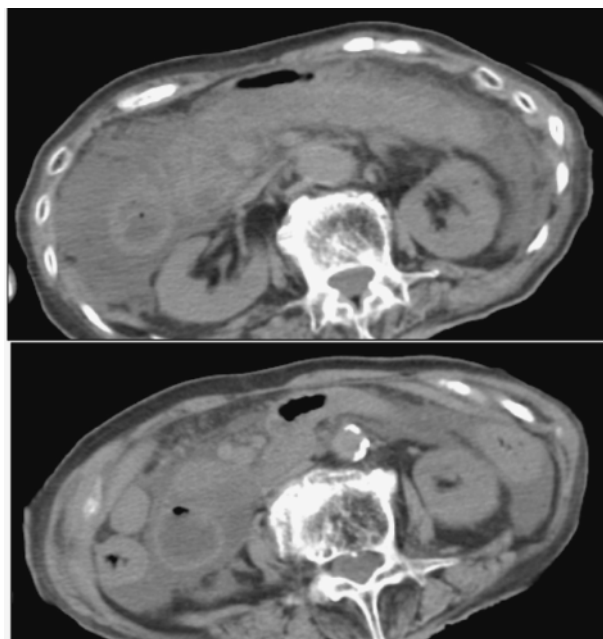


図4 腹部 CT 所見
膀胱は腫大し周囲から腎下極以遠まで浸出液貯留を認めた。

症例 5

患者：84 歳，男性。

主 訴：腹痛

既往歴：肺気腫

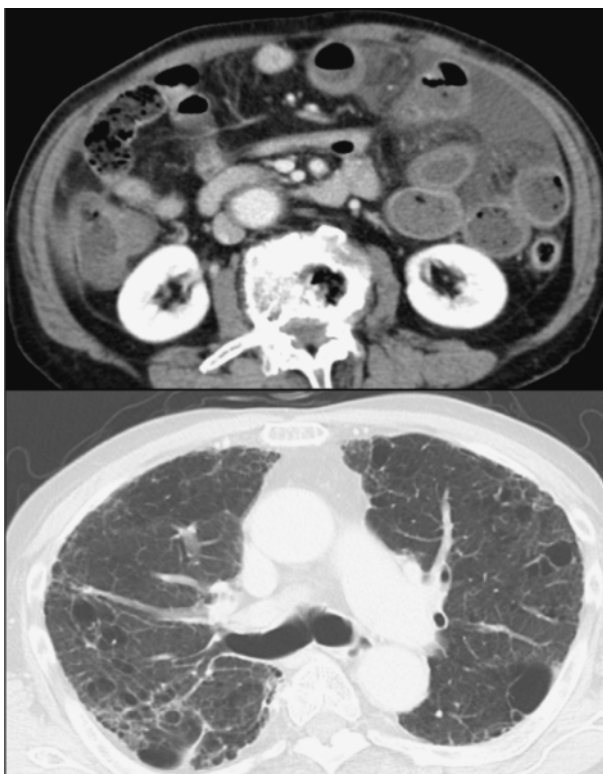


図5 胸腹部 CT 所見
限局した空腸の拡張を認め同部位の小腸壁の造影効果が低下していた。周囲に腹水貯留を認めた。肺野は両側とも著明な気腫性変化を認めた。

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：腹痛のため当科受診。CT で内ヘルニアによる絞扼性イレウスと診断し入院した。

入院時身体所見：認知症あり。腹部は全体に板状硬で、反跳痛を認めた。

CT：限局した空腸の拡張を認め同部位の小腸壁の造影効果が低下していた。周囲に腹水貯留を認めた。肺野は両側とも著明な気腫性変化を認めた (図 5)。

経 過：呼吸機能が悪く全身麻酔不能とされ、疼痛コントロールに専念する方針となった。1日3回ジクロフェナクナトリウム座薬 25mg (ボルタレン) の定時投与を行い数日で腹痛は改善。絞扼が自然に解除されたと判断、経口摂取再開し退院した。退院後1年経過したが、イレウスの再燃はない。

症例 6

患者：84 歳，女性。

主 訴：腹痛

既往歴：パーキンソン病

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：パーキンソン病，認知症，寝たきり状態であった。高度の便秘のため連日浣腸を行い排便していた。浣腸後に突然腹痛を訴え近医受診。直腸穿孔が疑われ当科搬送された。

入院時身体所見：認知症あり。腹部は全体に板状硬。血圧が触知できず、敗血症性ショックが疑われた。

CT：直腸は拡張し、直腸周囲にわずかに free air を認めた (図 6)。

経 過：全身状態から手術を行っても救命は困難と考え、疼痛コントロールを中心とした治療を行う方針とした。禁食とし 500ml/日程度の最低限の輸液，CMZ 2g/日の投与を行った。疼痛の訴えと腹部所見が徐々に改善し、経口摂取再開。内服による排便コントロールを行い退院した。

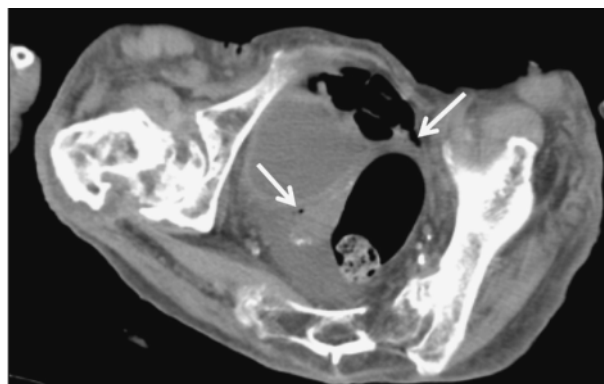


図6 腹部 CT 所見
直腸は拡張し、直腸周囲にわずかに free air を認めた (矢印)。

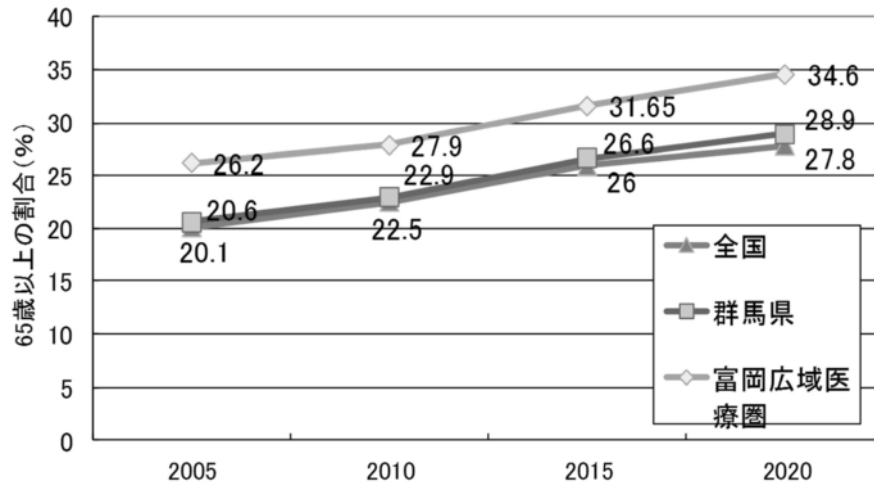


表1 高齢化の推移（総務省統計局「国勢調査」を基に作成）
富岡市周辺は2010年時点で10年後の全国及び群馬県の高齢化率と同等であることを示す。

考 察

現在わが国は高齢化が急激に進むと同時に、腹部救急領域でも高齢患者が増加している。近年腹部救急医療の進歩は目覚ましいものがあるが、高齢者の増加に伴い若年者と同様に検査・治療することで思わぬ合併症に見舞われる可能性が増えていると予想する。医療への過剰な期待や死生観の変化を背景に、よかれと思い施行した医療行為であっても、ひとたび重篤な合併症が発生した場合は、患者及び家族、医療者双方に大きな禍根を残す。

当院は群馬県西部の富岡市に位置する、約8万人の医療圏の中核病院である。総務省統計局「国勢調査」を基に算出した高齢化率の推移を示す（表1）。全国や県平均と比較して当院の医療圏は約10年高齢化が進んでいることが伺える。手術患者を含めた、当科における入院患者の平均年齢の推移を示す（表2）。2002年は約66歳、2012年は約70.5歳と、当科でも明らかに入院患者の高齢化が進行していることが示された。このように医療を取り巻く環境の変化を、特に高齢者を診療する臨床医は意識する必要があるだろう。

急性腹症は「急激に発症する腹痛を主訴とし、緊急に手術、あるいは手術に代わる治療の必要性を考慮すべき腹部疾患群」と定義される。² 一般的には開腹手術やドレナージが緊急で行われるべき疾患であり、診断・処置の遅れが致命的な結果をもたらす。急性胆嚢炎はドレナージ後の手術または早期手術、³ 胆管結石に伴う胆管炎はドレナージ後の内視鏡処置または手術、³ 重症膵炎は大量補液を中心とした全身管理、集中治療、¹ 絞扼性イレウスは緊急開腹手術、² 大腸穿孔は緊急開腹手術、人工肛門造設が必要である。²

一方で加齢に伴う認知機能、身体機能の衰えを背景とした症例や検査、手術に耐えられないと予想される症例

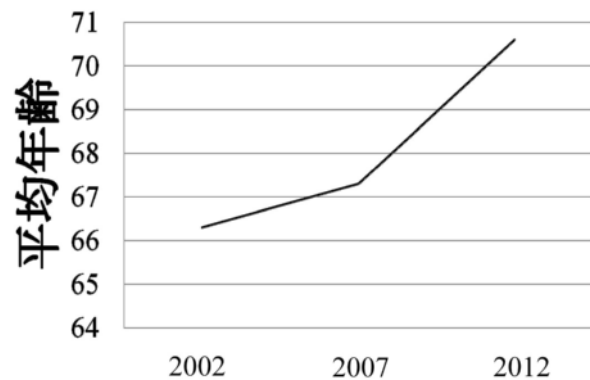


表2 当科における入院患者平均年齢の推移
2002年から2012年で約4歳平均年齢が増加している。

の場合、急性腹症を含む多くの疾患は老衰の一環と捉えることもでき、治療方針の決定に大きな影響を与える。高齢者ほど体力が落ち、併存症を有する確率が高く、程度の差はあれ認知症を有している。急性腹症の手術の場合緊急手術となることが多く、術前の十分な検査を経ずに手術を行わなければならない、術中及び術後管理に細心の注意が必要となる。また、認知症のため検査や治療の必要性を理解・協力できない状況や、手術を行い救命しても退院できずに寝たきりになる可能性もあり、入院前のQOLを保った生活を取り戻すことは高齢であるほど難しくなることは容易に想像できる。

標準的治療を行っても本人及び家族にとって有益にならないと判断された場合、当科では急性腹症を含む良性疾患症例に対しても症状緩和を中心とした医療を提供し、場合によっては看取りまで支援しており、そのような概念・方針をシルバーケアと呼称している。シルバーケアの実践が患者にとって有益であるという判断は初診時または数日以内に見極める必要がある。敗血症⁴や播種性血管内凝固症候群（disseminated intravascular coag-

ulation: DIC)⁵のようにスコアリングを行い画一的に判断するのではなく、シルバーケアの概念を共感・理解し、高齢者へのある程度の臨床経験のある医師であれば罹患前のADL、認知症の有無、疾患の重症度、家族背景などを総合的に判断することで、シルバーケア対象患者を選別することは可能であると考える。シルバーケア実践の一助として当科では、特に初診の高齢患者に対してはCTで胸部～腹部、時に頭部を含め大雑把な病態把握をしてから今後の方針を考慮している。高齢患者に関わらず、当科は64列のマルチスライスCTを救急診療に積極的に応用しており⁶、大概の病態は非侵襲的に把握でき、侵襲的な検査や必要のない検査を回避し、その後の方針決定に大いに役立っている。

シルバーケアを実践するにあたり、若年者と高齢者との医学的な違いを常に意識する必要がある。特に、現代のわが国においてありふれた医療行為である点滴についても見直さなければならない。経口摂取できないまたは誤嚥の危険がある場合は、一般診療においては点滴による水分・電解質・栄養補給が行われることが多いが、老衰を背景とした病態で現在の状態を脱しても経口摂取再開は難しいと判断された場合や、自己抜去またはその恐れがある場合は、患者・家族に十分な説明を行った上で、点滴は一切行わず疼痛コントロールは内服・座薬・貼付剤・皮下注射など、経静脈的薬剤投与以外の方法で行うことが望ましいと実感している。特に座薬での薬剤投与は、人工肛門患者や肛門疾患などで経肛門的投与に不快感を訴える患者でなければ①確実に投与可能②家族の協力が得られれば自宅でも投与可能③薬剤効果、即効性も経静脈的薬剤投与に比べ遜色ないという点で我々はシルバーケア実践において主要な薬剤投与方法と位置付けている。点滴を回避することにより、末期状態であっても①四肢の浮腫がない②輸液による心不全、肺水腫がない③輸液路確保のための繰り返す穿刺の必要がなく、特に中心静脈路確保・維持に伴う様々な合併症を回避できるといったメリットがある。

苦痛を与えないための工夫はCTの活用や薬剤投与だけに留まらない。患者に対し①身体抑制はしない②不必要な検査は行わない③経口摂取できないという理由のみで短絡的に点滴を行わないといった原則は急性腹症例に関わらず、シルバーケア対象患者には同じように適用している。「誰のための医療か」という視点を常に持つことを病棟職員全体で共有し、実践することを心掛けている。

急性胆嚢炎・胆管炎、急性膵炎など、ガイドラインで治療方針を明示されている疾患や大腸穿孔、絞扼性イレウスなど開腹手術の絶対的適応とされている疾患であっても、シルバーケアを実践することで非侵襲的に改善した

り、身体抑制されたり苦痛を与えられることなく人間らしく尊厳を持った最期を迎えることができていると実感している。以上から患者・医療者双方にとって、シルバーケアは特別な概念・行為ではなく、患者に苦痛を与えないという意味で対象症例にとって医療本来の在り方に則っていると言ってよいだろう。

シルバーケアの実践で最も大切なことは、患者・家族への十分な説明と同意である。説明が不足すると医療者への不信感や医療行為の手抜きであると捉えられかねない。反対に専門知識のない患者および家族に、背景の知識・理解力にもよるが、一律に治療方法の選択を迫るのは大きなプレッシャーを与え、酷であると考える。病状説明の際に標準的治療を行った場合の予想される経過、死についてどのような考えを持っているかについて十分に確認する必要がある。時には医療者側の経験や良心に基づき適切と思われる方法を勧める必要もあるだろう。家族も医学的に治癒が難しい状態であってもその事実を受容できず患者の意思に反して積極的治療を望んだり、反対に普段から自らおよび肉親の死を意識し、看取りを受容できる方もいる。高齢者をもつ家族、またはいずれ高齢者になる立場の家族にとっては、死について考えるよい機会であり、積極的な治療介入が必ずしも良好な結果をもたらさないことも経験できるよい機会であると考えている。死は誰にでも訪れることであり、世界一の長寿が実現した現在のわが国であるからこそ、ひとりひとりが死を考える機会を持ち、可能であればLiving willを持つことが大切であろう。

臨床医は疾患を診断し治療するだけではなく、患者の看取り方(看取る力とも言える)も平行して学ぶ必要がある。医学教育における今後の課題であると考えている。持てる医療技術をどのような患者に、どのように提供するか、そのような視点を臨床医は常に持つことが大切である。高齢患者は今後益々増加することは明らかである。全て若年者と同様に治療することは医療経済的にも、医療従事者のマンパワーや設備的にも困難である。国民は先端医療を享受すると共に、多くは苦痛を感じずに最期を迎えたいと考えているだろう。シルバーケアの実践と啓発が、今後の医療に必要な姿勢と考えられ提言した。

おわりに

急性腹症を例に、これからの高齢者医療のあり方についてシルバーケアという概念を提言した。

文 献

1. 北島政樹(監修). 標準外科学. 東京: 第12版: 医学書院, 2010.
2. 急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドライン2013. 東京: 医学

- 図書出版, 2013.
3. 急性膵炎診療ガイドライン 2010. 東京: 第 3 版: 金原出版, 2010.
 4. 日本版敗血症診療ガイドライン
<http://www.jsicm.org/pdf/SepsisJapan2012.pdf>
 5. 青木延雄, 長谷川淳. DIC 診断基準の『診断のための補助的検査成績, 所見』の項の改訂について, 厚生省特定疾患血液凝固異常症調査研究班, 平成 4 年度業績報告集. 1988: 37-41.
 6. 門脇 晋, 野田大地, 尾形敏郎他. 外傷性気管膜様部裂傷に対し気管切開を行い保存的に救命した 1 例. Kitakanto Med J 2013; 63: 257-260.

Proposal for Abdominal Emergency Medical Treatment in Elderly Patients

— The Practice of Silver Care —

Susumu Kadowaki,¹ Toshiro Ogata,¹ Kiyomi Igarashi¹
Daichi Noda,¹ Akihiko Inoue,¹ Norimasa Ikeda¹
and Naohumi Sato¹

¹ Department of Surgery, Tomioka Public General Hospital, 2073-1 Tomioka, Tomioka,
Gunma 370-2393, Japan

The aging society is rapidly growing in Japan, and more elderly patients are requiring emergency medical treatment. Recent developments in abdominal emergency medicine have been remarkable. However, elderly patients are often unable to undergo the same medical treatments as younger patients. Palliative care is offered for even benign illnesses in elderly patients in our department after considering the patient's condition and background. Such medical treatment is called "silver care." We herein present cases of "silver care" and propose the necessity of "silver care" as a future medical treatment in Japan. (Kitakanto Med J 2013 ; 63 : 357~363)

Key words : silver care, elderly patient, abdominal emergency medicine