

## 歩行障害を主訴に来院したが反復診察で明確化した症状・所見から胆嚢炎の診断に至った高齢者の1例

小田奈央 1)、太田龍一 2)、笠芳紀 2)、服部修三 2)

**要 旨** : 急性胆嚢炎の典型的な症状は右季肋部痛、悪心・嘔吐、発熱、Murphy 徴候が挙げられる。今回、歩行障害が主訴であり、上記の症状の訴えがないにも関わらず、遅れて顕在化した症状や所見から、最終的に急性胆嚢炎という診断に至った高齢者を経験したので報告する。高齢者が感染症を発症した場合は、典型的な症状が主訴ではないことがあり、また、症状・所見が完成するのに時間を要するため、重篤化してから診断に至る危険性がある。そのため、高齢者を診察する際には、感染症を疑う所見がなくとも、その可能性を容易に否定すべきではない。

**キーワード** : 急性胆嚢炎、歩行障害、高齢者

(雲南市立病院医学雑誌 2019 ; 15(1) : 印刷中)

### はじめに

急性胆嚢炎の最も典型的な症状は右季肋部痛で、その頻度は 38~93%、心窩部痛と合わせると発現率は 72~93%である。次に多い症状として、悪心・嘔吐が約 70%、発熱は 62%に見られる。腹部理学所見としては、筋性防御は約半数に見られ、反跳痛や硬直が認められることも少ないが、Murphy 徴候については急性胆嚢炎に対する感度が 50~60%、特異度が 79~96%と高い。[1]

今回は、歩行障害が主訴であり右季肋部痛の訴えはなかったが、注意深い継続的診察により、経過を追って明確化した症状や所見から、最終的に急性胆嚢炎という診断に至り、当初の歩行障害は感染症での不定な非特異的症状の脱力によるものであったと判断された症例を経験した。高齢者の予定外、救急診療では、初期の愁訴や所見のカテゴリに固執することなく、経過観察の中で明確化する症状・所見を見落とさず、鑑別診断の順位を常に修正することの重要性を再確認させられた。

### 83 歳 男性

来院 4 日前から、本人、家族の弁で、突然歩行時のふらつき、四肢の脱力感、起き上がりや立ち上がりなどの動作困難感が出現、食事や着脱衣、書字も困難となった。同時に食欲低下が継続したため、かかりつけ医を受診し、薬剤処方されたが改善は見られなかった。翌日も受診し脱水症の診断で生理食塩水の点滴を続けたが症状軽快しないため、歩行困難の原因検索、特に、慢性硬膜下血腫の存否判定のため当院脳外科紹介になった。当院で頭部 CT 検査を施行したが、慢性硬膜下血腫は否定的であったため、当院内科に院内紹介となった。初診時のバイタルサインは、体温 38.7°C、血圧 141/81mmHg、脈拍数 98 回/分、SpO2 92%、呼吸数 25 回/分であり、身体所見では、眼球結膜蒼白はなく、心音では収縮性雑音聴取し、呼吸音で副雑音は聴取しなかった。腹部では腸蠕動音は正常、圧痛・反跳痛はなし、腫瘤触知せず、CVA 叩打痛はなかった。四肢循環は良好であった。紹介時動脈血ガス分析、血液検査、尿検査で

### 症 例

1) 島根大学医学部医学科 2) 雲南市立病院内科

著者連絡先 : 小田奈央 島根大学医学部医学科 [〒693-0021 島根県出雲市塩冶町 89-1]

E-mail: hospital-soumu@city.unnan.shimane.jp

責任著者連絡先 : 太田龍一 雲南市立病院地域内科[〒699-1221 雲南市大東町飯田 96-1]

E-Mail : ryuichiohta0120@gmail.com

電話 : 0854-47-7500/ FAX : 0854-47-7501

(受付日 : 2018 年 11 月 19 日、受理日 : 2019 年 3 月 1 日)

表 1 : 入院時検査所見

血算		生化学	
白血球数	16000/ul	総ビリルビン	1.3 mg/dl
赤血球数	4.12 x10 <sup>6</sup> /ul	AST(GOT) 49	49 IU/l
血色素量	12.4 g/dl	ALT(GPT) 22	22 IU/l
ヘマトクリット	38.5 %	ALP	362 IU/l
MCV	93.4 fl	γ-GTP	21
MCH	30.1 pg	LDH	207 IU/l
MCHC	32.2 g/dl	TP	6.8
RDW	RDW 13.9 %	ALB	3.1 g/dl
血小板数	13.3 x10 <sup>4</sup> /ul	BUN	34.2 mg/dl
		クレアチン	0.96 mg/dl
尿一般定性 (随時尿)		Na 134	134 mEq/l
白血球	(-)	K 4.5	4.5 mEq/l
亜硝酸塩	(-)	Cl	99 mEq/l
蛋白 (半定量記号)	(2+)	CK	355
ケトン体 (半定量記号)	(1+)	CRP	27.42 mg/dl
潜血 (半定量記号)	(2+)	eGFR	57.0 ml/min/1
pH	5.5	フェリチン	271.1 ng/ml
比重	1.031		
		免疫学的検査	
インフルエンザ迅速	A(-)・B(-)	ANA (抗核抗体)	(-)
		PR3-ANCA (C-ANCA)	<1.0 U/mL
		MPO-ANCA (P-ANCA)	<1.0 U/mL
		抗 SS-A/Ro 抗体 (CLEIA)	<1.0 U/ml
		抗 SS-B/La 抗体 (CLEIA)	<1.0 U/ml

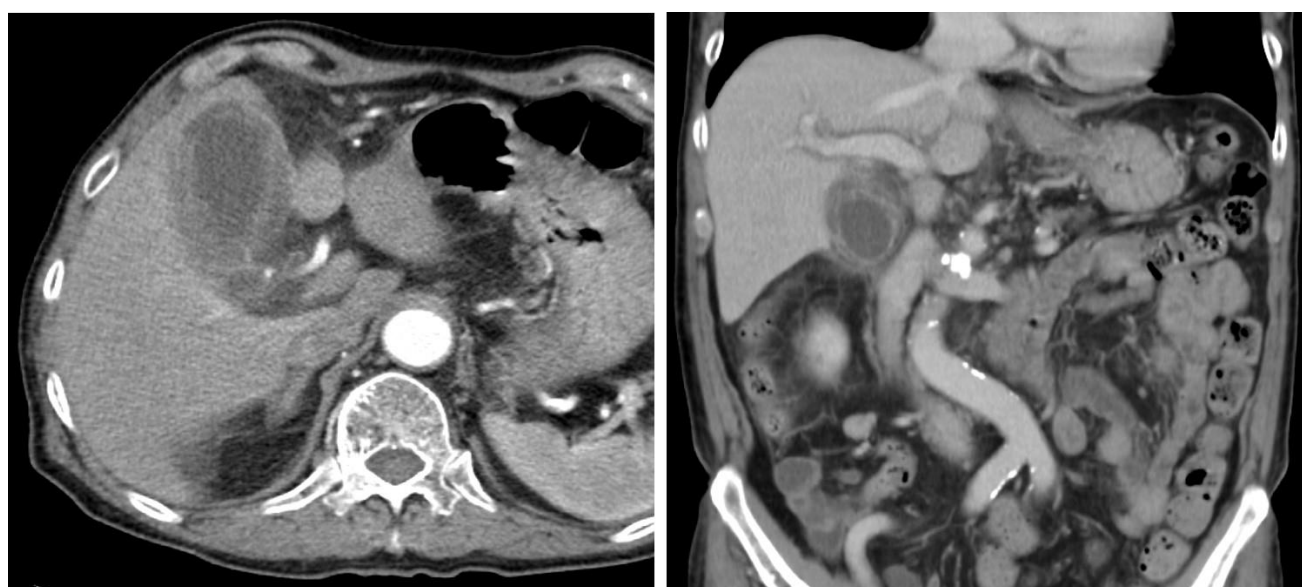


図 1 : 入院翌日腹部造影 CT 水平断(左)、冠状断(右)、胆嚢腫大と壁肥厚を認める

は白血球と CRP の上昇、軽度の肝指標の異常を認めた(表 1)。

まず、脱髄疾患と脳炎、髄膜炎を疑い髄液検査を施行した。ミエリン塩基性蛋白・オリゴクローナルタン

ド基準は値内で、蛋白細胞乖離はなく、これらを疑わせる所見はなく否定的と考えられた。続いて、発熱と食欲低下から感染症による全身症状としての脱力を考えたが、感染の focus がはっきりしなかったため入

院し、感染巣の検索を進めることにした。入院後、カロナール 400mg 内服で対応していたが、さらに高熱となり、悪寒が出現した。入院翌日に改めて診察を行ったところ、初診時には認めなかった右上腹部の違和感があるとの訴えがあり、Murphy 徴候が陽性であった。腹部造影 CT を施行したところ (図 1)、胆嚢の腫大と壁肥厚が見られ、頸部に胆嚢結石が認められた。以上の所見から急性胆嚢炎と診断し外科に紹介となった。緊急手術が必要と判断され、腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行された。術後診断は急性胆嚢炎であった。治療は術前からセフメタゾール 3g/日を開始し、5日間投与され症状は軽快した。

## 考 察

今回の症例において、歩行障害という主訴から急性胆嚢炎という診断に至り、治療により患者の症状が改善された経過を考察する。今回の症例でポイントとなったのは、歩行障害という主訴に対して神経疾患が否定的と判断された時点で入院による原因検索を試みた点であったと考えられる。発熱、食欲低下という症状を意識して感染症の原因を考慮し、入院管理下での継続診療を選択したことで、遅れて明確化した胆嚢炎の症状や所見を見逃すことなく診断に至り、適切な治療を行うことができた。

今回の歩行障害は、感染症による直接、間接の全身倦怠感と脱力によるものであり、筋性の歩行障害であったと考えられる。高齢者で感染症を発症すると、倦怠感と全身の衰弱が現れやすいと報告されている[4]。今回の症例も 83 歳と高齢であったことから、急性胆嚢炎という感染症が発症したことにより、急激な衰弱と倦怠感・脱力により歩行障害をきたしたと考えられる。胆嚢炎の治療完遂とともに速やかに改善している。さらに、典型的症状、所見を呈するまで 5 日を要していた点も注意を要する点である。診断後は比較的速やかに外科治療としたが、手術所見で壊疽性胆嚢炎の状態穿孔性腹膜炎を生じ得る病態であった。

今回の症例の様に典型的でない症状の出現という点に関連して、高齢者の感染症では他にも、発熱がない、白血球の上昇が見られない、精神症状が強く出現

するなど非典型的な症状が現れることがあるため[5]、高齢者における感染症の早期診断は非常に困難であるとされている。しかし、高齢者の感染症は、今回のように重症化しやすいことに加え、合併症を引き起こすことも多く、死亡に至る危険性があるため、早期診断・治療介入が求められる。また、今回のように症状・所見が完成するのに時間がかかり、さらに重篤化して診断に至ることがあるため、典型的な症状がないからといってその可能性を否定するのは危険である。感染症は代表的一般的病態で、重症化すると致命的となりやすい一方、治療手段も多く、適切に治療されれば治療への反応も期待できる。症状や所見が非典型的で強くは表現されにくい高齢者を診察する際、主訴が非定型的、非特異的で、一見感染症を疑う所見が見られなくても、その可能性を容易に否定すべきではないと思われる。

## 結 語

今回の症例の経験から、高齢者が急に歩行障害を訴えた場合も経時的に反復して丁寧に診察し、感染症の可能性も念頭において診療にあたっていくべきと思われる。

## 文 献

- 1) 急性胆管炎・胆嚢炎の診療ガイドライン改訂出版委員会. 急性胆管炎・胆嚢炎の診療ガイドライン 2013, 第 2 版, 医学図書出版, 東京, 2013
- 2) Manek S, Lew MF. Gait and Balance Dysfunction in Adults. *Curr Treat Options Neurol.* 2003 ;5:177-185
- 3) Jankovic J, Nutt JG, Sudarsky L. Classification, diagnosis, and etiology of gait disorders. *Adv Neurol.* 2001;87:119-133
- 4) Andrew W Asimos. Evaluation of the adult with acute weakness in the emergency department *UpToDate* 2015
- 5) Mouton CP, Bazaldua OV, Pierce, et al. Common infections in older adults. *Am Fam Physician.* 2001;63:257-268

# A case of elderly male who gave a diagnosis of cholecystitis after coming to chief complaint of gait disturbance

Nao Oda<sup>1</sup>, Ryuichi Ohta<sup>2</sup>, Yoshinori Ryu<sup>2</sup>, Shuzo Hattori<sup>2</sup>

**Abstract :** Typical symptoms of acute cholecystitis include right hypochondralgia pain, nausea / vomiting, fever, Murphy's symptoms. This time I report on an example of diagnosis that gait disturbance is the main complaint and a diagnosis of acute cholecystitis finally arrived despite the lack of appeal of the above symptoms. When elderly people develop infectious diseases, typical symptoms may not be the main complaint, and it takes time to complete the symptoms and findings, so there is a danger of leading to diagnosis after becoming severe. Therefore, even if there is no finding that doubts the infectious disease when examining the elderly, it should not easily deny the possibility.

**Key words:** Acute cholecystitis、 Gait disturbance、 Elderly people、 Infection

---

1) Shimane University Medical School, 2) Department of internal medicine, Unnan City Hospital

**First author:**

Nao Oda, Shimane University Medical School [89-1 Enya-cho Izumo, Shimane 693-0021, JAPAN]

E-Mail : hospital-soumu@city.unnan.shimane.jp

**Corresponding author:**

Ryuichi Ota, Department of internal medicine, Unnan City Hospital [96-1 Daito-cho Iida, Unnan, Shimane 699-1221, JAPAN]

E-Mail : ryuichiohta0120@gmail.com

Telephone: 0854-43-2390 / Fax: 0854-43-2398