

大量胆道出血を来たした壊死性胆嚢炎の1治験例

三重県厚生連中勢総合病院外科

富田 隆 中井 昌弘 東口 高志
 岡田 喜克 五嶋 博道 村林 紘二
 吉田 洋一

A CASE OF NECROTIC CHOLECYSTITIS COMPLICATED BY MASSIVE HEMOBILIA

Takashi TOMIDA, Masahiro NAKAI, Takashi HIGASHIGUCHI,
 Yoshikatsu OKADA, Hiromichi GOSHIMA,
 Koji MURABAYASHI and Yoichi YOSHIDA
 Department of Surgery, Chusei General Hospital

索引用語：壊死性胆嚢炎，胆道出血

はじめに

胆道出血のうち胆嚢を出血源とするものは非常にまれで、欧米では胆道出血355例中23.1%¹⁾などの報告もみられるが、本邦では佐藤ら²⁾は16例中2例(12.5%)、加藤ら³⁾は胆道内大出血55例中2例(3.6%)と述べている。

われわれは壊死性胆嚢炎による大量胆道出血に対し、術前胆嚢動脈よりの出血と診断し救命しえた1症例を経験したので報告する。

症 例

患者：59歳，男性。

主訴：右上腹部激痛および大量下血。

家族歴：特記すべき事項なし。

既往歴：11歳—右胸部，両上肢に電撃症。51歳—胃癌のため胃切除(他医)。56歳—股関節炎のため右大腿骨人工骨頭置換術(他医)。

現病歴：当科入院の4カ月前と3カ月前に右上腹部痛と39℃の発熱があり，6週間前背部への放散を伴った右上腹部激痛と大量のタール便を来たしたため某病院内科へ入院した。入限時血液検査成績は表1に示すごとくであるが，黄疸は認められなかった。当科入院までの経過は図1のごとく連日タール便の排泄があり，経過中2度にわたり合計10400mlの輸血が行われた。内視鏡により Vater 乳頭から噴出する鮮血が認められ大量胆道出血と診断，第37病日に腹部血管撮影が行われた。上腸間膜動脈撮影(図2)で右肝動脈が造影され，胆嚢動脈と思われる分枝より胆嚢内への

表1 血液検査成績(某病院内科入院時)

RBC	293 × 10 ⁴	B.U.N.	: 20 mg/dl
WBC	17000	C-TNIN	: 1.3 mg/dl
Hb	7.3 g/dl	CRP	(++)
Hct	24 %	ASLO	100 ToddU.以下
T.P.	6.7 g/dl	RA	(-)
II.	7	出血時間	: 2' 30"
T.T.T.	7.0 U.	凝固時間	: 8' 30"
Z.S.T.	8.2 U.	便潜血反応	: (++)
GOT	401 K.U.		
GPT	371 K.U.		
LDH	550 Wro.U.		
r-GTP	286 m.U./ml		
Al-P	46.1 K.U.		
LAP	438 G.R.U.		
Ch-E	0.61 ΔPH		

図1 某病院内科入院中の経過

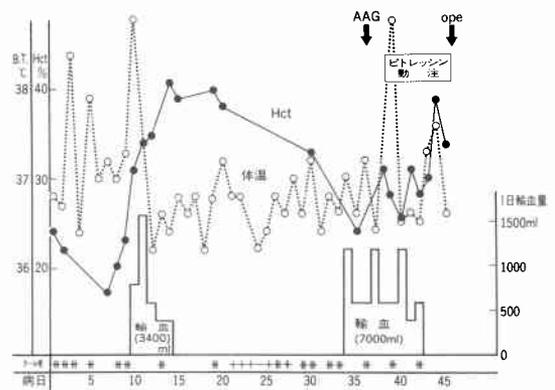
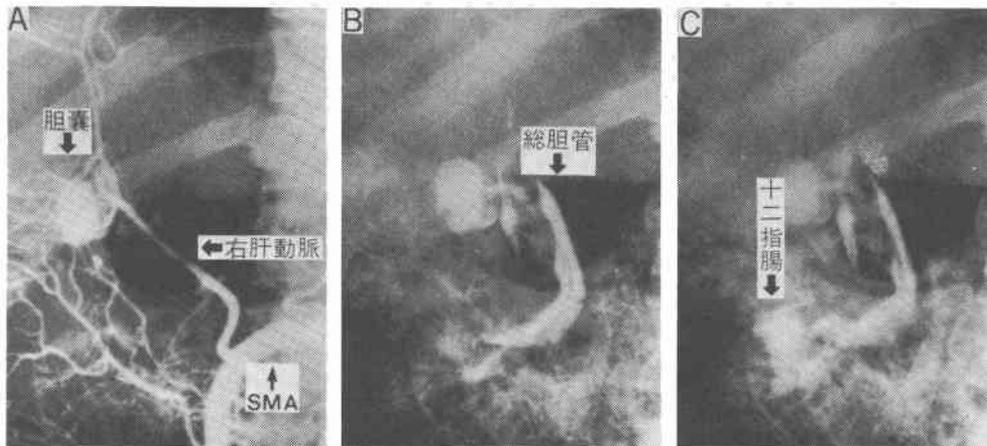


図2 上腸間膜動脈撮影

右肝動脈よりの造影剤は胆嚢→総胆管→十二指腸へ流出した。



Extravasation (A) がみられ、連続撮影でこの造影剤が総胆管 (B) より十二指腸 (C) へ流出する像が得られた。保存的治療が試みられたが効果なく当科を紹介され入院した。

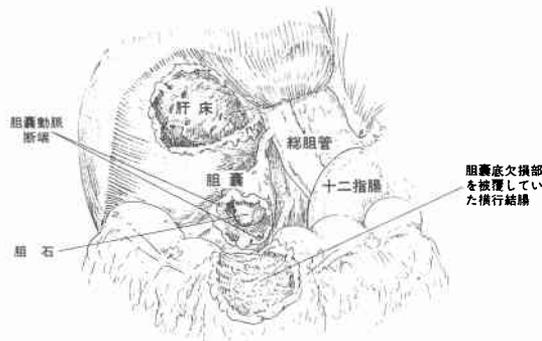
当科入院時現症：体格中等度、栄養やや不良、両上肢の筋萎縮著明、体温37.2℃、血圧102/64mmHg、脈拍96/分整、眼球結膜に黄染はないが、眼瞼結膜はやや貧血状、表在リンパ節は触知せず、腹部は平坦で上正中切開創癒痕と、右上腹部には圧痛および筋性防禦が認められた。また少量のタール便が排出された。

腹部CTで胆嚢は明確でなかったが胆嚢と思われる部に結石像がみられ、以上により、急性胆嚢炎に由来する胆嚢動脈よりの大量胆道出血と診断し、緊急手術を行った。

手術所見：肝は全体に腫大し、下面では胆嚢を覆うように横行結腸が強く癒着していた。胆嚢を求めて横行結腸を剝離してゆくと突然大量の鮮血が噴出してきた。これを吸引しながら胆嚢を求めたがその底部は得られず、胆嚢がほぼ横断されたかのような胆嚢壁の円筒が得られ、この断端の2カ所より動脈性の出血点が認められたためこれらを結紮止血した。以後大量の出血はなくなり、胆嚢頸部から拇指頭大の混成石1個を摘出した。総胆管は径約2 cm に拡張していたが炎症性変化はなく、胆道造影も異常所見はなかったが、凝血塊の残存も考慮して胆嚢摘出後に総胆管切開T tubeを挿入した。すなわち、剝離した横行結腸は肥厚し恰も胆嚢壁のごとく周堤を形成していたが胆嚢底部は壊死性胆嚢炎あるいは出血壊死のため壁は融解し、

図3 手術所見

胆嚢底部は融解し、円筒状の胆嚢頸部断端の2カ所より動脈性出血が認められた。



残存せる胆嚢断端の動脈より大量出血をしていた。なお、胃癌の再発を思わせる所見は認められなかった(図3)。

術後経過：術後間もなく便潜血は陰性化し、術後44日目に退院し以後今日まで健康である。

摘出胆嚢組織学的所見：粘膜は広汎に脱落し潰瘍形成があり、好中球やリンパ球の浸潤を伴って壁全層の線維性肥厚が認められ、動脈壁内膜は増殖性肥厚が強く炎症などの刺激に対する反応と考えられた(図4)。

考 察

今回著者が集計し得た胆嚢を出血源とし吐血または下血を来す大量胆道出血本邦報告例は学会発表も含め22例であった(表2)。発生前年齢は22歳から74歳、平均48歳であるが近年は高齢者に多い。また男性19例女

図4 組織学的所見

(A) 粘膜は広汎に脱落し、好中球リンパ球の浸潤が認められる。(B) 胆嚢動脈内膜は増殖性肥厚が強くみられる。

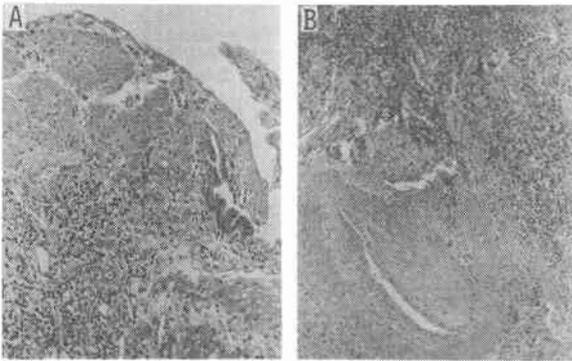


表2 胆嚢を出血源とする大量胆道出血の本邦報告例 (昭和56年12月まで)

症例	報告者	年次 (昭和)	年齢 [才]	性	主訴	術前診断	病歴名(結石)	術式	予後
1	水橋	9	33	男	吐瀉 腹痛	十二指腸潰瘍	出血性胆嚢炎 (-)	胆嚢摘	生存
2	宮城	11	32	男	下痢	十二指腸潰瘍	胆嚢嚢腫 (-)	胆嚢摘	死亡
3	山田	26	41	女	吐、下血 腹痛	胆嚢嚢腫	胆嚢嚢腫 (+)	胆嚢摘	死亡
4	松野	26	55	男	吐、下血 腹痛	胃潰瘍	胆嚢嚢腫 (粘膜下血管破裂) (-)	胆嚢摘 胆嚢嚢嚢切開	生存
5	北村	27	41	男	吐、下血 腹痛	消化管出血	胆嚢嚢腫 (-)	胃切	死亡
6	大澤	27	38	男	消化管出血	胃・十二指腸潰瘍	胆嚢嚢炎 (-)	胆嚢摘	生存
7	千田	27	29	男	吐血	胃・十二指腸潰瘍	壊死性胆嚢炎 (-)	胆嚢摘	生存
8	前多	28	50	男	吐瀉 腹痛	胆嚢嚢腫	壊死性胆嚢炎 (+)	胆嚢摘	死亡
9	前多	28	51	男	吐瀉 腹痛	胆嚢嚢腫	壊死性胆嚢炎 (+)	胆嚢摘	死亡
10	栗原	29	41	男	腹痛	消化管出血	急性胆嚢炎 (-)	胆嚢摘 胆嚢嚢嚢切開	生存
11	松野	29	32	女	吐瀉 腹痛	胆嚢嚢腫	胆嚢嚢腫 (-)	胆嚢嚢嚢切開	生存
12	嶋	31	53	男	吐、下血 腹痛	十二指腸潰瘍	出血性胆嚢炎 (-)	胆嚢摘	生存
13	嶋	31	35	男	腹痛	胃・十二指腸潰瘍	出血性胆嚢炎 (-)	胆嚢摘	生存
14	沼比	31	31	男	吐、下血	胆嚢嚢腫	急性胆嚢炎 (-)	胆嚢摘	生存
15	珠田	36	22	男	吐血 腹痛	胃・十二指腸潰瘍	急性胆嚢炎 (-)	胆嚢摘 T-tube	生存
16	羽田	42	63	男	吐瀉 腹痛	消化管出血	胆嚢嚢腫 (+)	胆嚢摘	死亡
17	加藤	46	74	男	吐、下血 腹痛	消化管出血	壊死性胆嚢炎 胆嚢嚢嚢切開 (胆嚢嚢嚢切開)	胆嚢摘 横行結腸造瘻	生存
18	田淵	46	51	女	吐瀉 腹痛	消化管出血	壊死性出血性胆嚢炎 (-)	胆嚢摘	死亡
19	佐藤	50	61	男	吐瀉 腹痛	汎発性胆汁性胆嚢炎	壊死性胆嚢炎 胆嚢嚢嚢切開	胆嚢摘	死亡
20	杉江	51	78	男	吐瀉 腹痛	胆嚢嚢腫	壊死性出血性胆嚢炎 胆嚢嚢嚢切開 (胆嚢嚢嚢切開)	胆嚢摘	生存
21	前嶋	51	62	男	吐、下血 腹痛	消化管出血	胆嚢嚢炎 (-)	胆嚢摘	生存
22	自験例	56	56	男	下血 腹痛	胆嚢嚢腫	急性胆嚢炎 胆嚢嚢嚢切開 (胆嚢嚢嚢切開)	胆嚢摘 T-tube	生存

性3例と圧倒的に男性が多かった。

術前胆嚢出血と診断できたのは自験例と胆嚢症とされ出血源として胆嚢も考慮された症例11の2症例のみで、他の多くは胃十二指腸潰瘍や原因不明の消化管出血として開腹されている。したがって本症の診断に際

して胆嚢からも大量出血の生ずることを念頭に置くことが肝要と思われる。Grove⁴⁾やSandblom⁵⁾は胆道出血の三主徴として消化管出血、疼痛(Biliary colic)と黄疸が特徴的と述べている。集計例22例のうち消化管出血は当然全例にみられたが疼痛は19例(86.4%)、黄疸は11例(50%)であった。自験例で黄疸はなかったが大量下血以前から胆嚢炎を示唆する腹痛を来していた。内視鏡は胃十二指腸潰瘍が疑われて施行されたが Vater 乳頭からの出血で胆道出血と診断され、腹部血管撮影で胆嚢動脈が出血源であることが確認された。

胆嚢出血の機構について各症例を詳細に検討すると、最も多いものは急性胆嚢炎や壊死(疸)性胆嚢炎のため胆嚢粘膜が壊死、脱落に陥り主に粘膜下の血管が破綻し大量に出血するもので、22例中自験例を含め13例(59.1%)を占めていた。胆嚢動脈が胆嚢内腔へ露出し動脈性出血が認められた症例もあるが、かかる症例は比較的高齢者が多く年齢による動脈壁の変化に加え胆嚢炎が持続するため、さらに反応性の硬化が助長され動脈破綻が生じやすくなっていると考えられた。第2に胆嚢に炎症性変化はないが潰瘍やピランが生じ主に粘膜下血管の破綻で出血するもので胆嚢潰瘍と称し3例(13.6%)であった。胆石合併は1例のみで他の2例には特別な誘因はみられなかった。第3に胆嚢に炎症性変化や潰瘍などの器質的変化や外傷、高血圧などの誘因もないが大量出血を生ずるもので出血性胆嚢(炎)と呼称され3例(13.6%)に認められた。胆石合併例はなく胆摘により全例治癒している。その他、高血圧が誘因となり粘膜下血管が破綻し、胆嚢卒中と称された1例、胆嚢癌による1例などがみられる。Gad⁶⁾は胆石症の25%に微量ではあるが便潜血反応陽性として胆道出血が証明されると述べているが、胆石有無の記載されている18例中胆石合併はわずか6例(33.3%)にすぎなかったことは大量胆道出血の特徴と思われる。

本症の治療について槇⁷⁾は胆嚢からの出血が確認できれば原因のいかんによらず胆摘で十分治療の目的を達すると述べており、今回集計した症例のうち胆摘のみで治癒せしめた症例もみられる。しかるに胆嚢より出血した場合、凝血塊が胆道系に残存することは容易に想定される。Sandblomら⁸⁾は胆道内に形成された血塊のため胆道閉塞が生じ、腹痛や黄疸が惹起されることを指摘しており、実験的には少量の出血であれば血液のみで凝血を形成し、大量出血では胆汁と血液が

混合して凝血を作り、これらが結石の原因になるであろうと述べている。したがって胆嚢内よりの出血が確認されても総胆管切開により凝血塊の有無を確認することが必要と思われる。

結 語

59歳男性の大量消化管出血に対し、術前内視鏡と腹部血管撮影で胆嚢動脈よりの胆道出血と診断し救命しえた1症例を報告するとともに、胆嚢に出血源のある大量胆道出血本邦報告例を集計し若干の文献的考察を行った。

文 献

- 1) Sandblom P: "Hemobilia". Illinois, Tomas Co., 1972
- 2) 佐藤寿雄, 植松郁之進, 松代 隆: 胆道出血. 臨成

人病 5: 1287—1295, 1975

- 3) 加藤紘之, 鮫島夏樹, 今村光男: Hemobilia の一治験例. 北海道外科誌 16: 217—220, 1971
- 4) Grove WJ: Biliary tract hemorrhage as a cause of hematoemesis. Arch Surg 83: 67—72, 1961
- 5) Sandblom P: Hemobilia in disease of the liver edited by Shiff L, Philadelphia, LB Lippincott, 1366—1373, 1975.
- 6) Gad P: Occult bleeding in gallstone disorder. Nord Med 68: 1069—1071, 1962
- 7) 槇 哲夫, 対島慎一郎: 肝及び胆道の出血. 臨外 11: 975—987, 1956
- 8) Sandblom P, Mirkovitch V, Saegesser F: Formation and fate of fibrin clots in the biliary tract. Ann Surg 185: 356—366, 1977