●〈症例〉

消化管出血を呈したPTP(Press-Through Package)誤飲によるS状結腸潰瘍の1例

森下慎二 川畑 正博 松本政雄 中村昭子
 新村和平 佐藤 芳之 小沢卓夫 羽原 隆
 黄田光博 井野元 勤 池田有成

東京厚生年金病院／内科

〔Key Words〕 Press-Through Package, 大腸出血

はじめに

錠剤およびカプセルなどを包装するpress-through package(以下PTP)は1960年から使用され薬効の延長、保存のしやすさ、薬剤管理上の利点などから現在もっとも広く普及している包装物である。それとともにPTP誤飲による消化管異物症の報告例も増加し、その誤飲によって重大な障害を生じることが報告されている。そのほとんどは食道異物症であり大腸で発見された例は稀である。我々はPTPがS状結腸で潰瘍を形成し出血を呈し、それを内視鏡的に除去できた稀な症例を経験したので報告する。

症 例

患者：80歳、女性。

主訴：下痢、腹痛。

現病歴：高血圧のため近医で内服加療中であった。2001年4月17日夕食後強い痛みが下腹部を中心に出現し嘔吐した。痛みは改善したがその後少量の水様便あり。4月18日当科受診しCRP高値を認め入院となった。

既往歴：1994年十二指腸潰瘍

現症：腹部は平坦軟で下腹部を中心に圧痛を認めたが腹膜刺激症状はなかった。

入院時検査所見ではCRPと白血球数の増加を認めた。(Table 1)

入院時レントゲン写真では遊離ガス像は認めなかった。後にわかったことであるが骨盤腔内に薬物の入った薬剤包装用PTPが確認される。(Fig. 1)

経過：入院後状態は落ち着いていたが第3病日に腹痛の増強と共に血便を認め、虚血性腸炎を疑い大腸内視鏡を施行した。肛門縁から約20cmのS状結腸に薬剤包装用PTPとそれによる潰瘍が認められた(Color 1-a, b)。これを有鉤鉗子で掴み内視鏡を慎重に操作し取り除いた。取り出された薬剤は鎮咳剤であり患者自

Table 1 Laboratory data on admission.

WBC	16.16*10 ³ /μl	TP	6.3 mg/dl
Neut	90 %	Alb	3.7 mg/dl
Lymp	5.7 %	BUN	21.3 mg/dl
Eos	0.5 %	Cre	1.72 mg/dl
Baso	0.2 %	Tbil	0.6 mg/dl
Hb	10.7 g/dl	Alp	276 IU/l
Plt	270*10 ³ /μl	γ GTP	24 IU/l
PT(%)	103 %	AST	19 IU/l
APTT	36.7 s	ALT	11 IU/l
Fbg	455.0 mg/dl	LDH	244 IU/l
ESR	60 mm/h	CRP	6.45 mg/dl

身によりはさみで15mm四方にカットされておりその一部は鋭利になっていた(Color 1-c)。患者本人にはいつ薬剤を誤飲したかの記憶はなかった。後日トータルコロノスコーピーを施行、他の部位に病変は認められずまた潰瘍は癒着化していた(Color 2)。

上部消化管内視鏡も施行、胃十二指腸に異常は認めなかった。その後食事を開始したが症状の増悪無く退院となった。

考 察

PTPは海外ではblister pack, blister wrappedなどと呼ばれるがその報告は少ない。本邦では内視鏡で除去できた報告例など比較的多くみられ、内視鏡の普及を反映しているものと考えられる。PTP誤飲の特徴は泉里らの報告では停滞部位は圧倒的に食道が多く自験例のように大腸に認めることは少ない傾向にあった¹⁾。しかし下部消化管ではその穿孔率が高く、大腸で穿孔した場合治療が遅れると症状が重篤になるため注意が必要である。

PTP誤飲をしたときの症状は黒山らによれば多くは胸痛、腹痛であり血便を来すことは稀と思われた²⁾。また本症例は腹部単純写真で薬剤の存在を確認できた。そのような報告は少ないものの³⁾腹部単純写真を十分に確認することの大切さを痛感させられる症例である。さらに本症例では内視鏡的にPTPを除去することができた。そのまま放置すれば穿孔していた可能性もある。大腸内視鏡でのPTP異物除去の報告は少ないものの、もし早期に診断できれば大腸内視鏡による除去も有効であろう⁴⁾。

PTP誤飲の誘因としては外出のためあわてて服用した、会話をしながら服用した、他の薬剤と混ぜて服用したなど注意が他に向けられていたことに起因する事例がほとんどである。こういった誤飲を防ぐためには薬を一括して包装するワンドースバックにする、シートの材質を改善する等の方法が考えられる。しかしPTPの誤飲の要因としては前述したように患者の

Fig. 1 Plain abdominal X-ray shows tablet in press through package at pelvic cavity (arrow).

不注意に起因することが多い。このため患者側に治療の目的で服用している錠剤、カプセル剤のPTPの誤飲によって重大な傷害がおこりうることを認識させることも重要である。そのためには医師サイドからだけではなく薬剤師などのコメディカルの協力を得、患者への啓蒙活動を行うことも大切な点と考えられる。

文 献

- 1) 泉里友文, 高橋忠雄, 平島得路, 他: PTP (press-through package) による腸穿孔の2例. 日老医誌 35: 861—864, 1998.

- 2) 黒山政一, 矢後和夫: 錠剤, カプセル剤PTPの誤飲の実態とその対策. 薬局 51: 1336—1340, 2000.
- 3) Fulford S, Tooley AH: Intestinal perforation after ingestion of blister wrapped-tablet. Lancet 347: 128—129, 1996.
- 4) Chan FK, Sunn JJ, Tam PY et al: Blister pack-induced gastrointestinal hemorrhage. Am J Gastroenterol 92: 172—173, 1997.

“Press-through package”-induced colon hemorrhage

Shinji Morishita	Masahiro Kawabata
Masao Matsumoto	Akio Nakamura
Wahei Shinmura	Yoshiyuki Satoh
Takuo Ozawa	Takashi Habara
Mitsuhiro Ota	Tsutomu Inomoto
Yusei Ikeda	

A 80-year-old woman was admitted because of abdominal pain. On the third day of admission, she had bloody stool with increasing abdominal pain. Colonoscopy revealed that a press-through package (PTP) was lodged in the sigmoid colon and ulcers were present adjacent to sharp edge. The package was removed by endoscopic forceps and the patient was discharged in good capsules. PTPs are rapidly becoming popular as packages for tablets and capsules. Reports of accidental swallowing of a PTP have been increasing but progression of PTPs to the colon is rare. We were able to remove it endoscopically. We propose that drugs should not be dispensed in PTPs especially to elderly patients. It is also important to inform patients that accidental swallowing of PTPs is disaster and warn them not to swallow PTPs. Collaboration of co-medical staff such as a pharmacist is necessary.

Dept. of Internal Medicine, Tokyo Kousei-Nenkin Hospital.

〈カラーは6頁に掲載〉