

## 出血の部位診断に苦慮した2例

市立室蘭総合病院 耳鼻咽喉科

本間 朝 石川 忠 孝  
朝倉 光 司

市立室蘭総合病院 心臓血管外科

木村 希 望

市立室蘭総合病院 呼吸器内科

中津川 宗 秀

市立室蘭総合病院 消化器内科

清水 晴 夫

市立室蘭総合病院 脳神経外科

大山 浩 史

### 要 旨

出血部位の診断に苦慮した症例を経験した。気管孔出血を認めた症例は、肺出血が判明し、鼻出血と思われた症例は、消化管出血を合併していた。

### キーワード

気管孔出血 肺出血 鼻出血 消化管出血

### はじめに

断続的な気管孔出血があり、気管腕頭動脈瘻を疑って手術したが、結局肺出血と判明した症例を経験した。また、耳鼻咽喉科診療において、鼻出血は稀な疾患ではないが、それに吐血が合併して消化管出血の診断が困難であった症例を経験した。これら診断に苦慮した出血症例について報告する。

### 症 例

症例1：32才男性。

主訴：気管孔からの出血。

現病歴：1991年11月、ボクシングの試合中に受傷し、脳挫傷、急性硬膜下血腫で気管切開が施行された。2000年(29才時)、気管孔形成術を受けている。2002年1月頃より気管孔より出血が出現し、以後間欠的に出血を繰り返していた。2003年3月25日気管孔より大量出血を認め、近医耳鼻咽喉科に入院した。気管内肉芽を認め、その部位からの出血と思われたため、レーザー凝固をおこなった。しかし出血が続いたため、同年3月27日当院紹介され入院した。

入院時現症：気管孔直下の気管内腔前壁にレーザー焼灼した部分があったが、明らかな出血を認めなかった。CT写真にて、気管カニューレの先端部分のレベルで気

管と腕頭動脈が接している所見を得た(図1)。気管腕頭動脈瘻による出血と判断し、同日、緊急手術を行った。



図1 頸部のCT写真

手術所見：手術は胸骨正中切開にて行った。CT所見と一致して腕頭動脈と気管前壁の繊維性癒着を認めたが、腕頭動脈に異常所見を認めなかった。

入院後経過：出血原因が明かにならないため、入院の上、

経過をみていた。4月4日、呼吸器内科を受診し、CT、気管支鏡にて精査するも、左下葉の気管支拡張を認めるのみで（図2）、明らかな出血原因を認めなかった。同年5月4日より、再び、気管孔から断続的に少量の出血が出現した。気管内肉芽を認めたため、同月7日全身麻酔下に気管壁左前壁の肉芽を鉗除、焼灼したが、気管孔より凝血塊の排出が続いた。9日に呼吸器内科で気管支鏡による精査を行うも、出血、血痂を認めなかった。その後も出血が続く、16日大量出血したため、肺出血を疑って、再度呼吸器内科に気管支鏡検査を依頼したところ、左下葉よりの出血が判明した。選択的血管造影による塞栓術は困難であったため、6月19日、左肺下葉切除術が施行された。手術後、気管孔よりの出血は消失し、8月25日療養型病院へ転院後、現在に至るまで出血は認めていない。

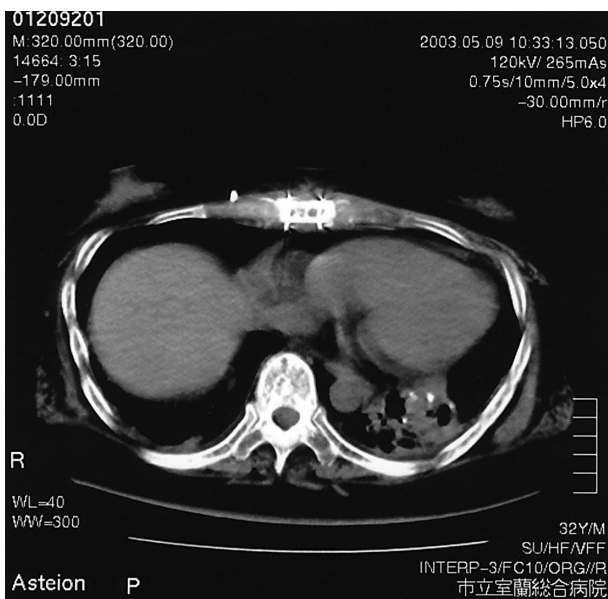


図2 肺のCT写真

症例2：79才男性。

主訴：口腔内への出血，右鼻出血。

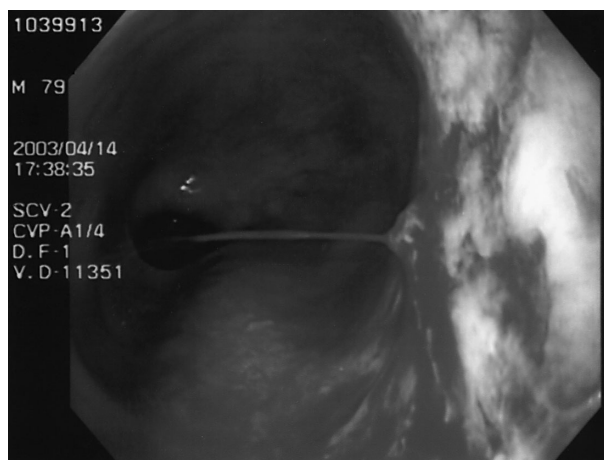
既往歴：胃癌（1994年胃全摘術）。1997年非定型的抗酸菌症。2002年肺炎。

合併症：廃用性両下肢萎縮，摂食障害。

現病歴：2002年、肺炎に罹患後、下肢萎縮し、3月2日より療養型病院に入院中であった。2003年4月2日より口腔内への出血を認め、同月4日近医内科入院した。食道潰瘍からの出血があり、レーザーにて止血した。同月6日左鼻出血あり、前医耳鼻咽喉科で処置するも止血困難であった。前医神経内科にて左頸動脈塞栓術を施行した。しかし、その後右鼻腔からの出血を認め、止血困難にて同月8日当院耳鼻咽喉科を紹介され入院した。

入院時現症：初診時、両鼻内に軟膏ガーゼが挿入され、後鼻孔バルーンも挿入された状態であったが、明らかな出血は認めなかった。入院時、ヘモグロビン（以下Hbと略す）は7.8g/dlであった。

入院後経過：入院後より、断続的に口腔内への出血を認めた。鼻内のガーゼ、後鼻孔バルーンによる、圧迫処置を改善強化するも、止血されなかった。同9日、Hbは6.5g/dlと、貧血の悪化を認め輸血施行した。同日20時頃、口腔内に大量出血を認めたため、全身麻酔下に鼻内精査を行った。明らかな出血点を認めず、鼻中隔後端、右下甲介後端附着部、両中甲介粘膜を焼灼処置し、再度軟膏を塗布したガーゼ、後鼻孔バルーンを再挿入した。その後、断続的な口腔内への出血を少量認めたが、貧血の悪化はなかった。同月13日、再び口腔内への大量出血を認め、止血困難であったため、右頸動脈塞栓術を施行した。しかし、完全な止血が得られないため、再度、全身麻酔下での鼻内精査を行ったが、大出血の原因となるような



a



b

図3 上部消化管内視鏡による所見

図3-a 門歯より3.5cmの部分に出血点を認めた。

図3-b 出血点をクリップにて止血した。

明らかな出血点を認めなかった。その際、上部消化管からの出血を疑い、上部消化管内視鏡検査を施行するも、明らかな出血点を認めなかった。同月14日、四肢末梢のチアノーゼ、急激なHb低下（9.3g/dlから6.3g/dl）を認めしたが、鼻出血の所見がなかったため、上部消化管からの出血を疑い、再度上部消化管内視鏡検査を行った結果、食道壁よりの動脈性出血を認め、クリッピングにて止血した（図3）。その後口腔内への出血は認めず、病状が落ち着いたので、療養型の病院へ転院した。

## 考 察

症例1は、気管切開孔からの断続的な出血例である。喀血の鑑別診断は通常、呼吸器科の専門領域となるが、今回の症例のように気管切開が施行され、気管カニューレを装着した例においては、気管孔周囲や気管カニューレ先端部位からの出血頻度が高いために、まず耳鼻咽喉科で診察を行うことが多い。この場合の出血点としては炎症性肉芽からのものがほとんどであるが、まれに大血管破たんによる大出血が生じうる。今回の症例では臨床経過およびCT画像から気管腕頭動脈瘻の可能性が極めて高いと判断されて緊急手術を行ったが、結局気管腕頭動脈瘻は認められなかった。

その後、気管内肉芽の焼灼処置後も比較的大量の出血が断続的に続いたため、下気道からの出血を疑い、呼吸器内科をコンサルトした。肺CTにて左下葉の気管支拡張を認めるも、たまたま出血時にタイムリーに施行された3度目気管支内視鏡検査まで、肺出血との確定診断には至らなかった。平ら<sup>1)</sup>によると血痰喀血の原因において気管支拡張症が約20%を占める。この症例のように気管支拡張症を合併している場合には、気管孔からの出血であっても肺出血も念頭におかなくてはならないケースであり、大いに反省すべきことと考える。なお、今回の症例は頭部外傷による四肢麻痺、発語障害があつて、意志の疎通が悪く、出血時の状況把握が不十分であったこと、出血が断続的であったため、出血部位の確認が困難であったこと、また主治医が呼吸器科医ではなく耳鼻科医であったことなど診断が遅れた要因がいくつか考えられる。

症例2では、既に前医で一側の顎動脈塞栓術が施行されており、鼻粘膜の所見からも鼻出血の存在を疑うものはなかった。当院にて他側の顎動脈塞栓術を行っても、咽頭への血液の流出が断続的に持続していたわけであるが、内頸動脈の分枝である前後篩骨動脈からの出血の可能性があるため、食道出血の可能性に気付くのが遅かったのは、反省すべき点である。太田<sup>2)</sup>によると、吐血や下血などの消化管出血は日常の臨床でよくみかける症状の一つであり、上部消化管出血はその2/3以上を占める。食道炎、食道潰瘍を伴う鼻出血症例においては、口腔からの出血を鼻出血によるものと断定する前に、吐血の可能性についても考慮すべきと思われた。ただし、この症例でも、簡単な会話以外は発語が困難であったため、口腔内の血液が、鼻腔から流れ込んだものか、食道から上がったものか、患者からの情報を得られなかったことが、診断が遅れた要因の一つと考えられた。

以上、診断に苦慮した肺出血例と食道出血症例を報告したが、これらの診断を困難とした共通の原因として、コミュニケーションがとれない患者であったために出血時の状況把握が不十分であったこと、耳鼻咽喉科的な原因疾患を完全に否定しきれなかったために、内科専門医も徹底的な関与をしづらい状況にあったことなどが挙げられる。複数の専門科が関係したチームアプローチの場合、各々の領域の病状を含めた徹底した議論がなされないと、必要以上の時間と労力がかかることがあると思われた。

## ま と め

- 1) 気管腕頭動脈瘻を疑った肺出血の一例を報告した。
- 2) 止血困難な鼻出血症例と思われた、食道出血に鼻出血を合併した一例を報告した。

## 文 献

- 1) 平泰彦, 明石勝也: 血痰・喀血. 診断と治療 91 Suppl.: 273-282, 2003.
- 2) 太田正之, 甲斐成一郎, 富永昌幸, 松本敏文, 北野正剛: 食道出血と内視鏡的治療. 救急医学 28: 665-670, 2004.