

図1 入院後経過

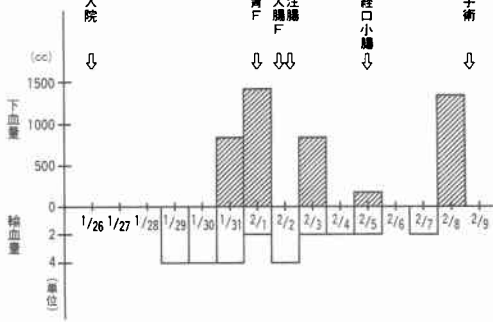


図2 手術所見図

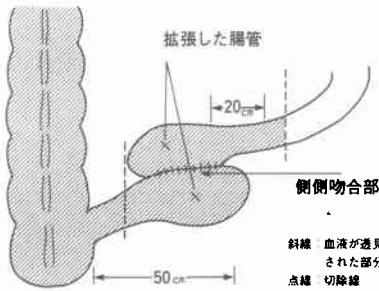
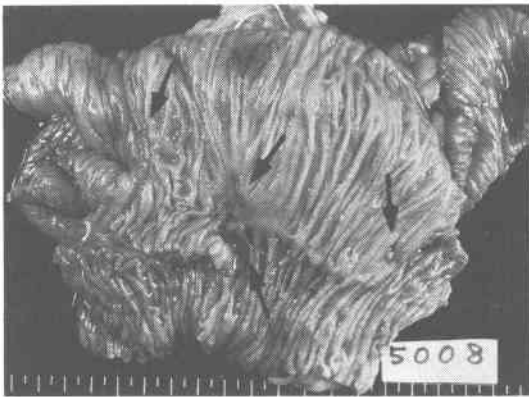


図3 摘出標本。矢印の部分に潰瘍が認められる。



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カ月目に転倒し第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。

考 察

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。

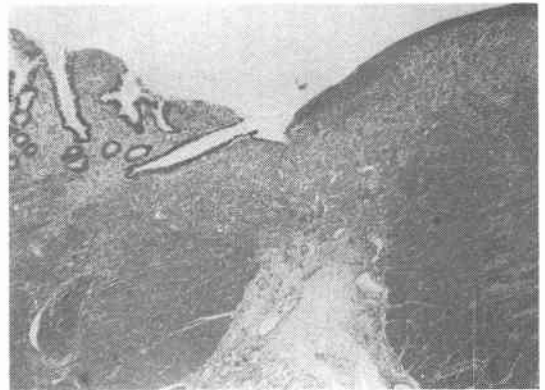


表2 小腸の出血性病変

1) Neoplasms	7) Bleeding disorders
① Benign leiomyoma, neurogenic tumor, fibroma, neurofibroma, hemangioma	① Polycythemia vera
② Malignant leiomyosarcoma, adenocarcinoma, malignant lymphoma, carcinoid	② Lymphoma
2) Ulcers	③ Leukemia
① Non specific ulcers	8) Miscellaneous
② Drug induced small bowel ulcers	① Arteriovenous malformations
3) Diverticula	② Solitary large submucosal artery
① Meckel's diverticulum	③ Endometriosis
② Diverticula of the jejunum	④ Irradiation ileitis
4) Vascular disturbances	⑤ Prolaps of the ileocecal valve
① Volvulus or intussusception	⑥ Jejunojejunal intussusception
② Acute superior mesenteric artery occlusion	(Postgastroctomy)
5) Inflammation	⑦ Jejunal ulcer caused by heterotopic gastric mucosa in a congenital duplication of a segment of jejunum
① Crohn's disease	⑧ Side to Side anastomosis
② Tuberculous enteritis	⑨ Varices in the ileum
③ Enteritis necroticans	⑩ Rupture of an intramural hematoma
④ Acute hemorrhagic enterocolitis	⑪ Multiple phlebectasia
6) Systemic disease	⑫ Lymphangiectasia
① Behcet's disease	⑬ Lymphoid hyperplasia
② Amyloidosis	⑭ Peroral jejunal biopsy
③ Polyarteritis nodosa and other collagen disease	
④ Sarcoidosis	
⑤ Renal failure	

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⁴⁾。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⁹⁾。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⁹⁾。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⁶⁾。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⁷⁾ (図5)。

① 盲環型—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—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—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鬱滞, 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⁸⁾、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⁹⁾。

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. 発症までの術後年数	
潜血(卅)	4例	0~5年	2例
下血	15例*	6~10年	2例
吐血と下血	1例	11~20年	4例
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, 盲嚢	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 に潰瘍ができていた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る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か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。

文 献

- 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
- 2) 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, 出血源深索の手術. 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—210, 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
-