

# 市販の人体用鎮痛薬(NSAIDs)を誤食後、胃排泄遅延を伴う嘔吐が継続する犬に幽門形成術を行い改善が認められた1例

○山下陽平, 小出和欣, 小出由紀子(小出動物病院・岡山県)

胃排泄遅延の原因は、物理的閉塞(幽門狭窄、慢性肥大型胃炎、胃ポリープ、異物、腫瘍など)と機能的閉塞(胃腸炎、電解質異常、腹膜炎、膵炎、便秘、胃潰瘍など)に大別される。胃排泄遅延の主な症状は嘔吐である。原因により治療法や予後が異なるため、正確な病態把握が重要である。

今回、人体用鎮痛薬を誤食後、他院で対症療法、さらにその後探査的胃切開術を受けるも、胃排泄遅延が継続し、嘔吐を繰り返した犬に遭遇し、幽門形成術を行い、改善が得られたので、その概要を報告する。

## 【症例】

雑種犬、避妊雌、1歳6ヵ月齢。6日前、飼い主が所有する人体用鎮痛剤(主成分:イブプロフェン)を誤食し、後駆踏踏が認められたとして他院を受診。なお、薬の摂取量は不明であった。トランサミンの静脈内投与による催吐処置後、抗生物質、制吐剤を投与し、活性炭が処方された。しかし翌日、頻回の嘔吐を主訴に同病院を再受診。血液検査では、明らかな著変は認められず、皮下補液と抗生物質、制吐剤の投与などの対症療法が行われたが症状の改善がなかった。その翌日のX線検査で異物は認められなかったが、超音波検査にて胃内に液体の貯留が認められたとのことで、X線透過性異物を疑い、探査的胃切開を行い、幽門洞を精査するも異常は認められなかったとのこと。その後、対症療法を続けるも間欠的に嘔吐を繰り返し原因究明のため当院を紹介来院した。

## ◎初診時臨床検査所見

体重5.05kg (BCS3/5)、体温38.2℃、一般身体検査は著変なし。便の虫卵検査は陰性。血液検査では、白血球数、好中球数、単球の中等度増加が認められた(表1)。血液化学検査では血糖の軽度から中等度上昇が認められた(表2)。その他の著変はなかった。X線検査では胃の拡張と腸管内のガス陰影がやや増加していた(図1)。超音波検査では胃の拡張および多量の液体貯留が確認された(図2)。

## ◎治療および経過

入院とし、血管確保後、静脈内持続点滴(1%ブドウ糖加酢酸リンゲル液にメシル酸ナファモスタッド、ダルテパリンNa、メクロプラミド、プトルファンールを混和)を開始するとともに、ピペラシリンNa、H<sub>2</sub>ブロッカー、水溶性ビタミン剤の静脈内投与およびマロピタントの皮下注射を行った。入院後も連日、茶褐色でやや粘稠性のある液体の嘔吐が見られた。第3病日には、白血球数およびCRPのさらなる上昇が認められたため、同日水溶性ヨード剤の経口投与にて上部消化管X線造影検査を行った。その結果、著しい胃排泄遅延が認められた(図3)。第4病日も嘔吐の改善は認められず、全身麻酔下でCT検査および内視鏡検査を行った。CT検査では前日に行った造影検査の造影剤の一部が胃内に残留していたが、消化管内異物や腸閉塞の所見は認められなかった(図4)。内視鏡検査では幽門部遠位に肉芽様組織を認め、これが管腔のおよそ2/3を占めていた(図5)。このため、内視鏡検査に引き続いて開腹し、幽門形成術を行った。腹部正中で皮膚切開後、他院で行った腹壁縫合部に化膿を伴う肉芽の形成を認め、これを切除した(図6)。また、胃の幽門部漿膜面に充血が認められた(図7)。幽門を縦方向に切開し、肉芽様組織を取り除いた後、Y-U幽門形成術にて幽門を形成し(図8)、十分に腹腔洗浄を行い閉腹した。病理検査の結果、内視鏡下および開腹下で採取した胃粘膜は壊死を伴う胃炎と十二指腸生検では腸炎、腹壁縫合部の肉芽腫様組織は出血壊死を伴う化膿性肉芽腫性炎症と診断された。術後は、術前からの治療に加え、鎮痛剤としてフェンタニルの持続点滴を継続した。術後、嘔吐は認められず、術後4日目から流動食の給餌を開始した。その後、元気・食欲もあり、術後7日には白血球数およびCRP値が改善し、退院とした。退院時、抗生物質、H<sub>2</sub>ブロッカー、メクロプラミド、消化酵素を処方した。術後17日の再診時、血液検査では著変が認められなかったが、超音波検査において、胆泥が認められたため、ウルソデオキシコール酸、H<sub>2</sub>ブロッカー、メクロプラミド、消化酵素を30日分処方し、経過観察中である。

## 【考察】

イブプロフェンなどのシクロオキシゲナーゼ2(COX2)選択性でないNSAIDsは、COX阻害により、胃粘膜保護作用が阻害され、しばしば消化性潰瘍を引き起こす。また、薬のシートごと誤食した場合には、シートによる胃腸粘膜の損傷を起こすことも考えられる。

本症例は、NSAIDsが原因の胃炎に加え、幽門部に形成された肉芽様組織により胃排泄遅延を起こし、嘔吐が繰り返されたものと考えられた。この肉芽様組織はNSAIDsの影響と思われるが、他院での胃切開による幽門洞の精査時に粘膜を傷害した可能性や薬のシートも誤食していた場合にはその通過時に粘膜損傷を受けた可能性が考えられた。

表1 初診時血液学的検査

•RBC( $\times 10^9/\mu\text{L}$ )	6.86 ( 5.50-8.50 )	•WBC( $/\mu\text{L}$ )	22950 (6000-17000)
•Hb(g/dL)	16.3 ( 12-18 )	Seg-N	19030 (3000-11500)
•PCV(%)	47.0 ( 37-55 )	Lym	2220 (1000-4800)
•MCV(fL)	67.8 ( 60-77 )	Mon	1650 ( 150-1350 )
•MCH(pg)	23.8 ( 18.5-30.0 )	Eos	30 ( 100-750 )
•MCHC(g/dL)	35.1 ( 32-36 )	Baso	20 ( 0-50 )
•Reti( $\times 10^3/\mu\text{L}$ )	18 ( 0-80 )	•Plat( $\times 10^3/\mu\text{L}$ )	369 ( 200-500 )
•Icterus Index	2 ( <6 )	•HPT(sec)	14.9 ( 13-18 )
•Hemol	- ( - )	•APTT(sec)	13.6 ( 14-19 )

表2 初診時血液化学検査

•TP (g/dL)	6.0 ( 5.4-7.1 )	•Amy (U/L)	250 ( 400-1400 )
•Alb (g/dL)	3.6 ( 2.8-4.0 )	•Lipase (U/L)	33 ( 13-160 )
•T-Bil (mg/dL)	0.4 ( 0.1-0.6 )	•BUN (mg/dL)	21.1 ( 10-20 )
•AST (U/L)	22 ( 10-50 )	•Cre (mg/dL)	0.4 ( 0.5-1.5 )
•ALT (U/L)	57 ( 15-70 )	•Ca (mg/dL)	9.2 ( 8.8-11.2 )
•ALP (U/L)	187 ( 20-150 )	•Na (mmol/L)	142.9 ( 135-152 )
•GGT (U/L)	5 ( 5-14 )	•K (mmol/L)	3.75 ( 3.5-5.0 )
•NH <sub>3</sub> ( $\mu\text{g/dL}$ )	36 ( 0-50 )	•Cl (mmol/L)	101.7 ( 95-115 )
•Glu (mg/dL)	174 ( 70-120 )	•pH	7.324 ( 7.34-7.46 )
•TCho (mg/dL)	156 ( 100-265 )	•HCO <sub>3</sub> (mmol/L)	27.8 ( 20-29 )
•CK (U/L)	130 ( 30-140 )	•CRP (mg/dL)	0.55 ( <1.0 )

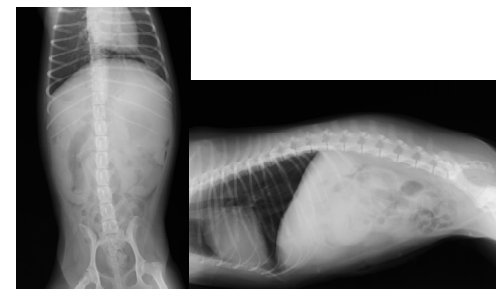


図1 初診時単純X線検査所見

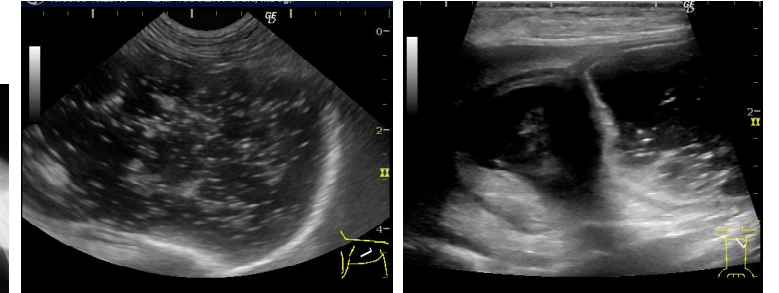


図2 初診時超音波検査所見

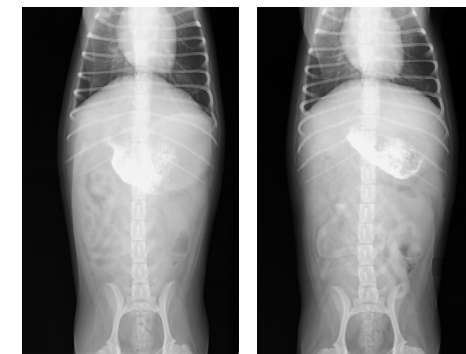


図3 ヨード消化管造影検査(左:1時間後,右:6時間後)



図4 造影CT検査所見(骨抜きMIP像)

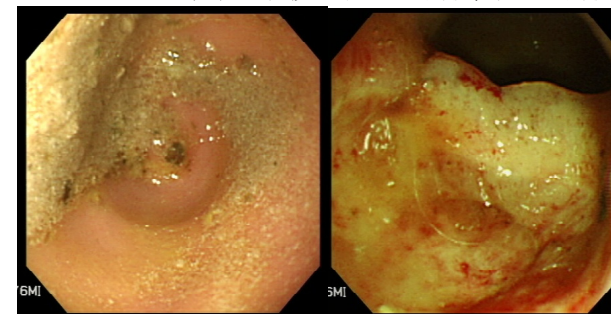


図5 内視鏡検査所見

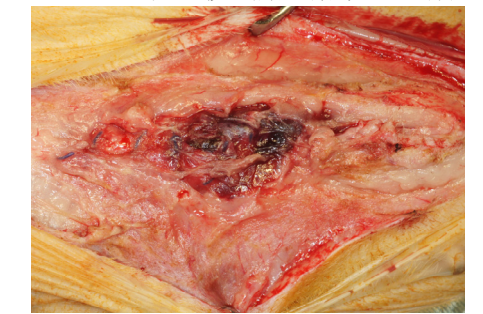


図6 手術時所見(縫合部肉芽腫)

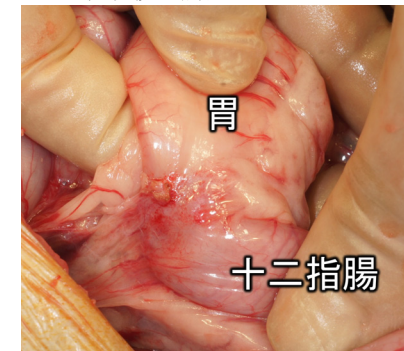


図7 手術時所見(幽門部漿膜面充血)

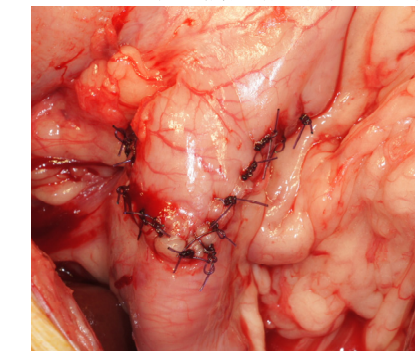


図8 手術時所見(Y-U幽門形成後)