# 大量下血をきたした小腸吻合部潰瘍の1例

国立大阪南病院外科

堀内 哲也 辻 毅 植阪 和修 岡 統三 森本 悟一 鎌田 義紘 田中 晋二

## A CASE OF MASSIVE BLEEDING FROM THE INTESTINAL STOMAL ULCER

# Tetsuya HORIUCHI, Tsuyoshi TSUJI, Kazunobu UESAKA, Sumikazu OKA, Goichi MORIMOTO, Yoshihiro KAMADA and Shinji TANAKA

Department of Surgery, Osakaminami National Hospital

索引用語:blind loop syndrome, 小腸出血, 小腸吻合部潰瘍

### はじめに

大量下血をおこす疾患のうち出血源が不明なまま緊急手術が必要なものがある。最近、われわれは約30年前に回腸部分切除を行い、小腸側々吻合を行った症例の吻合部潰瘍による大量下血を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

### 症 例

患者:56歳,女性。

主訴:下血.

既往歴:昭和31年,結核性腹膜炎のため約150cmの回腸切除,側々吻合術を施行された。昭和59年10月右腎尿管結石のため右腎切石術,同月副甲状腺機能亢進症のため両側下副甲状腺摘除施行,また術中に甲状腺癌を認めたため右甲状腺下葉部分切除を施行されている。

家族歴:特記すべきことなし、

現病歴:昭和60年1月初旬より, 貧血, 脱力感, 食 欲不振, 下腿浮腫を認め, 当院泌尿器科入院。1月31 日, 大量下血あり, 外科紹介となった。

外科初診時現症:体格中等,栄養良,顔面蒼白,血 圧96/60mmHg,脈拍88/分で整,結膜;貧血高度,黄 疸なし,腹部;平坦,軟,腫瘤触知せず,右側腹部お よび右下腹部に手術瘢痕があり,四肢;下肢浮腫著明, 直腸診;腫瘤触知せず,直腸内に凝血塊を認めた.

臨床検査成績:著明な貧血を認め,血清鉄の減少, Ca, Kの低下を認めた(表1).

<1987年10月14日受理>別刷請求先: 堀内 哲也 〒586 河内長野市木戸町677-2 国立大阪南病院外 科

表 1 検査所見

血液一般検査 血液		血液化学検査	血液化学検査	
WBC	6700 /cmm	T.P.	5.6 g/dl	
RBC	221×104 /cmm	Alb	3.9 g/dl.	
Hb	3.3 g/dl	T-bil	$0.50\mathrm{mg/d}\ell$	
Ht	12.5 %	GOT	11 mU/m£	
MCV	5.9 H	GPT	6 m∪/m&	
MCH	15.9 pg	ĿDH	432 mU/m£	
platelet	21.3×10 <sup>4</sup> /cmm	アミラーゼ	49 mU/ml	
Reticulo	30 %。	Ca	7.95 mg/d£	
		IP	3.37 mg/dl	
血清学的検査		Na	144 mEq/ <i>Q</i>	
CRP 1	+	ĸ	3.0 mEq/#	
RA (	(-)	C#	90 mEq/2	
		BUN	14.6 mg/dl	
検尿		クレアチニン	0.45 mg/d#	
異常なし		Fe	7 μg/d <b>£</b>	

入院後経過:入院後輪血を行ったが,2月1日にも大量下血あり,ショック状態となった。以後も下血あり,輪血を続け,一時下血は止まったが,2月8日再び大量下血あり,再度ショック状態となり,2月9日未明,緊急開腹手術を施行した。その間,上部消化管と大腸の検索では明らかな出血源を認めなかった(図1).

手術所見:開腹すると浮腫状に拡張した回腸がみられ、回盲部より約50cm の部に側々吻合がなされており、そこより口側20cm の部からS状結腸まで血液が透見された。ほかに出血を疑わせる所見はなく出血源を側々吻合部と考え、吻合部を含め約30cm の小腸切除を行い、端々吻合を行った(図 2)。

摘出標本所見:切除回腸を腸間膜付着部反対側で開くと、口側盲端部および吻合線上に潰瘍が多発しているのが認められた(図3)。

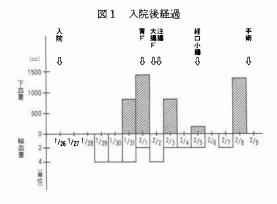


図2 手術所見図

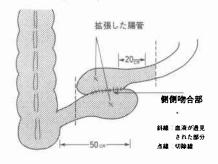


図3 摘出標本、矢印の部分に潰瘍が認められる。



病理組織学的所見:潰瘍は吻合線上に発生し、粘膜 は欠損しており、その部には再生上皮が認められ、粘 膜筋板の欠損と肥厚した固有筋層を認める ULII の潰 瘍であった。特異性炎症所見はない(図4)。

術後経過は良好であったが, 術後1ヵ月目に転倒し 第12胸椎圧迫骨折をおこしたが術後70日目に軽快退 院、現在高血圧精査のため入院中である。

## 1) 小腸より出血について

図4 病理組織。非特異性のUL-II の潰瘍が認められ る

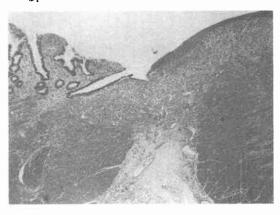


表 2 小腸の出血性病変

- 1) Neoplasms ① Benign leiomyoma, neurogenic tumor, fibroma neurofibroma, hen nant lymohoma, carcinoid ① Non specific ulcers Drug induced small bowel ulcers
  Diverticula
- Meckel's diverticulum
- 2 Diverticula of the jejunum Vascular disturbances T Volvulus or intussusception 5) Inflammation
- ① Crohn's diseas 2 Tuberculous enteritis Enteritis necroticans Acute hemorrhagic enterocolitis
- (i) Behcet's disease
- Sarcoidosis

- Polycythen
- 2 Lymphoma 3 Leukemia 8) Miscellaneo (i) Arteriovenous malformations
- Solitary large submucosal artery 3 Endometri Irradiation ileitis
- B Jejunogastric inf
- (Postgastrectomy ital duplication of a mucosa in a conge
- segment of jejunum Side to Side anasto
- (9) Varices in the ileum Rupture of an intramural
- (2) Lymphangiectasia
- (1) Lymphoid hyperplasia (1) Peroral jejunal biopsy

小腸よりの顕出血は、成人では全消化管出血の約2 ~5%, 小児では約16%といわれる1)2). 原因疾患とし ては表2に示すようなものがあるが,一般に出血の部 位診断が難かしいとされる。 まず上部消化管および大 腸よりの出血を除外したうえで、診断において有用と されるのはバリウム造影,血管造影検査法の2つが主 であり、バリウム造影は潰瘍性病変や粘膜側に浸潤発 育する悪性腫瘍などに、血管造影は診断困難な壁外性 発育筋腫や AV malformation のような小血管病変お よび大量出血中のものに有用とされる3)。特に血管造 影では毎分0.5ml以上の動脈からの出血があれば、 extravasation や腸管内 pooling の所見として出血源 が確認できるというい。またRI検査においても出血量 の測定と出血部位の検索が可能とされている。しかし, 諸検査によっても出血部位が不明で、しかも、出血が 持続性再発性で保存的治療で止血できぬ時や、大量出 血で輸血によってもショック状態が続く時は緊急開腹

図 5 blind loop syndrome の病型



手術の適応と考えられる。術中の目安としては、小腸の出血性病変では、小腸は大腸と異なり、口側への逆流が少ないため、血液貯留範囲をみて出血部位が推定できるといわれている5.また、腸の管腔内の血液をしごいて光をあててすかしてみる方法(transillumination)、術中内視鏡挿入による出血部位診断も有用とされる5.本症例においては諸検査により上部消化管および大腸での出血源となるべき疾患は認められず、大量下血をくり返しショック状態を呈したため緊急開腹手術となり、小腸側々吻合部の潰瘍よりの出血を認めた。

# 2) blind loop syndrome における出血について

現在ではほとんど行われなくなったが以前にはより 安全性があるとして行われた腸管側々吻合術後、その 盲嚢や空置された腸管に潰瘍が発生し、出血、穿孔な どの症状を呈してくることがある。Clawson らは盲嚢 に発生した潰瘍からの出血を主症状とした最初の症例 を1953年に報告している<sup>6</sup>). 石塚らは、blind loop syndrome (以下 BLS) をおこす病型を盲環型、盲嚢型、 盲端型の3型にわけ、それぞれの特徴を次のようにあ げている<sup>7</sup> (図5).

- ① 盲環型一吸収不全がおこりやすい. 全身症状(体 重減少, 衰弱) がある.
- ② 盲嚢型一吸収不全はおこりにくい. 腹部膨満, 腹痛などの腹部症状がある.
- ③ 盲端型一吸収不全はおこりにくい。盲管に潰瘍(出血)、穿孔などがおこりやすい。

本症例も盲端型であり、その口側盲嚢、吻合線上に 潰瘍を有していた。

BLS における潰瘍、出血の成因として池永は盲嚢壁に腸内容の欝滞、衝突による過伸展などにより加えられる構造力学的な要素が関係していると考え<sup>8</sup>)、松村らは盲嚢の存在のために異常な腸収縮か重積がおき、その結果腸壁の終動脈の血行不全をきたして生じた局所的な虚血性潰瘍ではないかと考えている<sup>9</sup>).

本邦における BLS よりの出血により手術を必要と

表 3 出血により手術を必要とした報告例(21例)

1. 自覚症状		4. 潰瘍の個数	
貧血	20例*	単発	5例
腹痛	3例	多発	16例*
2. 出血の程度		5.発症ま	での術後年製
潜血(+++)	4例	0~5年	2例
下血	15例*	6~10年	299
吐血と下血	1.例	11~20年	499
出血性ショック	3例*	21年以上	12例*
3. 潰瘍の発生部位		* 自験例	
口側盲管,盲囊	19例*		
空置小腸内	2例		

した報告例は本症例を含めて21例であり(表3),その特徴は以下のようになる。①自覚症状としては腹部症状が目立たず,貧血が出血源不明の反復する下血が主症状である。②潰瘍は口側盲嚢に発生するものが多い(石塚らの分類では盲端型に多い)。③潰瘍は多発することが多い。④発症までの術後年数は10年以上のものが多い。

診断には、腸の手術の既往歴があり、原因不明の消化管出血がある場合には blind loop に潰瘍ができている可能性を考えた上でのバリウム造影が有用である。治療としては盲嚢を切除して端々吻合にかえ、短絡吻合の場合には吻合を解除して盲環をなくすような手術法が最良とされる。

### おわりに

約30年前に行われた,小腸側々吻合部潰瘍からの大量出血を経験した。原因不明の消化管出血の症例で以前に腸手術の既往のある時は吻合部よりの潰瘍による出血を一応念頭におけねばならないと考える。

なお,本論文の要旨は第27回日本消化器外科学会総会(昭 和61年2月米子)において発表した。

### 油 文

- 1) 八尾恒良:下部消化管出血,原因疾患とその特徴, 臨外 38:1515-1420,1983
- Spencer R: Gastrointestinal hemorrhage in infancy and childhood. Surgery 55: 718-734, 1964
- 3) 岡部治弥:消化管出血の臨床。日内会誌 **69**: 921-936, 1980
- 4) Nusbaum M, Baum S: Radiographic demonstration of unknown sites of gastrointestinal bleeding. Surg Forum 14: 374—375, 1963
- 5) 安富正幸,田中 晃:下部消化管出血,出血源深索の手順。臨外 38:1423-1428, 1983
- 6) Clawson DK: Side-to-side intestinal anastomosis complicated by ulceration, dilatation, and anemia: A physiologically unsound proce-

- dure, review of the literature and presentation of a case. Surgery 34: 254—257, 1953
- 7) 石塚慶次郎, 中谷林太郎, 波多野誠ほか:吻合病, Blind loop syndrome. 外科治療 37:393-404, 1977
- 8) 池永達雄: Blind loop syndrome. 内科セミナー6:187-21・, 1981
- 9) 松中高典, 平島得路, 石橋久夫ほか:停滞腸管にみられた横走する慢性腸潰瘍の検討. 日消病会誌76:587, 1979