

# 潰瘍性大腸炎の臨床的検討 — 臨床症状, 内視鏡所見, 生検所見 などの対比と治療方針について —

横浜市立大学医学部第二外科教室 (主任 土屋周二教授)

竹 村 浩 松 田 好 雄 土 屋 周 二

## CLINICAL ASPECTS OF ULCERATIVE COLITIS: SYMPTOMATOLOGY, ENDOSCOPY, BIOPSY AND CHOICE OF TREATMENT

Hiroshi TAKEMURA, Yoshio MATSUDA and Shuji TSUCHIYA

The 2nd Department of Surgery, Yokohama City University School of Medicine

横浜市大第二外科教室では最近41症例の潰瘍性大腸炎を経験した。著者らは日本人の潰瘍性大腸炎の臨床像を明らかにし、未だ解決されない本症の経過・予後の推定や手術適応の問題を解明するために、とくに 1) 罹患範囲と経過, 2) 臨床症状と内視鏡および生検所見の対比などの点より検討を加えた。その結果, 1) 全大腸型又はそれに近い広範囲のもので, 一定期間の内科治療を行って効果のないものは, なるべく早期に根治手術をすすめることが望ましい。2) 経過・予後の推定, 治療方針の選択に際しては, 症状のみに頼らず, 内視鏡・生検検査を経過を追って行い, 各所見をよくみて判断することが大切であることが判明した。

### 緒 言

従来潰瘍性大腸炎は, 本邦には比較的少ないとされ, 昭和33年松永の内科学会での宿題報告では約 300例にすぎなかつた<sup>1)</sup>。近年は単独の施設でも可成り多数の報告がみられ<sup>2)3)4)</sup>, われわれも短期間に41例を経験した。本症の成因について, 近年免疫現象など各方面より検討が加えられるようになったとはいえ決定的なものはなく, また臨床症状をはじめ, レントゲン所見, 内視鏡所見, 組織学的所見についてもまだ十分な検討がなされていない点が多い。欧米における多年にわたる多数例の臨床的研究成果は大いに参考になりはするものの, 本症のわが国における実態や特殊性, 欧米との異同等の解明も必要とされる。本症の経過や予後, 内科治療に対する反応の予測, 手術適応や手術方法などの, 実地上とくに意義の深い諸問題についても未解決の問題が多い。これらを解明するために, 41症例を罹患範囲ごとに区分し, 年齢や性などの生物学的要因, 初発症状などの現病歴および内科治療成績などにおける特徴を検討した。さらに臨床症

状, 内視鏡および生検所見との関連性を対比・検討して, 本症の予後の判定や手術適応の決定などに有用な要因を明らかにしようと試みた。

### 方 法

1. 1973年6月より1974年7月まで横浜市大第2外科におかれた大腸疾患特別外来で継続的に診療し, 経過を観察した。
2. 初発症状, 治療内容と臨床症状および各種検査所見の推移を記録した。
3. 注腸バリウム検査 (41例60回), 全例初診時に施行し, 以後6カ月毎に反覆施行し, 症状の増悪又は軽快など経過に応じてさらに行つた。撮影法は主に二重造影法を用いた。
4. 内視鏡検査および生検組織検査 (41例96回): 初診時全例に直腸鏡検査 (観察と写真撮影) を行い, 原則として同時に生検を施行した。診断が確定したものには引きつづき大腸ファイバースコープを施行し, その後は3カ月毎に反覆施行した。時に経過に応じてさらに頻回

に行つた、生検ではできるだけ粘膜下層まで確実に採取し、標本は粘膜面を上にして濾紙にはりつけ、切片標本上で腺管が正しくその縦軸に沿つて切られるように配慮した。

5. 各症例とも、およそ2週間ごとに赤血球沈降速度、赤血球数、白血球数、白色素量、ヘマトクリット値、血小板数などの一般検血および血清総蛋白濃度、A/G比、血清蛋白分画などの諸検査を行った。

成績

I. 症例の検討

1973年6月より1974年7月までの1年2カ月間に、41例の潰瘍性大腸炎を経験した(表1)。診断に際して、厚生省特定疾患潰瘍性大腸炎調査研究班の診断基準(暫定案)にしたがつた。すなわち、6週間以上前から粘血便または血便を認め、内視鏡的に粘膜の易出血性、粗糙、細顆粒状、血膿性分泌物、びらん、潰瘍あるいは偽ポリポージスを認めるか、生検により粘膜の炎症や陰窩膿瘍、腺の配列異常を認めるもの、あるいは注腸X線検査

によりびらんや潰瘍、粗糙な粘膜をみとめ、(進行したものではもちろん偽ポリポージス、腸管の狭少短縮)をみとめるか、手術または剖検により本症に特有な病変を認めるものを、潰瘍性大腸炎と診断した。(以上は暫定案で、細部についてはなお検討中)なお、罹患範囲の分類も同じ診断基準にしたがつたが、試みに直腸に局限するものを直腸型として別に扱つた。また臨床症状の重篤度を表2に示すように、重症、軽症~中等症、緩解期の三段階に分けた。

1. 初診時年齢:最低6才,最高64才で,平均37.6才であつた。表3のように,全大腸型は,平均30.3才と他の型に比較して若年者に多いのが特徴的である。

2. 初発年齢:4才より64才と幅広く,平均36.0才であつた。全大腸型は平均27.8才と,他の型に比較して若年者に多いのが特徴的である。20才~40才台に発生頻度が高かつた。

3. 性:表4に示したようにわずかに女性に多かつた。50才以上の症例では8例中6例が女性であつた。

表1 潰瘍性大腸炎症例 1974. 7. 31 横浜市大第二外科教室

| 症例番号 | 性別 | 年齢 | 病状  | 初診年 | 手術 | 診断 | 性別 | 年齢 | 病状 | 初診年 | 手術 | 診断 | 性別 | 年齢 | 病状 | 初診年 | 手術  | 診断 |    |    |     |   |  |
|------|----|----|-----|-----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|-----|-----|----|----|----|-----|---|--|
| 1    | 25 | 女  | 全大腸 | 慢性  | 23 | 24 | 男  | 16 | 25 | 男   | 57 | 血便 | 20 | 57 | 男  | 31  | 44  | 男  | 直腸 | 下痢 | 44  | 3 |  |
| 2    | 38 | 男  | 血便  | 34  | 52 | 17 | 22 | 女  | 22 | 5   | 32 | 64 | 男  | 64 | 男  | 64  | 0.5 | 男  | 血便 | 64 | 0.5 | 男 |  |
| 3    | 11 | 女  | 慢性  | 10  | 10 | 18 | 47 | 男  | 45 | 39  | 33 | 54 | 女  | 54 | 女  | 54  | 2   | 女  |    | 54 | 2   |   |  |
| 4    | 21 | 男  | 下痢  | 24  | 9  | 19 | 52 | 女  | 51 | 9   | 34 | 50 | 男  | 58 | 男  | 58  | 2   | 男  |    | 58 | 2   |   |  |
| 5    | 25 | 男  | 血便  | 21  | 45 | 20 | 48 | 男  | 48 | 1   | 35 | 42 | 男  | 40 | 男  | 40  | 24  | 男  | 下痢 | 40 | 24  |   |  |
| 6    | 58 | 女  | 慢性  | 55  | 26 | 21 | 17 | 男  | 17 | 2   | 36 | 34 | 女  | 29 | 女  | 29  | 56  | 女  |    | 29 | 56  |   |  |
| 7    | 64 | 男  | 全大腸 | 慢性  | 61 | 2  | 22 | 36 | 36 | 1.5 | 37 | 46 | 男  | 49 | 男  | 49  | 26  | 男  | 血便 | 49 | 26  |   |  |
| 8    | 6  | 男  | 下痢  | 4   | 32 | 23 | 37 | 女  | 37 | 1   | 38 | 58 | 男  | 57 | 男  | 57  | 10  | 男  | 下痢 | 57 | 10  |   |  |
| 9    | 21 | 男  | 血便  | 20  | 8  | 24 | 34 | 男  | 34 | 3   | 39 | 48 | 女  | 38 | 女  | 38  | 69  | 女  | 血便 | 38 | 69  |   |  |
| 10   | 33 | 男  | 粘血便 | 32  | 16 | 25 | 26 | 男  | 26 | 4   | 40 | 45 | 男  | 45 | 男  | 45  | 1   | 男  |    | 45 | 1   |   |  |
| 11   | 26 | 男  | 慢性  | 24  | 17 | 26 | 30 | 男  | 29 | 15  | 41 | 50 | 男  | 50 | 男  | 50  | 0.5 | 男  |    | 50 | 0.5 |   |  |
| 12   | 36 | 女  | 慢性  | 34  | 33 | 27 | 20 | 男  | 16 | 60  |    |    |    |    |    |     |     |    |    |    |     |   |  |
| 13   | 44 | 男  | 血便  | 44  | 10 | 28 | 20 | 男  | 20 | 9   |    |    |    |    |    |     |     |    |    |    |     |   |  |
| 14   | 35 | 男  | 慢性  | 31  | 54 | 29 | 42 | 女  | 42 | 4   |    |    |    |    |    |     |     |    |    |    |     |   |  |
| 15   | 45 | 男  | 慢性  | 44  | 27 | 30 | 49 | 男  | 48 | 12  |    |    |    |    |    |     |     |    |    |    |     |   |  |

表2 臨床症状, 生検組織所見, 内視鏡所見の分類

| 臨床症状   | 生検組織所見                       | 内視鏡所見                    |
|--|------------------------------|--------------------------|
| I. 緩解期:1日1~2行の有形便,血便はない貧血,体重減少,血沈促進などはない         | I. 軽症:粘膜固有に若干の円形細胞浸潤がある      | I. 軽症:粘膜の軽度顆粒状外観,軽度の接触出血 |
| II. 軽症ないし中等症,ときに血便あるいは下痢                         | II. 中等症:粘膜および粘膜下層に多数の細胞浸潤がある | II. 中等症:中等度の顆粒状外観,接触出血   |
| III. 重症:1日6行以上の肉眼的血便(発熱,頻脈,貧血,血沈促進,体重減少を伴うことが多い) | III. 重症:陰窩膿瘍潰瘍,びらんあるいは壊死     | III. 重症:粗・粗大ポリープ,潰瘍,自然出血 |

表 3

|          | 初診時年齢 | 初発年齢  | 発症と受診までの期間 |
|----------|-------|-------|------------|
| 全大腸型     | 30.3才 | 27.8才 | 27.7ヵ月     |
| 左大腸型     | 32.9  | 31.3  | 16.9       |
| 直腸-S状結腸型 | 36.4  | 35.4  | 19.7       |
| 直腸型      | 42.6  | 41.1  | 16.6       |
| 全例平均     | 37.6  | 36.0  | 19.0       |

表4 初発年齢と性別

|       | 男性 | 女性 | 計  |
|-------|----|----|----|
| 10才未満 | 0例 | 1例 | 1例 |
| 10才台  | 1  | 2  | 3  |
| 20才台  | 6  | 5  | 11 |
| 30才台  | 4  | 4  | 8  |
| 40才台  | 6  | 4  | 10 |
| 50才台  | 1  | 5  | 6  |
| 60才以上 | 1  | 1  | 2  |
| 計     | 19 | 22 | 41 |

表5 内科治療成績

| 病型           | 症例数 | 発症例/年  | 再燃症例/年 | 1974.7.31             |
|--------------|-----|--------|--------|-----------------------|
|              |     |        |        | 再燃回数と臨床症状             |
| 全大腸型         | 6   | 1/16%  | 2/33%  | 重症1)<br>中等症1)<br>軽症1) |
| 左大腸型         | 5   | 3/60%  | 5/100% | 重症3)<br>中等症1)<br>軽症5) |
| 直腸~<br>S状結腸型 | 7   | 5/71%  | 7/100% | 重症1)<br>中等症0)<br>軽症1) |
| 直腸型          | 15  | 11/73% | 7/47%  | 重症0)<br>中等症0)<br>軽症4) |

4. 初発症状：41例中35例（85.4%）に血便を認め、残り6例は下痢で発症したが、数日後には全例血便を来した。発症時の臨床症状の程度は、重症発症6例（14.6%）、中等症5例（12.2%）、軽症30例（73.2%）であった。これを罹患範囲別にみると、全大腸型の半数が重症の発症を示したのに対して、直腸型では18例中1例のみが重症であった点が対照的である。

5. 発症より受診までの期間：表3に示したように全大腸型が27.7か月と、他の型に比較して著しく長いのが特徴的である。

6. 内科治療成績：41例中10例に入院治療を、31例は通院治療を行った。薬物治療として、サリチルアゾスルファピリジン 2.0~6.0g/日 内服、ステロイド坐薬 1~2個/日（ハイドロコチゾンとして1日 2.5mg~5.0mg）、ステロイド内服又は注射（プレドニソロンとして初回30~40mg、維持量として10mg）などを単独若くは組合せて4週間以上継続して行い、効果を判定し得た33例について検討した。表5に示すように、罹患範囲より

緩解率をみると、全大腸型の6例中、ほぼ緩解に達したものは1例のみで、他の5例は1~5カ月間にわたる治療にも拘らず成績は不良であった。現在すでに4例に根治手術が施行され、残り2例中1例も2カ月にわたる治療に著しく反応せず、近日手術予定である。これに対して、左大腸型は60%、直腸-S状結腸型は71%、直腸型は73%と良好な緩解率を示した。全大腸型の内科治療に対する緩解率が、他の型と比較して著しく低率であったことは注目すべき結果である。

つぎに治療期間中の再燃の回数を罹患範囲別にみると、表5のように、左大腸型は5例の全例、直腸-S状結腸型は7例の全例に再燃をみたのに対し、直腸型では47%と低率であった。なお左大腸型の1例は再燃と同時に罹患範囲の拡大が認められた。

さらに再燃時の臨床症状の重篤度は、表5に示したように、直腸型は全例再燃が軽症であり、重症例は1例もないのに対して、全大腸型や左大腸型では重症や中等症の再燃が比較的多いのが特徴的であった。

また治療期間中の肉眼的出血を来した日数をパーセンテージでみると、全大腸型では、73%に達し、直腸型の11%と比較して著しく高率であった。

罹患範囲の広範なもの、とくに全大腸型は、緩解率、再燃時の臨床症状、治療期間中の肉眼的出血のどの点からみても、内科治療が困難であることが明らかとなった。

7. 合併症。

i) 局所的合併症：41例中9例（21.9%）に何らかの局所的合併症が認められた（表6）。このなかではいわゆる炎症性ポリポーシスが7例と最も多かつた。合併症の大多数は全大腸型と左大腸型におこり、範囲の狭い症例では少なく、直腸-S状結腸型の1例のみに裂肛がみられたにすぎない。

ii) 全身的合併症：表6のように血色素量10.0g/dl以下の貧血は、全大腸型に多くみられた。また血清総蛋白濃度 6.0g/dl以下の低蛋白血症も同様に全大腸型に多くみられた。難治性下腿潰瘍、膿皮症、膿痂疹等の皮膚疾患が全大腸型に認められた。

8. 手術症例

これまでに41例中5例（12.2%）が内科的には難治と判定されて根治手術を受けた。5例中4例が全大腸型、1例が左大腸型であった。術式、術後合併症および転帰は表7に示した。下部直腸を縫合閉鎖した3例と、回腸、直腸吻合術を行った1例の計4例は、術後5カ月、

表6 合併症

1. 局所合併症

|      | 炎症性<br>痢疾 | 狭窄 | 大量<br>出血 | 瘻管炎 | 肛門<br>腫瘍 | 裂肛 |
|------|-----------|----|----------|-----|----------|----|
| 全大腸型 | 5例        | 3例 | 0例       | 1例  | 1例       | 0例 |
| 左大腸型 | 2         | 2  | 1        | 0   | 1        | 0  |
| 直-S型 | 0         | 0  | 0        | 0   | 0        | 1  |
| 直腸型  | 0         | 0  | 0        | 0   | 0        | 0  |
| 計    | 7         | 5  | 1        | 1   | 2        | 1  |

2. 全身合併症

|      | 貧血<br>(Hb<10.0g/dl) | 低蛋白血症<br>(F&C<0.5) | 皮膚疾患 | 関節疾患 |
|------|---------------------|--------------------|------|------|
| 全大腸型 | 6例                  | 3例                 | 3例   | 0例   |
| 左大腸型 | 2                   | 1                  | 0    | 1    |
| 直-S型 | 0                   | 1                  | 1    | 2    |
| 直腸型  | 2                   | 0                  | 0    | 0    |
| 計    | 10                  | 5                  | 4    | 3    |

表7 手術症例

1974.7.31  
横浜市大学二外科教室

| 症例番号         | 術式                           | 術後合併症                 | 経過         |
|--------------|------------------------------|-----------------------|------------|
| No.1<br>(大○) | 大腸全切除・回腸肛門造設術<br>(直腸一部温存)    | Ileostomy dysfunction | 治<br>(手術)  |
| No.2<br>(軟○) | 大腸全切除・盲腸人工肛門造設術<br>(直腸一部温存)  | 骨盤内膿瘍                 | 治<br>(保命的) |
| No.5<br>(山○) | 大腸全切除・回腸直腸吻合術<br>回腸造設術       | 吻合部癒合不全               | *          |
| No.6<br>(飯○) | 大腸全切除・上行結腸人工肛門造設<br>(直腸一部温存) | 骨盤内膿瘍                 | 治<br>(手術)  |
| No.7<br>(飯○) | 大腸全切除・回腸肛門造設術                | なし                    | 治          |

6カ月, 10カ月, 1年1カ月後の現在, 残存直腸に著しい再燃の徴候は認めていない。

小 括

罹患範囲が広範なもの, とくに全大腸型は, 若年者に発生し, その発病および経過は重篤かつ長期にわたるものが多く, また局所合併症や全身的合併症も多く, 内科治療に抵抗するので, なるべく早期に手術をすすめることが望ましい。

II. 臨床症状, 内視鏡および生検所見の対比

41症例について, およそ3カ月間隔で, 時には症状の増悪・緩解に応じて頻回に内視鏡検査と生検組織検査を繰返し, これら所見と臨床症状の推移とを対比・検討した。臨床症状の重篤度は前述の表2のように分類した。このなかで, 内視鏡の重症度は Matts 分類<sup>2)</sup>を準用したものであるが, 高度の顆粒状粘膜をみた場合に, Matts は中等症と判定したが, 著者らは, これとややことなり, 重症に入れた。その理由は, 顆粒の周囲をよく観察すると潰瘍を認める場合が多く, また組織学的にも著しい細胞浸潤, 陰窩膿瘍或いは潰瘍を認めるものが大部分

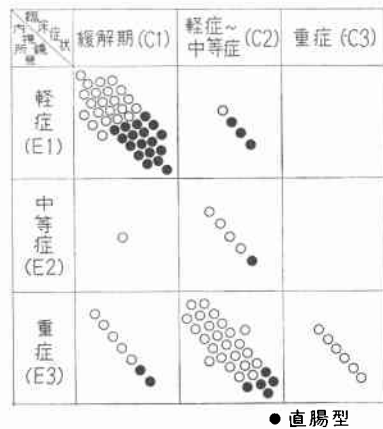
であることが判明したからである。生検組織所見の重症度もほぼ Matts<sup>2)</sup>のものによつたが, やや異なる点は重症(4度)と最重症(5度)を一括したことである。なおわれわれの症例で内視鏡, 生検で正常と認めらるものは1例もなく, これは分類からのぞいた。

1. 臨床症状と内視鏡所見との対比

36症例にのべ96回の内視鏡検査を行い, その重症度と同時期の臨床症状の重篤度との対比を行つて両者の一致, 不一致を検討した。(なお, 臨床症状の重篤度について緩解期をC1, 軽症ないし中等症をC2, 重症をC3と略記し, 内視鏡および生検所見の重症度についてはそれぞれ, 軽症をE1, B1, 中等症をE2, B2, 重症をE3, B3, と略記する)。

図1に示したように内視鏡所見がE1, E2, の場合は少数の例外を除いて臨床症状はC1, C2, であり, 両者は比較的よく一致した。ところが内視鏡所見がE

図1 臨床症状と内視鏡所見  
(92検査症例) 1974. 7. 31



3, の症例では臨床症状がC3を示すものはむしろ少なく, 大多数がC2, 少数はC1, と著しく不一致を示した。すなわち臨床症状はC2でも内視鏡所見がE3のものは多数あり, C1の緩解期でも少数例はE3と重症の内視鏡所見を示した。所見の不一致を示した症例のその後の経過を検討したところ, C1-E3のように著しい不一致をみた症例の大多数は, 3~8週後に症状の再燃をみたことが判明した。一方C2-E3を示した症例は, 多くは緩解に向う途中で内視鏡所見の改善が臨床症状の改善より遅れていることを示したもので, 再燃をみたものは1例のみであつた。

2. 臨床症状と生検所見との対比

37症例にのべ96回の生検組織検査を行い、その重症度と同時期の臨床症状の重篤度との対比を行った。図2に示したように、生検所見がB1、B2の場合、少数の例外を除いて臨床症状はC1、C2で両者は比較的良好一致した。しかし、生検所見がB3の症例で、症状がC3を示すものはむしろ少なく、大多数はC2少数C1と著しく不一致を示した。両者の関係は臨床症状と内視鏡所見のそれに極めてよく似ていることが明らかである。すなわちC1-B3のように症状は緩解期にあつても組織学的に重症の場合は、3~8週後に症状増悪を来すものが多く、また緩解に向う際には症状の改善よりも生検組織所見の改善がおくることが多い。

図2 臨床症状と生検組織所見 (96検査症例) 1974. 7. 31

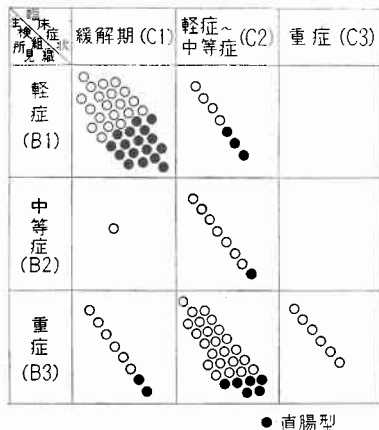
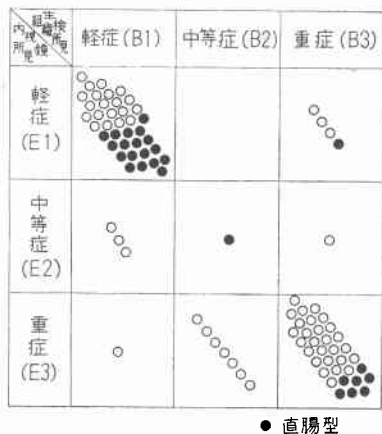


図3 生検組織所見と内視鏡所見 (88検査症例) 1974. 7. 31



3. 生検所見と内視鏡所見との対比

36例についてのべ88回の検査結果を図3のように対比させたところ、両所見は比較的良好相関することが判明した。

小 括

内視鏡所見と生検所見は比較的良好相関するが、臨床症状とこれら検査所見は一致しない場合がある。1つは、症状が緩解に向う際には、各所見の改善が症状より遅れがちであること、つぎに、症状からみると一見緩解期であるがこれは見かけの上だけのことがあることを示す。後の場合には、引き続き内科治療を行う必要がある。いずれにしても、本症の経過観察には内視鏡、生検組織検査のいずれも欠かすことはできない。

考案ならびに結論

本症の罹患率について、1958年松永は人口10万に対して0.7人と推定したが、最近弘前大学の吉田は、青森県内のアンケートで人口10万に対する有病率を2.6と報告している。また現在進行中の厚生省難病対策、潰瘍性大腸炎調査研究班の疫学調査ではさらに増加するものと思われ、現在1300名についての回答がよせられている。

本症の診断にあつては現在成因が不明であり、特異的な診断法のないことから、所見や臨床経過などから相対的に診断をつけるほかない。これまで、Acheson<sup>9)</sup>のものなど内外に多くの診断基準はあるが、直腸鏡やレントゲン検査の方法や、その所見の具体的な表現がこれまでのものでは不十分であり、各所見の対比もされていない。まだ大腸ファイバースコープによる大腸深部の所見にもふれていない。これまでの基準では検査方法によつて確実な所見が得られず、とくにS状結腸より口側の病変を論ずる際に問題がありそうである。これらの点について以下検討してみよう。

1. 内視鏡について：直腸鏡および大腸ファイバースコープで軽度といわれる所見としては、小黃白斑、粘膜粗糙、溷濁をあげるもの<sup>7)</sup>、粘膜の軽度顆粒状外観や、軽度の接触性出血をあげるもの<sup>8)</sup>、軽度の発赤、顆粒あるいは少数の点状出血をあげるもの<sup>9)</sup>など多くの見解がある。著者らは軽症例の多数にも、微細顆粒状変化と接触性出血を認めており、これらが本症のもつとも著明な特徴であると考えられる。経過を追つて内視鏡所見をみると、急性期初期には、こまかい黄白色斑状の膿苔附着、発赤、浮腫、出血などの炎症所見が加わり、ついでやや大きい顆粒状変化を生じ、しばしば潰瘍を伴うようになる。潰瘍の存在を内視鏡的に診断することは困難の場合

もあり、経過を追つての観察と生検採取の併用が大切である。

2. 注腸レ線検査について：鉛管状を呈しあるいは炎症性ポリポージスを示す著明な病変を伴うものは問題ないとしても<sup>9)</sup>、直腸—S状結腸炎をふくめた軽症例については、これまでレ線所見の記載が不十分であつた<sup>2)10)</sup>。吉田ら<sup>9)</sup>は初期、活動期ともに辺縁の不整、壁の硬化、Spicula 形成、縦走するレリーフなどの壁の変化が重要であると述べている。著者らも二重造影により直腸限局型のおよそ70%の症例において辺縁の不整、硬化像と微細潰瘍像を、粘膜像では微細ないし細ポリープ様透亮像、微細ないし細斑状陰影などの所見を認めた。造影剤や撮影方法を工夫すれば、このような軽度の炎症に対するレ線診断能はさらに向上するものと思う。

3. 生検について：これまでは生検は、診断および鑑別診断、癌の早期発見の手段として<sup>11)12)</sup>或いは薬物による治療効果の判定や経過観察の手段<sup>5)8)13)</sup>として用いられてきた。生検所見の分類は種々あるが<sup>5)8)14)</sup>著者らは前述の表2のように分類した。生検は大多数は鉗子を用いたが、6例には直腸より大きい切片を手術的に採取した。本法の特徴は、採取された組織が大きいこと（最大1cm×1cm）、筋層を含めて充分に深く採取できることにある。外科療法を行う前に組織学的診断を適確にし、直腸を温存する術式を採用するかどうかをきめるのにもこの方法は有用である。また transmural colitis との鑑別にも用いられ、推奨されてよい方法と考える。

4. 各所見と臨床経過：本症の臨床症状と内視鏡および生検所見との関係については、著者らのものを<sup>15)16)</sup>ふくめていくつかの研究が発表されている<sup>5)8)14)</sup>。内視鏡と生検所見とは多くの場合一致するのに対して、臨床症状と各所見との間に時に不一致を認める。注目すべきことは、症状が軽度となつても治療を怠らずにつづけて行き、真に緩解に向うものでは症状の改善にやや遅れて内視鏡や生検所見が軽快するという点と、反対に症状が緩解期にあつても内視鏡や生検所見でなお重篤な所見が認められる場合は、後日症状の増悪を来すものと考えて治療する必要があるという点である。本症の内科的治療に際しては、急性期をなるべく早く終結させ、再燃をなるべく起させないようにする必要があるが、そのためには経過を追つて内視鏡・生検組織検査を行い、各所見をよくみて判断することが大切である。

本症の手術適応について、これまで内科側、外科側より多数の見解が表明されているが、穿孔や結腸拡張症な

どの絶対的適応は別問題として、実際の症例については内科治療に抵抗するものの手術適応の決定がむづかしい。著者らが経験した5例の手術例は左大腸型以上の広範囲のものであり、これらの所謂定型的潰瘍性大腸炎は内科的に難治であるとするものが多い<sup>2)17)</sup>。渡辺<sup>18)</sup>は罹患範囲と内科治療による緩解率について、定型的潰瘍性大腸炎のそれが、直腸—S状結腸炎に比較して低いことを述べており、著者らの成績とほぼ一致した。著者らの調査によれば、全大腸型またはそれに近い罹患範囲をもつ型、または始めは他の型と思われても全大腸型に進展するものは、若年者に発生し、長年にわたる療養を強いられ、経過中もしばしば再燃を起す重症例で、永続的な緩解が得られないものが多い。さらにこれらは、いわゆる炎症性ポリポージスや狭窄等の局所合併症や、高度の貧血、低蛋白血症を高率に合併する他、時に大量出血或いは腹膜炎を伴う。これらの点から、一定期間の内科治療を行つて効果がない時、慢然とこれを続けることなく、なるべく早期に根治手術をすすめることが望ましいと思われる。

### 結 語

日本人の潰瘍性大腸炎の臨床像を明らかにし、未だ解決されない本症の経過、予後の推定や手術適応の問題を解明するために自験41例について、1) 罹患範囲と経過、2) 臨床症状と内視鏡および生検所見の対比などの点より検討を加えた。臨床症状と各所見のおのおの間には概して相関性があるが、時に不一致をみるものがあり、仔細に経過を追つておのおの検査を行うべきである。

また罹患範囲がひろく、病変の著明なもので、内科治療で緩解が得られないものに対し、現在のところ外科治療を考慮すべきものが多い。

貴重な症例を提供して下さつた横浜市松島病院副院長衣笠昭博士および横浜市大第2外科教室員各位のご協力に感謝する。

なお本研究は厚生省難病対策・特定疾患調査研究補助金を使用したことを附記する。

### 文 献

- 1) 松永藤雄ほか：潰瘍性大腸炎。特にその手術的適応症について、外科治療，5：343—353，1961。
- 2) 渡辺 晃：潰瘍性大腸炎の臨床。胃と腸，4：1491—1500，1969。
- 3) 田島 強ほか：潰瘍性大腸炎の病型分類。内科，33：1009—1014，1974。
- 4) 吉雄敏文ほか：潰瘍性大腸炎。外科診療，32：

- 668—673, 1972.
- 5) Matts, S.G.F.: The Value of Rectal Biopsy in the Diagnosis of Ulcerative Colitis. *Quart. J. Med.* 120: 393—407, 1961.
  - 6) Evans, J.G., et al.: An Epidemiological Study of Ulcerative Colitis and Regional Enteritis in the Oxford Area. *Gut* 6: 311—324, 1965.
  - 7) 吉田 豊ほか: 潰瘍性大腸炎. *内科*, 33: 322—326, 1974.
  - 8) Truelove, S.C., et al.: Biopsy Studies in Ulcerative Colitis. *Brit. M. J.* 1: 1315—1318, 1956.
  - 9) Margulis, A.R., et al.: The Overlapping Spectrum of Ulcerative and Granulomatous Colitis: A Roentgenographic-Pathologic Study. *Am. J. Roengenol. Radium. Ther. Nucl. Med.* 13: 325—334, 1971.
  - 10) 宮下富士弥ほか: 潰瘍性大腸炎X線像の解析. *外科*, 33: 1246—1254, 1971.
  - 11) Morson, B.C., et al.: Rectal Biopsy as an Aid to Cancer Control in Ulcerative Colitis. *Gut* 8: 423—434, 1967.
  - 12) Myrvold, H.E., et al.: Rectal Biopsy and Precancer in Ulcerative Colitis. *Gut* 15: 301—304, 1974.
  - 13) Wright, R., et al.: Serial Rectal Biopsy in Ulcerative Colitis During the Course of a Controlled Therapeutic Trial of Various Diets. *Am. J. Dig. Dis.* 11: 847—857, 1966.
  - 14) Watts, J.M., et al.: Sigmoidoscopy and Cytology in the Detection of Microscopic Disease of the Rectal Mucosa in Ulcerative Colitis. *Gut* 7: 288—294, 1966.
  - 15) 土屋周二ほか: 潰瘍性大腸炎の病態と臨床像. *外科*, 36: 650—657, 1974.
  - 16) 松田好雄ほか: 潰瘍性大腸炎の内視鏡および生検所見の比較(直腸鏡所見を中心に). *Progress of Digestive Endoscopy* 4: 155—157, 1974.
  - 17) Goligher, J.C., et al.: *Ulcerative Colitis*. Baillière Tindall & Cassell. London, 1968.
  - 18) 渡辺 晃ほか: 潰瘍性大腸炎. *診断と治療*, 10: 1461—1467, 1974.